



Läkaretik

Läkaretik

Läkaretik
8. upplagan

Utgivare:
Finlands Läkarförbund
Backasgatan 2, PB 49, 00501 Helsingfors

Telefon: 09 393 091

laakariliitto@laakariliitto.fi
www.laakariliitto.fi

Grafisk form:
PPD Studio

Pärmbild:
123rf.com

Illustrationer:
Adobe/AOP

Tryck:
Painotalo Plus Digital Oy, Lahtis 2021

ISBN 978-951-9433-74-5 (tryckt)
ISBN 978-951-9433-75-2 (webbpublikation)

Läkaretik



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund

REDAKTION

Huvudredaktör *Mervi Kattelus*
Redaktör *Suvi Sariola*

Redaktionskommitté: Finlands Läkarförbunds etiska delegation,
som år 2020 hade följande medlemmar:

<i>Ritva Halila (ordf.)</i>	<i>Marjo Parkkila-Harju</i>
<i>Susanne Ekblom-Kullberg</i>	<i>Joonas Rautavaara</i>
<i>Harriet Finne-Soveri</i>	<i>Noora Ritamäki</i>
<i>Ulla Hautanen</i>	<i>Heli-Maria Salmi</i>
<i>Teppo Heikkilä</i>	<i>Tom Silfvast</i>
<i>Tiina Hetemaa</i>	<i>Leena Varesmaa-Korhonen</i>
<i>Kari-Pekka Martimo</i>	<i>Kati Myllymäki</i>
<i>Kalle Mäki</i>	<i>Mervi Kattelus (sekr.)</i>

EXPERTER

Artiklarna i 8 upplagan av Läkaretik är skrivna av medlemmarna i Finlands Läkarförbunds etiska delegation samt av följande experter:

<i>Johanna Aaltonen</i>	<i>Hanna Nohynek</i>
<i>Kristiina Aittomäki</i>	<i>Arno Nordin</i>
<i>Anna-Kaisa Anttonen</i>	<i>Risto Pelkonen</i>
<i>Hannu Halila</i>	<i>Markus Perola</i>
<i>Jaana Hallamaa</i>	<i>Pekka Pinola</i>
<i>Visa Honkanen</i>	<i>Eeva Pyörälä</i>
<i>Minna Kaila</i>	<i>Heikki Pälve</i>
<i>Marja Kaila-Vanhatalo</i>	<i>Heikki Pärnänen</i>
<i>Liisa Katajamäki</i>	<i>Hannele Pöyry</i>
<i>Ilmo Keskimäki</i>	<i>Matti Pöyry</i>
<i>Kari Kesseli</i>	<i>Mika Rautanen</i>
<i>Anna-Maria Koivusalo</i>	<i>Kirsi Ruuhonen</i>
<i>Joni Komulainen</i>	<i>Kaj Rönnberg</i>
<i>Helena Kääriäinen</i>	<i>Samuli Saarni</i>
<i>Satu Lahti</i>	<i>Tiina Saarto</i>
<i>Patrik Lassus</i>	<i>Antti Sajantila</i>
<i>Veikko Launis</i>	<i>Pertti Saloheimo</i>
<i>Kati Lehtonen</i>	<i>Nora Savanheimo</i>
<i>Marko Lempinen</i>	<i>Salla Silvola</i>
<i>Niklas Lindblad</i>	<i>Kaarlo Simojoki</i>
<i>Kirsi Liukkonen</i>	<i>Anni Virolainen-Julkunen</i>
<i>Marjukka Mäkelä</i>	<i>Lauri Vuorenkoski</i>
<i>Heikki Mäkisalo</i>	<i>Tuula Wahlman-Calderara</i>

Till läsaren

Flera aktuella teman kring läkarens och hälsovårdens etik har lagts till i den åttonde upplagan av Läkaretik. Tidigare texter har uppdaterats och lagändringar som gjorts fram till slutet av år 2020 har iakttagits. Avsnitten om munhälsovård som lades till i föregående upplaga har uppdaterats. Etiska frågor som är gemensamma för läkare och tandläkare har även behandlats i andra artiklar i boken. Fallbeskrivningarna har utvärderats och vid behov förnyats. Bakgrundslitteraturen har utökats. Boken är fortfarande indelad i två sorters texter: filosofiska expertartiklar i början av boken och ställningstaganden av Läkarförbundets etiska delegation i slutet av boken. Riktlinjerna i artikeln om eutanasi och läkarassisterat självmord har godkänts av Läkarförbundets delegation.

Redaktionen för Läkarförbundet har fungerat som redaktionsnämnd. Bokens redaktionskommitté utgörs av Finlands Läkarförbunds etiska delegation. Delegationen är ett samarbetsorgan som sedan år 2011 utgjorts av representanter för Finlands Läkarförbund, Finska Läkarföreningen Duodecim, Finska Läkaresällskapet och Finlands Tandläkarförbund. Därtill deltog Tuula Wahlman-Calderara i delegationens möten och i kommenteringen av boktexterna. De nya och gamla boktexterna har redigerats av Suvi Sariola. Många branschexperter har varit inblandade i skrivarbetet med olika artiklar i boken. Delegationen har gått genom alla texter och ställningstaganden samt godkänt dem under år 2020. Varmt tack till experterna och delegationens medlemmar, som möjliggjort att denna bok blivit färdig i snabb takt.

Boken publiceras i webbversion och finns även i tryckt version. Vi hoppas att boken är till hjälp i läkarens och tandläkarens vardagsarbete, som ofta medför ett behov av att göra etiskt krävande val. Trots att vi utökade bokens ämnesområden är det uppenbart att alla situationer som i praktiken kommer fram i läkar- och tandläkararbetet är svåra att införliva i ett enda verk. Men boken ger läkare och tandläkare stoff till att utveckla sitt eget etiska tänkande och till att göra etiska analyser i olika situationer.

I Kervo den 12.2.2021

Mervi Kattelus

huvudredaktör

Innehåll

Läkareden	10
Läkararbetets autonomi	11
Etik och profession Heikki Pälve	12
Patient och läkare Risto Pelkonen	16
Tandläkareetik är läkareetik Ulla Hautanen, Matti Pöyry	19
LÄKARETIKENS FILOSOFISKA GRUNDER	22
Etikens betydelse i läkarens arbete Jaana Hallamaa	23
Läkar- och vårdetikens grundprinciper Veikko Launis	28
Att lösa etiska problem i praktiken Samuli Saarni	33
Etik, etiska deklARATIONER och lag Salla Silvola, Kirsi Ruuhonen	37
Perspektiv på rättvisa i hälso- och sjukvården Ilmo Keskimäki	41
PATIENT-LÄKARRELATIONEN	44
Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter	45
Självbestämmanderätten och undantag från den	49
Interaktionen mellan patient och läkare	54
Mötet mellan kulturer på läkarmottagningen	59
Rätten till hälsa och skyldigheten att vårda personer som vistas i landet	62
Tystnadsplikten och undantag från den	67
Patientjournalen	74
Patientskador, menliga behandlingseffekter och vårdfel	79
Vetenskaplig evidens och vårdbeslut	85
Alternativa behandlingar	88
Placebobehandlingens etik	91
Utnyttjande av patientdata	93
LIVETS BÖRJAN OCH GRAVIDITETEN	96
Det ofödda barnets människovärde och rättigheter	97
Förebyggande och avbrytande av graviditet	100
Behandling av barnlöshet	103
Ärftlighetsrådgivning	108
Embryo- och fosterdiagnostik	110
Genforskning och genterapi	113
BARN OCH UNGA	116
Barn och ungdomar som patienter	117
Särskilda etiska frågor som gäller nyfödda	122
Barn som far illa	125
Kvinnlig könsstympning	127
Omskärelse av pojkar	129
PATIENTER MED MENTALA PROBLEM, MISSBRUK ELLER MINNESSJUKDOM	132
Särskilda frågor i behandlingen av mentala störningar	133
Identifiering och förebyggande av självdestruktivt beteende	137
Patienter med missbruksproblem	139
Vård av patienter med minnessjukdomar	143
Rättshandlingsförmåga och intressebevakning	146
SÄRSKILDA VÅRDFRÅGOR	150
Farliga infektionssjukdomar	151
Intensivvård	155
Organ- och vävnadstransplantationer	158
Vård av patienter med funktionsnedsättning	163
Idrottsläkare	167
Genester	171

Fjärrmedicin	176
Estetiska behandlingar	179
Olika manifestationer av könsidentitet	181
SÄRSKILDA FRÅGOR INOM MUNHÄLSOVÅRDEN	186
Egenvård, livsstil och ansvaret för munhälsan	187
Konflikten mellan vårdbehov och resursbrist	189
Tandläkarskräck	194
Tandvård är teamarbete	196
LIVETS SLUTSKEDE	198
Då döden nalkas	199
Livstestamente	204
Vård i livets slutskede	206
Eutanasi och assisterat självmord	210
Utredning av dödsorsak och avlidnas rättigheter	217
LÄKAREN OCH SAMHÄLLET	222
Patienten och läkaren i ett föränderligt samhälle	223
Prioritering i vården	227
Ledarskap i vården	233
Medikalisering	237
Konsumism	240
Den artificiella intelligensens etik i läkararbetet	242
HÄLSOFRÄMJANDE OCH PREVENTIV VÅRD	248
Hälsöfrämjande och hälsorådgivning	249
Screeningundersökningar inom hälso- och sjukvården	252
Vaccinationers etik	257
LÄKAREN OCH PROFESSIONEN	262
Professionalism och kollegialitet	263
Juridifiering av läkararbetet	267
Läkaren, offentliga uppträdanden och sociala medier	269
Läkarens arbetsförmåga, läkaren som patient	272
Som läkare till en anhörig	276
Tillsynen över läkarverksamheten	277
LÄKARE, PATIENT OCH TREDJE PART	282
Privat och offentlig vård	283
Läkarens jäv	287
Läkarutlåtanden	290
Läkaren och industrin	293
Marknadsföring av läkartjänster	296
Försäkringsmedicin	298
Läkare i företagshälsovården	302
Bedömning av arbetsförmåga	306
Fängselsläkare	309
Läkare, krig och Försvarmakten	312
UTBILDNING OCH FORSKNING	318
Undervisning, lärande och etik	319
Kontinuerlig professionell utveckling	322
Undervisningspatienternas ställning	325
Etiska principer i klinisk forskning	328
Medicinska publikationer	334
Etiska kommittéer och delegationer	337



Läkareden

Jag försäkrar på heder och samvete att jag i min läkargärning ska sträva efter att tjäna mina medmänniskor med humanitet och vördnad för livet som rättesnöre. Mitt mål ska vara att vårda och främja hälsa, att förebygga sjukdom samt att bota sjuka och lindra deras plågor.

I mitt arbete ska jag följa läkaretiken och enbart använda metoder vilkas nytta påvisats av medicinsk forskning eller erfarenhet. Då jag rekommenderar undersökningar och behandlingar ska jag objektivt bedöma hur de gagnar patienten och vilka nackdelar de eventuellt medför.

Jag ska fortlöpande upprätthålla min yrkesskicklighet och granska kvaliteten av mitt arbete.

Jag ska högakta mina kolleger och bistå dem i vården av deras patienter, då de ber om det. Jag ska uppmuntra mina patienter att vid behov rådfråga även en annan läkare.

Jag ska respektera min patients vilja. Det som meddelas mig i förtroende i samband med vården av patienterna ska jag hemlighålla. Min plikt som läkare ska jag fullgöra mot envar utan att diskriminera någon.

Mina färdigheter som läkare ska jag inte använda i strid med min yrkesetik ens under hot.



Läkararbetets autonomi

1. Jag visar alla mina medarbetare uppskattning. Kollegialitet berör alla läkare och är en av grundpelarna för läkarprofessionens autonomi.
2. Jag ser till att upprätthålla och utveckla min yrkesskicklighet samt delta i fortbildning.
3. Jag håller mig till medicinskt motiverade och allmänt accepterade forskningsmetoder och behandlingar.
4. I mitt arbete följer jag skråets gemensamt överenskomna vårdriktlinjer och rekommendationer, med hänsyn till patientens individuella situation.
5. Mina forsknings- och vårdbeslut påverkas inte av strävan efter ekonomisk vinning.
6. För att våra hälso- och sjukvårdsresurser ska användas effektivt strävar jag efter kostnadseffektivitet.
7. Som behandlande läkare verkar jag objektivt som medicinsk expert för patientens bästa och minns objektiviteten och motiveringsskyldigheten även i mina utlåtanden.
8. Jag marknadsför tjänster vederbörligen, så att patienten får information och stöd när hen uppsöker vård.
9. Vid företagssamarbete kommer jag ihåg öppenhet och strävan efter oberoende, samt undviker intressekonflikter.
10. I medier agerar jag professionellt och etiskt ansvarsfullt.

Etik och profession

Heikki Pälve, medicinalråd

Studier i etik hjälper läkaren att känna igen situationer som är problematiska ur etisk synvinkel och att fungera så professionellt som möjligt. De etiska principerna är oföränderliga eller förändras mycket långsamt, men snabba förändringar i samhället medför nya utmaningar för läkarkåren.

Med profession avses ett yrke vars utövare förenas av en krävande vetenskaplig utbildning och den fasta moraliska grund som yrkesutövningen vilar på. I läkaryrket utgörs denna grund av läkaretiken. Professionens viktigaste förutsättning är det förtroende arbetet bygger på.

Om läkarprofessionens etik och lagen står i konflikt med varandra bör läkaren i första hand följa de etiska principerna för sin yrkeskår.

Medicinens etik tillför det medicinska beslutsfattandet ett etiskt sätt att argumentera. Läkaretiken aktualiserar frågor kring patientens och läkarens värderingar, rättigheter och skyldigheter och ingår i det vardagliga patientarbetet under läkarens hela verksamma yrkeskarriär. Studier i etik hjälper läkaren att identifiera etiskt utmanande situationer och att handla så rationellt och professionellt som möjligt. Varje läkargeneration har i sitt arbete med patienterna stött på liknande problem, men lösningarna kan förändras med tiden. Således förändras etiskt acceptabel verksamhet med tiden, och därtill tillför varje tidsperiod också nya etiska vårdproblem. Om verksamheten saknar en stark etisk grundval kan professionens godkännbarhet äventyras, med risk för att den enskilda läkaren blir utmattad eller cynisk i sitt arbete.

Läkaretiken är gemensam för professionen världen över och förenar därmed världens läkare både som individer och som profession. Läkaretiken ger även ett starkt stöd för behandling av enskilda patienter och stöder enskilda läkares arbetstrivsel och ork på arbetet.

LÄKARETIKEN VÄXER FRAM

De etiska principerna har redan i 2 500 års tid varit en del av läkarens arbete. Enligt Hippokrates ed är det läkarens skyldighet att arbeta för patientens bästa, att aldrig vålla patienten skada och att bevara och skydda patienternas förtroende och patienthemligheterna. Läkarens primära skyldighet har genom tiderna varit att ge patienterna den bästa möjliga vården.

Talrika regenter har redan tidigt försökt påverka läkarkårens verksamhet genom olika direktiv. De äldsta kända bestämmelserna som reglerat läkarnas rättigheter och skyldigheter ingår redan i Babyloniens konungs Hammurabis lag (1792–1750 f.Kr.). Den innehöll också straff för dödsfall och andra vårdfel som förorsakats av läkare på grund av ovarsamhet eller oskicklighet. Detta regelverk är över tusen år äldre än de äldsta läkaretiska regler vi känner till.

Läkaretiken utvecklas med tiden och nya behandlingsmetoder ger nya etiska frågeställningar. Den historiska läkaretiken koncentrerade sig på kliniska problem förknippade med

vården av enskilda patienter. Läkarna har därigenom kunnat basera sina vårdbeslut på sitt eget samvete, sin intuition, sina egna erfarenheter och god medicinsk praxis. Medicin baserad på naturvetenskaplig forskning är ganska ung. Den historiska läkaretiken koncentrerade sig också mer på frågor som numera närmast betraktas som hörande till läkaretiketten. Hit hör till exempel hur man konsulterar andra läkare, hur man bemöter patienter och kolleger, hur man förhåller sig till sina lärare och kollegial information om läkarmottagningar.

LÄKARETIKEN INFÖR NYA UTMANINGAR

Läkaretiken utvecklades till en ny och begreppsligt högre nivå efter andra världskriget. Såväl nazistläkarna i Tyskland som de japanska läkarna gjorde sig skyldiga till brott mot mänskligheten, bland annat genom inhumana experiment på krigsfångar. Nürnbergrätten dömde sju vetenskapsmän, av vilka de flesta var läkare, till döden för brott mot mänskligheten. Under rättegången fastställdes tio principer som läkare måste följa när man utför experiment som involverar människor (Nürnbergkonventionen). Världsläkarförbundet (World Medical Association, WMA) grundades kort efter domslutet hösten 1947 och tog sig an uppgiften att övervaka och främja läkaretiken. Följande år antog WMA Genèveförklaringen (en läkared baserad på den hippokratiska eden). De etiska reflexionerna kring läkaryrket kunde inte längre enbart handla om beteendekoder kolleger emellan.

Dagens läkaretik bygger på den historiska läkaretiken, men etiken idag har en begreppsapparat som omfattar hela samhället. Samtidigt är den inte lika starkt knuten till samhällets maktstrukturer, medan individperspektivet har förstärkts. Dagens läkaretik framhäver läkarens skyldighet att stärka patientens självbestämmande och ställning (empowerment). Den medicinska paternalismen, att arbeta för patientens bästa utan att egentligen bry sig om hens åsikter, har fått ge vika för större respekt för patientens självbestämmanderätt och aktiva delaktiggörande. Vikten av respekt för social och religiös mångfald har ökat.

De medicinska undersöknings- och behandlingsmetoderna utvecklas snabbt. Med dagens teknik kan vi behandla patienter med allt effektivare, men dyrare tekniska lösningar. Det är möjligt att förlänga livet, att manipulera patientens psyke och till och med människans genetiska egenskaper. Omvälvningarna inom reproduktionstekniken tvingar oss att omvärdera tidigare dogmer. Utvecklingen inom medicinen aktualiserar etiska vårdproblem gällande enskilda individer och samhället. Också läkaretiken har utvecklats i en alltmer analytisk och argumenterande riktning. Trots detta utgör den traditionella läkaretiken, professionens normer och standarder, fortfarande grunden till läkaretiken. Traditionellt har man genom etisk granskning bedömt behandlingen av enskilda patienter, men i dagläget måste man även utvärdera behandling av patientgrupper och av befolkningen i allmänhet samt deras bästa.

Medicinens snabba utveckling och den därpå följande växande klyftan mellan vårdmöjligheter och resurser har lett till att samhället i allt högre grad strävar efter att styra läkarens arbete. På grund av detta har läkaretiken fått en allt större roll i den allmänna samhällsdiskussionen och kan inte längre begränsas till att enbart gälla professionen. Medicinen, läkaretiken, kollegialiteten och yrkets autonomi formar ett ramverk där man försöker finna förutsättningar för läkararbetet, förtroendefulla patient-läkarrelationer och ett för alla medborgare rättvist sätt att organisera samhällets hälsovårdstjänster. I denna balansgång är det viktigt för läkare, patienter och hela samhället att läkarprofessionen är sammansvetsad. En gemensam läkaretik hör till de viktigaste sammanhållande faktorerna för professionen.

PROFESSIONEN

En profession är ett yrke som uppnått en stark och respekterad samhällsställning. Professionernas ställning bygger på specialkompetens som de professionella har åtminstone partiellt monopol på, ett privilegium som ofta är lagstadgat. Läkarna har en i lag skyddad ensamrätt att ställa diagnoser, att besluta om vård och att ta in patienter för sjukhusvård, vid behov även mot patientens vilja. Till professionen hör också större autonomi än vad som är vanligt inom olika yrken. Till de typiska, och samtidigt äldsta, professionerna hör präst-, läkar- och advokatyrkena.

Till kännetecknen för en profession hör en kompetens som bygger på teoretisk kunskap, ett behov av utbildning och övning, specialregler för respektive yrkesområde (t.ex. prästens bikthemlighet) samt testning och upprätthållande av medlemmarnas yrkesskicklighet. Professionen kan erhålla och upprätthålla sin autonomi enbart genom att på ett tillfredsställande sätt tillmötesgå samhällets föränderliga uttalade och ofta även outtalade önskningar som riktar sig till professionen.

Läkarprofessionens yrkesetik förpliktar läkaren att arbeta altruistiskt, att inneha en hög kompetens och att upprätthålla denna, samt att följa allmänna läkarettiska principer, att respektera humana värden och att arbeta för social rättvisa. Läkarkåren har uppnått sin kliniska autonomi på basis av det etiskt och professionellt högklassiga arbete som tidigare generationer har utfört. Endast på detta sätt kan autonomi bevaras också för kommande läkargenerationer.

En central förutsättning för professionens kliniska autonomi är att både beslutsfattarna och de som anlitar tjänsterna har förtroende för professionens företrädare.

Förtroendet kännetecknas av en positiv uppfattning om professionens

1. kunskap och kompetens
2. vilja att uppnå de uppställda målen
3. moraliska kvaliteter
4. ambition att ständigt utvecklas i arbetet

Förtroendet bygger också på att man respekterar och värnar om professionens oberoende. Förtroendet kan försvagas av ”allmänna” samhälleliga orsaker, men också på grund av yrkeskårens egna handlingar.

Ju mera beslutsfattarna vill försäkra sig om att få del av allt det goda professionen kan erbjuda, desto mindre tenderar de att tillerkänna professionen självständighet, rörelsefrihet och inflytande. Men samtidigt faller strukturerna som upprätthåller och främjar förtroendet sönder. Om förtroendet börjar svikta leder inte ens goda syften längre till lyckat resultat utan resultatet blir i stället otillfredsställande eller dåligt för alla. Därför borde läkaretiken och lagstiftningen aldrig råka i konflikt med varandra.

Professionens eget bästa kan inte påverkas eller upprätthållas utifrån. Yrkeskåren behöver i extrema fall övervakning och sanktioner, men dylika åtgärder leder inte till hållbar och etiskt högklassig praxis. Det är bara då professionen själv respekterar, värnar om och främjar sina viktigaste värderingar och arbetar i linje med dem som professionen kan uppställa hållbara mål och försvara yrkeskårens moraliska autonomi. Läkarettik handlar inte enbart om att verka för patientens bästa. Den är viktig också för att trygga den egna yrkeskårens verksamhetsbetingelser i samhället.

I de europeiska länderna är det vanligt att läkarkåren genom lagstiftning har getts rätten att själv övervaka sin verksamhet. I Storbritannien svarar General Medical Council för registreringen av läkare och behandlingen av begränsningar av yrkesutövningen och utslutningar

ur yrkesgemenskapen. Dessutom övervakar man läkarutbildningen och värnar om god medicinsk praxis. I Norden har läkarprofessionen framtogs dessa myndighetsuppgifter. Ännu i decennieskiftet 1950–1960 var det Finlands Läkarförbund som registrerade specialistläkarna och övervakade utbildningens kvalitet.

LÄKARETIK OCH LAGSTIFTNING

I läkarens svär läkaren: ”Min plikt som läkare ska jag fullgöra mot envar utan att diskriminera någon. Mina färdigheter som läkare ska jag inte använda i strid med min yrkesetik ens under hot.” Bakgrunden till detta är erfarenheterna från andra världskriget. De åtalade läkarna försvarade sig då genom att argumentera att de enbart hade följt sina överordnades order och gällande lag.

Vanligtvis råder ingen konflikt mellan lag och läkareetik, utan dessa påverkar varandra ömsesidigt. Lagen anger ramarna för de etiska besluten i praktiken, medan etiken i sin tur uppställer de ramar inom vilka lagen frivilligt följs och respekteras. Lagen bör ge uttryck för samhällets värderingar och förhoppningar, som förändras med tiden. I medicinska frågor konsulterar lagstiftarna läkarna och bör också göra det, eftersom endast läkarna kan säga på vilket sätt nya lagar påverkar professionens förmåga att sköta sina samhällsliga uppgifter.

Ett traditionellt värde som nämns redan i Hippokrates ed är patientsekretessen och dess omhuldande. Det har dock blivit allt svårare att försvara patientsekretessen i det moderna samhället. Patientkartoteken är inte längre en del av läkarnas personliga arkiv. I dag överförs uppgifter lätt och snabbt elektroniskt. Sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården har möjliggjorts i lag. Allt fler myndigheter vill trygga den allmänna säkerheten och detta väcker deras intresse för patientuppgifter. Patientens rätt till konfidentialitet råkar allt oftare i konflikt med andra aktörers krav på att få tillgång till uppgifterna. Etiska principer är en del av lösningen på detta moraliska dilemma. Världsläkarförbundet har ansett det viktigt att upprepa ståndpunkten att läkaren bör följa sin yrkeskårs etik, ifall läkaretiken och lagen står i konflikt med varandra. Endast på detta sätt kan läkarprofessionen bevara patienternas förtroende även i framtiden. I vissa länder har misstron mot myndigheternas agerande och förändringar i lagstiftningen redan lett till läkarmottagningar som inte registreras i gemensamma registers patientjournaler.

LÄKARETIKENS HÖRNSTENAR

Under utbildningen lär sig läkarna att kritiskt bedöma både sitt eget och patienternas beteende och de faktorer som påverkar beteendena. Varje läkare har, delvis på basis av egna livserfarenheter, en uppfattning om hur man på medicinsk väg kan hjälpa en enskild patients bästa. Trots olika religiösa, filosofiska, kulturella och politiska åsikter och nationell bakgrund kan alla människor förhållandevis lätt acceptera de centrala läkaretiska principerna. Inom patientarbetet utgår man alltid från att göra det goda (beneficence) och att undvika det onda (non-maleficence), att respektera mänsklighetens och den enskilda individens autonomi och att följa principen om social rättvisa. Dessa principer förenar läkarkåren i alla länder och kulturer. Om man i besvärliga situationer beaktar dessa principer får man inte alltid ett entydigt svar, men nog en etiskt stabil grund för sina beslut.

Finlands Läkarförbunds fullmäktige har godkänt läkarprofessionens grundläggande värden och definierat förbundets uppgifter. Till förbundets grundläggande värden hör humani-

tet, respekt för livet, kollegialitet, etik och hög kompetens. Finlands Läkarförbund har som uppgift att samla läkarkåren, att utveckla och upprätthålla läkarnas gemensamma professionella värderingar och att främja läkaryrket som profession.

Genom att förbinda sig till samhällets allmänt omfattade etiska principer har professionen rätt att förvänta sig förtroende och respekt av sina patienter, full verksamhetsfrihet samt att bli hörd i beslut som berör hälso- och sjukvården. Friheten medför alltid ansvar, och läkarna bör utveckla de aktuella etiska principerna så att de följer den övriga samhällsutvecklingen. Samhället har i sin tur rätt att förvänta sig att läkarna följer professionens etiska principer och verkar för patienternas och därigenom för samhällets bästa. ■

Läs mer:

WMA:s Genèveförklaring: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

Patient och läkare

Risto Pelkonen, arkiater

Ett konfidentiellt möte mellan patienten och läkaren utgör grunden för ett konstruktivt samarbete. Det är läkaren som i samråd med den myndiga patienten fattar besluten om undersökningar och vård gällande patienten. Detta är den etiska och juridiska utgångspunkten för den finländska hälso- och sjukvården, på alla nivåer.

Varje vårdrelation har två nivåer: den intellektuella och den humanistiska. Den intellektuella nivån innebär att man har ett analytiskt förhållningssätt och noggrant sätter sig in i alla detaljer när man utreder patientens tillstånd. Humanismen innebär att man bemöter den hjälpbehövande som en unik person och gestaltar dennes inre värld utgående från de symtom och det lidande sjukdomen orsakar. Läkaren är samtidigt både en distanserad sakkunnig och en nära och förstående medmänniska.

Läkarna tjänar det goda livet, men är också med i döden. Läkekonsten har som mål att främja människors hälsa och att påskynda den sjukas tillfrisknande, hjälpa den som är sjuk genom att lindra symtom och lidande, motverka en förtidig död och tillåta döden då dess tid är kommen. Vetenskapens uppfattningar förändras i takt med att kunskapen växer och metoderna utvecklas, men strävan efter det goda och viljan att undvika det onda är bestående värden. Hjälpandets etos är medicinens humanistiska kärna och den eviga moraliska grund som läkarens arbete vilar på. Vetenskapen, kunskapen och tekniken är oundgängliga redskap i läkarens arbete, men målet är alltid patientens bästa.

Att läkekonsten bygger på evidensbaserad kunskap innebär att man kritiskt tillämpar den bästa tillgängliga kunskapen då kliniska beslut ska fattas. Vårdrekommendationerna som utfärdats av finländsk expertis är med vissa reservationer allmänt giltiga för ett stort antal människor, men varje läkare bemöter sin patient på en specifik nivå som vi kunde kalla moralisk. Även om läkaren fattar sina beslut utifrån den kunskap hen bedömer som valid och utifrån sin egen erfarenhet, påverkas varje beslut man fattar angående en annan människa i hälsans namn alltid av värderingar. En utomstående kan aldrig bedöma en annan människas uppfattning av livskvalitet och värde. Det kan endast patienten själv göra. Därför fattas vårdbesluten alltid utgående från patientens behov, i samråd med patienten. Medvetna avvikelser från etablerade behandlingsmetoder bör alltid motiveras, och att avvika från dem enbart på grund av personliga övertygelser är inte etiskt hållbart.

PRINCIPEN OM SJÄLBESTÄMMANDE

En myndig patient har rätt att bestämma om sina egna angelägenheter. Varje vårdbeslut förutsätter därför patientens samtycke. Ifall patienten själv inte kan ge sitt samtycke vårdas patienten i samråd med de anhöriga, de närstående eller patientens rättsliga företrädare.

Patientens rätt till självbestämmande innebär i första hand att hen har rätt att vägra de undersökningar och behandlingsmetoder läkaren föreslår, men också att aktivt medverka i vården. För att patienten ska ha möjlighet att självständigt välja mellan olika undersöknings- och behandlingsalternativ är läkaren skyldig att presentera samtliga förnuftiga alternativ inklusive deras för- och nackdelar. Patienten har rätt att fatta också dåliga beslut, men läkaren bör då berätta för patienten vilka konsekvenserna kan bli. Man försöker då fortsätta samarbetet under nya betingelser. Trots att patientens rätt till autonomi är en central princip för de mänskliga rättigheterna minskas inte läkarens ansvar för vårdbesluten. Risken med att överbetona patientens autonomi är att läkaren då hen själv är osäker kan skjuta över ansvaret för besluten på patienten.

Också bedömningen av vårdens nödvändighet har överlåtits åt den medicinska expertisen. Bedömningen görs utifrån läkarens uppfattning om hur patientens symtom och kliniska fynd påverkar patienten och vilken betydelse de kan ha i framtiden. Detta är en i etiskt avseende känslig fråga, då en utomstående aldrig entydigt kan bedöma innebörden av en annan människas subjektivt upplevda symtom. På varje mottagning möter två personer och två verkligheter varandra: å ena sidan patienten och hens subjektiva upplevelser och uppfattning om orsakerna till symtomen, å andra sidan läkarens medicinska bedömning. Att sammanföra dessa två världar är utgångspunkten för ett samarbete vi kan kalla ett ömsesidigt partnerskap. Om parterna inte når samförstånd försöker man lösa problemet genom att konsultera en annan läkare.

RÄTTVISA OCH JÄMLIKHET

I dagens ekonomiska verklighet och i korstrycket mellan olika intressegrupper och kommersiella intressen är läkarkärens etiska principer utsatta för ett hårt tryck. Läkarens skyldighet är att i varje situation verka i enlighet med sina etiska principer, följa allmänt accepterad behandlingspraxis och se till att vården bibehåller sin höga kvalitet, kostnadseffektivitet och vetenskapliga validitet samt är tekniskt klanderfri. God kvalitet kännetecknas av att man kontinuerligt, under hela vården, respekterar patientens rättigheter och garanterar tillräcklig

jämlikhet i alla enskilda vårdbeslut. Enligt rättvisepincipen får personer med lika behov inte behandlas olika och olika fall inte behandlas på samma sätt.

Sjuka personer bör bemötas likvärdigt. Ingen får diskrimineras på basis av ålder, kön, härkomst, social ställning eller sjukdomens art, och ingen får heller favoriseras. I enskilda vårdbeslut finns ingen annan prioritering som är förenlig med vårdetiken än den som baserar sig på sjukdomen, vårdbehovet och vårdens effekt. Särskild omsorg bör alltid visas dem som inte själva kan tillvarata sina intressen: äldre och barn, handikappade, personer med mentala problem samt invandrare.

För att kunna vara allas läkare måste man också kunna vara ingens läkare, det vill säga en självständig yrkesperson som söker sanning och försvarar rättvisa, fri från kommersiella och andra förbindelser som kringskar oberoendet. Även om läkaren arbetar på patientens villkor bör hen samtidigt vara en opartisk expert som inte ser sig förpliktad att acceptera alla krav som patienten ställer. Då patienterna blir alltmer krävande och läkarkåren förfogar över nästan obegränsade medicinsk-tekniska möjligheter samtidigt som de ekonomiska resurserna är begränsade, står läkaren inför svåra etiska val både på det individuella och på det samhällsplanen: vilka av patientens krav är motiverade, hur ska man fördela de gemensamma och begränsade resurserna på ett rättvist sätt, var går gränsen mellan att respektera alternativt nonchalera patientens autonomi och mellan patientens och läkarens ansvar, och hur långt sträcker sig läkarens egen autonomi?

HUMANISTISK LIVSHÅLLNING

I sin egenskap av naturvetenskap orienterar sig läkekonsten på de biofysikaliska symbolernas karta med den sjuka människan som föremål för sin vetenskapliga analys. I sin egenskap av humanistisk vetenskap söker den emellertid människan som unik person, människan bakom sjukdomarna i hennes egen subjektiva verklighet. Varje vårdrelation har således två nivåer, den intellektuella och den humanistiska. Den förra innebär att man har svurit sig till vetenskapens teori och noggrant sätter sig in i alla detaljer. På den humanistiska nivån tolkar man i sin tur människans inre grammatik via hennes berättelser, miner och gester.

Sjukdomssymtomen låter sig inte reduceras enbart till biofysikaliska fenomen; de är individuella och innehåller unika erfarenheter för patienten. Symtomen kan uppstå inte bara på grund av sjukdomen utan också som ett resultat av patientens personlighet, livssituation, olika sociokulturella faktorer, farhågor och förhoppningar. Därför kan samma sjukdom ge sig till känna på olika sätt hos olika personer och därför behandlar man inte sjukdomen i människan utan den sjuka människan. Här ligger kärnan till en holistisk medicin som utgår från människan och skiljer sig från det sjukdomscentrerade förhållningssättet. Sjukdomens symptom och den sjuka människans lidanden är subjektiva verkligheter och alltså lika sanna som läkarens objektiva fynd.

En utomstående kan inte med naturvetenskapliga metoder mäta en annan människas lidande, men nog förstå dess innebörd genom att leva sig in i den sjukas situation. Man kan varken kasta sig in i en annan människas verklighet eller leva en annan människas liv. Men en läkare kan lyssna till, stå bredvid och vandra med sin patient som medmänniska. Genuin växelverkan börjar med att man lyssnar och lever sig in i en annan människas belägenhet. Det handlar om förmåga till empati. För att förstå en annan människa behövs inte bara intellekt, kunskap och medkänsla utan även känslor och moral. Varje gång vi förringar en annan människas lidanden förlorar vi en del av vår mänsklighet. ■

Tandläkaretik är läkaretik

Ulla Hautanen, Finlands Tandläkarförbunds etiska utskott

Matti Pöyry, Finlands Tandläkarförbunds verksamhetsledare 1999–2019

Forskningsrön har påvisat sambandet mellan munhälsa och den övriga organismen. Läkare och tandläkare spelar en viktig roll när det gäller att påverka den sociala miljön så att folk så lätt som möjligt kan göra hälsosamma val i vardagen.

Att trygga tillräckliga vårdresurser och rikta dessa rättvist ingår i yrkeskårens etik.

Den akademiska tandläkarprofessionen föddes i Finland år 1892, då tandläkarutbildningen på initiativ av Matti Äyräpää inleddes vid Kejsarliga Alexandersuniversitetet i Helsingfors. I sitt läkararbete vid Kirurgiska sjukhuset i Helsingfors lade Äyräpää märke till att en tredjedel av patienterna led av tandrelaterade infektioner och att en tredjedel av dessa patienter dog trots sjukhusvården. Äyräpää ansåg odontologi vara en specialitet inom kirurgin, men den dåvarande Medicinalöverstyrelsen förordade inte utbildningen. På grund av detta segregerades utbildningen. Idag utbildas tandläkare vid fyra medicinska fakulteter vid Helsingfors, Östra Finlands, Uleåborgs och Åbo universitet. Därtill ges fortbildning vid Tammerfors universitet. Den prekliniska fasen är i stort sett förenlig med läkarstudierna.

Den senaste tidens forskningsrön har allt starkare påvisat sambandet mellan munhälsan och den övriga organismen. De flesta folksjukdomar delar också gemensamma riskfaktorer gällande miljö och livsstil, och därför ska patienten behandlas som en helhet. Läkare och tandläkare spelar en viktig roll när det gäller att påverka den sociala miljön så att man så lätt som möjligt kan göra hälsosamma val i vardagen. Med tanke på folkhälsan är det viktigt både för läkare och för tandläkare att upprätthålla samarbetet, och att dela aktuell information.

Den etiska grundvalen för både tandläkarens och läkarens yrke är självfallet densamma: ”att vårda och främja hälsa, att förebygga sjukdom samt att bota sjuka och lindra deras plågor” (läkareden och tandläkareden). Också i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är läkarnas och tandläkarnas speciella rättigheter och skyldigheter identiska. Däremot finns det särskilda bestämmelser som berör munhälsovård och tandläkare inom den övriga lagstiftningen.

En tandläkare stöter sällan på etiska problem i anslutning till livets början och slut i sitt arbete. En vanlig etisk utmaning som ofta dyker upp i tandläkarens vardag är att patienten oavsett hens ekonomiska status inte har möjlighet att få nödvändig vård och rehabilitering för tuggapparaten. Behandling av tand- och munsjukdomar är klart dyrare för patienten än andra behandlingar i primärvården. I Finland är användningen av tandvårdstjänster och hälsotillståndet i munnen starkt beroende av en persons socioekonomiska status.

År 2002 förändrades tandvårdssystemet betydligt, då kommunerna i och med reformen av grundrättigheter blev tvungna att erbjuda alla sina invånare munhälsovård. Sedan dess har dessa tjänsters rättsliga status inte skiljt sig från övriga hälsovårdstjänster. Då Fpa-ersättningsarna samtidigt utvidgades till att omfatta tandvård för alla åldrar spekulerade man att hälso-centralernas tjänster inte behöver dimensioneras för hela befolkningen.

I snart tjugo år har läget bevarats strukturellt likartat. Drygt hälften av alla vuxna (2019) använder tjänsterna vid hälsocentralerna, och strax under hälften vid privatmottagningar. Hälsocentralernas tjänster skulle dock utnyttjas av en större andel av befolkningen än tjänsterna resurserats för.

De faktiska vårdkostnaderna är ungefär i samma storleksklass inom den offentliga och den privata vården, men patientavgifterna är avsevärt dyrare inom den privata sektorn. Under de senaste åren har Fpa-ersättningarna minskats och ersätter numera i genomsnitt endast 14 procent av kostnaden för vanlig tandvård. Till exempel ersätts inte tandproteser, som kan påverka tal, tuggförmåga och tillgång till mångsidig kost samt individens välbefinnande och livskvalitet.

Privattandläkares patienter har traditionellt haft långa förtroendebaserade vårdrelationer, men beroende på förändringar i servicesystemet har allt färre möjlighet eller råd att välja tandläkare. Detta kan äventyra vårdens kontinuitet. Vissa människor får inte regelbunden tandvård på grund av tandläkarskräck, varvid deras munhälsovård kan begränsas till akutvård när de har subjektiva besvär. Att i allt högre grad involvera tredje parter, att inskränka den kliniska autonomi eller att tvingas till finansiella eller kvantitativa prestationsmål kan också orsaka etiska problem. Att komplettera hälsovårdscentralernas tjänster med köpt service och servicesedlar komplicerar också det traditionella förhållandet mellan patient och tandläkare samt kontinuiteten i vården.

Behandling och förebyggande av kroniska orala infektioner (parodontit, det vill säga tandlossningssjukdom, och karies) är en väsentlig del av hälsovården och hanteringen av riskfaktorerna för många vanliga sjukdomar (arterioskleros, hypertoni, diabetes, reumatism). Folksjukdomar förknippade med munhälsa kan förebyggas med en hälsosam livsstil och god munhygien, och genom snabb diagnos och behandling.

Personalen inom munhälsovården spelar en viktig roll och har en etisk plikt att stödja både barns och vuxnas egenvård och hälsosamma val. En växande andel av befolkningen åldras med egna tänder i munnen, en del av dem även som minnessjuka. De kommer att behöva hjälp med att upprätthålla munhygien för att hållas vid god hälsa, vara smärtfria och upprätthålla tuggförmågan. Till yrkeskårens etik hör att säkerställa tillräckliga vårdresurser och en rättvis fördelning av dessa. ■

Läs mer:

Heikki Vuorela. Hammaslääkäriprofession synty – kohti yliopistokoulutusta. *Finlands Tandläkartidning* 2/2017.

ETENE. Lausunto implanttikiinnitteisen kokoproteesin käytöstä hampaattoman alaleuan hoidossa (8.2.2016).

Pirkko Pussinen och Susanna Paju. Kansanterveydellisesti tärkeää työtä. *Ledare. Finlands Tandläkartidning* 3/2020.

FDI Dental Ethics Manual 2.2018.

Läkaretikens filosofiska grunder

Läkaretik innebär ansvarsfull yrkespraxis som förenar kunskap, erfarenhet och en förpliktelse av läkaren att arbeta för etiskt acceptabla mål. Verksamhetens etiska nivå bestäms såväl av yrkesskicklighet som av de värden och principer som läkaren åtar sig att följa. Stor skicklighet kompenserar inte för etiska brister men inte ens de högsta idealen kompenserar för bristande yrkesskicklighet. Därför måste varje läkare se till att hen upprätthåller sin yrkesskicklighet och att hen ständigt dryftar de etiska principerna och praktiska rutinerna inom sitt område.

Samhället reglerar den medicinska forskningen och vården på många sätt. Syftet med regelverket är att garantera vårdtillgänglighet och -kvalitet, att förhindra missbruk, att främja respekten för människovärdet och gynna samhällelig rättvisa. Alla dessa är värdefulla etiska mål. Likväl vore det fel att förväxla läkaretiken med den juridiska övervakningen och regleringen av läkarnas arbete. Etik är framför allt kreativ, självkritisk och frivillig självreglering som det handlande subjektet utövar i syfte att förverkliga och försvara de viktigaste gemensamma värdena. Etiken bygger primärt på medvetet ansvar, autonomi och frihet.

Som etikens subjekt kan man tänka sig en enskild läkare, hela yrkeskåren eller en vårdenhet. Yrkesetiken uppstår i en internaliseringsprocess då läkaren ansluter sig till traditionen, yrkeskåren och sin egen yrkespraxis. Via den processen skapar sig läkaren en övergripande föreställning om vilken värdegrunden är för hans arbete, vilken praxis som är acceptabel, vilka mål han får eftersträva och vilket slags personligt grepp han vill förverkliga i sitt arbete. Således är t.ex. en human behandling av patienterna någonting som växer fram ur en personligen internaliserad yrkesroll.

I sin renaste form är yrkesetiken ett uttryck för yrkesmässig autonomi, en frivillig strävan att följa etiska principer och att arbeta för patientens bästa.



Etikens betydelse i läkarens arbete

Jaana Hallamaa, professor i socioetik, Helsingfors universitet

Mer erfarenhet gör oss både kunnigare och skickligare. En rutinerad expert behärskar sitt ämne och behöver inte stanna upp inför ett problem lika ofta som en kollega i början av sin karriär. Etiska problem är emellertid av en annan typ än andra expertiskrävande frågor, och större erfarenhet minskar inte i sig uppkomsten av etiska problem. Bred kompetens utvecklar rutiner som hjälper vederbörande att klara sig i sitt arbete, men den hjälper också att fördjupa uppfattningen om den egna verksamheten, dess olika aspekter och de utmaningar den för med sig. Med växande erfarenhet kan läkaren flytta sitt kärnfokus alltmer från sig själv och sina handlingar till sina patienter, till deras upplevelser, behov och situation. Erfarenhet kan också leda till iakttagelser av sådant man inte tidigare märkt eller förbigått som självklarheter.

Etiska dilemman avviker från andra problemsituationer också i ett annat avseende. Ett praktiskt problem försvinner då man inser hur det eftersträlvade resultatet kan uppnås eller hur den förväntade skadan eller förlusten kan förhindras. Etiska problem låter sig däremot sällan lösas. I akuta situationer kommer man nog vidare på ett eller annat sätt – en kollega får ta hand om ärendet, behandlingen biter inte, patientens tillstånd förbättras, de anhöriga

ändrar åsikt – men den ursprungliga frågan som fötts av ovisshet förblir obesvarad. Samma känsla av ofullkomlighet drabbar läkaren då hen stöter på problemet följande gång.

När vi talar om läkaretik går tankarna ofta till abort, eutanasi och liknande svåra ämnen. Varje person som utbildar sig till läkare tvingas fundera över dessa frågor. I läkarens arbete handlar etiken emellertid inte primärt om smärtsamma val inför enskilda problem, utan snarare om att läkaren vid behov ska kunna ifrågasätta sina utgångspunkter, sina arbetssätt och sina mål och begrunda dem i ljuset av etiska grundbegrepp, värden, skyldigheter och det djupare personliga engagemang som binder hen till yrket. En etisk infallsvinkel får läkaren att fråga sig: vilka är mina mål, vad bör jag göra och vem är jag som läkare?

VÄGLEDANDE VÄRDEN I LÄKARARBETET

De vägledande värdena för läkararbetet härstammar från olika källor. De är inte alltid förenliga och ibland är rekommenderad praxis som härletts av dessa konfliktfylld. Arbetets grundläggande värden bottenar i läkarens roll som den som botar sjukdomen, vårdar patienten och lindrar smärtan. Läkaren är emellertid också en medicinsk utbildad akademisk sakkunnig som lärt sig att värdesätta vetenskapligt beprövad kunskap och evidensbaserade behandlingsmetoder. Därtill kommer de värden som fastslås i lag och myndighetsbestämmelser och som ställer särskilda villkor och krav på läkarnas arbete. Läkaren har samhälleligt betydelsefull kompetens.

Läkarna ingår i allmänhet i en organisation och en arbetsgemenskap och måste anpassa sitt arbete därefter. Enskilda patienter och deras anhöriga bidrar till värdenas mångfald. De har sina egna önsningar och förväntningar som de förutsätter att läkaren beaktar. Ingen orkar göra sitt jobb om det inte är förenligt med personliga avsikter och mål. Således utgör bland annat avancemang i karriären, vetenskaplig ambition och ekonomisk framgång viktiga värden som ger sporrar till att jobba flitigt och utvecklas i arbetet.

Många olika värden kan främjas parallellt med varandra. Ekonomiskt framgångsrikt läkararbete står inte i konflikt med att läkaren strävar efter att främja patientens bästa. Att följa sin vetenskapliga ambition kan leda till viktiga terapeutiska resultat.

Värdenas mångfald stöder ett brett etiskt omdöme, men kan öka förvirringen då olika värden styr beslutsfattandet i olika riktningar. Situationen framstår som ett etiskt problem som läkaren kan lösa genom att väga de olika värdena mot varandra. Värdena bildar en hierarki, där de etiska värden som är direkt härledda ur läkarens uppdrag är de centralaste. Om de står i konflikt med läkarens personliga mål försvagas hens möjligheter att utöva sitt yrke.

Problem som beror på konflikter mellan värden är inte alltid lättlösta och de kan lösas på varierande sätt med varierande motiveringar. Skillnaderna beror ofta på att olika individer har olika värdeprioriteringar eller på att de betonar de kända realiteternas betydelse på olika sätt.

Eftersom läkarna är utbildade och auktoriserade av samhället och arbetar i samhälleligt viktiga uppgifter har samhället både ett intresse och en vilja att använda deras yrkesskicklighet och kompetens för syften som de politiska beslutsfattarna anser viktiga. I policyprogrammen för hälso- och sjukvården listas de samhällsmål som läkarna förväntas främja och de sätt på vilka läkararbetet ska organiseras för att målen ska uppnås.

Värdekonflikter uppstår ofrånkomligen om och när en läkare ser att patientens intresse förutsätter sådant som inte kan genomföras med stöd av politiska eller ekonomiska beslut eller om samhället eller den egna arbetsgivaren förpliktar läkaren att agera på ett sätt som enligt läkarens omdöme inte är motiverat med tanke på patientens intresse. Det är inte ovan-

ligt att personer i ledande ställning har en annan syn på politiska och administrativa beslut samt mål och verkningar av normer som härletts av dessa. Politiska mål där läkararbetet primärt görs till ett instrument för att genomdriva samhälleliga målsättningar utan hänsyn till synpunkter grundade på läkarens plikt mot patienten kan skapa spänningar i förhållande till de grundläggande värden som definierar läkararbetet. För att detta inte ska ske bör läkarna som yrkeskår offentligt lyfta fram sin yrkesetik och diskutera den både inom skrätet och på bredare samhällsforum.

STYRANDE NORMER OCH SKYLDIGHETER I LÄKARARBETET

Läkararbetet är exceptionellt starkt förknippat med etiska krav, och de ideal som styr läkarens verksamhet har formulerats tidigare än för någon annan yrkeskår. Att bara notera värdena är dock inte tillräckligt, inte ens när man kan vara eniga om dem. Idealen ska också omsättas i praktiken. Bron mellan värden och praxis byggs ofta med normer och skyldigheter som styr verksamheten.

Syftet med läkarens arbete är att behandla och bota sjukdomar, lindra smärta och höja välbefinnandet. Vår syn på sjukdomar och hur de ska behandlas förändras efterhand som forskningen ger nya svar och behandlingsmetoderna utvecklas. En läkare är en branscheexpert, vars professionella tänkande och verksamhet styrs av medicinen. Forskningskunskap kan varken produceras eller utnyttjas om man inte omfattar vetenskapens normer och får övning i vetenskapligt tänkande.

Inom medicinen finns alltid också konkurrerande uppfattningar, till vilka läkarna måste ta ställning när de fattar sina vårdbeslut. Detta kräver en bred kunskapsbas. En ansvarsfull läkare kompletterar och uppdaterar ständigt sin yrkesskicklighet. Det är också viktigt att vara medveten om och erkänna gränserna för sin egen kompetens. Att ty sig till andras hjälp är inte ett tecken på svaghet och vi kan endast lära oss av misstag om vi först erkänner dem och använder dem som stöd för vår egen utveckling.

Att medicinen avancerar snabbt har inte påverkat de traditionella målen för läkararbetet, men den tvingar oss att fråga oss hur läkarens skyldighet att bota, vårda och lindra ska uppfyllas med dagens medicinska metoder. Om det finns ett läkemedel, ett ingrepp eller en behandling som förbättrar välbefinnandet och livskvaliteten för åtminstone en liten grupp människor, är det då läkekonstens uppgift att tillhandahålla dem?

Från fall till fall kan frågan behöva besvaras på olika sätt beroende på vem som står för kostnaden. Inom den offentligt finansierade vården kan man inte alltid göra allt som läkaren med sin yrkesskicklighet anser att patienten behöver. Om klyftan mellan offentlig och privat vård växer kan läkarna råka i en besvärlig situation. Vårdens kommersialisering kan även aktualisera frågan om läkaren är skyldig att göra allt vad en betalande kund önskar.

Medicinens uppgifter och gränser är föremål för en ständig debatt bland politiska beslutsfattare, ekonomiska experter och representanter för patienterna. Läkarna har med stöd av sina kunskaper och erfarenheter samt sin yrkesställning ett särskilt ansvar i debatten i fråga. En ovillkorlig utgångspunkt är att läkarens skyldigheter är förenliga med den medicinska etikens grundläggande mål. Varken samhället, kommersiella aktörer eller enskilda patienter, eller deras representanter, kan diktera vad läkaren bör göra. Denna professionella autonomi garanterar läkaren nödvändig frihet att sköta sitt arbete och garanterar hens etiska integritet.

I en komplicerad värld full av motstridiga krav är det klokt att ibland återgå till enkla basfakta. Ett sådant är den västerländska etikens så kallade gyllene regel: "Allt vad ni vill att människorna ska göra för er, det ska ni också göra för dem". Denna uppmaning, gemensam

för olika religioner och idétraditioner, påminner oss om människornas fundamentala likvärdighet och om kravet på ömsesidighet. En läkare som följer den gyllene regeln minns att hen själv är en människa bland människor i ett stort nätverk av beroendeförhållanden. Det enklaste sättet för en läkare att testa hållbarheten av de egna lösningarna är att hen frågar sig själv vilka konsekvenserna blir för patienten. Läkaren ska då begrunda huruvida dessa konsekvenser vore acceptabla om beslutet gällde hens egna föräldrar, partner, barn eller närmaste vänner.

DE YTTERSTA BINDNINGARNA – LÄKARENS PERSON

En läkare är en medicinskt utbildad aktör, som i sitt arbete följer samhällets normer, men också en människa med sina personliga utgångspunkter, sin personhistoria och sin livsåskådning, samt sina mål och drömmar. Den långa studietiden, integreringen i professionen och läkararbetet lämnar också sina spår.

Läkarskapet är också ett epitet, som läkaren inte kan lösgöra sig från: en läkare är skyldig att använda sina kunskaper och färdigheter för att hjälpa andra alltid och överallt då detta krävs. Hen kan inte avvisa frågan ”finns här en läkare?” med att hävda att hen är här bara som privatperson. Att bli läkare handlar inte enbart om att slutföra sina medicinska studier; i den djupaste meningen handlar det om att leva sitt liv som läkare.

Det sägs ofta att läkaren arbetar med sin person. Formuleringen kan vara såtillvida vilseledande att den antyder att den egna personen är läkarens redskap eller att en läkare på något särskilt sätt måste ge ut av sig själv. Att arbeta med sin person innebär snarare att den som vill vara en så god läkare som möjligt måste lära känna sig själv och öva sig i att mångsidigt och kreativt utnyttja sina individuella egenskaper i sitt arbete. Var och en har sina individuella styrkor och svagheter.

En skicklig läkare lyckas utnyttja sina personlighetsdrag och alla sina egenskaper samt lär sig undvika praxis där hens svagheter försvårar arbetet och hindrar hen från att uppnå de nödvändiga målen. På så vis kan läkaren utnyttja inte bara sina kunskaper och färdigheter utan också sina känslor och sociala förmågor. Ur detta perspektiv betyder utvecklingen av yrkesskickligheten att medvetet utöver kunskapsmässig och metodologisk utbildning även förbättra sin kommunikationsförmåga och förmåga till självreflexion.

Behovet att tala om personen som ett arbetsredskap kan också bero på att läkaren i sitt arbete råkar ut för psykiskt påfrestande situationer som ofrånkomligen inte enbart berör hen som yrkesperson utan även som människa. Förlorad hälsa och allvarliga sjukdomar gör patienten regressiv och får hen att ställa också sådana krav och förväntningar på läkaren som denna i sin yrkesroll inte behöver uppfylla. En patient som genomlever en svår livssituation känner ångest, hjälplöshet och fientlighet, som också riktas mot läkaren.

Läkaren kan inte identifiera sig med sin patient eller bära patientens hela känslöbörda; i så fall blir hen snabbt utbränd. En utbränd läkare är inte kapabel att vårda någon. Patientens situation kan initiera påfrestande psykiska processer hos läkaren som försämrar läkarens möjligheter att kommunicera med patienten. Om läkaren vägrar bemöta smärtpunkterna i sitt eget psyke och saknar färdigheter att själv inse deras bakomliggande orsaker kan hen äventyra sin förmåga att sköta patienten väl. Det är lätt att vända ryggen till en psykiskt påfrestande patient, att sluta lyssna på hen och inte engagera sig i hens angelägenheter. En läkare som inte känner sina egna svagheter riskerar att överlåta behandlingen av sig själv till sina patienter.

Medicinen har avancerat enormt under de senaste decennierna. Många sjukdomar som tidigare ansågs dödliga kan idag botas och med nya behandlingar kan livskvaliteten höjas och livstiden förlängas. I medierna slås medicinska framsteg ofta upp med stora rubriker, och därigenom får också allmänheten veta om nya möjligheter. Numera kan patienterna också själva ta reda på fakta på webben.

Tillgången på information har gjort patienterna alltmer krävande, samtidigt som aktningen för den enskilda läkaren minskat. Den förändrade samhällssituationen förutsätter att läkarna anpassar sina arbetsätt så att de på bästa sätt tjänar patientens bästa och uppfyller läkararbetets förpliktelser. Läkaren kan inte längre bara vara en auktoritet som dikterar instruktioner för patienten, utan måste också vara en coach som uppmuntrar och utmanar sina patienter att ta ansvar för sin egen hälsa och sina levnadsvanor.

Medicinens möjligheter och läkarens arbete väcker allmänhetens intresse, de respekteras och folk litat på dem. Detta bildar en utmärkt grund för läkarens arbete, samtidigt som förväntningarna blir uppskrivade. Verkligheten är ofta annorlunda än fiktionens bedrägliga värld. Även i den bästa tänkbara hälso- och sjukvården ställer man felaktiga diagnoser, inleder behandlingar för sent, tolkar provresultat fel och ordinerar verkningslösa behandlingar. Läkarens fel kan vara ödesdigra för patienten, men kan också rubba läkarens egen sinnenfrid.

Yrkeskårens interna kollegialitet skyddar de allmänna förutsättningarna att arbeta som läkare och professionens grundläggande syfte och kan inte användas för att dölja och hemlighålla en kollegas fel. Fel och misslyckanden orsakar mindre skada när man fokuserar på läkararbetets grundläggande syfte och tar hand om patienten i alla situationer.

En förutsättning för etiskt hållbart arbete är att medge att också läkarna likt alla andra misstar sig, misslyckas och begår fel. Men även misslyckanden kan användas som resurs för att utveckla arbetet, trots att de är tunga. Man lär sig inget av fel som inte identifieras eller erkänns.

Fel ses ofta som individuella misslyckanden, trots att de i betydande grad brukar bero på arbetsplatsens rutiner och praxis. Väljer man detta som utgångspunkt kan fel handläggas inom teamet utan att man jagar efter skyldiga. I stället tar man fasta på möjligheten att korrigera de gemensamma rutinerna och reglerna, vilket öppnar möjligheten att fråga vad som orsakade felet och hur motsvarande fall bäst undviks i framtiden. Samtidigt bär arbetsplatsen kollektivt ansvar för sin verksamhet och ingen lämnas ensam.

Inom litteraturen finns det många läkarbiografier. De öppnar fascinerande perspektiv inte bara på läkekonstens och behandlingarnas historia, utan också på hurdant liv bara en läkare kan leva. Den läkare som får omsätta läkaryrkets grundläggande syfte i praktiken får också den största tillfredsställelsen i sitt arbete. Att hjälpa andra är att leva sitt eget liv enligt läkaretiken. ■

Läs mer:

Cassell E. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York. Oxford University Press 1991. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York. Oxford University Press 2006. Drane J.F. *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*. 2nd ed. New York. Sheed & Ward 1995. Fulford Kenneth W. M. *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge och New York. Cambridge University Press 1989. Hallamaa, Jaana, *Yhdessä toimimisen etiikka*. Helsingfors: Gaudeamus. 2017. Jonsen, Albert & Siegler, Mark & Winslade, William J., *Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th edition. New York: McGraw-Hill Education. 2015. Pasternack, Amos & Puustinen, Raimo & Hallamaa, Jaana (red.) *Lääkäriprofessioni. Professionaalisuus lääkärin työssä*. Helsingfors: Duodecim. 2017.

Reiman, Teemu & Oedewald, Pia, Turvallisuus kriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Helsingfors: Edita. 2008.

Tomlinson, Tom, Methods in medical ethics. Critical perspectives. New York: Oxford University Press. 2012.

Läkar- och vårdetikens grundprinciper

Veikko Launis, professor i medicinsk etik, Åbo universitet

TRE MORALTEORIER

Den filosofiska etikens uppgift är att systematisera moraluppfattningar och att utgående från dem bygga upp moralteorier. De vanligaste moralteorierna kan indelas grovt taget i tre grupper: dygdetik, nyttoetik och pliktetik. Moraluppfattningarna och de etiska principer som aktualiseras i läkarnas arbete, och överlag inom vården, representerar på ett intressant sätt alla dessa etikens tre huvudriktningar.

Enligt **DYGDETIKEN** är det viktigt att utveckla sådana karaktäsegenskaper, personlighetsdrag och attityder som moralisk verksamhet förutsätter. Enligt Aristoteles (384–322 f.Kr.) kallas sådana egenskaper för dygder. Dygdetiken försöker beskriva de egenskaper en moralisk aktör bör ha för att även i svåra situationer kunna fatta riktiga och goda beslut. Den som utvecklar dygderna och utnyttjar dem på ett sansat sätt har också själv bättre möjligheter att finna ”reglerna för ett gott liv” och göra sitt liv så framgångsrikt som möjligt.

Dygdetiken skildrar ett moraliskt ideal, det som människan i bästa fall kan utvecklas till. Vi kan inte utveckla dygder, det vill säga moraliska egenskaper, genom att följa yttre normer och regler, utan genom att uppöva vår karaktär och våra attityder så att de motsvarar ett moraliskt ideal. Att göra det goda är både naturligt och i sig belönande för en moraliskt utvecklad människa.

Visdom, mod, självbehärskning och rättrådighet har sedan antiken betraktats som viktiga dygder. Särskilt i vården eftersträvas dygder som empati, offervilja och hjälpvilja. Om läkaretiken och vårdetiken överlag ska grundas på dygdetik, måste karaktärsfostran ägnas särskild uppmärksamhet så att yrkespersoner inom vården förhåller sig positivt till sina patienter och upplever sin hjälpinsats som i sig belönande.

Enligt **NYTTOETIKEN** eller utilitarismen bygger våra handlingars moraliska värde enbart på förhållandet mellan deras positiva och negativa konsekvenser. Beroende på vilken version av teorin som avses, kan ”nyttan” avse många olika ting: välfärd, njutning, uppfyllande av önskningar och behov, undvikande av smärta och lidande eller lycka. Således kan till exempel fertilitetsvård för barnlösa motiveras ur nyttoetisk synvinkel, med att den uppfyller önskningar och behov eller ökar lyckan.

Enligt **PLIKTETIKEN** beror våra handlingars moraliska värde inte på deras resultat utan på våra motiv, det vill säga om handlingarna styrs av ett moraliskt krav eller av någonting annat, till exempel njutning eller nytta. Det moraliska kravet uppträder i allmänhet i form av någon form av princip eller regel vi inte får bryta mot för att uppnå egen fördel, inte ens om

detta skulle ha allmännyttiga följder. En läkare handlar rätt då hen fattar ett beslut enbart utifrån sin moraliska ansvarskänsla, det vill säga av aktning för en moralregel eller moralprincip. Det enda måttet på en handlings moraliska halt är motivet eller syftet, och värdet av handlingen förringas inte ens om det goda syftet inte uppnås.

Enligt pliktetikens främsta företrädare Immanuel Kant (1724–1804) får vi aldrig behandla en annan människa enbart som ett medel för att uppnå egen eller allmän nytta, utan alltid på det sätt som målet i sig, det vill säga det allmänna människovärdet, förutsätter. Enligt kantiansk pliktetik bildar alla patienters lika människovärde grundvalen för vården.

SEX GRUNDPRINCIPER

I det kliniska arbetet ställs vi inför svåra etiska problem. De beror vanligen på att det finns en mängd väl underbyggda etiska uppfattningar, principer och regler som i praktiska situationer ger motstridiga riktlinjer. Motsättningarna kan inte elimineras genom att vi accepterar en viss teori som ”den rätta” för att sedan ur den härleda samstämmiga principer och regler. Detta är omöjligt av den enkla anledningen att det inte finns någon enda ”rätt” teori.

För att kunna hantera etiska problem i kliniskt arbete behöver vi teorier av alla tre grundtyper. Dessutom kan varje teori tillämpas på många sätt och det finns därför inte något enda ”rätt” sätt att ur dem härleda principer och sedan ur principerna härleda praktiska förhållningsregler. Därför måste en etisk pluralism accepteras: det finns flera i sig godtagbara principer som konkurrerar med varandra men däremot ingen allmän metod eller ”expertis” som kunde avgöra de konflikter som uppstår. Den filosofiska etiken kan nog reda ut de centrala moralteorierna och de principer som bygger på dem och förklara de motsättningar de ger upphov till, men de slutliga svaren på konkreta etiska problem måste alltid sökas från fall till fall.

Följande sex principer är centrala i läkar- och vårdetiken:

- Respekt för livet
- Aktning för människovärdet
- Självbestämmande
- Vård
- Rättvisa
- Nyttomaximering

Varje princip är i sig välmotiverad och återgår på någon av de ovan nämnda teorierna. De resulterar dock i motstridiga regler då det gäller konkreta lösningar.

RESPEKT FÖR LIVET

Kravet på respekt för livet bildar grunden för all verksamhet som berör levande varelser, till exempel vård av människor och djur. Generellt kan principen uttryckas så här: Vi bör försöka bevara biologiskt liv och undvika sådant som försvagar det. Principen representerar pliktetiken.

Kravet grundar sig på tanken att allt liv är av moraliskt värde. Principen har viktiga konsekvenser för kliniskt arbete. Den förpliktar till att hålla en patient vid liv så länge som möjligt. Att till exempel förkorta en patients liv genom att reducera behandlingen eller ge dödshjälp

är moraliskt fel. (Här talar vi endast om människor och förbigår den i och för sig intressanta jämförelsen mellan sjuka människor och sjuka djur.)

Det är dock viktigt att minnas att det krav som ingår i principen gäller *prima facie*. Det betyder att principen ska följas såvida inte någon annan motivering berättigar till att bortse från den. Principen om respekt för livet ställer inte ett absolut krav som går före allt annat, utan dess betydelse måste vägas mot kraven för andra etiska principer.

MÄNNISKOVÄRDE

Kravet på aktning för människovärdet faller också inom pliktetiken. Enligt kravet är varje människas moraliska värde lika. I många diskussioner förknippas aktningen för människovärdet med de mänskliga rättigheterna som tillkommer alla människor likvärdigt. Exempel på sådana rättigheter är rätten att få hjälp då liv eller hälsa hotas och rätten att leva fri från smärta och lidande, som likvärdigt tillhör alla människoindivider.

Ett annat sätt att tolka kravet på aktning för människovärdet är att likställa människovärdet med "personhet", det vill säga att vara en person. Den tolkningen är snävare än jämförelsen med mänskliga rättigheter eftersom den inte utsträcker människovärdet till individer som ännu inte fått eller inte längre har kvar personlighetens kännetecken (foster, hjärndöda osv.).

Kravet på aktning för människovärdet kan lätt råka i konflikt med kravet på respekt för livet. I vissa fall kan en förlängning av det biologiska livet med specialmetoder upplevas som en kränkning av människovärdet. Kravet på aktning för människovärdet kan användas som en motivering till patientens rätt att dö värdigt och få begärd dödshjälp; en sådan konstellation åskådliggör tydligt konflikten med principen om respekt för livet.

SJÄLVBESTÄMMANDE

Självbestämmanderätten hör till de moraliska grundrättigheterna. För att vi ska förstå dess natur måste begreppet självbestämmande först klargöras.

En självbestämmande person är förmögen att självständigt överväga, fatta beslut och handla. Det förutsätter en viss förmåga och vissa färdigheter och sådan tillförlitlig information som krävs för att fatta beslut. Förmåga, färdighet och kunskap bildar tillsammans personens kompetens.

Den kunskapsmässiga kompetensens andel är mycket väsentlig i fall där ingrepp på patienten förutsätter dennes "informerade samtycke". Den kan även motivera patientens rätt att få information om sitt eget tillstånd (patientens "rätt att bli informerad"). Kompetensen måste ses som relativ: det är omöjligt att dra en exakt gräns för när kompetensen är tillräcklig för att man ska kunna tala om en självbestämmande person. I gränsfall är konstaterandet av kompetensen i hög grad en avvägningsfråga.

Enligt principen om självbestämmande är en kompetent person berättigad att besluta om sina egna angelägenheter, att handla fritt enligt eget övervägande och att få hjälp av andra för att genomföra beslut. Andra moraliska aktörer är skyldiga att respektera självbestämmanderätten och därför hör principen om självbestämmande till pliktetikens område.

Rätten till självbestämmande är inte oavhänderbar, det vill säga en patient kan överlåta rätten att fatta vårdbesluten åt sin läkare. Patienten kan till och med medvetet avstå från en del av sin kompetens genom att vägra att bli informerad om sin sjukdoms natur. Om en person som är kompetent att tänka och uttrycka sin vilja efter moget övervägande väljer att inte bli underrät-

tad om sitt sjukdomstillstånd och har helt klart för sig att denna vägran även begränsar hans kompetens att ta ställning till behandlingen, bör patientens vilja respekteras (patientens ”rätt att vara ovetande”). Likaså har en patient med stöd av sin självbestämmanderätt rätt att hemlighålla information om sitt hälsotillstånd för andra parter, till exempel sina släktingar eller sin arbetsgivare.

Självbestämmanderätten ska inte bedömas utifrån någon allmän standard för hur ”goda” eller ”rätta” beslut en person fattar. Självbestämmandet kännetecknas av att var och en får leva och handla enligt sin egen uppfattning, sin egen tro och sina egna värden. Excentriska beslut (till exempel att låta göra en kosmetisk amputation av en fingerled) är inte nödvändigtvis tecken på bristande kompetens, må vara att mycket exceptionella trosföreställningar och handlingar kan bero på störningar i tankeförmågan. Principen om självbestämmande förordar att tröskeln för kompetensen ställs så lågt som möjligt och att människor tillåts handla efter sina egna val, så länge ingen uppenbar olägenhet uppkommer för andra.

Å andra sidan bör vi minnas att kravet på självbestämmande inte är någon absolut princip som går före alla andra; i en konfliktsituation kan någon annan princip väga tyngre. Självbestämmanderätten hör dock till de moraliska grundrättigheterna, och därför måste det finnas mycket vägande skäl om den ska åsidosättas. Här ställs vi inför viktiga och samtidigt svåra etiska dilemman: Hur långt kan principen om självbestämmande utsträckas? Hur långt gående begränsningar av självbestämmanderätten kan motiveras?

Givetvis kan ingens rätt verkställas på bekostnad av någon annans motsvarande rätt. Ingen har heller rätt att göra något som klart skadar en annan. Enligt detta så kallade Mills förbehåll duger endast skada som tillfogats andra som en begränsande faktor, däremot inte skada som individen tillfogar sig själv. Självbestämmanderättens styrka måste prövas då den kolliderar med andra etiska grundprinciper. Om patienten riskerar sitt liv genom att vägra vård, innebär respekt för självbestämmanderätten att man i stället dagtingar med principen om respekt för livet, likaså med vårdprincipen. Den presenteras härnäst.

VÅRD

Vårdprincipen kan uppfattas som pliktetisk eller dygdetisk. Vi har en naturlig skyldighet att hjälpa dem som behöver hjälp och generellt sett hör omsorgen om andra människor till våra mest grundläggande moraliska skyldigheter. Å andra sidan är hjälpviljan ett tecken på ett särskilt karaktärsdrag: det är en central moralisk dygd för läkarna och den övriga vårdpersonalen.

Att vilja det goda (*benevolentia*) och att göra det goda (*beneficentia*) samt att undvika att tillfoga skada (*non-maleficentia*) bildar vårdetikens grundläggande dygder. Enligt vårdprincipen bör vi främja människans funktionsförmåga, minska hennes lidande och undvika sådant som skadar funktionsförmågan och ökar lidandet.

Principen innehåller två motstridiga krav. Att undvika att skada patienten (*primum non nocere*) ses ofta som det viktigaste. Av det tycks följa att patienten ska ges så effektiv vård som möjligt om hans kondition löper risk att snabbt försämras utan vård. Å andra sidan kräver principen att göra det goda att inte förlänga patientens tillstånd om detta skulle innebära svårt psykiskt och fysiskt lidande för patienten.

Då vårdskyldigheten ställs emot självbestämmanderätten uppstår ett så kallat paternalistiskt problem. Paternalism betyder kringskärning av patientens självbestämmanderätt då avsikten är att handla i enlighet med hans intressen. Vanligen hänvisar man till att individerna långt ifrån alltid har klart för sig vilka risker deras eget handlande medför för dem själva.

Då riskerna är stora förefaller det berättigat att förhindra ett visst handlande, till exempel en ung människas narkotikabruk genom att tvinga till avvänjningsvård. Vanlig är också motive- ringen att de skador som ett ingripande medför är mycket mindre än de skador som ingri- pandet avser att förhindra. Nyckelfrågan är emellertid hur tillförlitligt vi förmår avgöra när en person inte längre har klart för sig vad som faktiskt ligger i hens eget intresse. Ett handlande som syftar till något gott men som sker mot patientens vilja kan försvaras endast ifall patien- tens omdömesförmåga inte är tillräcklig i relation till vad situationen kräver.

RÄTTVISA

Enligt rättviseprincipen ska patienterna garanteras likvärdig möjlighet till adekvat vård. Sär- skilt personer som är utsatta och har det illa ställt ska ombesörjas. En central rättvisefråga är den rättvisa fördelningen av vårdresurser snarare än resursernas absoluta storlek.

I många vårdssituationer måste en patients liv vägas mot andra patients liv och livskvali- tet. Hur ska värdet av livet hos en döende patient och ett obotligt sjukt nyfött barn vägas mot varandra? Det är en mycket svår fråga som det knappast finns något allmängiltigt svar på. Då vi i praktiken ändå tvingas avgöra frågan om fördelningen av tillgängliga vårdresurser måste vi enligt rättviseprincipen väga patients och patientgruppers rättigheter och behov mot var- andra och samtidigt göra kompromisser vad gäller andra etiska principer.

NYTTA

Principen om nyttomaximering representerar ren utilitarism, där resultaten av våra hand- lingar bildar måttstocken för deras moraliska värde. Den mest kända utilitaristiska riktningen är Jeremy Bentham's (1748–1832) och John Stuart Mills (1806–1873) utilitarism, som bygger på följande centrala princip: Vi bör handla så att den förväntade nyttan i relation till olägen- heterna är så stor som möjligt.

Den här principen är mycket central inom hälso- och sjukvården. Som moralprincip kom- mer dess betydelse främst fram, då man uppskattar den så kallade hälsonyttan eller hälso- vinsten av olika ingrepp. Hälsonytta innebär ökad funktionsförmåga eller förbättrat tillstånd för patienten, vilket uttrycks som behandlingsåtgärdens effektivitet. Enligt principen ska den åtgärd väljas som medför den största hälsonyttan jämfört med olägenheterna. En väsentlig del av olägenheterna består av de ekonomiska resurser som åtgärden kräver. Vården är effektiv då nyttan i förhållande till kostnaderna är så stor som möjligt.

Det finns ett intressant samband mellan strävan efter effektivitet och den kliniska verksam- hetens etik. Ett onödigt slöseri med resurser (till exempel en verkningslös medicinering eller behandling) står i strid med principen om nyttomaximering och kan medföra stor skada för många patienter. Detta visar att strävan efter effektivitet inte enbart är ekonomiskt utan även moraliskt motiverad.

Nyttan maximeras dock lätt på bekostnad av rättvisan. Vård som ger ett fåtal patienter stor hälsonytta men samtidigt gör vården ineffektivare för många andra patienter uppfyller inte kravet på rättvisa. Att maximera nyttan med enbart den ekonomiska nyttan för ögonen är moraliskt ohållbart. Trots att alla patients hälsa ska förbättras så gott det går, kräver rättvi- san och respekten för livet att alla har lika möjligheter till hälso- och sjukvård och till män- niskovärdig vård. ■

Läs mer:

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press 2013.

Launis V. Moniarvoinen terveys. Areopagus 2007.

Launis V. Ihmisarvo. Vastapaino 2018.

Louhiala P, Launis V. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Edita 2009.

Pasternack A, Puustinen R, Hallamaa J (toim.). Lääkäriprofessio: Professionaalisuus lääkärin työssä. Duodecim 2017.

Pietarinen J, Poutanen S. Etiikan teorioita. Gaudeamus 1998.

Att lösa etiska problem i praktiken

Samuli Saarni

MD, FD, PM, docent i hälsovårdsetik och socialpsykiatri

Hälso- och sjukvårdens etiska frågor intresserar med fog inte bara läkare utan även patienter, politiker och filosofer. Enkelt sagt kan man säga att patienten är intresserad av ett resultat som överensstämmer med hens värderingar och behov, en politiker av en politiskt acceptabel lösning och filosofen av en grundlig analys av frågan. Då läkarens intresse för etik ofta är praktiskt befinner hen sig i en unik position: hur behandlar jag denna enskilda patient, som är på mitt ansvar? Läkaren kan inte avsluta sitt resonemang som filosofen: ”Vilket intressant och svårt problem! Följande, tack!”

Olika sätt att lösa medicinens etiska problem måste ställas i proportion till vem som löser problemet och hur mycket tid som finns tillgänglig. För att igen uttrycka det enklare: ifall vårdbeslutet måste fattas på fem minuter behövs ganska enkla resonemangsregler för att hitta bästa möjliga lösning. Om beslutet ska fattas inom en månad kan man använda alla metoder för etisk argumentation, överväga principerna för tillämpad etik och etik samt involvera andra människor för att säkerställa att lösningen är acceptabel. I praktiken behövs bägge, då det ofta först efteråt finns tid att specificera besluten och begrunda valen.

Varje läkare torde ha erfarenhet av hur man i efterskott varit tvungen att begrunda hur korrekta och motiverade de egna behandlingsvalen varit. I extrema fall måste läkaren skriva om varför saker och ting på något sätt har gått snett. Att efteråt reflektera över egna beslut även etiskt sett hör också till den professionella utvecklingen: i ett idealiskt fall gör erfarenheten läkarens egen värdevärld och identitet tydligare och underlättar beslutsfattandet i liknande fall. Antalet beslut som uppfattas som etiskt problematiska verkar minska i takt med att läkarens erfarenhet samlar mer erfarenhet.

LOGISK ARGUMENTATION I TILLÄMPAD ETIK

Vid etisk reflektion kan man hänvisa till många slags teorier och principer samt röra sig på olika abstraktionsnivåer. En av nivåerna är argumentationens logik. För att lösa medicinska problem måste man utöver att känna till medicinska fakta, etiska principer och teorier, även kunna reflektera logiskt. Om grunderna till argumentationen är i konflikt med varandra eller om resonemangskedjan är felaktig kan inte heller slutsatserna anses vara trovärdiga.

Mål för etisk argumentation är en logisk och motiverad helhet som liknar den som tillämpas i vetenskapliga resonemang inom medicinen i allmänhet. Med tanke på etik omfattar denna dock en betydande princip: att bara vädja till sina åsikter eller känslor är inte en tillräcklig grund och duger inte som enda argument. Precis som i evidensbaserad medicin måste grunderna för etisk argumentation kunna motiveras av faktorer som finns ”utanför huvudet” på framställaren, med andra ord med motiveringar som kan ses och ifrågasättas även av andra människor.

Skälen till felslut kan variera och hela felslutstemat konceptualiseras på olika sätt. En av definitionerna för *retorik eller talekonst*, som studerats sedan antiken, är att man genom argumentationen försöker övertyga diskussionspartner och få dem att hålla med om ens egna åsikter, oavsett sanningen. Retoriska medel och felaktiga men övertygande argumentations-sätt kan användas mer eller mindre medvetet för att påverka andra människor. För att undvika argumentationsfel är det viktigt att identifiera vanliga retoriska medel och typer av felresonemang. Därtill lönar det sig att identifiera sina egna motivationsfaktorer: vill man debattera för att hitta sanningen, en gemensam konsensus eller genomdriva sin egen åsikt?

I en *filosofisk argumentationsanalys* strävar man efter att så tydligt, otvetydigt och sammanhängande som möjligt specificera och beskriva den aktuella frågan och de argument som framförs till stöd för eller emot argumentet. Genom att göra resonemanget bakom argumenten så transparent som möjligt kan man identifiera och urskilja subjektiva åsikter, kulturella fördomar och många andra problematiska motiveringar från hållbara argument. Genom att öppna kedjan av argument och slutsatser som dras av dessa kan andra parter i debatten bedöma både argumentens godkännbarhet och resonemangskedjans logik. Överfört till det praktiska livet är målet inte bara en policy som alla enats om (såsom läkare, patienter och släktingar), utan även en gemensam uppfattning om varför man valt just denna linje.

Under de senaste decennierna har felslut inom olika discipliner undersökts mer och mer genom begreppet *kognitiv bias*. I bakgrunden finns empirisk forskning om att människor tenderar att betona sin tolkning av egna observationer på vissa sätt. Dessa vanor är ofta inte rationella (baserade på argumentationsanalysens ovan nämnda ideal), men inte heller individuellt varierade eller slumpmässiga, utan *systematiskt* förvridna. Med andra ord har människohjärnan inbyggda tendenser för vissa typer av resonemangsprocesser, av vilka en del är ologiska.

Människans tendens att dra felaktiga kognitiva slutsatser, tänka dunkla tankar eller frestas att manipulera andra bör inte förnekas. Läkaretiken löser alla dessa approacher på samma sätt: målet är att så tydligt och heltäckande som möjligt beskriva argument som stöder olika tillvägagångssätt och sedan jämföra de olika argumentens logik på ett sätt där alla centrala parter godtar lösningen.

SKEDEN AV ATT LÖSA ETISKA PROBLEM

En rationell och konsekvent hantering av etiska problem kan stödjas med hjälp av en systematisk problemlösningsprocess. Detta är särskilt fördelaktigt när tiden är knapp. Flera olika ”algoritmer” för att lösa etiska problem har utvecklats. På grund av etikens natur löser dessa ”algoritmer” emellertid inte automatiskt etiska problem, utan hjälper oss främst att begrunda rätt frågor i rätt ordning.

Glover har sammanfattat resonemanget för etiska frågor i följande steg:

1. Beskrivning och definition av problemet: hypotes
2. Kartläggning av problemet och granskning av föreslagna lösningar
3. Sökande efter den bästa lösningen
4. Säkerställande att den föreslagna lösningen är acceptabel

Centralt för beskrivningen av problemet är att i mån av möjlighet skilja på medicinska frågor och värdefrågor. Ibland kan ett vårdbeslut kännas som ett etiskt problem bara för att man inte känner till de medicinskt mest sannolika konsekvenserna av olika behandlingsalternativ, eller inte har hunnit fråga om patientens åsikt. Centralt är alltså att identifiera den genuint etiska del av ett problem som inte kan lösas till exempel genom att fördjupa sig i den medicinska litteraturen.

Utforskning av föreslagna lösningar kräver förståelse för kraven i lagstiftning, behandlingsrekommendationer och de olika etiska riktlinjer som anges i denna bok också. En mer filosofisk analys direkt av olika principer eller teorier om etik för hand kan också ifrågasättas om läkaren har tid och önskan att överväga saken djupare.

Att söka den bästa lösningen innebär att jämföra de alternativa lösningarna och deras grunder så transparent, ärligt och öppet som möjligt. På grund av kognitiv bias kan andra människors hjälp vara mycket värdefull i detta skede.

Då en resonemangskedja som ibland verkar helt logisk i praktiken kan leda till absurda resultat är det viktigt att se till att lösningen är godtagbar. Inom hälsovården är till exempel maximering av hälsofördelarna en allmänt accepterad princip, som ändå inte kan leda till slutsatsen att döda en obotligt sjuk patient för att möjliggöra transplantationer. Att säkerställa slutsatsernas godtagbarhet bidrar alltså till att förhindra felslut, samt till att korrigera argumentationen och göra den mångsidigare.

När man närmar sig frågan ur en enskild läkares perspektiv kan sökandet efter en idealisk lösning, enligt Lindqvist, omfatta följande steg och frågor:

1. Vad är motivet för mina handlingar?
2. Vad eftersträvar jag specifikt med min lösning?
3. Vilka tillvägagångssätt är godtagbara i denna situation?
4. Vilka konsekvenser har min lösning?

Som en del av etisk reflektion är det alltid viktigt att begrunda egna motiv och behandlingsmål. Är vårt motiv att hjälpa patienten eller något annat, såsom att avsluta en besvärprocess? Är målet med behandlingen att bota patientens sjukdom, att lindra lidande eller att stödja patientens autonomi? Reflektionen hänger ihop med vilket slags yrkesroll läkaren internaliserat.

Utbudet av godtagbara tillvägagångssätt begränsar dock alternativen för en lösning till en specifik, vanligtvis ganska liten uppsättning alternativ, som bygger på medicinska fakta (vad respektive behandling leder till, vad som kan gynna patienten), juridiska normer (att man bör följa patientens beslut att vägra behandling, samt erbjuda hen andra alternativ) samt etiska principer (till exempel respekt för autonomi, skapande av fördelar och undvikande av skada, samt rättvisa).

VÄRDE- ELLER SAKFRÅGA?

Det är ofta svårt att skilja på värdefrågor och fakta. Men det är dock av största vikt för att lösa problemet på rätt sätt. Medicinska problem som kan lösas med empirisk information bör inte lösas genom etiskt resonemang.

Frågan är lika viktig även i den andra riktningen. Enligt David Humes princip publicerad redan år 1739 kan *sakernas tillstånd inte leda till slutsatser om hurdant sakernas tillstånd borde eller inte borde vara*. På samma sätt som man inte kan härleda medicinsk information från etiska principer kan man inte heller härleda etiska normer eller moraliska påståenden från medicinska fakta. Denna ”Hume’s Law” förklarar till exempel varför en behandlingsrekommendation i teorin bara är en rekommendation: medicinska fakta berättar vilka effekter respektive behandling sannolikt kommer att få, men inte hur en enskild patient bör behandlas. Ett behandlingsbeslut kräver alltid en moralisk bedömning av vilka resultat som är viktiga för patienten, läkaren och hälsovårdssystemet. Patienten får vägra behandling på basis av sina egna värderingar, och naturvetenskapliga fakta kan inte göra detta beslut moraliskt felaktigt.

Då det är viktigt att skilja på värde- och faktafrågor är det ofta motiverat att öppna denna del av resonemangsprocessen mer detaljerat. Enligt BMA kan resonemangskedjan se ut till exempel så här:

1. Identifiera att situationen gäller ett etiskt problem och inte bara en klinisk oklarhet om rätt behandlingslinje.
2. Sträva efter att specificera och beskriva problemet så tydligt som möjligt. Vilket etiskt problem är det fråga om?
3. Skaffa behövlig tilläggsinformation, samla bland annat nödvändiga empiriska fakta, ta reda på patientens åsikt och konsultera eventuellt kollegor.
4. Ta reda på relevanta normer, bland annat lagstiftning och etiska riktlinjer samt behandlingsrekommendationer.
5. Fundera på nytt på ärendet: kan det lösas med dessa uppgifter?
6. Om svaret är ja, motivera dina beslut så tydligt som möjligt för dig själv och om nödvändigt för andra.
7. Om svaret är nej, börja först i detta skede analysera frågan med hjälp av etiska principer.

Modellens bärande tanke är pragmatism: det lönar sig att avgöra behandlingsbeslut med så tydlig och enkel argumentation som möjligt och gå vidare till mer komplext etiskt resonemang först när det är absolut nödvändigt.

SAMMANFATTNING

Ibland måste läkaren lösa komplexa etiska problem under trycket av kliniskt arbete. I så fall lönar det sig att hålla en enkel resonemangsram som kan göra det lättare att närma sig problemet. Med tanke på professionell utveckling lönar det sig med tiden att efteråt fundera på beslutens riktighet i ljuset av etiska principer.

Etiska problem analyseras utgående från olika etiska teorier och principer. Men utan ett sammanhängande tänkande, en öppen resonemangskedja och andra människors åsikter kan man av dessa teorier i praktiken härleda hur fantasifulla slutsatser som helst. En öppen växelverkan med andra människor är central för utvecklingen av etisk argumentation: när man tillsammans begrundar en fråga är det lättare att hitta en hållbar grund för beslutsfattandet, en sammanhängande argumentation och ett resultat som alla kan godta. ■

Läs mer:

Jonathan Glover. *Causing Death and saving lives*. Penguin books 1977.

Medical Ethics Today. The BMA's handbook of ethics and law, 2nd ed. BMJ publishing group 2004.

Lista tavallisimmista retoriikan keinoista eli argumentaatiivirheistä. [https://fi.wikipedia.org/wiki/](https://fi.wikipedia.org/wiki/Argumentointivirhe)

Argumentointivirhe

Martti Lindqvist 1996: Etiikan merkitys lääkärin työssä. Teoksessa: Lääkärietiikka, Finlands Läkärförbund 1996.

Etik, etiska deklARATIONER och lag

Salla Silvola, lagstiftningsråd, justitieministeriet

Kirsi Ruuhonen, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet

Alla samhällen har normer som reglerar individernas beteende. De kan vara så kallade sociala normer för hur man uppför sig eller frivilliga regler för samverkan i olika former, till exempel spelregler för fotboll eller schack. Tyngre vägande regler än de sociala normerna utgörs av lagar och moralregler vilkas primära syfte är att skydda individerna mot skada orsakad av andra individer.

På ett visst sätt är lagar och moraliska koder också sociala normer, om en social norm hänvisar till regler som fastställts inom en viss gemenskap för människors ömsesidiga aktiviteter. Till huvudprinciperna i det moderna rättssystemet hör mänskliga rättigheter, särskilt respekten för varje individs värdighet, och principer som rör rättsstatsprincipen, såsom demokratin princip. När det gäller dessa djupaste principer gör rättvisa och moral ingen stor skillnad, utan utgör grunden för lagstiftningens materiella giltighet, det vill säga tillåtlighet.

Men varför ska då lagliga eller etiska regler respekteras? De flesta människor följer lagen antingen för att den betendenorm som den stipulerar betraktas också som etiskt hållbar – till exempel förbudet mot att avsiktligt döda en oskyldig individ mot hens vilja – eller på grund av rädsla för sanktioner.

Många av de viktigaste skillnaderna mellan lagen och etiska normer grundar sig på just dessa två omständigheter. Lagar är till sin natur oftast skriftliga, mer exakta normer med tidsbunden giltighet. Vi kan till exempel besluta att från början av nästa år tillåta fertilitetsbehandlingar för livmoderuthyrning i lag. Men av detta följer ingenting som skulle påverka verksamhetens etiska status; beroende på perspektivet kan detta alltså vara antingen etiskt rätt eller fel både nu och i framtiden. Det vore befängt att påstå att en företeelses moraliska status kunde ändras från ett visst datum.

Medan människor iakttar rättsnormer av rädsla för straff hör det – eller borde åtminstone höra – till det etiska handlandets natur att vi själva vill handla etiskt rätt. Om vi godtar detta antagande, kan etiskt berättigad verksamhet inte bygga enbart på beteenderegler och förbud som dikterats av auktoriteter, eller på att man själv handlar som det känns bäst i respektive situation. Genuint etiskt handlande förutsätter beredskap för diskussion och övervägande, analys av våra värden och syften, samt konkreta samtal med andra parter om hur de mål som allmänt anses eftersträvansvärda ska kunna uppnås på bästa sätt. Speciellt inom hälso- och sjukvården innebär detta att diskussionen kontinuerligt ska leva i takt med att vår kunskap ökar och tekniken förändras.

En viktig etisk-samhällsfilosofisk fråga är frågan om i vilket slags samhälle vi vill leva. Anser vi till exempel att vetenskaplig forskning är värdefull och inte ska begränsas annat än

då det finns anledning att förmoda att dess resultat direkt eller indirekt medför allvarliga olägenheter eller då forskningen kunde skada de undersökta personerna? Eller vill vi leva i ett samhälle där forskning som inte förmodas orsaka skada och som producerar ny kunskap och därigenom möjligen främjar människors välfärd kan förbjudas om den sårar vissa människors moraliska och religiösa uppfattningar? Dessa frågor måste besvaras genom att föra en samhällsdiskussion.

Men varför ska rättsliga eller etiska regler respekteras? De flesta följer lagen antingen för att de anser att lagens handlingsnormer också är etiskt giltiga (såsom till exempel förbudet mot att avsiktligt döda en oskyldig person mot hens egen vilja), eller enbart av rädsla för påföljder.

IDENTIFIERING AV REGLER

För att medvetet kunna välja vilka normer vi vill leva efter och för att veta konsekvenserna av detta, är det viktigt att vi har klart för oss till vilken grupp en regel hör. Ovan skisserades skillnaderna mellan de tre typerna av regler, men hur ska vi veta om en regel är rättslig, etisk eller social?

I praktiken är normernas art i allmänhet lätt att identifiera med ledning av deras ursprung. Bland de rättsliga normerna på nationell nivå finns grundlagen, lagar stiftade av riksdagen, förordningar utfärdade av presidenten, statsrådet eller ett ministerium, beslut av statsrådet eller ett ministerium samt beslut och direktiv som andra myndigheter utfärdat med stöd av lag. Dessa författningar och bestämmelser har samma hierarkiska ordning som de ovan uppräknade samhällsinstitutionerna, från riksdag till kommunal nivå.

INTERNATIONELLA FÖRDRAG

Utöver de nationella rättsliga normerna finns det en mängd internationella organ som författar regler som kan vara bindande för finländska läkare på samma sätt som de nationella reglerna. Till exempel är vi bundna av EU:s rättsliga regler som ibland går före vår nationella lagstiftning.

I Europa är Europarådet och Europeiska unionen de viktigaste organen som utfärdar regler och rekommendationer. Europarådet är en internationell organisation som är skild från Europeiska unionen och vars primära mål inte rör ekonomisk utan humanitär verksamhet. Europarådet kändaste konvention är Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna som antogs år 1950 och som Finland anslöt sig till år 1990.

För hälsovården är den viktigaste konventionen som Europarådet utfärdat dock konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin, som Finland ratificerade år 2009. Samtidigt ratificerades också två tilläggsprotokoll till konventionen om biomedicin, varav det ena gäller förbud mot kloning och det andra organtransplantationer. I och med ratificeringen förpliktar dessa tre handlingar Finland på samma sätt som lagstiftningen i sig. Därefter har man inom ramen för Europarådet utarbetat ytterligare tilläggsprotokoll även om biomedicinsk forskning och gentester. Finland har emellertid ännu inte ratificerat dessa.

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna ingår också föreskrifter kring hälso- och sjukvård samt medicinsk etik. Dessa förbjuder bland annat genetisk förädling av människan och kloning av människor i reproduktionssyfte. Enligt Europeiska unionens fördrag (det så kallade Lissabonfördraget) är stadgan om de grundläggande rättigheterna rättsligt bindande. Såväl Europeiska unionens domstol som de nationella domstolarna

är skyldiga att följa dessa föreskrifter när de tillämpar Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.

Europeiska unionens förordningar är som sådana direkt bindande för finländarna, oavsett vår nationella lagstiftning. Direktiven binder däremot i princip endast Europeiska unionens medlemsstater och endast med tanke på det uppnådda resultatet, vilket gör att medlemsstaterna själva väljer formerna och metoderna för genomförandet av direktiven på nationell nivå. Exempel på förordningar som berör läkarnas arbete är förordningarna om samordning av de sociala trygghetssystemen (883/2004/EG och 988/2009/EG). Ett annat exempel är direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer (2005/36/EG) och direktivet om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (2011/24/EU).

Europarådet är inte bundet till Europeiska unionen och dess syften är inte ekonomiska utan humanitära. Den mest kända konventionen som rådet godkänt är Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna från 1950. Finland ratificerade konventionen 1990.

Internationella normer, såsom *världshälsoorganisationen WHO:s Guidelines for good clinical practice for trials on pharmaceutical products* och *CIOMS:s (Council for International Organizations of Medical Sciences) International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies*, är som namnet säger att betrakta som rekommendationer. De föreskriver emellertid etiska standarder som ofta ger ett exaktare innehåll till vagare bestämmelser i lagar. Till exempel försöker de etiska kommittéerna följa dessa. Etiska regler kan inte rangordnas, men om de politiska företrädarna för flera länder har deltagit i beredningen av en internationell rekommendation eller godkänt den, till exempel i fråga om UNESCO:s handlingar, får dessa handlingar större faktisk tyngd och blir mer politiskt förpliktande.

ICKE-RÄTTSLIGA NORMER

Organ som grundar sig på frivillighet, såsom föreningar, arbetsgrupper eller andra samman slutningar, kan endast fatta beslut som binder de egna medlemmarna, och vederbörande organisation svarar för eventuella sanktioner, inte samhället. Om en myndighet inte har lagstadgad fullmakt att utfärda bestämmelser eller andra bindande direktiv i någon fråga, ska de utfärdade anvisningarna oavsett vem som föreskrivit dem närmast ses som rekommendationer. I så fall garanterar samhällets sanktionsmekanism inte att normen efterföljs likt andra samhällsnormer.

Exempel på sådana normer är bland annat Världsläkarförbundet WMA:s och Finlands Läkarförbunds rekommendationer och anvisningar. Även denna typ av normer kan få indirekt rättslig betydelse för relationen mellan samhället och dess medlemmar (till exempel som sista utväg ett avsättande från Finlands Läkarförbund) eller direkt rättslig betydelse ifall man vill definiera någon för verksamheten väsentlig noggrannhetsstandard med deras hjälp eller om lagen hänvisar till rekommendationen. Hänvisningar till överensstämmelse med yrkesmässiga standarder ingår i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

I princip kan ett samfunds icke-rättsliga normer utöver att vara sociala normer även vara etiska. De kan vara skrivna eller oskrivna, förknippade med sanktioner eller sakna sanktioner. En norm blir etisk när den innehåller en bedömning om rätt och fel enligt ett visst moralsystem. Sociala normer är inte förknippade med detta. En social norm är med andra ord en vana som man spontant börjat tillämpa i en gemenskap utan nämnda övervägande.

Normens etik bygger på dess bakomliggande överväganden om rätt och fel. Huruvida en norm är etisk eller inte beror också på i vilken mån dess etiska aspekt har internaliserats (Lindqvist 1982). En ursprungligen etisk norm eller kod kan på individplanet förlora sin etiska betydelse om man börjar tillämpa den blint och av slentrian utan att minnas eller vara medveten om vilka överväganden och jämförelser som stått bakom normen. En väsentlig del av genuin etik och etisk livshållning handlar om samtal och reflexion och om att bedöma anvisningar via enskilda fall.

REGLER: INBÖRDES FÖRHÅLLANDEN

Om sociala normer saknar en etisk eller rättslig dimension måste de ge vika i en konfliktsituation. Konflikter mellan rättsliga och etiska normer är däremot mer komplicerade. Materieell lagstiftning kring hälsovård och medicin (såsom lagstiftning om patientrelationen) består ofta av etiska principer som omvandlats till rättsliga normer, och därför är relationen mellan rätt och etik särskilt nära just inom vården. Problemet är dock att det knappast finns någon juridiskt självständig sammanslutning vars alla medlemmar vore överens om riktigheten i det etiska system som styr lagstiftningen. Lagar som tillkommit i demokratisk ordning är vanligen resultatet av överläggningar och företräder inte ett enda etiskt system. I stället är de kompromisser mellan olika principer eller etiska system, såsom autonomi (självbestämmande) och paternalism (förmyndarprincipen), eller pliktetik (bedömning av riktighet eller felaktighet hos bevekelsegrunden för handlingen) och konsekvensetik (handlingens konsekvenser som moralisk bedömningsgrund).

Då behovet av etiska överväganden är särskilt stort i enskilda fall inom hälso- och sjukvården har man till exempel i Finland strävat efter att utforma rättsliga bestämmelser som lämnar gott om utrymme för olika tolkningar. Framtidens problemsituationer och tekniska utveckling är svåra att förutse. Vårt lands internationella åtaganden kan också ibland skapa ett tryck i riktning mot en starkt detaljerad reglering. I så fall är det mycket möjligt att lag och etik (antingen på samhälls- eller individplanet) hamnar i konflikt med varandra. För tillfället debatteras till exempel eutanasi frågan.

Läs mer:

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies. Genève 2009.

Konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna 4.11.1950. Council of Europe Treaty Series (CETS) 5, FördrS 63/1999.

Konventionen om skyddet av de mänskliga rättigheterna och människovärdet vid tillämpning av biologi och medicin; tilläggsprotokoll om förbud mot kloning av människor, 12.1.1998 CETS 168, FördrS 24/2010.

Gylling H A. Tutkijan ammattietiikka. Teoksessa Hallamaa J ym. toim. Etiikkaa ihmistieteille. Finska Litteratursällskapet 2006.

Konventionen om skyddet av de mänskliga rättigheterna och människovärdet vid tillämpning av biologi och medicin; konventionen om de mänskliga rättigheterna och biomedicin, 4.4.1997 CETS 164, FördrS 24/2010.

Konventionen om de mänskliga rättigheterna och biomedicin; tilläggsprotokollet om transplantation av mänskliga organ och vävnader. 24.1.2002. CETS 186, FördrS 24/2010.

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) N:o 883/2004, 29.4.2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Europeiska unionens officiella tidning (EUT) nr L 166/1, 30.4.2004.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG, 7.9.2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer. EUT L 255, 30.9.2005.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU, 9.3.2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. EUT nr L 88/45, 4.4.2011.

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. EUT nr C 83/389, 30.3.2010.

Konsoliderad version av fördraget om Europeiska unionen. EUT nr C 83/13, 30.3.2010.

Lahti R. Terveystieteiden etiikka ja oikeuden rajankäyntiä. I verket Etik i hälso- och sjukvården II. Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) 2002–2006. Publikationsnummer: 17; Publikationsår: 2006. <http://www.etene.fi/julkaisut/2002>

Lötjönen S. Lääketieteellinen tutkimus ihmisillä. Publikationer från juridiska fakulteten vid Helsingfors universitet. Forum Iuris 2004.

Världshälsoorganisationen (WHO). Guidelines for good clinical practice (GCP) for trials on pharmaceutical products. WHO Technical Report Series, No. 850, 1995, Annex 3.

Perspektiv på rättvisa i hälso- och sjukvården

Ilmo Keskimäki, professor, Institutet för hälsa och välfärd och Tammerfors universitet

Uppfattningarna om ett rejält och rättvist samhälle varierar i olika länder och kulturer. Men i praktiskt taget alla länder är rättvis tillgång till hälso- och sjukvård ett viktigt samhällsmål. Uppfattningarna om vad man avser med denna rättvisa kan variera i olika länder, men i någon form är målet oftast skrivet i ländernas lagar eller politiska mål.

Hälso- och sjukvårdstjänsternas specialstatus är intressant, då många samhällen i många andra frågor accepterar endast stora skillnader mellan sina medborgare: såsom till exempel i fråga om boende, utbildning och kost. Rätten till hälsa ses dock som en viktig mänsklig rättighet och hälso- och sjukvårdstjänster som ett viktigt medel för att upprätthålla hälsan. Men alla skillnader i hälso- och sjukvård kan inte ses som en indikator på orättvisa. Orättvisa är när en grupp medborgare som är i en svagare ställning än andra systematiskt missgynnas i fråga om vilka möjligheter gruppen har att upprätthålla sin hälsa eller använda hälso- och sjukvårdstjänster. I praktiken granskas hälso- och sjukvårdens rättvisa i allmänhet enligt sociala grupper, etnicitet, kön eller geografiska områden.

Hälso- och sjukvårdens rättvisa bedöms vanligen ur två perspektiv. Å ena sidan granskar man på ett eller annat sätt användningen av tjänster och å andra sidan kostnaderna för hälso- och sjukvårdstjänster samt problem med uppehållet på grund av försämrad hälsa. Fördelningen av tjänsternas användning kan bedömas ytterligare beroende på om man med lika behandling avser möjligheten att använda tjänster eller tjänsternas tillgänglighet, faktisk användning av tjänster, riktandet av hälso- och sjukvårdsresurser eller de hälsofördelar som uppnås till följd av tjänsterna.

En annan viktig uppdelning som rör hälso- och sjukvårdsrättvisa är horisontell och vertikal rättvisa. Horisontell rättvisa avser en situation där alla behandlas lika. Till exempel behandlas patienter med samma och lika svår sjukdom på samma sätt och man använder lika resurser för behandlingen oavsett patientens sociala status eller andra till sjukdomen icke relaterade fakta.

Vertikal rättvisa innebär å sin sida att olika fall behandlas olika, men i rättvis proportion till skillnaden mellan fallen. Man tror ofta att man kan uppnå detta i finansieringen av hälso- och sjukvårdstjänster ifall individerna enligt egen betalningsförmåga ansvarar för en andel av finansieringen. I användningen av tjänster är det emellertid rättvist att rikta mer resurser till att behandla allvarliga, livshotande sjukdomar än till självläkande och mindre obehagliga sjukdomar. Men det är inte alltid enkelt att observera vertikal rättvisa. Hur bedömer vi exem-

pelvis rättvisa när vi beslutar om fördelningen av resurser mellan olika specialiteter, såsom hjärt- eller cancerbehandling eller mentalvård? I sådana fall kan besluten påverkas av gamla föreställningar om sjukdomsrelaterad stigmatisering och inte bara av kunskap om fördelarna med behandlingen, såsom högklassiga extra levnadsår.

I Finland har hälso- och sjukvårdens rättvisa traditionellt definierats som användning av hälso- och sjukvårdstjänster vid behov, på så sätt att en persons inkomster, sociala ställning eller andra liknande faktorer inte påverkar möjligheten att använda tjänsterna. Dessa mål är inskrivna i grundlagen och lagen om patientens ställning och rättigheter samt upprepas i olika hälsopolitiska linjedragningar. I hälso- och sjukvårdslagen har rättvisans mål tagits snäppet vidare, eftersom lagens avsikt är att begränsa hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna. Trots detta är hälsoskillnaderna stora i Finland och verkar enligt vissa indikatorer för hälsoläget till och med öka.

I Finland har man försökt uppnå en rättvis hälso- och sjukvård med tillhörande rättvis kostnadsbelastning genom en vård och ett sjukförsäkringssystem som följer universalismens principer och vars kostnader huvudsakligen täcks av skatter som uppbärs av samhället eller som avgifter av skattenatur.

I Finland har man traditionellt eftersträvat universalism, öppenhet för alla, genom att rätten att utnyttja hälso-, sjukvårds- och sjukförsäkringsförmåner varit boendebaserad. Man har också reglerat kundavgifterna för den offentliga hälso- och sjukvården; de flesta avgifterna är relativt små och vissa tjänster är gratis. Genom kommunernas statsandelssystem har man försökt påverka regionala skillnader. Det har gjort det möjligt för kommunerna att organisera såväl hälso- och sjukvård som andra offentliga tjänster för sina invånare. Men trots att det finska hälso- och sjukvårdssystemet på många sätt främjar tillgången på tjänster har man upptäckt skillnader i hur olika befolkningsgrupper använder tjänsterna som inte återspeglar behovet av tjänster. Dessa skillnader har observerats för alla typer av tjänster, från förebyggande hälsovård till krävande åtgärds- eller cancerbehandling.

När man granskar skälen till skillnader mellan befolkningsgruppernas användning av hälso- och sjukvårdstjänster skiljer man ofta på de så kallade tillgångs- och efterfrågefaktorerna. Med faktorer som påverkar tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster avses faktorer relaterade till hälso- och sjukvårdssystemet samt dess struktur och resurser som påverkar tillgången på tjänster. Till exempel vilka slags resurser och tjänster som finns tillgängliga och hur väl dessa uppfyller behovet av tjänster hos befolkningen och dess undergrupper. Med efterfrågefaktorer avses å sin sida faktorer som rör tjänster eller den som behöver tjänster och som stöder eller undergräver tillgången på tjänster. Dessa faktorer inkluderar serviceavgifter, men även utbildning av dem som behöver tjänster och därav härledd information om hälsotillstånd och hälsovård, samt förståelse för hur det lönar sig att arbeta i ett komplext hälso- och sjukvårdssystem.

Till de utbudsfaktorer som bidrar till olika slags användning av hälso- och sjukvårdstjänster i Finland ingår företagshälsovården och den privata sektorn. De är av stor vikt för tillhandahållandet av tjänster och förbättrar tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster för personer som arbetar och är välbärgade. Således skiljer dessa på dem som behöver tjänster på basis av social status. Finlands offentliga hälso- och sjukvårdssystem är inte helt universellt: till exempel begränsar man på olika sätt så kallade papperslösa eller asylsökandes rätt att använda hälso- och sjukvårdstjänster. Skillnader i hälso- och sjukvårdstjänster beror också på skillnader i ekonomisk bärförmåga i respektive kommun. På grund av ett decentraliserat och fragmenterat social- och hälsovårdssystem återspeglas skillnader i ekonomiska villkor och färdigheter i regionala skillnader gällande tillgången till och kvaliteten på tjänsterna.

I Finland påverkas skillnaden i användningen av hälso- och sjukvårdstjänster centralt av patienternas stora bidrag till sjukvårdskostnaderna. Särskilt mycket påverkar den höga självriskandelen för läkemedelskostnader och till exempel de dyra kundavgifterna för munhelsovården. Detta försvagar låginkomsttagarnas förmåga att få tillgång till dessa tjänster. En ny faktor som bidrar till olikheten kan vara omvandlingen av tjänster till digitala. Vid utformning av serviceprocesser baserade på digitala lösningar är det nödvändigt att ta hänsyn till att alla inte har möjlighet eller kompetens att använda dessa tjänster.

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet har nu och då kritiserats för brist på befolknings- och kundfokus. Uppfyller till exempel rehabiliteringstjänsterna och de psykosociala tjänsterna befolkningens hälsobehov och är tjänsterna lättillgängliga även för personer med ett annat modersmål än finska? Är det möjligt att vissa behandlingsarrangemang kan vara så besvärliga att patienten måste ha särskilda resurser, färdigheter eller till exempel familjens stöd för en äldre patient, vilket inte är tillgängligt för alla.

Vissa av ovannämnda faktorer kring efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster, kan också påverkas inom tjänstesystemets egen verksamhet. Man kan till exempel utveckla metoder för att stödja patienternas förmåga att förstå behandlingsriktlinjer och på så sätt förbättra deras chanser att dra nytta av behandlingen. Förhållandet mellan vårdpersonal och patienter spelar också en roll. De yrkesverksamma har ansett det lättare både att förstå patienter med liknande bakgrund och att bilda en mer funktionell patientrelation med dessa. Förutom ett etiskt krav på jämlikhet i patientarbetet kan en enskild läkare eller ett hälsovårdsproffs även främja jämlikhet genom att påverka icke-diskriminerande och rättvis vårdpraxis och servicekultur.

Det är lätt att förstå att systemets rättvisa ofta iakttas även vid bedömningen av hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet. Det är svårt att tänka sig att ett starkt segregerande hälso- och sjukvårdssystem som skiljer på patienter på annat sätt än enligt behovet av tjänster är speciellt högklassigt eller uppnår ett allmänt godtagbart mål att effektivt ge hälsofördelar. På samma sätt vore det svårt att betrakta ett mycket rättvist samhälle där tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster baserar sig på välstånd eller annan social status i stället för på behov. I sista hand hänger rättvisan ihop med idéer om ett gott och rättvist samhälle, men förverkligandet av rättvisa är också en indikator på ett väl och rationellt fungerande hälsovårdssystem. ■

Läs mer:

Kekomäki Martti. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin. Duodecim, Helsingfors 2019.

Keskimäki Ilmo. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti 2010;47:201–207. <https://journal.fi/sla/article/view/3626/4173>

Mikkonen Juha. Terveiden tasa-arvon tulevaisuus. Demos Helsinki Briefing. Helsingfors 2015. <https://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/01/Terveiden-tasa-arvon-tulevaisuus.pdf>

Muuri Anu, Manderbacka Kristiina, Vuorenkoski Lauri, Keskimäki Ilmo. Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveystalveluiden oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 2008:73(4):446–451. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101134/muuri.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rosalind Raine, Zeynep Or, Stephanie Prady, and Gwyn Bevan. Essay 5. Evaluating health-care equity. In Rosalind Raine et al. Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health. NIHR Journals Library; 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361257/>

Teperi Juha, Vuorenkoski Lauri, Manderbacka Kristiina, Ollila Eeva, Keskimäki Ilmo, toim. Hyvinvointivaltion rajat: Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsingfors 2006. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76061/M233-VERKKO.pdf?sequence=1>

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) 2002–2006. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors 2001. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/2001+julkaisu+Oikeudenmukaisuus+ja+ihmisarvo+suomalaisessa+terveydenhuollossa.pdf/5aba3674-c031-44c7-a20b-074b07b85a9c/2001+julkaisu+Oikeudenmukaisuus+ja+ihmisarvo+suomalaisessa+terveydenhuollossa.pdf>

Patient-läkarrelationen

Mötet mellan patient och läkare är grundläggande i hälso- och sjukvården. Kring det här mötet har man jämsides med den medicinska utvecklingen och samhällsutvecklingen byggt upp ett vårdssystem med tillhörande juridisk reglering på flera nivåer.

På individplanet är situationen ändå i stort sett oförändrad: patienten lägger fram sitt problem för läkaren, som försöker hjälpa patienten med stöd av sin yrkeskunnet. Läkarens handlande styrs av yrkesetiska normer som grundar sig på medicinsk etik.

Detta kapitel granskar de etiska och juridiska principerna för mötet mellan läkare och patient. Mötet granskas även i egenskap av interaktiv process med särskilda moraliska och praktiska utmaningar. Specifikt granskas frågor som gäller betydelsen av patientens kulturella bakgrund, rätten till hälsa och skyldigheten att ge behandling till personer som vistas i landet, vad som ska göras vid eventuella vårdfel, principerna för beslut om vård samt utnyttjande av patientuppgifter.



Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter

Enligt patientlagen har var och en i Finland varaktigt bosatt person rätt till god hälso- och sjukvård enligt vad personens hälsotillstånd förutsätter och enligt de gränser hälso- och sjukvårdens tillgängliga vårdresurser tillåter.

Läkaren har en skyldighet att i enlighet med sin utbildning behandla patienten genom användning av accepterade och empiriskt beprövade tillvägagångssätt samt att eftersträva kontinuerlig fortbildning.

Beslut om patientens vård ska fattas i samförstånd med patienten. Patientens självbestämmanderätt innebär således i sista hand att patienten kan samtycka till vården eller vägra den. Det är läkarens skyldighet att respektera patientens vilja på denna punkt.

Idenna artikel diskuteras patientlagens viktigaste principer. Övrig relevant lagstiftning behandlas på annat håll i denna bok.

Diskussionen om mänskliga rättigheter har varit en central etisk utgångspunkt för internationella fördrag om patientens rättigheter. Många nationella lagar och internationella avtal innehåller bestämmelser om medborgarnas rättigheter, som måste beaktas inom hälso- och sjukvården. Internationella konventioner om mänskliga rättigheter och grundlagens bestämmelser utgör grunden för hälso- och sjukvårdens mycket detaljerade bestämmelser. Grundlagen 731/1999 förpliktar det allmänna att enligt vad som närmare bestäms genom

lag tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

Finland har som första land i Europa stiftat en lag om patientens rättigheter (785/1992). Sedermera har också många andra länder skapat liknande lagstiftning. På initiativ av Finlands Läkarförbund förnyade också Världsläkarförbundet WMA grundligt sin deklaration om patientens rättigheter år 1995 och den innehåller nu samma centrala principer som den finska patientlagen. Läkarkåren har deltagit i att stärka patienternas rättigheter, då man har ansett att stärkande av patientens ställning effektiviserar behandlingen och patientens engagemang för behandlingen.

Kärnan i patient-läkarrelationen utgörs av patientens lagstadgade rättigheter, som ålägger läkaren att verka så att rättigheterna verkställs. Patient-läkarrelationen är speciell: läkaren är en expert på medicin och patienten en expert på sitt eget liv. För att kunna delta i beslutsfattandet om sin egen behandling behöver patienten stöd och begriplig information av sin läkare. Utöver medicinska argument måste man i diskussionen ta hänsyn till patientens egna värden, som endast patienten kan bidra med inför beslut som berör hans egen vardag.

Bland yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården innehar läkarna och tandläkarna en särställning, då endast legitimerade läkare eller tandläkare kan besluta om medicinsk undersökning av en patient, ställa diagnos och besluta om behandling (lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)). Läkarna har också rätt att behandla patienten oavsett hans vilja i situationer som föreskrivs i lag. I allmänhet behandlas patienten dock även i ofrivillig vård i samförstånd med hen själv i enlighet med patientlagens bestämmelser och anda.

RÄTTEN TILL GOD VÅRD – LÄKARENS PLIKT ATT GE GOD VÅRD

Patientlagen (785/1992) innehåller allmänt godtagna och i stor utsträckning tillämpade principer för god vård. Enligt lagen har var och en som varaktigt bor i Finland har utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans hälsotillstånd förutsätter. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som hen företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet. Om patienten och läkaren inte har ett gemensamt språk bör en tolk användas vid behov. Vikten av ett gemensamt språk i strävan efter att uppnå samförstånd är viktigt. Läkarens språkkunskaper är en viktig delfaktor i detta och ur patientsäkerhetssynpunkt är samförstånd centralt. Arbetsgivaren ska försäkra sig om att arbetstagaren har de språkkunskaper arbetsuppgifterna kräver.

Lösningar för behandling och undersökning av patienten måste vara etiskt godtagbara och medicinskt motiverade. Läkaren är skyldig att i enlighet med sin utbildning tillämpa allmänt godtagna och empiriskt belagda tillvägagångssätt i sin yrkesverksamhet. Läkaren bör även sträva efter att kontinuerligt fortbilda sig. (Se [Vetenskaplig evidens och vårdbeslut](#), [Kontinuerlig professionell utveckling](#))

Om en person är i behov av brådskande vård ska hen få akut vård. I andra fall ska hen, beroende på sitt hälsotillstånd, antingen anvisas att invänta vård eller remitteras för vård någon annanstans. Patientens ska informeras om när hen får komma under vård och till exempel om väntetidens längd om hen blir satt i kö. I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) stadgas om hur en person i akut vårdbehov ska bistås och hur intagningen för vård ska ske.

PATIENTENS RÄTT TILL INFORMATION – LÄKARENS REDOGÖRELSESKYLDIGHET

Enligt lagen har en patient rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, om vårdens betydelse och om olika behandlingsalternativ och deras verkningar. En yrkesverksam person inom vården är skyldig att ge patienten dessa upplysningar, såvida inte patienten vägrat att ta emot information. Upplysningarna om vården ska ges så att patienten tillräckligt väl förstår innebörden av dem. Patienten har också rätt att kontrollera sina uppgifter i patientjournalen. Upplysningar ska dock inte ges till patienten om det är uppenbart att det skulle medföra allvarlig fara för patientens liv eller hälsa. I praktiken kan detta till exempel gälla depressionspatienter som löper risk för självmord.

PLIKTEN ATT BEHANDLA PATIENTEN I SAMFÖRSTÅND

Det är läkarens uppgift att verka för sin patients bästa och fungera som en sakkunnig, vars kunskaper och färdigheter patienten kan utnyttja. Beslut om vård och undersökningar ska fattas i samförstånd med patienten. Patientens självbestämmanderätt innebär i sista hand att acceptera eller avvisa en föreslagen behandling. Patienten har rätt att motsätta sig behandling, behandlingsåtgärder och undersökningar. I så fall måste annan medicinskt godtagbar vård ordnas i samförstånd med patienten. Patienten kan likaså ha önskemål om undersökningar och behandlingar, men läkaren är inte skyldig att följa patientens vilja om dessa undersökningar och behandlingar inte är medicinskt motiverade för patienten i fråga. Läkaren agerar med stöd av sin kliniska autonomi även när patienten kräver behandlingar.

Om patienten till exempel i sitt livstestamente tydligt har uttryckt sin vilja i fråga om akut- eller intensivvård ska denna respekteras. En patient som är kompetent, det vill säga förmögen till självbestämmande har med andra ord rätt att neka rekommenderad behandling och undersökningar trots att detta äventyrar hens hälsa eller rentav liv. För att kunna bedöma patientens kompetens är det viktigt att försäkra sig om att patienten insett följderna av sitt beslut och känner till effekterna av behandlingen och behandlingsalternativen. Genom ett livstestamente kan patienten fortsätta att använda sin självbestämmanderätt också när hen inte längre är kapabel att fatta beslut om sin vård.

NÄR KAN EN ANHÖRIG ELLER ANNAN NÄRSTÅENDE TA STÄLLNING TILL VÅRDEN AV EN PATIENT?

Om en myndig patient på grund av mental störning, kognitiv funktionsnedsättning eller annat skäl inte själv kan besluta om sin vård ska man av patientens ställföreträdande beslutsfattare klargöra vilken behandling som bäst kunde motsvara patientens vilja. Om saken inte kan klargöras på detta sätt ska patienten vårdas i enlighet med hens personliga intresse. En ställföreträdande beslutsfattare kan vara patientens juridiska representant, nära anhöriga eller annan närstående.

Viktiga vårdbeslut fattas i samförstånd med patientens ställföreträdande beslutsfattare. En ställföreträdande beslutsfattare måste iaktta patientens vilja och hens personliga intresse. Om det finns flera ställföreträdande beslutsfattare vars syn på behandling skiljer sig från varandra ska patienten skötas på ett sätt som kan anses motsvara hens personliga intresse. Således är det i sista hand läkarens uppgift att efter eget omdöme behandla patienten på bästa möjliga sätt. En ställföreträdande beslutsfattare har inte rätt att motsätta sig behandling som ges för

att avvärja hot mot patientens liv eller hälsa. Endast patienten själv kan motsätta sig all vård och undersökningar.

MINDERÅRIGA PATIENTER

Barnets självbestämmanderätt tilltar med åldern. Enligt patientlagen måste en minderårig patients åsikt om vården iakttas när det är möjligt med hänsyn till patientens ålder och utvecklingsnivå. Minderåriga behandlas i samförstånd med patienten om läkaren anser att hen med hänsyn till sin ålder eller utvecklingsnivå är kapabel att besluta om sin vård. En minderårig patient har i detta fall även rätt att förbjuda att personliga uppgifter ges ut till vårdnadshavaren.

Om läkaren bedömer att en minderårig patient inte är kapabel att själv besluta om sin vård ska patienten behandlas i samförstånd med hens vårdnadshavare eller annan laglig företrädare. Enligt lagen har en minderårig patients vårdnadshavare eller lagliga företrädare inte rätt att förbjuda behandling av en sjukdom som hotar patientens liv eller hälsa. Föräldrar har med andra ord inte rätt att till exempel vägra blodtransfusion av religiösa skäl om ingreppet kan rädda barnets liv.

I patientlagen eller annan sjukvårdslagstiftning finns inga åldersgränser för att följa barnets beslutsförmåga och vilja. Barnets förmåga att fatta beslut om sin vård varierar mycket beroende inte bara på hens ålder och utvecklingsnivå, utan även på varför hen vänder sig till sjukvården. Exempelvis omfattar skolhälsovårdsbesöken en hel del situationer som en ung människa kan klara av på egen hand, och hens vårdnadshavare behöver därför inte fatta vårdbeslut. I allvarliga sjukdomar och situationer där behandlingar måste ta stora risker stöds barnets beslutsfattande ofta av hens föräldrar. (Se [Barn och unga](#), [Vaccinationsetik](#))

PATIENTJOURNALEN OCH ANTECKNINGSSKYLDIGHET

Patientjournalens roll är att säkerställa behandlingskontinuiteten för patienten. Noggrant journalförda patientjournaler är viktiga särskilt i fråga om långtidssjukdomar: de säkerställer kontinuitet i patientvården även när personalen förändras samt patientens smidiga överföring mellan vårdenheter. Uppgifterna i patientjournalerna är sekretessbelagda personuppgifter. På grund av vårdrelationens konfidentialitet och patientens integritetsskydd måste patientuppgifterna hanteras särskilt omsorgsfullt. För läkaren är det en lagstadgad skyldighet att uppgöra en patientjournal. De uppgifter om för vården relevanta uppgifter som avses i förordningen om journalhandlingar (298/2009) ska journalföras. (Se [Patientjournaler](#))

Adekvata journalanteckningar ökar både patientens och läkarens rättsskydd. Särskilt anteckningar om vårdbegränsningar måste antecknas noggrant och patientens egen ståndpunkt eller eget samtycke måste införas i journalhandlingarna. Det är också nödvändigt att anteckna om patienten vägrar behandling. Om patientvården måste bedömas i efterhand, till exempel vid misstänkt patientskada eller felbehandling, är patientdokumenten en central informationskälla vid bedömningen. Ur handlingarna utreder man med vems samtycke och hur en behandling genomförts samt vilken information patienten eller hens ställföreträdande beslutsfattare har fått som stöd för sitt beslut. Därtill utreder man vilka slags metoder som övervägts och utvärderats sinsemellan, vilka slags beslut som fattats och hur man följt med patientens tillstånd. Om det saknas anteckningar i patientjournalen kan detta vara till patientens fördel vid övervägande av bevis.

TYSTNADSPLIKT

Förtroende utgör grundvalen för en hållbar relation mellan patient och läkare. I en vårdrelation som bygger på förtroende ges information om patientens sjukdom, behandling och undersökningar inte enbart utgående från dennes uttryckliga frågor utan också på läkarens initiativ. I en sådan relation kan patienten lita på att läkaren inte olovligt till tredje part yppar sekretessbelagda uppgifter om hens sjukdom och hälsotillstånd. (Se [Tystnadsplikten och undantag från den](#)) ■

Självbestämmanderätten och undantag från den

Såväl i lagen som i internationella fördrag stadgas om patientens rätt att fatta beslut i frågor som rör hen själv. Läkaren är skyldig att respektera patientens självbestämmanderätt.

I lagstiftningen finns dock vissa undantag från grundprincipen om patientens självbestämmanderätt. Utgångspunkten är i dessa fall att värna om patientens rätt till vård också då hen inte själv förmår fatta beslut om den (mentalvårdslagen, lagen om missbrukarvård eller lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda) eller då en betydande samhällelig fördel har prioritet framför individens intresse (lagen om smittsamma sjukdomar och mentalvårdslagen).

Avvikelser från självbestämmanderätten är principiellt betydelsefulla och därför ökar vikten av den dokumentation och de bestämmelser om administrativa förfaranden som gäller dessa undantag.

Läkarna spelar en nyckelroll i förändringar som siktar på att stärka självbestämmanderätten och minska de restriktiva åtgärderna i behandlingskulturen.

Enligt patientlagen (785/1992) ska patienten behandlas i samförstånd med hen själv. Man måste även respektera viljan hos patienter som inte kan besluta om sin egen behandling. Med självbestämmanderätt avses patientens frivilliga deltagande i behandling och i beslutsfattande gällande hen själv utgående från tillräcklig och förstälig information. Patienten har även rätt att vägra behandling trots att detta kan leda till att deras hälsa eller liv sätts på spel. (Se [Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter](#))

En läkare kan i sitt arbete bli tvungen att fatta beslut som åsidosätter patientens frihet och självbestämmanderätt. Frihet och självbestämmanderätt är grundläggande medborgerliga rättigheter enligt Finlands grundlag (731/1999) och att frångå dessa kräver juridiska grunder. Mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om missbrukarvård (41/1986), lagen om specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och barnskyddslagen (417/2007) innehåller bestämmelser om så kallade tvångsmedel som kan användas om lagens förutsättningar uppfylls. Därtill har läkaren i särskilda situationer även möjlighet att tillämpa andra föreskrifter i sitt arbete. Prioriteringen av att vidhålla de

grundläggande rättigheterna förutsätter att man förhåller sig återhållsamt till att begränsa dessa rättigheter, även om lagen tillåter begränsningar.

SJÄLBESTÄMMANDERÄTTEN OCH LÄKAREN

Tvång strider mot patientens grundläggande rättigheter och får tillgripas endast vid tungt vägande skäl. Situationen är klar och entydig till exempel när en person är psykotisk och farlig för sig själv eller andra: i ett sådant läge är rätten att få vård och förhindra skada viktigare än självbestämmanderätten. Mentalvårdslagen berättigar till detta och anger en klar praxis.

Saken är dock inte alltid lika tydlig och ibland måste läkare också utan entydiga bestämmelser i lagen inskränka en persons frihet och självbestämmanderätt. Exempelvis i jourtjänst, inom äldreomsorgen och i vården av personer med kognitiv funktionsnedsättning förekommer situationer där man är tvungen att vidta åtgärder som berör patienten eller begränsar hans frihet antingen för att genomföra behandlingen eller för personens egen säkerhet, men ibland också för att skydda andra människor. Etiskt sett gäller frågan oftast huruvida man tillfälligt får inskränka personens autonomi eller helt lämna personen åt sitt öde i en situation där personen utan ett ingrepp antingen skulle gå miste om följande långsiktiga nytta av rätt vård eller bli utsatt för en annan betydande fara.

Mångfalden av praktiska situationer och lagstiftningens brister understryker vikten av patientjournaler. Anteckningarna måste göras omsorgsfullt och tillräckligt noggrant för att senare eventuellt kunna användas till att utvärdera situationer. (Se [Patientdokument](#))

Patientfall

En patient i starkt berusat tillstånd uppsöker första hjälpen, men väsnas och motsätter sig att hans sår sys på akuten. Ska såret sys med våld eller låter man patienten först nyktra till för att sedan sy det, eller ringer man polisen för att låta sätta personen i häkte? Kan-ske ger man bara råd om hur ett icke livshotande sår ska skötas och uppmanar patienten att återvända senare? Om patienten hade anlänt i alkoholdelirium borde hen å sin sida entydigt ha vårdats, också mot sin vilja. I hur hög grad ska autonomi respekteras? Var går gränsen för risk till varaktigt men som berättigar till inskränkning av patientens självbestämmande? Kan en lättklädd minnessvag vårdhems klient som vill ut i kylan till-lätas lämna vårdhemmet?

LAGSTIFTNINGEN OM INSKRÄNKNING AV SJÄLBESTÄMMANDERÄTTEN

I samband med reformen av lagstiftningen gällande de grundläggande rättigheterna år 1994 fastslog grundlagsutskottet vilka bestämmelser som kan tillåta inskränkning av medborgarnas grundläggande rättigheter. Bestämmelserna som inskränker grundrättigheterna ska finnas i lag och inte i författningar på lägre nivå, såsom i förordningar. Lagtexterna ska vara precisa och tillräckligt avgränsade och de bör garantera rättsskyddet för den som är föremål för åtgärderna. De grundrättighetsinskränkande åtgärderna ska alltid stå i proportion till det som eftersträvas och till rättsintresset (proportionalitetsprincipen) och måste vara samhällligt godtagbara. Begränsningarna ska vara nödvändiga för uppnåendet av det eftersträvalda syftet.

Begränsningar av en grundrättighet är tillåtna endast om ett syfte inte kan uppnås med andra medel som mindre inskränker på grundrättigheten (principen om minsta möjliga ingrepp). Inskränkningarna får inte gå längre än vad som kan motiveras med beaktande av vikten av ett samhälleligt intresse som ligger bakom inskränkningen i relation till det rättsgoda som ska inskränkas. (GrUB 25/1994).

Den nationella lagstiftningen har delvis uppdaterats så att den motsvarar internationella fördrag som Finland ratificerat. Lagstiftning som betonar patientens och klientens rätt till självbestämmande och som eftersträvar minskad användning av restriktiva åtgärder har redan länge varit under beredning. Trots att det är problematiskt att lagstiftning saknas för vissa fall av inskränkt självbestämmanderätt, är inte heller precist skrivna lagstiftning nödvändigtvis problemlös och kan inte avlägsna tolkningsmånen från beslutsfattandet.

Svårigheten ligger i att man inom lagstiftningen lätt tvingas omvandla analoga fenomen (till exempel självbestämmande och rätten till behandling oavsett vilja) till dikotomier: antingen finns rättigheten eller så finns den inte. I mentalvårdslagen förutsätts exempelvis att en person som utan medgivande tagits in för vård är sinnessjuk och därför oförmögen att fatta beslut om sin vård. Sinnessjukdomen i fråga tolkas som psykotisk. Då blir frågan: vem är psykotisk? Likväl finns det många kroniskt psykotiska människor som enligt lag inte får intas för vård utan eget medgivande om de inte är till fara för sig själva eller andra. På samma sätt är farligheten en kontinuerlig variabel, där tolkningen måste vara dikotomisk. En människa som lider av mani eller minnessjukdom kan till följd av sin sjukdom fördärva sin egendom, sin hälsa och sina människorelationer innan hen kan intas för tvångsvård eller innan en intressebevakare blivit utsedd. En missbrukare kan till följd av sitt beroende göra detsamma. Med hänvisning till hälsoskäl kan en person med stöd av lagen om missbrukarvård utan sitt medgivande intas för så kallad avbrytningsvård för fem dygn, varefter hen bör tillåtas lämna sjukhuset om hen så vill. I praktiken används paragrafen sällan och lagstiftningen ger inga möjligheter att ingripa i fall av långvarigt drogberoende, även om detta klart minskar förmågan till självbestämmande och äventyrar patientens hälsa och säkerhet. (Se [Patienter med missbruksproblem](#))

BRÅDSKANDE VÅRD, NÖDTILLSTÅND OCH NÖDVÄRN

Ibland råkar en läkare i oväntade lägen, där det gäller att handla snabbt för att rädda patientens liv eller hindra invaliditet. I sådana fall är det inte möjligt att fråga efter tillstånd eller utreda behandlingstiljen, utan läkaren måste agera. Enligt 8 § i patientlagen ska en patient i livsfara ges behövlig vård utan att detta förutsätter medgivande av vare sig patienten eller hans närmaste. När den livshotande situationen väl har avklarats kan saken klargöras i efterskott.

Med nödtillstånd (4 kap. 5 § i strafflagen) avses en situation som har sin upprinnelse i något annat än ett angrepp och där man för att avvärja omedelbar fara tvingas inkräkta på en annan persons rättigheter. Handlingen är tillåten som en nödtillståndshandling, om den utifrån en helhetsbedömning är försvarlig med beaktande av det räddade intressets samt den orsakade skadans och olägenhetens art och storlek, farans ursprung samt övriga omständigheter. I praktiken tvingas man inom hälso- och sjukvården ty sig till bestämmelserna om nödtillstånd till exempel när en uppbragt och oregerlig patient binds fast eller medicineras på sjukhusets poliklinik om hen inte annars accepterar den behandling som är nödvändig för hens hälsa eller för att hen genom sitt våldsamma beteende kan skada sig själv eller andra.

Nödvärn är enligt 4 kap 4 § i strafflagen ett försvar mot obehörigt angrepp. Strafflagen ger rätt att med maktmedel försvara sig själv, andra samt egen eller annans egendom. I den

bedömning som följer på handlingen beaktas maktmedlen i förhållande till angreppets art och styrka samt andra för situationen avgörande faktorer och omständigheter.

Nödvärn och nödtillstånd är extrema medel och kan tillgripas endast vid omedelbart hot då ingen annan utväg finns att tillgå. Sådana medel kan enbart användas i oförutsedda situationer och kan sålunda inom hälso- och socialvården inte juridiskt motivera återkommande eller förutsägbara inskränkningar av de grundläggande rättigheterna.

VÅRDKULTUR SOM STÖDER SJÄLVBESTÄMMANDERÄTTEN

Det är viktigt att känna till lagstiftningen om begränsningar av självbestämmanderätten när sådana beslut fattas. Lika viktigt är att begrunda i vilken mån man borde avstå från åtgärder som inte bygger på samtycke trots att åtgärderna vore juridiskt möjliga. Likaså bör man fråga sig hur man bäst kan respektera principen om människovärde och självbestämmanderätt också då friheten i någon mån måste begränsas.

Att stärka en vårdkultur som stöder implementeringen av patientens självbestämmanderätt förutsätter att man ser på saker ur patientens synpunkt och är beredd att anta nya metoder. Minnesstörning frångår till exempel inte automatiskt patientens självbestämmanderätt, då även personer med minnesstörningar kan kunna fatta beslut om sig själva och sin behandling på ett giltigt sätt. (Se [Vård av patienter med minnessjukdomar](#)) Många psykiatriska bäddavdelningar har lyckats minska tvångsåtgärderna avsevärt genom att utveckla vårdkulturen. Vissa metoder kan emellertid vara så förankrade i vårdkulturen att de inte nödvändigtvis uppfattas som begränsningar av självbestämmanderätten. Enligt ett ställningstagande av riksdagens justitieombudsman kan patienternas rörlighet, till exempel genom att binda fast dem, endast begränsas för att garantera patientens säkerhet och endast i den utsträckning som är nödvändig i respektive situation. Innan beslut fattas om att använda ett säkerhetsredskap och vid varje användningsgång ska man överväga om en sådan begränsning är nödvändig eller om andra lämpliga säkerhetsfrämjande medel kan användas. Läkarna har en nyckelroll i förändringar som syftar till att stärka självbestämmanderätten och minska de restriktiva åtgärderna i vårdkulturen.

Diskussionsväckare 1

Bedömning av kompetens?

Människans förmåga att uttrycka sin fria vilja och att bedöma sitt intresse utgör grunden för förverkligandet av självbestämmanderätten. Denna förmåga varierar på en flytande skala som går från påtaglig till obefintlig kapacitet. Förändringarna kan vara snabba. Bör vi för beslutsfattandet i kliniska situationer skapa en standardiserad metod för bedömning av människans beslutskompetens i frågor som rör hen själv, en metod som är lätt att tillämpa och dokumentera?

Diskussionsväckare 2

Självbestämmanderättens gränser?

Patientens självbestämmanderätt förutsätter medvetande om det egna hälsotillståndet.

I Finland har patienten en stark och fungerande rätt till information. Men har patienten också rätt att vara ovetande? Patienten har juridisk rätt att motsätta sig undersökningar och behandling, men har hen en etiskt grundad rätt att alltid vägra emotta resultaten av undersökningar? Avsikten med patientens självbestämmanderätt är att värna om patienten, men ibland har undersökningsresultat en direkt inverkan på andra människors säkerhet. Om en patient till exempel vägrar höra att HIV-testresultatet var positivt kan hen utsätta andra för smitta. Vetskap och ovetskap kan ha juridiska följder när man bedömer om patienten avsiktligt har smittat andra. Genetiska testresultat kan ha stor betydelse för patientens släktingar. Världsläkarförbundet WMA har i sin Lissabondeklaration konstaterat att patientens rätt till ovetskap inte gäller i situationer där vägran att informeras kan skada en annan människas liv. Självbestämmanderätten får i dessa fall vika för att en annan viktigare rätt ska förverkligas.

Diskussionsväckare 3

När är beskyddandet av de äldre överdrivet?

Coronavirussjukdomen lyfte fram speciellt frågan om de äldres självbestämmanderätt på ett nytt sätt. Under coronaviruspandemin våren 2020 utfärdade social- och hälsovårdsministeriet en anvisning om att besök vid enheter för vård och omsorg dygnet runt i regel är förbjudna. Vårdenheter stängdes för besök, rekreationsaktiviteter kördes ner, hygien effektiviserades och vissa boende stängdes även in på sina rum då man inte ville ha trängsel i de gemensamma utrymmena och under gemensamma måltider. Även rehabiliteringsverksamheten och alla utflykter ställdes in. Motiveringen till månaderna av isolering var att skydda de äldre, då det nya och okända viruset konstaterades drabba särskilt över 70-åringar. Även friska personer över 70 år uppmanades att stanna hemma, beställa butikskassar till hemmet och undvika kontakt. Som juridisk grund användes undantags-tillståndet och delvis lagen om smittsamma sjukdomar.

I genomsnitt tillbringar de äldre de två sista åren av sina liv på serviceboende. Många är redan mycket bräckliga och minnesstörningar är vanliga. Besök av anhöriga och närstående är viktiga ur både de äldres och släktingarnas synvinkel. De äldre fick inte själva välja om de vill följa begränsningsrekommendationerna, eller om det hade varit viktigare att träffa de nära och kära. Många minnessjuka människor förstod inte varför inga besökare kom för att träffa dem, gå ut med dem, mata dem och diskutera med dem. En telefon eller pekplatta var inte ett lämpligt kommunikationsverktyg för alla.

Det finns många synsätt. Som en potentiellt symtomfri sjukdomsbärare vill ingen ta viruset till en vårdenhet. De äldre beskyddades och var oftast inte själva bärare eller sjuka av viruset. Det är förstäligt att en invånare inte kan röra sig fritt eller träffa utomstående, då viruset i så fall också skulle kunna smitta de äldre människor som följer restriktionerna. Likväl dog äldre människor på vårdenheter (och sjukhus) utan att nära och kära fick tillbringa de sista stunderna med dem eller ens träffa åldringen på flera månader. Vad skulle du själv välja i en motsvarande situation? Skulle du hellre ta en risk och träffa nära och kära, eller skulle veckor eller månader av ensamhet vara ett bättre alternativ? Lunginflammation är en mycket vanlig omedelbar dödsorsak hos en bräcklig åldring. Under coronaviruspandemin vägde man livskvaliteten mot livslängden på ett konkret sätt. Det var inte den äldre själv som gjorde valet. ■

Läs mer:

Itsemääääämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympäri vuorokautisissa palveluissa -Lastensuojelussa, vammais- ja mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. Valviran selvityksiä 1:2013. https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Selvityksia_1_2013.pdf.

Launis V. Itsemääääämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010;47;:136–139.

Pahlman I. Potilaan itsemääääämisoikeus. Edita Publishing Ab, Helsingfors 2003.

Valviras anvisning: Användning av säkerhetsredskap som begränsar rörligheten <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/patientens-stallning-och-rattigheter/anvandning-av-sakerhetsredskap-som-begransar-rorligheten>

World Medical Association, Lissabondeklarationen om patientens rättigheter 1981/1995/2005. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>

Interaktionen mellan patient och läkare

Mötet mellan läkare och patient är ett grundläggande skeende i det medicinska arbetet där etiskt arbete står i fokus.

På mottagningen är läkaren patientens expert på medicinsk kunskap, men som ett sammanträffande mellan två människor är mötet jämbördigt. Läkaren måste förstå mötets bägge plan och se till att det råder balans mellan dessa.

En etiskt god interaktion leder ofta till kliniskt goda resultat. En lyckad växelverkan gör att patienten känner att hen blivit hörd och väl bemött.

D en viktigaste händelsen i läkarens arbete är mötet mellan patient och läkare med allt vad detta innebär av växelverkan, interaktiv kommunikation. Det förtroende som patienten får för läkaren under mötet utgör grundvalen för en vårdrelation där patienten har utrymme att tala om sina ibland känsliga besvär och bekymmer och vågar göra det. En god vårdrelation stöder patientens ansvar för den egna behandlingen.

På mottagningen är läkaren patientens expert på medicinsk kunskap, men som ett sammanträffande mellan två människor är mötet jämbördigt. Läkaren måste förstå mötets bägge plan och se till att det råder balans mellan dessa.

Interaktionen mellan läkare och patient sker ofta i enrum. Mötet påverkas dock av patientens familjesituation, sociala band, hans arbete och hela hans erfarenhetsvärld. Att läkaren beaktar dessa aspekter som finns utanför själva mottagningssituationen kan ibland leda till avgörande insikter såväl om orsakerna till symtomen som om möjligheterna till patientens behandling, återhämtning och rehabilitering. Kännedom om patientens livssituation bidrar också till att hitta genomförbara behandlingsriktlinjer. Därtill påverkas samspelet mellan läkare och patient av patientens och gemenskapens värden och uppfattningar, samhällets regelverk och olika ekonomiska faktorer.

För uppkomsten av en god vårdrelation är det väsentligt för patienten att läkaren kan leva sig in i patientens erfarenhet, lyssna in känslor om hans sjukdom och behandling och skapa en trygg miljö där patienten kan dela med sig av sin oro och sina känslor. Interaktionen är i hög grad emotionell och inte bara på faktanivå. Den påverkas av patientens tidigare goda och dåliga erfarenheter inom sjukvården. Patienter har också andra erfarenheter, attityder och

beteenden som omedvetet påverkar relationen hen bildar till läkaren. Dessa kan vara positiva eller negativa och reflektioner av tidigare relationer (överföring). Läkarens relation till patienten påverkas av hens motsvarande tidigare erfarenheter (motöverföring).

KÄRNAN I LÄKARENS ARBETE

Mötet mellan läkare och patient är ett grundläggande fenomen i det kliniska arbetet där arbetsetiken är i fokus. Ett högklassigt mottagningsbesök förutsätter att interaktionen lyckas. Om ingen lyckad växelverkan uppkommer kan läkarens relation till patienten gå förlorad och hindra tillgången såväl till korrekt diagnostik som till adekvat vård. Därtill kan det påverka patientens framtida möten inom sjukvården. Att hälsa vänligt och skapa kontakt såsom god sed bjuder hjälper konsultationen att komma i gång. Att lyssna på en patients ärende i lugn och ro utan att avbryta hör till god praxis. Det är också en god idé att fästa uppmärksamhet vid mötet och dess interaktion även under fjärrmottagningar.

I interaktionen mellan patient och läkare ingår många aspekter som avviker från vanliga möten människor emellan. I sin strävan efter det goda har en läkare rätt och ibland till och med skyldighet att ingripa i patientens kroppsliga integritet. Undersökningen kan förutsätta att patienten klär av sig och inom vissa specialiteter, såsom gynekologi, förekommer undersökning av intimitetsområden, vilket lätt orsakar obehag och även tillfällig smärta. Klarläggandet av livssituation, familjerelationer eller psykiska omständigheter förutsätter att patienten ofta mycket ingående redogör för sina personliga relationer och erfarenheter samt kanske till och med röjer familje- och andra hemligheter. I sin yrkesroll tvingas läkaren bryta mot många regler som i vardagen är rentav tabubelagda. Dessa kan inte bara brytas, utan undantag kräver patientens informerade samtycke. I dessa situationer måste läkaren vara professionell, fin-känslig och förstående. Allt detta kräver förtroende för läkarens tystnadsplikt.

MÅLET ÄR SAMFÖRSTÅND

Patienten måste i lugn och ro få redogöra för sina bekymmer, avspänt och utan brådska. Att bli hörd och förstådd utgör grunden för en förtroendefull vårdrelation. Läkaren måste se till att konsultationen inte distraheras mer än absolut nödvändigt av yttre störningsmoment.

Läkaren kan stödja patientens berättelse genom att lyssna uppmärksam, genom ögonkontakt och genom att vid behov uppmuntra patienten att fortsätta. Genom öppna kompletterade frågor ges patientens berättelse tillräckligt utrymme, genom avgränsande frågor kan det som framkommit preciseras. Med ordlös kommunikation, gester och kroppsspråk kan läkaren ytterligare hjälpa patienten att tala om svåra saker och signalera sitt intresse för patientens angelägenheter. Det är också klokt att iakttä patientens ordlösa kommunikation. Under konsultationen är det ofta skäl för läkaren att återkoppla till de centrala punkterna i patientens redogörelse så att missförstånd undviks. Samtidigt kan patienten också komplettera och precisera sin berättelse samt ställa frågor. En god interaktion och att uppnå en konfidentiell atmosfär kan också förbättra patientsäkerheten.

Under konsultationen ska läkaren försöka förena de symtom patienten beskriver med sin egen medicinska kunskap och tillsammans med patienten komma överens om undersökningar, vård och tillvägagångssätt för att nå önskat resultat. Läkaren ska utöver att samla medicinska fakta även kunna bilda sig en helhetsuppfattning om patientens livssituation. När läkaren under konsultationen bildat sig en uppfattning om patientens tillstånd är det hens

skyldighet att på ett begripligt sätt förklara detta och behandlingsalternativen för patienten. För många patienter är medicinska begrepp främmande. Om patienten inte förstår läkarens redogörelse kan hen inte fritt bilda sig en egen uppfattning om behandlingen. Om patienten väljer ett alternativ som enligt läkaren inte är det bästa måste patientens självbestämmanderätt respekteras och läkaren och patienten ska i så fall tillsammans söka alternativ för att gå vidare i vården. Ibland vill patienten överlämna avgörandet helt till läkaren. Då en patient som själv engagerat sig i sin vård i allmänhet upplever bättre behandlingsresultat är det dock i regel värt att betona behovet av gemensamt ansvar för beslutet. Patienten har också alltid egna resurser och medel, samt en närmaste krets som hjälper hen under behandlingen. Att lyfta fram dessa stöder patientens förtroende för sina möjligheter att påverka resultatet av själva behandlingen.

PROBLEM I DEN INTERAKTIVA PROCESSEN

Interaktionen mellan läkare och patient fungerar inte alltid på bästa möjliga sätt. I bakgrunden kan finnas olika faktorer som beror antingen på patienten eller läkaren. Patientens sjukdomsbeteende kan vara svårförståeligt eller så kan hen ha orealistiska förväntningar på läkaren och medicinens vårdmöjligheter. Ibland tycks patientens och läkarens tankevärldar eller personliga egenskaper helt enkelt inte passa ihop.

Ibland är det svårt att gestalta problemen med interaktionen. Läkaren gör klokt i att identifiera sina egna verbala och icke-verbala budskap. Ordlös kommunikation innebär gester, ansiktsuttryck, kroppspositioner, röstegenskaper och rumsanvändning. Ordlös kommunikation kan vara omedveten, men också medveten och genomtänkt. Omedvetna ordlösa budskap kan stöta bort patienten och förhindra utvecklingen av en konfidentiell relation. Patientens ordlösa budskap som hen kommunicerar med sin kropp och miner kan stå i konflikt med hens berättelse.

Om läkaren är besynnerligt klädd eller beter sig avvikande, kan det skapa förvirring hos patienten. Ett alltför starkt framhävande av den egna personligheten går inte heller väl ihop med läkararbetets karaktär. Humör är ett gott verktyg i interaktionen, men i den ömtåliga och sårbara situation som en konsultation innebär, måste läkaren visa gott omdöme och nogsamt undvika att sära patienten.

Patienten litar inte alltid på läkarens diagnos och behandlingsförslag, utan kan kräva remisser för ytterligare undersökningar. Om läkaren anser patientens krav vara ogrundade måste läkaren förklara varför ytterligare undersökningar inte är till någon nytta i läget. En läkare ska inte försöka dölja sin eventuella rådlöshet och inte heller försöka avklara situationen genom att utsätta patienten för onödiga tilläggsundersökningar. Om ömsesidig förståelse inte nås kan patienten uppmanas att konsultera någon annan läkare för att få en annan läkares bedömning.

Det kan vara svårt för en patient att avstå från ohälsosamma levnadsvanor eller att iakttä regelbunden medicinerings och uppföljning av symtom eller behandling, fast hen skulle vilja detta. Om behandlingen kräver en betydande livsstilsförändring är det en bra idé att ta reda på vilka förändringar patienten har förutsättningar för och att motivera förändringen steg för steg. Även de minsta framstegen stärker patientens självförtroende och uppmanar till framsteg. Det är viktigt att patienten slutligen beslutar om sina egna mål, även om det bara vore att röka mindre i stället för att sluta röka eller att gå ner några kilogram i vikt i stället för att nå normalvikt.

Patientens rädslor kan också utgöra ett hinder för behandling. Många patienter är rädda för smärta, för att tappa kontrollen och i synnerhet för risker och komplikationer av operationer. Patienten kan låta bli att komma till det avtalade mottagningsbesöket, ställa in ett planerat ingrepp eller låta bli att berätta saker som kan leda till ett ingrepp. Om patienten förmår tala om sin rädsla är redan ett tecken på förtroende och en god interaktion. En empatisk inställning, betoning av positiva aspekter och uppmuntran fungerar bättre än ett förringande av rädslorna. Hos barnpatienter skapar föräldrarnas närvaro en trygghet och hjälper barnet tolerera obehagliga undersökningar och behandlingar.

I vissa fall kan det hända att läkaren väcker känslor av förtjusning eller förälskelse, kanske också sexuella fantasier hos patienten. I sådana situationer måste läkaren förhålla sig vänligt men klart restriktivt till patientens känslouttryck. Både med hänsyn till objektivitetens och yrkesetikens krav är ett sexuellt färgat förhållande mellan patient och behandlande läkare ohållbart både med tanke på läkarens objektivitet och på hans yrkesetik. Om läkaren inte förmår handskas med en sådan situation måste hen överföra vårdansvaret på en kollega.

Det kan också uppstå konflikter mellan läkarens egen övertygelse och patientens livsåskådning och levnadshållning. Kritiska områden är till exempel inställningen till abort, religion, sexuell läggning eller bruk av alkohol och narkotika. En läkare ska inte pracka sin egen övertygelse på patienten utan måste inse att människor bär på olika livserfarenhet och har olika livsvärden.

På sin mottagning tvingas läkaren konfrontera livets mörka och obehagliga drag. Hen behöver inte acceptera patientens negativa eller osympatiska attityder eller handlingar, men måste ändå försöka förstå patienten och patientens lösningar.

En sjukdom kan vara skrämmande för patienten och leda till starka känsloreaktioner och ibland till aggression på mottagningen. Läkarens sakliga beteende och att hen tar symtomen på allvar reder ofta upp situationen och eventuellt ber patienten senare om ursäkt för sitt beteende. När vårdrelationen fortskrider kan samma patient vara samarbetsvillig och saklig i läkarens sällskap. Detsamma kan hända med oroliga närstående. De kan utmana och kräva mycket av läkaren samt belasta hans resurser, men senare väsentligt bidra till att behandlingen fortsätter.

En obotligt sjuk och döende patient kan väcka läkarens egen dödsfruktan, vilket kan leda till att interaktionen tunnare ut så att man fokuserar enbart på medicinska frågor. En patient i en sådan situation behöver emellertid uttryckligen sin läkarens stöd samt den trygga och mänskliga omsorg som förmedlas genom samtal och interaktion. Patientens rätt till information förutsätter att fakta bedöms omsorgsfullt och berättas öppet för patienten och med patientens samtycke också för anhöriga. Medicinska fakta får dock inte släcka hoppets gnista. Läkarens egna ångestkänslor eller dödsfruktan får inte leda till att läkaren undviker en döende patient. I en dylik situation kan läkaren be om stöd för sitt arbete från en handledare eller annat stöd. (Se [Då döden nalkas](#))

Betoningen av patientens lagstadgade rättigheter och autonomi har ökat antalet klagomål. En läkare kan lätt uppleva ett klagomål som patienten anfört som en förolämpning mot sig själv och sin yrkesskicklighet och reagerar ofta negativt. Men ett klagomål kan också öppna ögonen för missförhållanden i det egna arbetet. Också klagomål som förefaller omotiverade berättar något om patientens personliga upplevelse och därför bör den berörda läkaren förhålla sig tålmodigt och respektfullt till klagomålet. Då läkaren går i svaromål ska hen göra det sakligt, med erkännande av fakta samt med förståelse för patientens synpunkter och utan att sära patienten. Läkaren bör vara tillräckligt professionell för att diskutera frågan öppet med patienten och i bästa fall bevara patientrelationen. (Se [Patientskador, menliga behandlingseffekter och vårdfel](#))

INTERAKTIVA FÄRDIGHETER KAN OCH BÖR UTVECKLAS

I sina kliniska avgöranden har läkaren stor självständighet. Vanligen är det ingen som kontrollerar en läkares kliniska arbete eller interaktionens kvalitet, förutom då patienterna ger respons. Även om detta gensvar inte alltid är sakligt kan det ändå vara till hjälp för att utveckla den egna interaktionsförmågan.

Interaktionen grundar sig på läkarens personliga egenskaper, men läkaren kan lära sig och utveckla professionella interaktionsfärdigheter genom hela sin karriär precis som andra kliniska färdigheter. En läkare ska se till att hen upprätthåller och utvecklar sina interaktionsfärdigheter på samma sätt som sin yrkeskunnsighet i övrigt. Trötthet, cynism, okunskap eller ovilja hos läkaren får inte påverka vården eller bemötandet av patienten. Om en läkare märker sådana drag i sitt arbete, kan hen försöka råda bot på situationen genom till exempel arbetshandledning eller genom att be en kollega observera och ge respons om hens verksamhet. Redan det faktum att man uppmärksammar händelserna och smidigheten på mottagningen förbättrar ofta dess kvalitet. För utvärdering av det egna arbetet och utvecklande av interaktionen finns Balint-grupper och interaktionskurser. (Se [Läkarens arbetsförmåga, läkaren som patient](#))

Om en läkare misstänker att hen har interaktionsproblem med patienterna gör hen klokt i att till exempel tillsammans med företagshälsovården söka nya lösningar för sin arbetssituation och diskutera frågan med sin chef, om hen har en sådan. Interaktionens kvalitet sammanhänger intimt med dess etik. En etiskt god interaktion leder ofta till kliniskt goda resultat. I sista hand bestäms kvaliteten av en väl genomförd behandling av patienten och hans erfarenhet av mötet med läkaren. En lyckad växelverkan gör att patienten känner att hen blivit hörd och väl bemött. ■

Läs mer:

Alenius H. Asiakaskeskeinen haastattelu, kohtaaminen, dialogi. I boken: Larivaara P, Lindroos S, Heikkilä T (red.). Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim 2009.

Hietanen P, Kaleva-Kerola J, Pyörälä E (red.). Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutus. Duodecim 2020.

Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U, (red.). Sairas, potilas, omainen – näkökulmia sairauden kokemiseen. SKS 2003.

Lääkärien ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat – Lääkäriliiton suositus 10.4.2014.

<https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/ammattillinen-kehittyminen/taydennuskoulutus/>

Lääkäriin vastaanoton laatu -suositus 29.10.2009. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/muita-ohjeita-ja-suosituksia/vastaanoton-laatu/>

Lääkärityönohjaajat. <https://www.laakariliitto.fi/yhteystiedot/laakarityonohjaajat/>

Makkonen E, Nick M, Siimes A (red.). Kerron ja kuuntelen. Työnohjausta Balint-ryhmässä. Duodecim, 2006.

Ruusuvuori J, Raevaara L, Peräkylä A. Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? Alkuperäistutkimus. Finlands Läkartidning 2003;58:4219–25.

Sorjonen M-L, Peräkylä A, Eskola K, (red.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino 2001.

Mötet mellan kulturer på läkarmottagningen

Det är lättare för en läkare att förstå en patient från en främmande kultur om hen känner till just den kulturens seder, människosyn och sjukdomsuppfattningar. Läkaren gör klokt i att vara medveten om sina egna kulturella vanor för att gestalta vilka av våra egna vanor kan kännas främmande för andra. Att beakta särdragen i patientens världsåskådning betyder inte att läkaren accepterar behandlingsmetoder som avviker från god behandlingspraxis, utan enbart att läkaren respekterar patientens kulturella identitet.

Patienter med en främmande kulturbakgrund kan hämta med sig speciella drag i vårdrelationen som ställer läkaren inför överraskande frågor och även får hen att reflektera över sina egna kulturella särdrag, värden och förutfattade meningar. De yrkesetiska principerna förblir dock desamma. Läkarens uppgift är att skydda människoliv, att främja hälsa och minska lidande oberoende av patientens bakgrund. Mötet med främmande kulturer berikar läkarens arbete.

KULTURENS INFLYTANDE PÅ FÖRHÅLLET MELLAN PATIENT OCH LÄKARE

Det är lättare för en läkare att förstå en patient från en främmande kultur om hen känner till just den kulturens seder, människosyn och sjukdomsuppfattningar samt förstår sina egna kulturella särdrag. I samband med anamnesen är det klokt att sätta sig in i patientens attityder, värden, trosuppfattningar och sätt att fungera. Patientens sätt att beskriva sina symtom är lättare att förstå om det tolkas utgående från patientens utgångspunkter. Patientens egen uppfattning om sjukdomens orsaker kan avvika från den medicinska sjukdomsdefinitionen. Upplevda symtom förknippas med kulturella betydelsesystem. Patienten beskriver symtomen med de begrepp, förklaringar, sjukdomsmallar och socialmoraliska uppfattningar som hen har antagit. I kulturer i Fjärran Östern förekommer exempelvis uppfattningen att sjukdom uppstår på grund av obalans mellan religiöst eller filosofiskt definierade krafter. Åtgärder som återställer balansen anses därför vara det bästa sättet att kurera den insjuknade. Behandlingsformerna är såväl traditionella som ibland även metoder från västerländsk medicin.

Patienternas sjukdomsbeskrivningar och inställning till föreslagna behandlingssätt kan variera beroende på kulturell bakgrund. Att beakta särdragen i patientens världsåskådning betyder inte att läkaren borde acceptera behandlingsmetoder som avviker från god behandlingspraxis, utan enbart att läkaren respekterar patientens kulturella identitet. I allmänhet är den västerländska medicinen överallt uppskattad helt oberoende av traditionella synsätt. Det är bra att vara medveten om att den också har kulturella bindningar, särskilt inom psykiatrin.

Beroende på kulturtillhörighet har patienterna vant sig att kommunicera på olika sätt om sina symtom. Vissa saker framförs kanske mycket finkänsligt eller indirekt, eftersom det uppfattas som sårande att tala direkt om dem. Det är viktigt att inte ”tappa ansiktet”. Saker som anses skamliga talar man om indirekt eller inte alls på eget initiativ. Detta är en utmaning för diagnostiken. I vissa kulturer är det viktigt att starkt kommunicera om smärta och betona denna, medan vi hos oss kan uppskatta tyst lidande. Vid ordlös kommunikation förekommer också skillnader mellan olika kulturer. Att lära sig uppfatta och tolka sådana budskap hör till utmaningarna då man konfronteras med främmande kulturer. Patienten kan behöva uppmuntras att tala öppet om saker.

Utgångspunkten för vården är att åstadkomma en förtroendefull patient-läkarrelation. Detta kan ta tid. Ju öppnare läkaren förhåller sig till patienten, desto bättre lyckas samarbetet. Patientens kulturbakgrund, religion och andra traditioner påverkar hans benägenhet att acceptera olika medicinska ingrepp och rutiner och vem som deltar i behandlingsbeslutet. I vissa kulturer är familjens ställning sådan att familjens huvudman är den som i slutändan avgör om behandlingen genomförs, varvid läkaren måste kunna motivera till huvudmannen varför patienten behöver vård. I många kulturer har medlemskapet i samfundet stor betydelse, vilket syns i rollerna hos de anhöriga som deltar i omvårdnad av patienten.

Det är klokt att iaktta patienternas olikartade kulturbakgrund, men principerna för undersökning och behandling av dessa patienter är desamma som för finländska patienter. I Finland kan man inte delegera beslutsbefogenheter till en familjemedlem för behandling av en myndig patient. Som motivering räcker ofta att förklara hur man brukar gå till väga i vårt hälso- och sjukvårdssystem. För att skapa förtroende är det skäl att i förväg förklara vad man gör och varför. På så sätt har undersökningar och ingrepp patientens godkännande och är inte ett okänt hot mot patienten. Det är också bra att öppet diskutera till exempel besökspraxis, vad anhöriga kan delta i och vad personalen ombesörjer.

Ibland önskar patienten att den behandlande läkaren är av samma kön. Det är bra att i mån av möjlighet arbeta på detta sätt, men patienten kan inte förutsätta ett dylikt arrangemang. När frågan kommer upp är det skäl att berätta att alla finländska läkare behandlar både män och kvinnor.

Ibland kan det hända att läkaren ombeds vidta åtgärder som tillhör patientens kulturella värdegrund, men som saknar en medicinsk grund. För en patient som vant sig vid sin egen kulturs traditionella behandlingsformer kan det falla sig naturligt att använda olika behandlingsformer samtidigt, vilket läkaren ska beakta.

Jungfrutestning

I vissa kulturer är det en hederssak att en dotter ska giftas bort som oskuld. Det kan hända att en läkare ombeds göra en jungfrutestning för att bekräfta saken. Undersökningen är problematisk, då den inte är motiverad av hälsoskäl. Ett tillförlitligt utlåtande om oskuld kan inte heller ges på basis av patientens status, då alla kvinnor inte har någon mödomshinna, även om samlag aldrig skulle ha inträffat. Därtill är undersökningen problematisk på grund av att förfrågan bygger på samfundets krav; samfundet inkräktar härmed på individens självbestämmanderätt, vare sig flickan själv framför begäran eller inte. Det mest oroväckande är dock att undersökningen är förknippad med ett allvarligt hot ifall flickan inte är oskuld. Resultatet kan bli djup skam, uppenbar social isolering och, i värsta fall, hot mot flickans hälsa och liv. En läkare bör alltså inte gå med på att göra jungfrutestning.

Patientens övertygelse och vilja ska respekteras. Läkaren bör försäkra sig om att patientens uttalade vilja om vården grundar sig på att patienten fått saklig medicinsk information om sitt tillstånd. En eventuell brist på läs- och skrivkunnighet eller grundläggande information ska iakttas. Kännedom om patientens kulturbakgrund gör det lättare för läkaren att förstå hur patienten på lämpligt sätt ska kunna behandlas enligt bästa medicinsk praxis och så att behandlingen också blir genomförd. Rasfaktorer påverkar behandlingen bland annat i form av skillnader i läkemedelsmetabolism. Vid upprättande av en behandlingsplan med patienten bör man se till att bägge parter har samma uppfattning om denna och att patienten har

förstått instruktionerna. I patientens kulturella bakgrund kan man även hitta faktorer som stöder behandlingsprocessen. Dessa är värdefulla för att uppnå ett gott behandlingsresultat.

Romerna har till exempel varit en del av det finska samhället så länge att hälso- och sjukvården inte alltid tar hänsyn till särdragen i deras kultur, även om det vore nödvändigt. På initiativ av romernas ombudsman har en specialhandbok utarbetats för hälso- och sjukvårdspersonal. Personer med främmande kulturbakgrund inom vårdpersonalen är viktiga resurser då det gäller att agera förmedlare.

Religiös övertygelse kan i stor utsträckning avgöra patientens åsikter. Den kan påverka olika renhets- och moralnormer eller till exempel vilka tillsatämnen patienten accepterar i läkemedel, eller vid vilken tidpunkt hen kan ta läkemedlet. För en läkare kan dessa faktorer vara främmande. Det finns litteratur om att ta hänsyn till religiös övertygelse och mångkulturalism i vårdprocessen och läkaren kan fråga patienten om saken. Man kan inte förvänta sig att människor med en viss religion alltid beter sig på samma sätt.

Kulturskillnader mellan patient och läkare kan uppstå också då läkaren själv har kommit till Finland från en annan kultur. Av en läkare finns dock skäl att förvänta sig en så stor förtrogenhet med det finska språket och den finska kulturen att hen förmår förstå sina patienter. Om läkaren inte förstår vad patienten säger bör hen be patienten upprepa sig och berätta mer utförligt om saken, så att läkaren säkert får rätt uppfattning. När det gäller den interkulturella förståelsen ligger ansvaret hos läkaren. Att anpassa sig till den finska kulturen tar sin tid såväl för läkare som för patienter.

VIKTEN AV TOLK

Vid vården av patienter som talar ett främmande språk är det ofta nödvändigt att använda tolk. Detta har både patienten och läkaren rätt till. Att en familjemedlem eller ett barn fungerar som tolk ska undvikas. Minderåriga barn och särskilt patientens chef får inte anlitas som tolk. Tolkens uppgift är att fungera som ett verktyg för både patient och läkare vid undersökning och behandling av patienten. Man måste ta hänsyn till att tolken normalt blir en tredje part och förmedlare i patient-läkarrelationen. Om en tolk inte är tolk till yrket måste hen upplysas om tystnadsplikten. Läkaren ska sträva efter att trygga patientens integritet trots att en tolk är närvarande. Tolkning per telefon är ett alternativ som effektivt skyddar patientens integritet.

Tolkens kön kan också vara av betydelse, beroende på patientens kulturbakgrund. I tolkningssituationen måste läkaren, precis som i andra konsultationsfall, skapa kontakt och tala med patienten, inte med tolken. Tolkens förståelse för ofta kulturella särdrag och läkaren kan höra sig för med tolken för att undvika besvärliga situationer. Likväl ska diskussionen mellan läkare och tolk begränsas till enbart det nödvändiga, vilket även är bra att tolka för patienten.

BETYDELSEN AV PATIENTENS UPPLEVELSE

Relationen mellan patienten och läkaren påverkas också av hurdana samhällsförhållanden personen från en främmande kultur kommer från. Många asylsökande som kommit till Finland har upplevt både psykiska och fysiska trauman. Många har flytt från krig eller terror. Andra har ett långt, till och med flerårigt flyktingskap bakom sig, eventuellt genom flera länder. De besväras ofta av osäkerhet om asylbeslutet och rädslan för att skickas tillbaka till ursprungslandet. Posttraumatiska stressyndrom och därtill hörande ångest och depression är vanliga bland asylsökande och flyktingar. Patienten kan ha utsatts för förföljelse eller tortyr av myndigheter

och kan därför också känna misstro även mot vårdpersonal. Att hantera dessa trauman kräver en finkänslig och förtroendefull relation till patienten och speciallätgärder för att stödja hens psykiska hälsa. Framsteg i hanteringen av trauman är avgörande för allt välbefinnande. Medan denna process pågår är det skäl att omsorgsfullt förklara och motivera behandlingar (såsom skopier) för att förhindra att tidigare trauman aktiveras och orsakar nya problem. ■

Läs mer

Castaneda A & al. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa: PALOMA-käsikirja. THL 2018. Helsingfors. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-100-3>

Eettinen foorumi. ”Neitsyytutkimus” – nuoren tytön hengenpelastus vai intimitetin loukkaus? Finlands Läkartidning 2007;(62);3090–91.

ETENE. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE-publikationer 11. Helsingfors 2004.

Kanervo S, Saarinen T. Kulttuurit keskuudessamme. Turun kulttuurikeskus. Åbo 2011.

Lukkarinen M. Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:1. Helsingfors 2001.

Kulttuurien kohtaaminen. Duodecim-temanummer 2007;123 (4).

Pakaslahti A, Huttunen MO, (toim.). Kulttuurit ja lääketiede. Helsingfors: Duodecim 2010.

Paananen J. Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. Diss. Åbo universitet. 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7557-0>

Romani ja terveyspalvelut. Opat terveydenhuollon ammattilaisille. Utbildningsstyrelsen. Guider och handböcker 2012:6.

Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti. Temanummer: Näkökulmia ulkomaalaistaustaisiin Suomessa Vol 54 Nro 3, 2017.

Psykiaterföreningen i Finland. Kulttuurinen haastattelu. American Psychiatric Association 2013. https://www.psy.fi/psykiatria_tyovalineita

THL. Paloma-utbildning. <https://thl.fi/sv/web/invandring-och-kulturell-mangfald/stodmaterial/paloma-utbildning>

Rätten till hälsa och skyldigheten att vårda personer som vistas i landet

Det finns etiska och praktiska problem kring hälso- och sjukvård som ordnas för asylsökande. Samma problem gäller även arrangerandet av hälso- och sjukvård för andra utlänningar som vistas i Finland under en längre tid utan officiell status samtidigt som vistelsen är av tillfällig natur. De har inte nödvändigtvis någon lagstadgad rätt att använda alla offentliga hälso- och sjukvårdstjänster, men läkaren kan fortfarande ha en etisk skyldighet att tillhandahålla behandling.

RÄTTEN TILL HÄLSA – SKYLDIGHETEN ATT VÅRDA HÄLSAN

Rätten till hälsa och skyldigheten att tillhandahålla hälso- och sjukvård grundar sig på internationella avtal, hälso- och sjukvårdslagen (1236/2010) och de allmänna principerna för läkareetik. Etiska problem uppstår då hälso- och sjukvårdstjänster ska arrangeras för asylsökande och vissa utlänningar som är bosatta i Finland på tillfällig grund utan officiell status. Juridiskt sett kanske de inte har rätt att få tillgång till alla offentliga hälso- och sjukvårdstjänster, men läkaren kan fortfarande ha en etisk skyldighet att tillhandahålla behandling. I den besvärligaste situationen är så kallade papperslösa personer, som ofta anses omfatta inte bara perso-

ner som bor i landet utan uppehålls rätt utan även andra personer som inte har tillgång till social- och hälsovårdstjänster. Dessa ”hälso- och sjukvårdens papperslösa”, som har rätt att uppehålla sig i landet men inte tillgång till tjänster, omfattar till exempel personer som väntar på uppehållstillstånd och vissa EU-medborgare som blivit utan rätt till sjukvård i hemlandet. På mottagningen uppstår invecklade problemsituationer med patienter som är i ett ”mellan-tillstånd” i systemet eller väntar på tillståndsbeslut, eller vistas i landet utan tillstånd.

Patientfall

Maria är en 16-årig flicka från Östeuropa. Hon omfattas inte av sjukförsäkringen i hemlandet och har därmed inte heller sjukförsäkring i andra EU-länder. Maria är gravid med sitt andra barn och vistas lagligt i Finland som EU-medborgare. Graviditeten har framskridit till vecka 22–23. Under sin första graviditet och tidigare i denna graviditet har Maria tydligt känt fostrets rörelser. Nu har fostret inte rört sig normalt och Maria är orolig. Hon har sökt sig till förlossningssjukhusets jour. Där har man sagt att en sådan fråga inte tillhör jourcen och uppmanat Maria att kontakta rådgivningen på en vardag. Maria har dock inte tillgång till rådgivningen, då hon inte omfattas av rådgivningstjänster i Finland. Är övervakning av graviditet eller kontroll av fostrets hälsa brådskande vård, nödvändig vård eller jourvård? Var borde Maria behandlas, eller ska hon behandlas? Borde man ha anmält Maria till barnskyddsmyndigheten? Skulle hon ha dragit nytta av det eller skulle det ha lönat sig? Skulle en 16-årig gravid finländsk flicka ha blivit avvisad från förlossningssjukhusets jour? Ändrar svårigheten att få tillgång till icke-brådskande vård definitionen av brådskande vård? Kan en nödvändig behandling eller förmån nekas en patient för att någon annan kan använda det utan grund? Kan en läkare prioritera patienter i behov av brådskande vård baserat på deras ursprung?

Frågan om vem som ska ges offentligt betald vård är etiskt komplicerad. I samband med diskussionen om vårdens prioritering har läkarkåren konstaterat att prioritering av gemensamma resurser endast gäller sjukdomens prognos och förväntad nytta av behandlingen, men aldrig patientens egenskaper eller sociala status. Läkare kan anses ha ett ansvar att vårda hälsan hos dem som vistas i Finland.

Den 16 september 2011 godkände Finlands Läkarförbund ett ställningstagande om flyktingars, asylsökandes och papperslösa invandrares hälso- och sjukvård. I ställningstagandet konstateras att en läkare bör behandla sina patienter jämbördigt och inte låta ras, religion, politiska åsikter eller samhällelig ställning inverka på sitt förhållningssätt. Samhället får inte förvägra patienter rätten till tillräcklig vård och inte heller inkräkta på läkarens skyldighet att behandla en patient enbart utifrån det kliniska behovet. Ekonomiska skäl får inte förhindra adekvat vård för personer som tillhör dessa grupper. Man bör vinnlägga sig om att läkaren ges skäligen tid och har tillgång till tillräckliga resurser för att kunna behandla dessa patienter.

LAGAR OCH AVTAL ÄR INTE ENTYDIGA

Invandrarnas status fastställs genom utlänningslagen (301/2004), lagen om främjande av integration (1386/2010) och tillhörande förordningar samt Europaparlamentets och rådets direk-

tiv 2013/32/EU om internationellt skydd. Den asylsökandes ställning påverkas av om hen är barn eller myndig. World Medical Association (WMA) har utfärdat ett ställningstagande om fastställande av ålder i fall där den asylsökande inte har tillförlitliga personuppgifter. Om det råder osäkerhet i fastställandet av ålder bör resultatet tolkas till patientens fördel.

Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattas alla som vistas i Finland av brådskande vård. Rätten att få hälso- och sjukvård i Finland är inte knuten till patientens nationalitet eller lagligheten av att vara i landet. Om patienten inte har en hemkommun i Finland, tillåter lagen att som mest debitera de faktiska kostnaderna för behandlingen av patienten.

Med brådskande vård som tillhör alla avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Brådskande sjukvård inbegriper även brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd. Begreppet brådskande vård ska inte förväxlas med bedömningen av behovet av jourvård som är bekant från jourmottagningarna. Brådskande vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen tillhandahålls inte enbart på jourmottagningar.

Enligt lagen måste vuxna asylsökande få *nödvändig* vård, vilket i allmänhet avser en bredare rätt till hälso- och sjukvård än enbart brådskande vård. Vården betalas av förläggningen för asylsökande med hjälp av statsunderstöd. Under 18-åriga asylsökande vårdas på samma sätt som andra i Finland stadigvarande bosatta barn. När den asylsökande har fått flyktingstatus tilldelas hen en hemkommun och får sedan samma sjukvård som andra finländare. Dessutom har flera stora städer i Finland beslutat att behandla papperslösa mer omfattande än vad som krävs i lag.

Inrikesministeriets förvaltningsområde svarar för kostnaderna när asylsökande befinner sig på förläggningar för asylsökande. Om en asylsökande får uppehållstillstånd får hens boendekommun en kalkylmässig ersättning i tre års tid. Folkpensionsanstalten ersätter av statens medel de kostnader en kommun eller samkommun har för den offentliga hälso- och sjukvårdens tjänster när brådskande vård i den mening som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen har getts en person som inte har en hemkommun i Finland och vars vårdkostnader inte har kunnat debiteras av patienten. Den statliga ersättningen grundar sig på 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013).

I många situationer stöder grundlagen och internationella bindande avtal och etiska principer rätten till mer omfattande vård, särskilt när det gäller barn och gravida kvinnor. Rädsla för fulla kostnader kan göra det svårt för patienter att söka vård, och bristen på läkemedelsersättningar kan till exempel försätta läkaren i ett svårt läge när hen skriver ett recept. Det är viktigt att notera och informera patienten om att brådskande behandling ges först och att vårdens betalare utreds efteråt, vid behov tillsammans med en socialarbetare. Om det är omöjligt att få behandling någon annanstans är det inte etiskt motiverat att lämna en patient utan vård av ekonomiska skäl.

VILKEN BEHANDLING GES?

Med stöd av lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och yrkesetikern har vårdpersonalen befogenhet och ansvar att besluta om hur brådskande patientens behandling är och hur behandlingen arrangeras. Lagstiftningen tar inte ställning till behandlingar, läkemedel eller ingrepp som erbjuds enskilda patienter. Behandling som är nödvändig för hälsan, utan vilken patientens tillstånd skulle försämrats avsevärt, bör på ett eller annat sätt arrangeras för alla. Vid beslut om annan behandling måste man även ta hän-

syn till den förmodade vistelsetiden i landet. Det är inte etiskt att inleda all långtidsbehandling, särskilt om man inte kan garantera vårdens kontinuitet.

Patientfall

En 62-årig kvinna, Bejide, har kommit till Finland med turistvisum för att besöka sitt barn som bor i landet. Visumet har gått ut, och Bejide är papperslös. Hon har diagnostiserats med framskriden cancer, vars behandling har inletts vid en privat klinik på bekostnad av hennes lågavlönade barn. För att behandla smärta orsakad av benmetastas har man inlett en dyr opioidmedicinering, som Bejide är beroende av. Några tiotusentals euro har redan spenderats på behandlingen och pengarna har tagit slut. Privatkliniken har meddelat att vårdrelationen upphör. Cancern har ulcererat genom huden till ett vätskande sår och behovet av smärtlindring är konstant. Läkemedlen, förbanden och pengarna är slut. Omfattas Bejide av brådskande eller nödvändig vård? Uppfylls kriterierna för jourvård? Vem betalar för Beijides behandling och medicinering? Hade det varit etiskt motiverat att redan från början planera Beijides behandling på ett annat sätt, till exempel genom att från början använda endast medel för att höja livskvaliteten? Om en privat klinik marknadsför, erbjuder och inleder dyra behandlingar för icke-finländare, bör denna också bidra till kostnaderna för patientens behandling om patientens betalningsförmåga överskrids?

För att fastställa omfattningen av sjukvård för en invandrapatient som uppsöker vård och undvika senare överraskningar bör man först utreda patientens boendeort och vilken hens invandrarstatus är. När man överväger gränserna för brådskande vård måste man förstå att många fall snabbt kan bli brådskande om de inte behandlas (såsom graviditetsproblem, små barns hälsoproblem, psykiska problem, åtgärder som behövs för att förebygga infektionssjukdomar). När man överväger fortsatt behandling måste man avgöra hur länge patienten kommer att stanna i landet. När man skriver ut läkemedel måste man fastställa huruvida patienten omfattas av läkemedelsersättning och, om så inte är fallet, överväga alternativa sätt att genomföra nödvändig medicinering (med förmånliga läkemedel, poliklinisk läkemedelsbehandling, ansökan om utkomststöd för nödvändiga läkemedelskostnader). Det är en god idé att från första början ta med en socialarbetare i planeringen av vård för en papperslös patient. Patienten bör också uppriktigt informeras om utmaningar och gränser för arrangerande och genomförande av behandlingen. Uppfyllda löften och icke genomförbara vårdplaner måste undvikas. I vårdplanerna bör man alltid ta hänsyn till patientens förutsättningar att engagera sig i behandlingen. Under icke-brådskande besök bör man vara medveten om vem som är ansvarig för alla kostnader, såsom för att betala tolkens arvode.

Finlands vårdssystem och lagstiftning är för närvarande uppbyggda så att vårdpersonalen i praktiken råkar in i situationer som gör det nödvändigt att avvisa vårdbehövande patienter på grund av att de inte har den uppehållsstatus som krävs för vistelsen i Finland. Läkare bör dock i sitt praktiska arbete sträva efter att verka i enlighet med läkaretiken och behandla patienter enbart utgående från deras kliniska behov. När man överväger möjliga etiska dilemman och begränsningar av vården är vetskapen om att det aldrig är olagligt att ge behandling en lättnad. Att inte ge behandling kan vara olagligt. Ibland är det etiskt rätt att utvidga behandlingen utöver det lagstadgade. Arrangerandet av nödvändig medicinsk behandling är alltid i första hand läkarens ansvar, inte andra aktörers (såsom socialarbetares).

Att organisera vård för papperslösa har visat sig gagna samhället och kan därmed motiveras även ur ett utilitaristiskt perspektiv. Om människor fick vård i tid skulle många tillstånd kunna skötas innan de kräver dyrare brådskande sjukhusvård. Ett öppnare hälso- och sjukvårdssystem skulle sannolikt kunna förhindra spridning av infektionssjukdomar. Lika och respektfull behandling av människor som vistas i landet bidrar också till samhällsfreden. Finlands Läkarförbund har strävat efter att få ordning på vården för de papperslösa.

LÄKARE, UTLÄNDSK PATIENT OCH ANDRA MYNDIGHETER

Att en patient uppsöker vård får inte leda till att hen utvisas från landet. Av läkaren kräver särskilt vården av papperslösa en speciell förmåga att bygga förtroende. Vårdpersonalen har tystnadsplikt: patientens uppehållsstatus i landet får inte anmälas till polis eller andra myndigheter.

Läkare får inte åläggas att delta i bestraffning eller rättsliga åtgärder som riktar sig mot flyktingar, asylsökande eller papperslösa invandrare och inte heller att utföra undersökningar eller tillgripa behandling som saknar medicinska skäl, till exempel att ge lugnande medel för att underlätta utvisning ur landet. ■

Läs mer:

Global Clinic. PapeTe hankkeen neuvontapuhelin paperittomien hoitomahdollisuuksista Suomessa: 044 744 9932 (arkisin klo 9–15). <http://www.globalclinic.fi/papete-tyo/Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. PLoS One 2015;10:e0131483. DOI: 10.1371/journal.pone.0131483>.

European Union Agency for Fundamental Rights 2015. Cost of exclusion from healthcare. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2015. ISBN 978-92-9239-946-7, doi:10.2811/825284.

European Union Agency for Fundamental Rights 2011. Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. Comparative report 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2011 ISBN 978-92-9192-706-7. doi:10.2811/31559.

Kannanotto pakolaisten, turvapaikanhakijoiden ja paperittomien maahanmuuttajien terveydenhuollosta.

Läkarförbundets 16.9.2011 fastställda principer, som grundar sig på WmA:s ställningstagande. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/pakolaiset/>

Grundlagsutskottets utlåtande GrUU 73/2014 rd – RP 343/2014 rd https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/Lausunto/Documents/gruu_73+2014_rd.pdf

Salmi H, Pelkonen R. Nuori ja vanha lääkäri paperittomien terveydenhuollosta. Ledare. Duodecim 2015;131(18):1628–9.

Salmi H, Tiittala P, Lundqvist T, Mönttinen A, Sainio S, Aali H, Holmberg V. Kuinka hoidan paperitonta potilasta? Finlands Läkartidning 2016;71;915–922

Rajaniemi T, Pälve H. Paperittomat haastavat etiikan ja arvot. Finlands Läkartidning 2015;70;1041.

WMA Statement on Medical Care for Refugees, including Asylum Seekers, Refused Asylum Seekers and Undocumented Migrants, and Internally Displaced Persons. 2010. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-care-for-refugees-including-asylum-seekers-refused-asylum-seekers-and-undocumented-migrants-and-internally-displaced-persons/>

WMA Statement on Medical Age Assessment of Unaccompanied Minor Asylum Seekers. 2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-age-assessment-of-unaccompanied-minor-asylum-seekers/>

FN:s generalförsamling 18.12.1979. Konventionen om avskaffande av alla former av diskriminering av kvinnor, Förenta Nationerna, Treaty Series, vol. 1249;13. www.refworld.org/docid/3ae6b3970.html

FN:s generalförsamling 20.11.1989. Konventionen om barnets rättigheter, Förenta Nationerna, Treaty Series, vol. 1577;3. www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html (citerad 5.12.2015).

Tystnadsplikten och undantag från den

Tystnadsplikten är viktig för vården och dess syfte är att bevara förtroendet mellan läkare och patient. En läkare eller tandläkare får inte utan tillåtelse för utomstående avslöja sådant som hen vid utövningen av sitt yrke fått veta om sin patient och patientens sjukdom. Tystnadsplikten är livslång.

Om lagen förutsätter att uppgifter överlämnas oberoende av patientens samtycke ska läkaren överlämna endast de uppgifter som är nödvändiga för ändamålet.

Läkarens tystnadsplikt är en av läkaretikens hörnstenar. Den syftar till att bevara det för vården väsentliga förtroendet mellan läkare och patient, så att en vårdbehövande patient kan tala med sin läkare också om ömtåliga frågor i samband med sjukdomen.

För att upprätthålla och trygga en god patient-läkarrelation måste läkaren alltid minnas tystnadspliktens etiska och juridiska normer. Grundregeln är att en läkare eller tandläkare inte utan tillstånd får yppa någonting som hen i samband med sin yrkesutövning fått veta om sin patient och patientens hälsotillstånd till utomstående.

Trots att lagstiftningen tillåter och ibland kräver avsteg från tystnadsplikten i många olika situationer, måste läkaren vid överlämnandet av uppgifter minnas att var och en har en i grundlagen tryggad rätt att förtroligt utbyta information gällande ömtåliga privata frågor. Det är också bra att komma ihåg att blotta kunskapen om vårdrelationen och vårdens kundrelation också är sekretessbelagd. I första hand bör därför sekretessbelagda uppgifter om patientens hälsotillstånd överlämnas endast med patientens samtycke. Den som överlämnar uppgifter ansvarar för att överlämnandet sker lagenligt. Om lagen förutsätter att uppgifter överlämnas oberoende av patientens samtycke måste läkaren förvissa sig om att de uppgifter som överlämnas är nödvändiga med hänsyn till uppgifternas användningsändamål. Därför överlämnas inte nödvändigtvis alla uppgifter, utan omfattningen av överlämnade uppgifter bör övervägas från fall till fall. Parten som begär uppgifter ska alltid meddela vilken bestämmelse i lagen begäran om upplysningar grundar sig på. Vid behov ska ytterligare information om användningsändamålet för uppgifterna begäras från den efterfrågande parten.

Ibland är det svårt att avgöra vad som ska hemlighållas och vad som inte ska hemlighållas. I sista hand är det patienten som avgör även detta. Huruvida någon omständighet ska betraktas som sekretessbelagd kan inte avgöras enbart utgående från vad läkaren anser ligga i patientens intresse. Visserligen kan uppgifter om patienten som redan förekommit i offentligheten inte betraktas som hemliga i lagens mening, men trots detta måste läkaren förhålla sig återhållsamt till att diskutera sådana frågor med utomstående. Detta gäller även situationer där patienten har offentliggjort ärendet till allmänheten exempelvis i sociala medier. En läkare bör alltid minnas inte bara sin juridiska tystnadsplikt utan dessutom beakta hur ett avslöjande av sådant som rör patienten i fortsättningen påverkar hens möjligheter att över huvud taget upprätthålla en förtroendefull vårdrelation.

TYSTNADSPLIKTEN FASTSTÄLLD I LAGSTIFTNINGEN

Huvudregeln om läkares tystnadsplikt finns inskriven i 17 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) som stadgar följande: ”En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården får inte utan tillstånd till utomstående yppa en enskild persons

eller familjs hemlighet som hen har fått kännedom om på grund av sin ställning eller uppgift. Tystnadsplikten kvarstår efter det att yrkesutövningen har upphört.”

Enligt 13 § i patientlagen (785/1992) ska alla som arbetar inom hälso- och sjukvårdens enheter hemlighålla uppgifter som ingår i journalhandlingar. Paragrafen lyder: ”En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller någon annan som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller utför uppdrag för den får inte utan patientens skriftliga samtycke till utomstående lämna sådana uppgifter som ingår i journalhandlingarna. Med utomstående avses i denna lag personer som inte vid verksamhetsenheten deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården. Tystnadsplikten kvarstår efter det anställningsförhållandet eller uppdraget har upphört.”

I maj 2018 blev EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR) tillämplig i alla EU-länder. Förordningen innehåller allmänna principer för behandling av personuppgifter och är en direkt juridiskt tillämplig i Finland. Enligt förordningen är behandlingen av personuppgiftsgrupper av särskild natur (tidigare känsliga uppgifter) i fråga om hälsouppgifter begränsad till personer som har lagstadgad tystnadsplikt.

Den lagstadgade tystnadsplikten består av tre delar:

- tystnadsplikt beträffande sekretessbelagda uppgifter
- skyldighet att upprätthålla dokumentsekretess, det vill säga att se till att förvara journalhandlingar så att utomstående inte har tillgång till dem
- förbud mot att utnyttja sekretessbelagda handlingar, vilket innebär att en läkare inte utan patientens samtycke får utnyttja uppgifter hen fått i samband med vården till egen eller annans fördel eller till annans förfång.

Tystnadsplikten för hälso- och sjukvårdspersonalen är i princip livslång. Hemlighållandet av patientjournaler vid en offentlig hälso- och sjukvårdsenhet regleras dock av bestämmelserna om handlingars offentlighet och av de tider som utsatts för sekretessen. ([Se Patientjournalen](#))

TYSTNADSPLIKT OCH ETIK

Etiska problem i samband med tystnadsplikten förekommer i synnerhet då det är nödvändigt att avslöja något om patienten för att skydda en annan persons liv eller hälsa. Om tystnadsplikten bryts kan det motiveras av en nödsituation (450/ 1987) i vilken man med hänsyn till ett större intresse (liv och hälsa) måste offra ett mindre (hemlighållandet av ömtåliga uppgifter). I de fall där lagen klart definierar förutsättningarna för utelämnande av uppgifter kan man dock inte hänvisa till en nödsituation. Så är bland annat fallet gällande minderåriga patienter i barnskyddslagen.

En annan etiskt problematisk situation uppstår då uppgifter som en patient gett för sin vård avslöjar att hen varit delaktig i ett brott. Med hänsyn till det allmänna bästa anses det emellertid lika viktigt att trygga vården för vårdbehövande som att utreda brott. Därför måste även en person som gjort sig skyldig till ett brott kunna söka vård utan fruktan för att läkaren anger hen. Samtal med läkaren betraktas enligt västerländsk rättsuppfattning som förtrolig information och i princip är det endast patienten själv som kan avgöra om informationen får avslöjas för någon utomstående.

I Finland följer hälso- och sjukvårdspersonalen i regel tystnadsplikten väl. Inom vårdens olika verksamhetsenheter arbetar dock många människor i olika funktioner. Tystnadspliktens

betydelse står inte lika klar för alla och därför bör den som ansvarar för verksamheten och det dataskyddsbud som utsetts i enlighet med GDPR vinnlägga sig om att personalen övervakas och får tillräcklig utbildning. Då informationen om hälsotillstånd samlas i allt större regionala och nationella databaser kan det dessutom ibland uppstå en frestelse för någon att ta en titt på någon personlig bekants eller känd persons patientuppgifter. Situationer där yrkesutövare inom hälso- och sjukvården utan tillstånd läst patientuppgifter om andra patienter än dem som står under deras vård är sålunda vanligare förbrytelser än att patientuppgifter skulle ha avslöjats för utomstående. Dyligt agerande är emellertid inte berättigat och kan straffas såväl straffrättsligt som genom skadestånd.

Övervakningen av användarbehörigheter och användarloggar utgör en väsentlig del av vårdenheternas arbete för att upprätthålla sekretessen. Patienter har rätt att få veta vem som har tittat på deras uppgifter. Numera är patienterna även mer bevandrade i att begära utredningar och rapportera om aktiviteter som de misstänker är olagliga.

UNDANTAG FRÅN TYSTNADSPLIKTEN

Även om läkarens tystnadsplikt ursprungligen var absolut har allt fler undantag uppstått som en följd av samhällsutvecklingen. Undantagen i vår nuvarande lagstiftning är av tre slag: de ger en läkare möjlighet att enligt prövning överlämna sekretessbelagda uppgifter till någon utomstående, de ger en utomstående rätt att fordra att en läkare avslöjar sekretessbelagda uppgifter eller förutsätter att en läkare alltid överlämnar vissa bestämda uppgifter.

I 13 § 3 mom. i patientlagen (785/1992) ingår bestämmelser om undantag från tystnadsplikten, till exempel om vissa svar på förfrågningar om vården. Uppgifter som behövs för undersökning och vård av patienten får av läkare eller tandläkare lämnas till en annan vård-enhet eller till en yrkesutbildad person inom vården, likaså får en sammanfattning av patientens vård lämnas till den vårdenhet eller yrkesutbildade person inom vården som remitterat patienten och till patientens ansvariga läkare, dock endast med patientens eller laglig företräda-res muntliga samtycke eller annat i sammanhanget godtagbart samtycke.

En läkare eller tandläkare kan enligt eget omdöme informera förmyndarmyndigheten om en person är i behov av förmyndare. Enligt 91 § lagen om förmyndarverksamhet kan den som fått vetskap om att en person uppenbarligen är i behov av intressebevakning utan hinder av tystnadsplikten anmäla detta till förmyndarmyndigheten.

Det har funnits fler och fler undantag från läkarens initialt ganska absoluta tystnadsplikt. Undantagen från gällande lagstiftning är av tre typer: de tillåter läkare att efter eget gottfinnande rapportera konfidentiell information till en åskådare, att ge en åskådare rätt att kräva att en läkare lämnar konfidentiell information, eller att kräva att läkaren alltid lämnar en viss bestämd information.

I 13 § 3 mom. i patientlagen föreskrivs att det skall vara icke-utlämnande, såsom tillhandahållande av feedback om behandling. Läkaren eller tandläkaren kan förse den andra vård-enhet eller yrkesman med den information som krävs för att ordna patientens undersökning och behandling samt en sammanfattning av den behandling som ges till hälso- och sjukvård-senheten eller yrkesutövande och den läkare som ansvarar för behandlingen, i enlighet med det muntliga samtycket eller på annat sätt samtycke från patienten och hens juridiska ombud.

En läkare eller tandläkare kan efter eget gottfinnande anmäla förmyndarmyndigheten till en person som är i behov av en förmyndare. Enligt artikel 91 i lagen om förmyndarskap (442/1999) kan en person som har informerats om en person som förefaller vara i behov av

förmyndarskap, utan att vara förhindrad att sekretessen skall hållas, underrätta förmyndarmyndigheten.

Enligt 13 § 4 mom. i patientlagen har en läkare eller tandläkare, utan hinder av tystnadsplikt, rätt att till polisen rapportera uppgifter som behövs för bedömning av ett hot mot liv eller hälsa och förhindrande av en hotfull handling. Förutsättningen är att läkaren eller tandläkaren då hen utfört vårduppgifter informerats fått information om omständigheter som ger hen anledning att misstänka att någon löper risk att utsättas för våld.

LÄKARENS ANMÄLNINGSSKYLDIGHET

Läkare och tandläkare är enligt lag förpliktigade att anmäla till exempel smittsamma sjukdomar, (Se [Farliga infektionssjukdomar](#)) arbetssjukdomar och arbetsolyckor till vederbörande myndighet. Yrkespersoner inom hälso- och sjukvården har skyldighet att anmäla födelse och dödsfall till befolkningsdatasystemet. Vidare förutsätter lagen att vårdenheterna lämnar uppgifter till social- och hälsovårdens nationella patientdataarkiv bland annat om patienter som intagits på sjukhus för vård, om cancerfall, aborter, implantat på patienter, läkemedelsbiverkningar och så vidare.

Enligt 25 § i barnskyddslagen (417/2007) är varje myndighet inom social- och hälsovården, då den får vetskap om att ett barn är i uppenbart behov av barnskydd, även skyldig att anmäla detta till barnskyddsmyndigheterna. En läkare eller tandläkare som fått vetskap om misshandel eller sexuellt utnyttjande av barn har således anmälningsskyldighet oberoende av om barnet eller barnets föräldrar önskar att fallet anmäls. också ifall en vårdnadshavare är sjuk eller missbrukar rusmedel på ett sätt som hindrar hen från att sköta sitt barn. (Se [Barn som far illa](#)) Om ett barn misstänks ha utsatts för sexuellt utnyttjande ska anmälan också göras till polisen.

Enligt 21 § i körkortslagen(386/2011) ska en läkare göra polisanmälan om hen konstaterar att den som ansöker om körkortstillstånd eller en körrechtssinnehavare inte längre uppfyller de medicinska kraven för körkort på grund av att hälsotillståndet försämrats och försämringen inte är endast tillfällig. Traficom har gett detaljerade anvisningar om bedömning av körhälsa för hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt 114 § i skjutvapenlagen (1/1998) är en läkare skyldig att göra en anmälan om en sådan person till polisen som

1) vid en sinnesundersökning, farlighetsbedömning eller annan rättspsykiatrisk undersökning har konstaterats vara farlig för sig själv eller för någon annan, eller

2) på grund av ett självmordsförsök har tagits in för psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja med stöd av 8 § 1 mom. 2 punkten i mentalvårdslagen (1116/1990) och som läkaren utifrån en bedömning som gjorts under tiden för vård oberoende av patientens vilja anser vara olämplig att inneha skjutvapen, vapendelar, patroner eller särskilt farliga projektiler.

Anvisningar om anmälningsrätt och anmälningskyldighet har sammanställts på webbplatsen för det riksomfattande Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira).

TYSTNADSPLIKT OCH PROFESSION

Redan i Hippokrates ed nämns att uppgifterna om patienten ska hållas hemliga, och sekretessen utgör en del av läkareden än i denna dag. Patientens förtroende för läkaren bygger till stor del på att patienten litar på att läkaren inte sprider det hen får veta. Samtidigt är det lätt

för patienten att inse att hen själv gagnas av att nödvändig information om patienten ges åt andra berörda yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården. Det är också viktigt för patienten att de som utbetalar sjukersättningar till patienten får relevant information.

Avgörande för gränsen mellan att yppa och inte yppa något om patientens sjukdom är huruvida något får yppas då det ligger i samhällets intresse men inte direkt ligger i patientens intresse. Ännu för tio år sedan förutsatte lagen domstolsbeslut i samband med grovt brott innan en läkare förpliktades avslöja sådant som hänförde sig till patientsekretessen. I dag finns det fler bestämmelser och såsom ovan nämns stadgar till exempel körkortslagen och skjutvapenlagen om läkarens ”skyldighet” att överlämna uppgifter. Om läkarkåren som profession inte förmår vinna patienternas förtroende är risken att patienterna kommer att förtiga uppgifter som är av avgörande betydelse för diagnos och vård. Risken finns att professionen förlorar möjligheten att bistå den enskilda patienten, men också sina möjligheter att stödja samhället exempelvis i frågor som ska främja trafik- och vapensäkerhet.

Om man vill få fullt värde av läkarnas verksamhet är det viktigt att samhället visar genuin förståelse för professionen och respekt för den kliniska autonomin. Vid stadgandet om anmälningskyldigheter har man också diskuterat läkarens begränsade möjligheter att under mötet med patienten identifiera situationer som respektive lagstiftning kräver samt bedöma den risk som patienten utgör.

RÄTTEN TILL INFORMATION

En viktig bestämmelse om rätten till information ingår i 11 § i lagen om offentlighet i myndigheters verksamhet (621/1999). Enligt paragrafen har den vars rätt, fördel eller skyldighet ett ärende gäller rätt att ta del av en handling, även om handlingen inte är offentlig (så kallad partoffentlighet). Med stöd av denna bestämmelse har exempelvis den kommun som finansierar vården av en patient rätt att få uppgifter om denna person. Patientjournaler för en enskild patient överlämnas emellertid inte till kommunalförvaltningen. Vid oklaring fakturering kan uppgifter relaterade till patientens behandling ses över tillsammans med kommunens tjänsteläkare.

Uppgifter behöver dock inte överlämnas om detta strider mot något synnerligen viktigt allmänt eller enskilt intresse. I allmänhet anses det strida mot patientens viktiga enskilda intresse att överlämna uppgifter om hälsotillståndet till en utomstående som bevakar något rättsligt intresse. Att överlämna information om en annan persons hälsotillstånd till en sakägare anses ändå inte alltid strida mot ett enskilt intresse. I enskilda fall, efter prövning av olika berörda parter intressen, kan till exempel anhöriga för en rättegång få tillgång till journaluppgifter om hälsotillstånd som påverkar den berörda personens rättshandlingsförmåga.

Tystnadsplikten för läkare och tandläkare fortsätter också efter patientens död. Patientlagen (13 § 3 mom. 5 punkten) erbjuder dock en möjlighet att på basis av skriftlig begäran och av välgrundade skäl ge hälso- och sjukvårdsuppgifter rörande en avliden person till den som behöver uppgifterna för att utreda viktiga intressen eller rättigheter. Exempel på en sådan situation kan vara klagomål gällande testamente. Också i sådana fall utges bara de nödvändiga uppgifter som är väsentliga för frågan. Alla uppgifter är inte tillgängliga, utan överlämnaren av uppgifter bedömer nödvändigheten.

MYNDIGHETERS RÄTT TILL INFORMATION

I välfärdssamhället förutsätts att man avviker från tystnadsplikten inte bara för att trygga individuella intressen (till exempel annan persons liv och hälsa) utan också för att främja viktiga samhällsintressen. Förvaltningsapparaten kostnadseffektivitet och säkerställande av statens ekonomiska trygghet är sådana intressen som enligt lagstiftningen står över sekretessplikten.

Det finns gott om lagbestämmelser som ger en myndighet rätt att få tillgång till patientuppgifter som annars är sekretessbelagda. En sådan rättighet har bland annat Folkpensionsanstalten och andra försäkringsmyndigheter, arbetarskyddsmyndigheterna, Arbetskraftsmyndigheterna och de sociala myndigheterna. Lagtexterna om dessa myndigheter har så småningom förnyats för att motsvara de krav på skydd av privatlivet som Finlands grundlag och avtal om mänskliga rättigheter ställer. Huvudregeln är att myndigheterna har rätt att få information om frågor som rör en enskild persons hälsotillstånd endast till den del informationen är nödvändig för att avgöra ett ärende.

Hälsa- och sjukvårdens tillsynsmyndigheter (Valvira, regionförvaltningsverken) samt patientskadenämnden har en omfattande rätt till information i ärenden under behandling, vilket till exempel innebär att patientens samtycke inte krävs till att patientuppgifter granskas i samband med en inspektion av mottagningsverksamheten. För att kunna avgöra om en körkort, ett vapentillstånd eller ett annat tillstånd ska förbli i kraft har polisen rätt att av myndigheter och sammanslutningar som tillsatts för att sköta offentliga uppgifter och oberoende av tystnadsplikten få information om tillståndshavarens hälsotillstånd, bruk av berusningsmedel eller våldsamma beteende, om det finns grundad anledning att anta att tillståndshavaren inte längre uppfyller förutsättningarna för tillståndet. Polisen har även rätt att få information för att hitta en försvunnen eller efterlyst person som behandlas vid en vårdenhets.

ANHÖRIGAS RÄTT TILL INFORMATION

Ett av sekretesspliktens ursprungliga syften var att skydda patientens sociala relationer. Frågan huruvida en patients anhöriga borde informeras om patientens sjukdom innebär ofta en balansgång mellan mycket disparata intressen. Patientens anhöriga har ingen generell rätt till information om sin sjuka anförvant, utan enligt huvudregeln får de anhöriga endast informeras med patientens samtycke.

Då en patient blir intagen på sjukhus bestämmer hen vanligen själv vilken person vårdpersonalen ska kontakta. Denna person är inte nödvändigtvis patientens närmaste anhöriga eller arvinge. Enligt 13 § i patientlagen (785/1992) får uppgifter om uppgifter lämnas till en nära anhörig till patienten eller någon annan patienten närstående då patienten är intagen för vård på grund av medvetlöshet eller av någon annan därmed jämförbar orsak, om det inte finns skäl att anta att patienten skulle förbjuda detta. Därtill har en nära anhörig eller någon annan närstående person enligt 9 § i patientlagen rätt att få sådana uppgifter om en funktionshindrad patients hälsotillstånd som behövs för att personen i fråga skall kunna höras och att samtycke skall kunna ges. (Se [Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter](#))

Etiska problem med tystnadsplikten aktualiseras ofta då en läkare kommer i kontakt med unga patienter – särskilt om de missbrukar narkotika eller alkohol, i samband med sexuella problem, eller om de befinner sig i konflikt med föräldrar eller skola. Enligt 9 § patientlagen har en minderårig patient som med beaktande av ålder eller utveckling kan fatta beslut om sin vård rätt att förbjuda att uppgifter om hens hälsotillstånd och vård ges till vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. Också resultaten av narkotikatester betraktas som sekretessbelagda uppgifter om patientens hälsotillstånd. (Se [Patienter med missbruksproblem](#))

FÖRUNDERSÖKNING OCH RÄTTEGÅNG

Enligt polislagen (872/2011) har polisen för tjänsteuppdrag rätt att utan hinder av tystnadsplikt få behövlig information och handlingar av myndigheter och sammanslutningar som tillsatts för offentliga uppgifter, såvida inte lämnande av informationen och handlingen till polisen eller användningen av den som bevis förbjudits eller begränsats i lag. Den polis som begär uppgifterna ska uppge 1) vem som begär uppgifterna och hens tjänsteställning, 2) för vilket syfte uppgifterna begärs, 3) vilken typ av uppgifter som begärs, 4) vilken tidsperiod uppgifterna hänför sig till och 5) med stöd av vilken bestämmelse polismannen har rätt att få uppgifterna i fråga. Begäran om information ska i första hand lämnas i skriftlig form, om inte situationens brådskande natur förutsätter något annat. Uppgifter utlämnas i regel i skriftlig form som utlåtanden eller kopior. Per telefon kan uppgifter utlämnas endast i exceptionella, brådskande fall, och då ges informationen i regel av en läkare eller undantagsvis av någon annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården enligt läkarens anvisningar. Om uppgifter begärs per telefon är det skäl att identifiera frågeställaren till exempel genom att ringa tillbaka till polisen i fråga via polisinskrivningens växel.

Om en läkare eller tandläkare instäms till rätten som vittne, tillämpas bestämmelserna i rättegångsbalkens 17 kap. 14 §. Enligt paragrafen får en läkare inte vittna om känsliga uppgifter om en enskild persons eller familjs hälsotillstånd eller någon annan hemlighet som gäller en enskild person eller familj och som han eller hon har fått kännedom om på grund av sin ställning eller uppgift, om inte den till vars förmån tystnadsplikten har föreskrivits ger sitt samtycke till det. Domstolen får dock ålägga en läkare att vittna i ett mål där åklagaren utför åtal för ett brott för vilket det föreskrivna strängaste straffet är fängelse i minst sex år. Domstolen får också ålägga en läkare att vittna, om den till vars förmån tystnadsplikten har föreskrivits har avlidit och skäl som är synnerligen viktiga med beaktande av ärendets natur, bevisningens betydelse för avgörandet av målet och följderna av att bevisningen läggs fram samt övriga omständigheter kräver det. För en tjänsteman som har tystnadsplikt är tröskeln för att vittna högre, men inte ovillkorlig. I praktiken prövar domstolen sekretess och åläggande av bevisförbud från fall till fall. Man bör överväga ärendets art enligt hur allvarligt brottmålet är och huruvida detta skapar ett större intresse för att häva bevisförbudet.

I praktiken prövas en läkares bevisbörd oftast redan under polisundersökningen före rättegången. Förundersökningslagens (805/2011) och rättegångsbalkens föreskrifter har harmoniserats. Om undersökningen gäller ett brott för vilket det strängaste straffet är minst sex års fängelse, har en läkare enligt förundersökningslagen skyldighet att trots sekretessreglerna vittna om detta under förundersökningen. Man bör emellertid lägga märke till att åklagaren först efter förundersökningen juridiskt tar ställning till brottsrubriceringen och till om det med sannolika skäl är fråga om ett grovt brott. Polisen är däremot skyldig att börja undersöka ett fall redan vid misstanke om brott. Med stöd av tvångsmedelslagen kan polisen även lägga beslag på de patientjournaler de anser sig behöva. ■

Läs mer:

Anvisning om informationsutbytet mellan hälso- och sjukvården och polisen, social- och hälsovårdsministeriet: https://julkaisut.valtioneuvo.fi/bitstream/handle/10024/162049/ANVISNING_on_informationsbytet_mellan_%20halsoochsjukvarden_och_polisen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Top secret-kurs, Finlands Läkarförbund: <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutus/verkkokoulutus/laakarinsalassapitovelvollisuus/>

Traficom: <https://www.traficom.fi/sv/transport/vagtrafik/anvisningar-om-bedomning-av-korhalsa-halso-och-sjukvardspersonal>

Valvira: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/anmalningsskyldigheter-for-yrkesutbildade-personer-inom-halso-och-sjukvarden>

Patientjournalen

Korrekta anteckningar i patientjournalen är nödvändiga för kontinuiteten i vården, för de involverades rättsskydd, för den medicinska forskningen och för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

I patientjournalen får enbart sådana uppgifter införas som är nödvändiga för vården av patienten och för forskningen.

Patienten har rätt att bekanta sig med vilka uppgifter om hen som har införts i handlingarna.

Syftet med patientjournaler är att ge underlag för vårdplanering och behandling och att främja kontinuiteten i vården. Med hjälp av journalanteckningarna kan god vård säkerställas också då vårdpersonalen byts.

Korrekta patientjournaler är också viktiga för patientens rätt till information och för hens rättsskydd. (Se [Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter](#)) Då journalanteckningar görs i rätt tid om patientens tillstånd och om grunderna för vårdbesluten, förbättras också vårdpersonalens rättsskydd vid utredning av anmärkningar eller klagomål mot vården. (Se [Patientskador, menliga behandlingseffekter och vårdfel](#))

Uppgifter i journalhandlingarna och register kan dessutom utnyttjas av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och i den medicinska forskningen och utvecklingen. Arbetet med att föra in uppgifter i handlingarna har blivit en väsentlig del av vården och vårdkvaliteten försämras om inte anteckningarna i patientjournalerna är korrekta. I rättsövervakningens beslutspraxis har man upprepade gånger varit tvungen att uppmärksamma anteckningarnas bristfällighet.

Journalhandlingar definieras som handlingar som görs upp eller erhålls då vården av en patient ordnas och verkställs, eller som tekniska dokument som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter. Det är inte bara anteckningar om undersökning och vård av patienten som anses utgöra journalhandlingar, utan alltså också andra handlingar som tillkommit i samband med vårdåtgärder, bland annat olika slags remisser, resultat och utlåtanden, röntgenbilder, patientdagböcker och annan dokumentation.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen förutsätter att journalhandlingar görs upp både i den privata och i den offentliga vården. Det är också nödvändigt att göra anteckningar i patientjournaler när läkaren behandlar sina närmaste. (Se [Som läkare till en närstående](#))

Journalhandlingarna bildar ett personregister av det slag som avses i EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR) och den kompletterande dataskyddslagen (1050/2018). GDPR kräver att behandlingen av personuppgifter följer dataskyddsprinciperna i enlighet med dataskyddslagstiftningen. Enligt dataskyddsprinciperna ska personuppgifter 1) behandlas på ett lagligt, korrekt och transparent sätt gentemot den registrerade, 2) behandlas konfidentiellt och säkert, 3) samlas in och behandlas för ett visst, uttryckligt och lagligt syfte och endast i den utsträckning som är nödvändigt med tanke på syftet för behandlingen av personuppgifter, 4) alltid uppdateras så att inexakta och felaktiga personuppgifter raderas eller rättas utan dröjsmål, 5) lagras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade endast så länge som är nödvändigt för de syften för vilka personuppgifterna behandlas.

EU:s allmänna dataskyddsförordning gäller alla registeransvariga för patientdokument. Enligt huvudregeln ansvarar varje vårdenhet för sitt eget register med egna journalhandlingar. Enligt 9 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) bildar journalhandlingarna för primärhäl-

sovården och specialsjukvården inom ett sjukvårdsdistrikts samkommun också ett gemensamt patientregister. Alla verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som anslutit sig till det gemensamma registret är registeransvariga till den del som gäller deras egna journalhandlingar. En läkare som arbetar som självständiga yrkesutövare är själv registeransvarig.

Den instans som ansvarar för patientregistret måste säkerställa korrekt tillgänglighet, användbarhet och skydd av dokument och informationssystem och den information som finns däri. Användningen av data förutsätter en vårdrelation till patienten. Detta gäller i princip även läkaren eller tandläkaren själv, med andra ord är det acceptabelt att titta på sina egna patientuppgifter via Mina kanta-sidor, men inte att titta på egna uppgifter i patientdatasystemet. Många arbetsgivare har uttryckligen förbjudit detta. Det finns olika tolkningar om huruvida yrkesgrupper som ansvarar för behandlingsbeslut eller ingrepp för sin yrkesmässiga utveckling och för att fastställa en korrekt diagnos och berättigad behandling kan titta på anteckningar som görs under patientens fortsatta behandling. Dataskyddsombudet har tidigare ansett detta tillåtet (Dnr 553/44/2011), medan social- och hälsovårdsministeriet ansett att det enligt gällande lagstiftning inte är godtagbart att titta på uppgifterna i detta syfte.

Lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården kommer att reformeras (RP 212/2020). Enligt 15 § i förslaget åtkomsträttigheterna till kunduppgifter ska grunda sig på de arbetsuppgifter som en yrkesutbildad person inom social- eller hälsovården sköter och de tjänster som denna person tillhandahåller, så att personen har åtkomsträtt endast till de nödvändiga kunduppgifter som han eller hon behöver i sina arbetsuppgifter och beträffande vilka han eller hon har rätt att få uppgifter. Behandlingen av kunduppgifter ska grunda sig på en kund- eller vårdrelation eller någon annan lagstadgad rätt som har säkerställts datatekniskt. Bestämmelser om vilka uppgifter yrkesutbildade personer och andra personer som behandlar kunduppgifter får använda på grund av sina arbetsuppgifter och de tjänster som de tillhandahåller utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

UPPGIFTER SOM INFÖRS I PATIENTJOURNALEN

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) definierar i detalj vad som ska införas i olika handlingar. En löpande och kronologisk journal ska uppgöras över varje patient. Utöver grundläggande uppgifter om patienten ska uppgifter om besök och vårdperioder antecknas i journalen. Journalhandlingarna ska uppgöras och förvaras på sådant sätt och med sådana hjälpmedel, som gör att man under perioden för bevarandet av uppgifterna kan trygga deras fullständighet och tillgänglighet. Det här är speciellt viktigt när man använder elektroniska patientdatasystem.

En väsentlig del av patientjournalen utgörs av läkarens anteckningar gällande observationer, bedömningar om patienten och behandlingen samt omständigheterna som läkaren grundar sitt beslut på. Det viktiga är att man utgående från dessa anteckningar i efterhand kan gestalta hur läkaren eller tandläkaren resonerat för att komma till sitt vårdbeslut. Vid sidan om observationer ska alltså patientjournalen innehålla anteckningar om hur man nått de slutsatser som man nått. Anteckningarnas omfattning, noggrannhet och detaljrikedom varierar. Förordningen om journalhandlingar uppställer en synnerligen omfattande anteckningsskyldighet som kan vara svår att uppfylla under hektiskt patientarbetet. Ju svårare och mer kritiskt patientens tillstånd är eller ju viktigare vårdbeslutet är, desto noggrannare och mer detaljerat måste uppgifterna skrivas in. Alla ingrepp och åtgärder måste införas med en klar motivering. Vid val mellan olika undersöknings- och behandlingsmetoder med olika verkningar och risker ska man anteckna på hurdana grunder man fastnat för den valda metoden.

Enligt 18 § förordningen om journalhandlingar ska det i journalhandlingarna göras anteckningar om upplysningar som enligt 5 § lagen om patientens ställning och rättigheter getts patienten om omständigheter som hänför sig till vården. Om patienten vägrar genomgå undersökning eller acceptera behandling, ska nekandet antecknas i journalhandlingarna.

Enligt förordning om journalhandlingar måste patientens personuppgifter alltid införas i handlingarna. I princip kan således ingen patient vårdas anonymt, men å andra sidan har en läkare skyldighet att ta sig an även sådana vårdbehövande personer, som vägrar att uppge sitt namn. Också i sådana fall måste någon form av identifieringssignum användas så att alla anteckningar om samma patient kan sammanföras. Samma procedur följs då en okänd patient som inte kan uppge sitt namn kommer för vård. I sådana fall ska patientens identifieringsuppgifter införas genast då patientens identitet klarlagts.

Endast uppgifter som är nödvändiga för undersökning och vård av patienten får antecknas i patientjournalen. Därmed är alltså sådant som gäller en patients eller en anhörigs anmärkning, klagomål och frågor om patientskador i regel inte sådana uppgifter som ska journalföras. Uppgifter om undersökningar som tillkommit vid rättsmedicinsk utredning behövs inte nödvändigtvis för patientens övriga vård. Sådana uppgifter ska i allmänhet inte fogas till den reguljära patientjournalen, utan förvaras i en separat fil i patientregistret.

Uppgifter om andra personer än patienten får införas i handlingarna endast om de är nödvändiga med tanke på patientens vård. Källan till uppgifterna ska antecknas. Andra känsliga uppgifter som avses i dataskyddslagstiftningen (såsom ras, etniskt ursprung, politisk åsikt, religiös eller filosofisk övertygelse, fackföreningsmedlemskap eller sexuell inriktning) får antecknas endast om de är nödvändiga för patientens vård. Förbudet mot registrering av sådana uppgifter syftar till att förhindra diskriminering på grund av registreringen.

PATIENTENS RÄTT ATT FÅ TILLGÅNG TILL INFORMATION SOM SAMLATS IN OM PATIENTEN

Enligt EU:s allmänna dataskyddsförordning har patienter och andra registrerade rätt att bekanta sig med den information som antecknats i patientdokument. I praktiken sker granskningen av uppgifterna antingen genom att ge patienten kopior på handlingarna eller genom att gå igenom uppgifterna tillsammans med patienten. Under normala omständigheter sker detta på samma ställe där patienten vårdas.

Felaktiga uppgifter i patientjournalen ska rättas antingen på initiativ av den registeransvariga eller för att patienten kräver det. Patientjournaler måste korrigeras så att både originalet och den korrigerade anteckningen står att läsa. Om patienten kräver att journalanteckningarna ändras måste den registeransvariga bedöma om det finns grunder till att rätta eller stryka de aktuella uppgifterna. Av läkare antecknade, motiverade slutledningar om vården bör inte ändras trots att patienten har en annan uppfattning om saken. En patient kan inte heller kräva att journalhandlingarna om patienten raderas. Patienten har dock rätt att få sådana uppgifter borttagna som inte är nödvändiga för hens behandling. Enligt dataskyddsombudets beslutspraxis omfattar sådana uppgifter exempelvis anteckningar som stämplar patienten, eller på annat sätt osakliga punkter i anteckningarna.

Om det uppstår meningsskiljaktigheter om innehållet är det vanligen enhetens överläkare som avgör om patientens rättelseyrkanden är grundade eller inte. Enligt dataskyddslagen (1050/2018) kan patientens rätt att bekanta sig med uppgifterna förvägras patienten endast om givandet av uppgifterna kunde medföra allvarlig risk för den registrerades hälsa, vård eller

rättigheter. I särskilda fall kan man tvingas överväga att vägra patienten kontrollrätt om det finns risk för att någon annan persons rättigheter äventyras.

PRIVATA YRKESUTÖVARE

Läkaren får utöva sin mottagning antingen som självständig yrkesutövare eller genom sitt företag. Oavsett mottagningsverksamhetens form är en privatpraktiserande läkare i regel patientregisteransvarig för sina egna patienter. Hen kan dock delta i behandlingen av patienter i registret på en läkarcentral (såsom inom företagshälsovården), varvid hen fungerar som personuppgiftsbiträde för det registrets del. En läkarcentral kan också vara personuppgiftsbiträde för läkarens patientregister. Enligt EU:s allmänna dataskyddsförordning har den registeransvarige och personuppgiftsbiträde delvis olika skyldigheter.

Yrkesutövare har vanligen sin mottagning på en läkarcentral och i praktiken är det läkarcentralen som svarar för arkiveringen av läkarens journalhandlingar. Överlåtelsen minskar dock inte yrkesutövarens ansvar för hanteringen av journalerna. Läkaren bör ingå ett klart formulerat avtal med läkarcentralen om hur handlingarna hanteras och om parternas skyldigheter. Dessa avtal har uppdaterats sedan EU:s allmänna dataskyddsförordning blev tillämplig. I avtalet mellan läkare och läkarcentral måste man också fastställa vilka procedurer som ska följas i hanteringen då läkaren upphör med sin mottagning på läkarcentralen. Om en privatpraktiserande läkare avser att överlåta sina journaler till ett gemensamt journalarkiv som även andra läkare har tillgång till, måste läkarens patienter samtycka till detta skriftligen.

Då en privat läkarcentral eller en självständig yrkesutövare upphör med sin verksamhet måste patientjournalerna förvaras på vederbörligt sätt också efter detta. I början av år 2019 inledde man en arkivering av patientdokument i pappersform från tjänsteleverantörer och självständiga yrkesutövare på Fpa. Arkiveringstjänsten gäller små privata aktörer inom hälso- och sjukvården som upphört med sin verksamhet och som inte har överlåtit arkiveringsskyldigheten till en annan enhet. Innan materialet överförs ingår tjänsteleverantören och Fpa ett skriftligt avtal om överföring av arkiveringsansvaret.

ARKIVERING AV HANDLINGAR OCH NYTTJANDE FÖR FORSKNINGSÄNDAMÅL

Förvaring av patientdokument regleras av både patientlagen och förordningen om journalhandlingar. I en bilaga till förordningen är den allmänna förvaringstiden för patienthandlingar 12 år efter patientens död eller 120 år efter patientens födelse.

Patientjournalerna kan användas för vetenskaplig forskning och utveckling. Med stöd av 28 § i offentlighetslagen är det möjligt att överlåta uppgifter från den offentliga hälso- och sjukvårdens journalhandlingar för forskningsändamål på basis av ett separat utfärdat forskningstillstånd från vårdenheten. I övrigt föreskrivs användningen av uppgifter för bland annat forskning och utveckling i lagen om sekundär användning av personuppgifter (552/2019). Enligt lagen beviljas dataanvändningstillstånd centraliserat av Tillståndsmyndigheten för användning av social- och hälsovårdsdata (Findata).

ELEKTRONISKA ARKIV FÖR PATIENTUPPGIFTER

Enligt lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) ska enheter inom den offentliga hälso- och sjukvården ha anslutit sina patientdatasystem till Folkpensionsanstaltens elektroniska arkiv för patientuppgifter (Kanta-tjänster). Detta nationella elektroniska arkiv har sedan år 2014 erbjudit anslutna vårdorganisationer tillgång till vårduppgifter över organisationsgränserna med patientens tillstånd. Samtidigt fungerar Kanta-tjänsterna som arkiv för elektroniska patientuppgifter. Mina Kanta är en webbtjänst för patienter, där de kan se sina egna recept och journaler. Detta förbättrar patientens förmåga att delta i behandlingsbeslut som rör dem själva.

Minderåriga patienter har också rätt att få tillgång till sina journaler i Mina kanta. Vårdnadshavares rätt att se denna information har till en början varit begränsad till personer under tio år, vilket har gjort det svårt för föräldrar att sköta sina barns angelägenheter. Om läkaren bedömer att den minderårige är mogen nog att förstå vikten av behandlingslösningar, kan den minderårige sedan besluta om sin egen behandling och tillhandahållande av information till vårdnadshavaren. Från och med slutet av år 2020 kommer hälso- och sjukvårdssystemen att tekniskt kunna kommunicera bedömningen av en minderårigs beslutsförmåga i Kanta-tjänsterna. I detta fall kommer Mina Kanta att visa vårdnadshavarna sådana uppgifter om den minderåriga som inte den minderårige förbjudit. En bedömning av en minderårigs beslutsförmåga och en minderårigs vilja att lämna ut uppgifter till vårdnadshavare registreras i patientdatasystemet i samband med varje recept och besök eller behandlingsperiod.

Diskussionsväckare

Anteckna eller vårda?

Att med det långsamma journalsystemet leva upp till fordringarna i förordningen om journalhandlingar kräver mycket tid och minskar läkarens möjligheter att träffa patienterna – och patienternas möjligheter att konsultera läkaren. Det är i allmänhet olika instanser som svarar för å ena sidan hälso- och sjukvårdens effektivitet och för patienternas tillgång till vård, å andra sidan anteckningskraven och adb-systemen. Det vore viktigt att bedöma när den ineffektivitet som anteckningsskyldigheten innebär orsakar mera problem för folkhälsan och nationalekonomin än vad den noggrannare journalföringen medför i nytta. ■

Läs mer:

Hietanen-Peltola M, Lehtokari O. Huoltajille tulee mahdollisuus asioida kaikkien alaikäisten lastensa puolesta Omakannassa. *Finlands läkartidning* 2020;75:979–81.

Upprättande och hantering av journalhandlingar. Handbok för hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2012:4.

Det elektroniska patientdataarkivet. <http://www.kanta.fi>

Patientskador, menliga behandlingseffekter och vårdfel

Enligt patientförsäkringslagen är en patientskada en personskada som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård. Skadan bör ha orsakats av en undersökning, behandling eller underlåten behandling.

Följande typs skador kan ersättas som patientskador: behandlingsskada, infektionsskada, skada till följd av olycksfall eller apparatproblem, olägenhet i vårdlokaler eller deras apparatur, distribution av medicin eller annan oskäligen skada.

Med patientskadelagen eftersträvas ett opartiskt och öppet ersättningsystem där ersättningen inte förutsätter påvisat vållande eller försummelse. På så sätt hoppas man på en så öppen rapportering som möjligt om menliga incidenter och på en möjlighet att genom analys (auditering) förebygga framtida incidenter av liknande slag. Analysen av menliga incidenter har uppfattats som ett av de viktigaste sätten att kunna utveckla patientsäkerheten och vårdens kvalitet överlag i framtiden.

Patientskada, menlig behandlingseffekt och vårdfel är begrepp som överlappar varandra.

En patientskada är en personskada som åsamkats patienten i samband med hälso- eller sjukvård. En patientskada ska ersättas om någon av de i patientförsäkringslagen angivna åtta ersättningsgrunderna uppfylls.

*Som **menlig behandlingseffekt** betraktas en olägenhet som härrör ur behandlingen av patienten. Det kan röra sig om en patientskada till följd av behandlingen eller om en annan vårdkomplikation, men i vid bemärkelse täcker menliga behandlingseffekter alla de negativa påföljder och känslor som patienten haft på grund av vården, också obehag till följd av dåligt bemötande. En menlig behandlingseffekt behöver inte bero på ett bristfälligt eller felaktigt förfarande.*

*Med **vårdfel** avses ett klart felaktigt förfarande, till vilket en eller flera yrkesutbildade personer inom vårdpersonalen har medverkat. Ett förfarande kan kallas vårdfel om de myndigheter som övervakar hälso- och sjukvården eller en domstol i ärendet kunde anse att det bör ha påföljder för yrkesutövaren. Också då inga menliga behandlingseffekter för patienten föreligger, kan ett felaktigt förfarande betraktas som ett vårdfel.*

Liksom i all annan mänsklig verksamhet förekommer fel och skador uppstår, så också inom sjukvården. De flesta skador kan förebyggas genom adekvata vårdanvisningar och efterlevda kvalitetsstandarder för yrkesutbildade personer inom vårdsektorn.

Missförhållanden och misstankar om vårdfel och menliga behandlingseffekter ska utan dröjsmål tas upp till behandling i vårdsituationen. Samförstånd ska eftersträvas och felet, om möjligt, omedelbart rättas till. Patienten måste få en noggrann redogörelse för vad som inträffat och skadans menliga följder ska minimeras. Den patient som utsatts för vårdfel måste bemötas med empati och en ursäkt måste framföras till patienten för det oriktiga förfarandet.

Patienten ska informeras om sina rättigheter och möjligheter: hur man söker ersättning för patientskada med stöd av patientförsäkringslagen, alternativt vilken väg klagomål framförs.

Det är viktigt att uppmärksamma patienten på möjligheten att vända sig till patientombudsmannen i valet av rättsskydd. På så sätt kan man undvika onödiga och långvariga besvärprocesser. Läkaren ska behärska sina egna känslor, låta bli att klandra andra och undvika att utan belägg urskulda sina egna åtgärder.

För att underlätta utredningen av skadan är det viktigt att så snabbt och noggrant som möjligt anteckna det händelseförlopp som lett till skadan: tid, plats, patientens personuppgifter, sjukdomsförloppet och var patienten tidigare vårdats. Av utredningen ska framgå på vilket sätt den föregående rådgivningen skötts och hur patientens vilja beaktats då ingreppet eller åtgärden inleddes. Likaså är det viktigt att rapportera om förhållanden under vilka skadan eller vårdfelet inträffade: fanns det tillräckligt med personal, vilka instrument användes, vilken var tillgången till laboratorie- och röntgentjänster, vilken var arbetssituationen, var det till exempel fråga om jour? Vilken var ansvarsfördelningen och vilka var de interna reglerna och vårdrekommendationerna på arbetsplatsen? Föreläg all behövlig kunskap? Utredningen formuleras lättfattligt med undvikande av facktermer.

En grundlig utredning är viktig med tanke på rättsskyddet för både patient, läkare och annan personal som deltagit i vården. Då utredningen planeras är det bra om läkaren diskuterar saken med sin chef och vid behov begära rättslig hjälp. Finlands Läkarförbund och Finlands Tandläkarförbund bistår vid uppgörandet av utredningar. Läkarförbundet har även med tanke på sådana situationer tecknat en rättsskyddsförsäkring för sina medlemmar. Försäkringen kan ersätta kostnader förorsakade av genmäle eller utredning som krävs av Valvira. Genom försäkringen kan likaså även bland annat rättegångskostnader ersättas, om ett mål gällande vårdfel behandlas vid domstol.

Det ingår i läkarens normala rutiner att utföra utredningar och skiva svar i anslutning till besvärprocesser och andra processer. Läkarna bör ta detta på allvar och reservera tillräckligt med tid för uppgiften. Genom goda utredningar och genmälen kan onödiga och utdragna processer undvikas.

ERSÄTTNING AV PATIENTSKADA

Patientskadelagen trädde i kraft 1.5.1987 och den förnyades med ändringar som trädde i kraft 1.5.1999. Patientskadelagen ersattes av den nya patientförsäkringslagen (948/2019), som trädde i kraft den 1 januari 2021. Lagens innehåll ändrades inte nämnbart, och syftet med den nya patientförsäkringslagen är också att ha ett opartiskt, transparent och konsekvent ersättningsystem där ersättningen inte förutsätter att vållande eller försummelse påvisas. Systemet är likartat i alla nordiska länder.

Som patientskada betraktas personskada som en patient blivit utsatt för i samband med hälso- och sjukvård. Sådan personskada är bland annat kroppsskada, sjukdom eller dödsfall. Även en tillfällig eller varaktig försämring av patientens fysiska eller psykiska hälsotillstånd (såsom övergående smärta eller värk) utgör en i lagen avsedd personskada. Också extra vårdkostnader på grund av patientskada (såsom utgifter för ytterligare operation) och inkomstbortfall till följd av skadan ersätts. Personskada som föranletts av bristande resurser ersätts däremot inte som patientskada. Med stöd av patientförsäkringslagen kan ersättning inte heller utbetalas om det gäller brott mot bestämmelser i lagen om patientens ställning och rättigheter eller om det rör sig om dåligt bemötande av patienten. En patientskada ska ersättas, om någon av de i patientförsäkringslagen angivna åtta ersättningsgrunderna uppfylls.

Den vanligaste skadan som ersätts är en behandlingsskada, som sannolikt orsakats av genomförd eller försummad undersökning eller behandling. En behandlingsskada ersätts i

regel enbart om man kan anta att en erfaren yrkesperson inom hälso- och sjukvården i en motsvarande situation skulle ha handlat annorlunda och på så sätt undvikit skadan. Detta är det så kallade kravet på yrkesstandard. Bedömningen görs enligt kravnivån för en erfaren yrkesperson inom respektive medicinsk specialitet. Frågan om till exempel behandlingen av en kranskärlssjukdom inom specialistvården varit adekvat eller inte bedöms således med en erfaren kardiologs kompetensnivå som måttstock. Om det däremot rör sig om en inledande undersökning av en patient på en hälsocentral för att utreda om hens sjukdom förutsätter noggrannare undersökningar och behandling, bedöms undersökningens och behandlingens relevans utifrån den kompetens som kan förutsättas av en erfaren specialist i allmänmedicin.

I den utredning som görs enligt patientförsäkringslagen bedöms vårdnivån som en helhet, och enskilda yrkespersoners medverkan till vårdbeslutet behöver inte (nödvändigtvis) specificeras. Avgörande för om en vårdskada är ersättningsgill eller inte är frågan huruvida behandlingsåtgärden varit medicinskt grundad och huruvida genomförandet av behandlingen som helhet haft den yrkesstandard som förutsätts av en erfaren yrkesperson. Om så inte är fallet, rör det sig i allmänhet om en patientskada som ersätts ur patientförsäkringen. Beslutet grundar sig på uppgifterna om patienten som vid tidpunkten för åtgärden fanns att tillgå och på den tillgängliga medicinska kunskapsnivån vid ifrågasvarande tidpunkt, såsom exempelvis om God medicinsk praxis-rekommendationerna utstakar.

Behandlingen av patienter inbegriper ofrånkomligen vårdkomplikationer som kan förlänga vården och medföra ytterligare men eller följdproblem. Dessa ersätts likväl inte ur patientförsäkringen om yrkesstandarden inte har underskridits i verksamheten. Om komplikationen leder till allvarlig varaktig invaliditet hos patienten eller till att patienten dör, kan påföljden emellertid ersättas ur patientförsäkringen som oskälig skada, om kriterierna för oskälighet som stadgas i lagen uppfylls. En nervskada som sker under en operation och som inte ens en erfaren kirurg kunnat undvika betraktas inte som en ersättningsgill patientskada. Om nervskadan leder till att patienten åsamkas ett varaktigt neuropatiskt smärttillstånd, kan följden ersättas om förutsättningarna för ersättning för oskälig skada i övrigt uppfylls. För en infektion som uppkommit i samband med undersökning eller behandling kan ersättning dessutom utbetalas om infektionsskadan anses oskälig med hänsyn till förutsägbarhet, den sjukdom som behandlats eller patientens hälsotillstånd i övrigt. Vid infektionsskada görs en så kallad bedömning av infektionstolerans.

Merparten av anmälningar om patientskador härrör ur komplikationer som sorterar under den acceptabla risk som associeras med respektive behandlingsåtgärd. Det lönar sig att före åtgärden diskutera denna risk med patienten och även att anteckna den förda diskussionen i journalen. Bristfällig information om behandlingsriskerna kan i vissa fall berättiga ersättning.

Det är också möjligt att följande typs skador ersätts: skador som orsakats av felaktig apparatur eller av vårdlokaliteterna, olycksfall i samband med undersökningssituationen, behandlingssituationen eller under sjuktransporten samt fel i distributionen av läkemedel. Den nya patientförsäkringslagen omfattar också personsador orsakade av enheter som är fast installerade i patientens kropp, såsom implantat, konstgjorda leder och pacemakers. Förutsättningen för ersättning är att enheten inte har varit så säker som den kan ha krävts.

Ersättning kan sökas vid patientförsäkringscentralen inom tre år efter skadedatum. Den som är missnöjd med patientförsäkringscentralens ersättningsbeslut kan be om en avgöranderekommendation av trafik- och patientskadenämnden, som är tillsatt av statsrådet. Nämnden bedömer då än en gång om vården uppfyllde medicinskt godtagbara kriterier. Till nämndens uppgifter hör dessutom att utfärda rekommendationer om den allmänna tillämpningen av patientskadelagen och att därigenom förenhetliga rådande ersättningspraxis. Patientska-

denämndens utlåtan den är ägnade att underlätta uppgörelser i godo. Också domstolarna ber om avgöranderekommendationer av nämnden.

Alla som utövar hälso- och sjukvård måste ha en patientförsäkring för det ansvar som patientförsäkringslagen förutsätter. Anställda läkare och tjänsteläkare försäkras av arbetsgivaren. Privatpraktiserande läkare som är medlemmar av Läkareförbundet omfattas av den patientförsäkring som förbundet bekostar. Finlands Tandläkareförbunds medlemsavgift inkluderar inte patientförsäkring, men medlemmarna i föreningens privata mottagningsverksamhet kan ansluta sig till den gruppformånsförsäkring som tecknas genom föreningen. Bägge förbundens medlemsförmåner omfattar också ansvarsförsäkring, som täcker skador på egendom som patienten orsakat under behandlingen, såsom nedbrytning av proteser. Patientförsäkringscentralen har en så kallad regressionsrätt från utrustningstillverkare vid utrustningsskador.

LÄKEMEDELSSKADOR

För läkemedel handlägger Finska Ömsesidiga läkemedelsskadeförsäkringsbolaget (fram till år 2011 läkemedelsskadeförsäkringspoolen) centralt alla skadeärenden som gäller läkemedelsproducenterna, importörerna och marknadsförarna som omfattas av läkemedelsskadeförsäkringen. Patienten har möjlighet att erhålla ersättning om ett läkemedel har orsakat sådan överraskande olägenhet eller skada som med hänsyn till vårdsituationen kan anses oskäligen. Det medicinska preparatet behöver inte i sig ha något fel, utan exempelvis en stark allergisk reaktion hos patienten räcker som ersättningsgrund.

ANDRA RÄTTSSKYDDSMEDEL

Ett besvär utgör en begäran om ändring. Det är enbart i få fall som man kan besvära sig över beslut inom hälso- och sjukvården. Patienten har likväl ett flertal rättsskyddsmedel att välja mellan beroende på om det gäller en patientskada, en menlig behandlingseffekt eller ett vårdfel.

Patientombudsmännen bistår med närmare råd i valet av rättsskydd. Ju allvarligare skadan är, desto fler blir även de besvärsvägar som aktiveras och ofta också samtidigt.

Anmärkning och klagomål

En patient som är missnöjd med sin vård eller anser sig ha blivit illa bemött kan även rikta en anmärkning till vårdenhetens ansvariga chef (överläkaren) eller anföra klagomål hos Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) eller regionförvaltningsverken samt i fråga om tjänster som erbjuds av den offentliga hälso- och sjukvården till riksdagens justitieombudsman eller till statsrådets justitiekansler.

Största delen av klagomålen som riktats till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken har dock efter utredning inte lett till några åtgärder gentemot läkare. Många klagomål har i själva verket handlat om hur patienterna bemöts av dem som är yrkesverksamma inom hälso- och socialvården. Därför är det skäl att betona att läkaren och patienten borde ta upp dylika meningsskiljaktigheter i vårdsituationen omedelbart efter skadan och försöka nå samförstånd.

Skadeståndstalan och brottmålsprocess

En patient som utsatts för skada kan anföra skadeståndstalan också i tingsrätten, men tack vare patientförsäkringssystemet (patientförsäkringscentralen och patientskadenämnden) drar patienter sällan läkare inför rätta. En patient eller anhörig kan göra brottsanmälan till polisen om hen anser att tjänsteplikten inom vården brutits eller om sjukdom eller död förvållats.

Konsumentskyddet

Då en patient använder sig av hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds av privatsjukhus eller privatläkare uppstår ett avtalsförhållande mellan parterna. Den finns ingen speciell lagstiftning om denna typ av avtalsförhållande, utan avtalen bedöms enligt allmänna avtalsrättsliga principer. När en patient är en konsument av det slag som avses i konsumentskyddslagen, har man i allmänhet inom rättsskipningen tillämpat de tvingande bestämmelserna i konsumentskyddslagen samt principerna i dessa bestämmelser på avtalsförhållandet mellan patienten och den som tillhandahållit tjänsten. Däremot tillämpas konsumentskyddslagen inte på de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. I lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009) sägs likväl att avtalsförhållandet mellan konsument och serviceproducent regleras av bestämmelserna om konsumentskydd och avtalsrätt.

Utgångspunkten för konsumentskyddet är att den hälso- eller sjukvårdsservice som erbjuds ska motsvara det som kan anses vara överenskommet. Det är också väsentligt att skyldigheterna som följer av patientens rätt till information och hens självbestämmanderätt (5 och 6 § i patientlagen) efterlevs. Servicen bör ges på ett professionellt och omsorgsfullt sätt och den ska motsvara kraven som ställs i lagar, förordningar och myndighetsbeslut. Om prestationen avviker från detta, rör det sig om sådant fel som avses i konsumentskyddslagen och som kan berättiga till prisnedsättning som ska stå i proportion till felet och till ersättning för den skada felet har föranlett. Om det gäller ett väsentligt fel, kan patienten beroende på omständigheterna ha rätt att antingen bryta avtalet eller att återfå den summa hen erlagt för tjänsten.

En patient som använder sig av privata läkartjänster kan vid behov vända sig till konsumentrådgivare eller konsumenttvistenämnden. Förfarandet är avgiftsfritt. Till konsumentmyndigheterna kan man vända sig till exempel i frågor som gäller fakturering. Det är däremot mest ändamålsenligt att ersättningskraven för personskador riktas till patientförsäkringen.

Rättsskyddsmedel:

- För patientskada kan ersättning sökas av patientförsäkringen och för läkemedelskada av läkemedelsskadeförsäkringen.
- En patient som är missnöjd med vård eller bemötande kan göra en anmärkning till den ansvariga chefen för vårdenheten.
- En patient eller anhörig till en patient kan anföra klagomål till den regionala förvaltningsmyndigheten, till Valvira, till social- och hälsovårdsministeriet eller hos lagtingsynsmyndighet (justitiekansler, riksdagens justitieombudsman).
- Besvären är en begäran om ändring. Enbart i ett fåtal fall kan man anföra besvär över vårdbeslut (exempelvis beslut om vård som getts utan samtycke).
- Klagomål som görs på grund av misstanke om kränkning av mänskliga rättigheter går vidare till Europeiska människorättsdomstolen.
- Den som misstänker ett brott i samband med vården kan vända sig till polisen.

- *Det är även möjligt att anförä skadeståndstalan vid domstol för att erhålla ersättning.*
- *Privat service omfattas av konsumentskyddet.*
- *I vissa fall har kommuninvånare sökt vård eller hjälpmedel genom förvaltningsmål.*
- *Patientombudsmännen ger råd till patienterna när det gäller att välja slag av rättskydd.*

Skadeståndersättningen får inte vara så stor att den skadelidande får ekonomisk fördel av skadefallet. Man kan alltså inte få ersättning två gånger för samma skada. Patientförsäkrings-systemet är kostnadsfritt för patienten. Domstolsförfarandet följer emellertid normala regler om rättegångskostnader.

ATT LÄRA SIG AV FEL OCH MISSTAG

Det medicinska kunnandet ökar också genom misstag och inläring. Skador och tillbud i vården ska alltid utredas grundligt i syfte att vidareutveckla vårdprocesserna (auditering). Detta är numera en central målsättning för Patientförsäkringscentralen och samt Trafik- och patientskadenämnden.

Då fel eller skador uppstår ska situationen hanteras på ett konstruktivt sätt som stöder den professionella kompetensutvecklingen och utan onödig skuldbeläggning. Det är bra att försöka reda ut händelseförloppet i detalj och att komma underfund med vilka faktorer som bidragit till vårdfelet eller orsakat det. Misstag är mänskliga och hård arbetspress ökar risken för fel och skador. Då man ställer som mål att utreda orsakerna till vårdskador är det möjligt att lära sig av sina fel och förebygga skador. Att analysera de situationer där vårdfel uppstått utgör en viktig del av arbetet för att utveckla patientsäkerheten och vården. Personalen bör uppmanas att meddela om misstag och olägenheter.

Faktorer som ökar risken för vårdfel identifieras inom hela vårdsektorn allt ifrån de statliga styrningsmekanismerna ända ner till individerna på fältet. Genom att utveckla säkerhetskulturen, processerna, instrumenten och resurserna och genom att satsa på utbildning och motivering av personalen kan man förbättra riskhanteringen. ■

Läs mer:

Mikkola J m.fl. Potilasvahinko. Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö. Vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy 2004.

Palonen R m.fl. Potilas- ja lääkevahingot. Talentum Oy 2005.

Niinistö L, Wallin A. Potilaan oikeudet ja potilasvahinko. YKT 2011. www.terveysportti.fi

Patientförsäkringscentralen: www.vakes.fi

Handbok om patientsäkerhet. THL-handbok 15/2011.

Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. Potilasturvallisuusyhdistyksen opas 2015.

Statsrådets principbeslut. Patient- och klientsäkerhetsstrategi 2017–2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80353/10_2017_Patient-och%20klientsakerhetsstrategi%202017-2021.pdf

Järvelin J. Studies on Filed and Compensated Claims for Patient Injuries. THL research 92/2012.

Vetenskaplig evidens och vårdbeslut

Läkaren har en etisk skyldighet att använda vetenskaplig evidens som grund för sina vårdbeslut.

Enbart evidens räcker dock inte. Läkaren bör förena forskningsinformation, erfarenhet, patientens värderingar och önskningar och tillgängliga resurser för att nå ett beslut som bäst gagnar patienten.

Genom läkaren förbinder sig läkaren till att endast använda sig av metoder med vetenskapligt eller erfarenhetsmässigt påvisad nytta, och då hen rekommenderar undersökningar och behandlingar att objektivt bedöma hur de gagnar patienten och vilka nackdelar de kunde medföra. Läkaren förbinder sig också till att upprätthålla sin yrkeskunnighet kontinuerligt och till att granska kvaliteten av sitt arbete. (Se [Läkaren, Kontinuerlig professionell utveckling](#)) Till läkarens etiska handlingsätt har alltid hört att använda sig av behandlingsformer som visat sig så goda som möjligt. Tanken om evidensbaserad vård är alltså gammal.

EVIDENSBASERAD MEDICIN

Begreppet "evidensbaserad medicin" (evidence based medicine, EBM) uppstod inom en rörelse i början av 1990-talet. Det handlade främst om ett nytt sätt att förhålla sig till analys av vetenskaplig kunskap samt om instrument för informationssökning som nu gjordes tillgängliga för den enskilde klinikern. Den ledande tanken inom EBM var att intuition, akademisk auktoritet, osystematisk klinisk erfarenhet och patofysiologiska slutledningar inte erbjöd tillräckliga grunder för kliniska beslut. Vad som behövdes var kliniska vårdundersökningar. Med hjälp av de nya verktygen skulle läkaren själv sträva efter att ta del av de ursprungliga kunskapskällorna. Målet visade sig dock snart orealistiskt. Därför har det uppstått många olika sätt att koncentrera och sammanföra resultaten av vetenskapliga undersökningar i en mer hanterlig form för klinikerna. EBM revolutionerade alltså inte medicinens kliniska teori, men demokratiserade dess praktik: samma kunskap var nu lätt tillgänglig för alla.

VÅRDREKOMMENDATIONER

Mängden vetenskapliga originalstudier är så stor att det inte är möjligt för klinikerna att hålla sig à jour med dem. I vårdrekommendationerna sammanfattar skribenterna (på samma sätt som i systematiska litteraturöversikter) dels sin uppfattning om den vetenskapliga evidensens nivå, dels ges rekommendationer om god medicinsk praxis av olika evidensgrad. Vårdrekommendationerna är inte värdefria. Författarna är tvungna att göra många preferenser såväl vid insamlingen och sammanställningen av data som då de utfärdar rekommendationerna för God medicinsk praxis.

Vårdrekommendationer som är avsedda att tillämpas inom den finska hälso- och sjukvården utarbetas bland annat av Finska Läkarföreningen Duodecim och specialistläkarföreningarna inom ramen för God medicinsk praxis-samarbetet. Syftet med vårdrekommendationerna, beslutshjälpmedlen och evidensgraderingen av dokumentationen är att underlätta läkarens undersöknings- och vårdbeslut. Målet är inte bara att främja hälsa utan också att öka

jämlikheten inom vården genom att minska medicinskt ogrundade variationer inom vårdpraxis.

I rekommendationerna graderas den vetenskapliga dokumentation som de framförda åsikterna bygger på enligt en fyrdelad skala från A till D, där A står för den starkaste vetenskapliga dokumentationen och D för mycket svag eller ingen vetenskaplig dokumentation. Vårdalternativ som stöder sig på A-evidens eller vårdrekommendationer som direkt kan tillämpas i enskilda situationer finns i praktiken för endast en bråkdel av de problem som en läkare möter i sitt arbete.

Randomiserade prövningar har ofta visat sig vara en överlägsen metod jämfört med andra. I detta fall framhävs undersökningar som kan ha använt randomisering, blindtester och kontrollgrupper. Därför kan läkemedelsbehandlingarna lätt få en dominerande ställning i vårdrekommendationer, då denna typ av vård är metodiskt lättare att undersöka och forskningen kraftigt finansierad. Många kirurgiska och psykoterapeutiska metoder kan helt enkelt inte underbyggas med lika ”stark” evidens som kontrollerade randomiserade läkemedelsprövningar. Också epidemiologisk forskning kan ge stark evidens (till exempel sambandet mellan tobak och lungcancer). En annan utmaning är att terapeutiska interventioner undersöks mer och genererar fler rekommendationer än diagnostiska undersökningar.

Hösten 2016 började man utarbeta Vältä viisaasti eller ’Undvik klokt’-rekommendationer i ett pilotprojekt finansierat av social- och hälsovårdsministeriet. Målet med rekommendationerna är att överge ineffektiva och potentiellt skadliga hälso- och sjukvårdsmetoder.

PRAKTISK TILLÄMPNING AV VETENSKAPLIG EVIDENS

Graden av evidens avgör inte ensam om vård är indicerad. Lösningen påverkas inte bara av patientens önskemål och beslut utan även av vilken sjukdom det rör sig om och vilka behandlingsalternativen är. Ofta grundar sig läkarens vårdbeslut helt och hållet på patientens patofysiologiska tillstånd och man funderar kanske inte så mycket på graden av evidens (till exempel vid akut blödning som läkaren häver genom att anlägga ett tryckförband). Å sin sida måste man vid behandling av allvarigare sjukdomar godkänna också lägre evidensgrader, om inga alternativ står till buds. Patienten kan förstås neka behandling eller anse att biverkningarna av en behandling med A-evidens är så störande att hen föredrar annan vård.

Men ett stort antal statistiska belägg garanterar inte en betydande effekt i den enskilda patientens fall. Ofta känner man inte till de mekanismer som verkar på individnivå och kan inte beakta individuella egenskaper i omfattande undersökningar. I vardagen möter läkaren ofta patienter med många olika sjukdomar och patienter som aldrig kunde komma i fråga som deltagare i randomiserade läkemedelsprövningar. Alla vårdbeslut innehåller dessutom värde-mässiga preferenser. Läkaren måste beakta den enskilda patientens värden och önskemål gällande den föreslagna vården och patientens önskemål om sitt eget liv och sina behandlingar.

Patientfall

Lindrig osteoporos har konstaterats hos en ålderstigen patient. Vederhäftiga randomiserade läkemedelsprövningar visar att ett visst läkemedel reducerar risken för brott på lårbenshalsen, men för detta ska 400 patienter behandlas i tre års tid för att förhindra en sådan fraktur. Hur ska denna information presenteras för patienten? Bör behandlingen inledas?

SAMHÄLLET OCH DEN EVIDENSBASERADE VÅRDEN

På grund av den offentliga sektorns begränsade ekonomiska resurser tvingas läkare noggrant överväga vilka undersökningar som bör utföras och vilka behandlingar som är motiverade för att undvika att ineffektiva vårdformer minskar resurserna för annan effektivare vård. Därför bör ineffektiva metoder undvikas även då de är oskadliga.

I praktiken är situationen sällan så enkel. Särskilt problematiska är de synnerligen ofta förekommande fallen, där en ny behandlingsmetod är bara litet effektivare men avsevärt dyrare än den konventionella metoden (eller ger färre biverkningar). (Se [Läkaren och industrin](#)) I sådana fall behövs en värdediskussion och ett på värderingar byggt beslut och det är inte lätt att nå ett transparent avgörande. I dessa situationer är läkarna i en viktig position, då de fattar en avgörande del av prioriteringsbesluten inom hälso- och sjukvården. (Se [Prioritering i vården](#)) I sin mest tillsätsade form blir frågan: Ska läkaren ge patienten bästa möjliga vård eller den vård som ur samhällets perspektiv är den mest kostnadseffektiva? Vårdrekommendationerna kan hjälpa till i beslutsfattandet, men läkaren gör klokt i att hålla i minnet att också dessa rekommendationer återspeglar författarnas värderingar. Om man i framtiden uppgör vårdrekommendationer till exempel i syfte att reducera vårdkostnaderna kan den etiska skyldigheten att följa vårdrekommendationerna avta.

Det är nödvändigt att använda sig av vetenskaplig evidens som grundval för diagnostik och terapi, men evidensen ensam är inte tillräcklig för beslutsfattandet. Den insamling, tolkning, fokusering och tillämpning som evidensen kräver är en lång och kontinuerlig process som innehåller många värdepreferenser. Det finns alltså inget enkelt eller rätlinjigt värdeneutralt sätt att härleda vårdbeslut ur vetenskapen. Läkarens uppgift är att förena vetenskaplig kunskap, erfarenhet, patientens egna önskningar och värden med de tillgängliga resurserna och utifrån dessa fatta vårdbeslut i samråd med patienten. ■

Läs mer:

Journal of Medical Ethics 2004, Volume 30, no 2 (Evidence based medicine-temanummer).

Louhiala P, Hemilä H. Näyttöön perustuva lääketiede – hyvä renki mutta huono isäntä. Duodecim 2005;121:1317–25.

Perspectives in Biology and Medicine 2009, Volume 52, no 2 (Evidence based medicine-temanummer).

Renko M, Soini H, Rantala H, Tapiainen T, Korppi M, Kääpä P, Pokka T, Uhari M. Lääketieteen opiskelijoiden tiedonhaku- ja lukutottumukset. Duodecim 2011;127:2072–9.

Saarni S. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Institute för välfärd och hälsa 2010. THL-undersökning 40/2010.

Alternativa behandlingar

Det finns ingen skarp gräns mellan medicin och alternativa behandlingar, och i olika kulturer och under olika tider placerar sig behandlingsformerna i varierande fack. Gränsen är också oklar mellan vissa alternativa behandlingsformer och välbefinnandetjänster.

Det är viktigt att patienten öppet vågar berätta om alla andra terapier hen använder. Därför ska läkaren inte förhålla sig negativt till en patient som använder alternativ terapi utan vinnlägga sig om en så öppen dialog som möjligt.

Den enskilda läkarens auktoritet bygger i hög grad på förtroendet för hela yrkeskåren. Ett sådant förtroende grundar sig på att läkare tyr sig till behandlingar med bevisad effekt. Då patienten uppsöker en läkare måste patienten kunna lita på att läkaren använder sig av metoder som inom den vetenskapliga referensramen är de bästa.

Patienter använder sig av många olika terapier som inte ingår i medicinen. Beroende på ur vilken synvinkel frågan betraktas kan dessa behandlingar kallas alternativa behandlingar, kompletterande behandlingsformer eller kvacksalveri. Det finns ingen skarp gräns mellan medicin och alternativa behandlingar, och i olika kulturer och under olika tider placerar sig behandlingsformerna i varierande fack. Användningen av homeopatiska preparat är exempelvis vitt utspridd och allmänt godtagen bland läkare i flera mellaneuropeiska länder, men inte i Finland. The Standing Committee of European Doctors (CPME) har ansett att läkare bör vara uppmärksamma på den vetenskapliga effekten av de behandlingar som de ordinerar. Behandlingar inom traditionell kinesisk medicin används för nästan alla sjukdomar som läkarvetenskapen känner till, antingen som enda behandling eller i kombination med läkemedelsbehandling. Traditionell kinesisk medicin har beskrivits som bland annat erfarenhetsbaserad alternativ behandling.

Inom medicinen har betydelsen av vetenskaplig dokumentation och forskningens volym ökat betydligt under de senaste årtiondena. Ibland kan en alternativ behandling småningom åtminstone delvis inlemmas i skolmedicinen (till exempel akupunktur). Gränsen är också oklar mellan vissa alternativa behandlingsformer och välbefinnandetjänster, till exempel i fråga om kosmetologisk vård och olika former av massage. Den som erbjuder alternativa behandlingsformer har vanligen inte läkarutbildning, men några läkare har profilerat sig genom att erbjuda vård som inte är allmänt godtagen inom medicinen.

Det finns många orsaker till att patienter använder sig av alternativa behandlingar. Ibland är orsaken ideologisk och grundar sig på patientens livsåskådning (till exempel antroposofi), men patienten kan också vara besviken på behandlingsresultat eller på bemötandet inom den konventionella hälso- och sjukvården. Ibland är det fråga om bristande förtroende för säkerheten vid behandlingar eller rädsla för biverkningar (såsom kritiskhet mot vaccination). Alternativa behandlingar kan också användas som en sista utväg när medicinen inte kan erbjuda ett sätt att läka patienten. Dessutom marknadsförs alternativa behandlingar kraftigt och utan den kontroll som förutsätts av marknadsföringen av medicinska tjänster. Alternativa behandlingar får också mycket publicitet – ofta okritisk sådan – i medierna.

Behovet av lagstiftning

I över ett årtionde har man i Finland försökt få lagstiftning för att utbudet av alternativa behandlingar till sårbara grupper ska begränsas. Bristerna i finsk lagstiftning och tillsyn tillåter situationer där det finns en uppenbar strävan efter ekonomisk vinning på bekostnad av de allvarligt sjuka.

Alternativa behandlingar har i någon mån undersökts med vetenskapliga metoder som även accepterats av skolmedicinen. I fråga om de flesta terapierna finns dock inga forskningsresultat som kunde påvisa nyttan av behandlingen. I vissa fall kan patienten dra nytta av alternativa behandlingar på grund av placeboeffekten eller det naturliga sjukdomsförloppet. Å sin sida saknas på motsvarande sätt kunskap om de eventuella olägenheterna av dessa terapier. Ur medicinsk synpunkt är några terapier förmodligen ofarliga (till exempel mycket utspädda homeopatiska preparat), andra åter potentiellt farliga (till exempel interaktioner med naturpreparat innehållande johannesört). En del föreläsare för alternativa behandlingar förhåller sig i princip negativt till att deras behandlingar undersöks med medicinska metoder. Alternativa behandlingar kan också grunda sig på teoretiskt omöjliga eller mystiska tankekonstruktioner, och då går ju inte det för vetenskapen typiska rationella tänke- och argumentations sätt längre att tillämpa. Namnet på vissa alternativa behandlingar använder termen medicin, även om behandlingsformen inte baserar sig på medicin. Forskning kring alternativa behandlingar kompliceras också av att det ofta inte bara handlar om en behandling, utan om en hel livsstil eller världsåskådning.

LÄKAREN OCH ALTERNATIVA BEHANDLINGAR

Det är viktigt att patienten öppet vågar berätta om alla andra terapier hen använder. Därför ska läkaren inte förhålla sig negativt till en patient som använder alternativ terapi utan vinnlägga sig om en så öppen dialog som möjligt. Läkaren ska kunna förklara fördelar och nackdelar med olika behandlingsalternativ för patienten utan att ifrågasätta patientens önskemål, behovet av behandling eller erfarenheter av otillräcklig medicinsk behandling.

Ibland ges läkaren möjlighet att berätta vad hen anser om patientens alternativa behandling, om att den sannolikt är ofarlig, eventuellt skadlig eller sannolikt skadlig, men alltid är det inte möjligt att bedöma riskerna. En öppen dialog gör det lättare att identifiera situationer där en patient planerar att överge en nödvändig medicinsk behandling för att i stället välja en alternativ behandling. Läkaren ska då klart framföra sin uppfattning om risker och nackdelar även om patienten förstås har självbestämmanderätt då det gäller behandlingen. Läkare bör vara medvetna om att vissa patientgrupper är särskilt utsatta för risker i samband med alternativa behandlingar (såsom cancerpatienter, mentalvårdspatienter, patienter med svåra kroniska sjukdomar samt barn).

Patientfall

Ett litet barn har flera allergier och lindrigt astma. Läkemedelsbehandlingen förlöper planenligt. Modern planerar att börja behandla barnet med homeopatiska preparat avsedda "att förebygga allergiska symtom" och frågar läkaren till råds.

Vid vård av barn eller andra omyndiga patienter ska läkaren diskutera vårdbesluten med föräldrarna eller en intressebevakare. Om en dylik patients liv eller hälsa uppenbart utsätts för fara till följd av en alternativ behandling eller genom att patienten avhålls från adekvat medicinsk behandling ska nödvändig medicinsk behandling ges oberoende av föräldrarnas eller förmyndarens vilja, vid behov genom att patienten omhändertas av myndigheterna.

Enligt läkarens ska en läkare endast använda metoder vars nytta påvisats genom medicinsk forskning eller erfarenhet. Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården förutsätter också att man i yrkesverksamheten tillämpar allmänt godtagna och välgrundade erfarenhetsbaserade förfaringsätt.

För enskilda patienter kan läkare på basis av klinisk autonomi överväga även andra behandlingar än de vanligen rekommenderade, om patientens hälsa eller andra omständigheter kräver det. Valet bör dock alltid baseras på evidens, förväntad effektivitet och säkerhet samt på patientspecifika fördelar och nackdelar. Orsaken till att avvika från allmän praxis måste vara medicinskt motiverad och dokumenterad.

Den enskilda läkarens auktoritet bygger i stor utsträckning på förtroendet för hela yrkeskåren. Ett sådant förtroende grundar sig på att läkare tyr sig till behandlingar som visat sig ha effekt. Då patienten uppsöker en läkare måste hen kunna lita på att läkaren använder sig av metoder som inom den vetenskapliga referensramen visat sig vara de bästa. Enligt Valvira's anvisningar fungerar en person som tillhandahåller alternativa behandlingar inte som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, trots att personen har en sådan utbildning. En yrkesutbildad person som genomför alternativa behandlingar ska i tillhandahållandet av sådana tjänster säkerställa klienternas medvetenhet om att de behandlingar som ges inte utgör medicinsk vård och behandling.

I Läkarförbundets rekommendation om läkarens förhållning till alternativa behandlingar konstateras att en läkare som använder metoder som räknas till alternativa behandlingar inte får göra det under yrkestiteln läkare eller marknadsföra det som läkarverksamhet. Om en läkare märker att en kollega erbjuder alternativa behandlingar bör kollegan ta hänsyn till Finlands Läkarförbunds rekommendation. Dessutom måste man komma ihåg att ofarliga men onyttiga behandlingar också tär på hälso- och sjukvårdens begränsade resurser. ■

Läs mer:

The Standing Committee of European Doctors (CPME):s ställningstagande om kompletterande och alternativa behandlingar: <https://www.cpme.eu/cpme-position-paper-on-complementary-and-alternative-treatments/>
Hietanen P, Turhaa toivoa. *Duodecim* 2017;133 (22):2088–9.

Läkarförbundets rekommendation om läkarens förhållning till alternativa behandlingar 14.12.2017. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/suositus-laakarinsa-suhtautumisesta-uskomushoitoihin/>
Louhiala P. There is no alternative medicine. *Medical Humanities* 2010;36:115–117.

Luukkanen P, Louhiala P. Vaihtoehtohoidot ja etiikka. *Finlands Läkartidning* 1999;54:3887–89.

Mäki K. Ihmiskäsitykset sairaus- ja hoitokäsitysten taustalla. *Finlands Läkartidning* 2003;58:1933–34.

Ryynänen O-P, Myllykangas M. Paramedikalisatio. *Duodecim* 2003;119:1874–80.

Salminen V. Syöväväin vaihtoehtohoidot. *Duodecim* 2017; 133 (22): 2102-9.

Placebobehandlingens etik

Placeboeffekter inverkar på allt tillfrisknande och känslan av att ha blivit behandlad inverkar positivt på vårdresultatet. När de positiva förväntningarna förstärks i samband med belagt effektiva vårdformer bidrar detta bevisligen till helhetseffekten av en effektiv behandling.

Att ordinera en placebobehandling är inte etiskt godtagbart. Det strider mot principen om medvetet samtycke och mot patientens självbestämmanderätt och inverkar menligt på förhållandet mellan patient och läkare.

Med placeboeffekter avses förändringar som uppträder hos undersökta personer eller patienter som erhållit placebo. Eftersom placebo definitionsmässigt är ett ämne eller en metod utan effekt är begreppet ”placeboeffekt” i sig motsägelsefullt. Man har därför föreslagit andra termer som bättre kunde beskriva hur inflytandet på vårdsituationen förmedlas, exempelvis ”kontextinverkan”, ”betydelsegensvar” eller ”omsorgseffekt”. Inget av dessa begrepp har tills vidare vunnit större genklang.

Under de senaste åren har användningen av placebo i kliniska läkemedelsprövningar debatterats flitigt. Kliniska läkemedelsprövningar behövs både för att utveckla nya läkemedel och för att bedöma effektiviteten och säkerheten i redan tillbudsstående behandlingsformer. De kliniska läkemedelsundersökningarna sträcker sig grovt taget allt från fallbeskrivningar (inga experimentella anordningar, slumpmässig förekomst) till utredningar där ett läkemedel jämförs med placebo (preparat med likadant utseende som det verksamma preparatet men som saknar verksamt ämne). Randomiserade kliniska läkemedelsprövningar anses vara det viktigaste och bästa sättet att påvisa effekt och biverkningar av läkemedel. Det är jämförelsen mellan ett utforskat läkemedel och en placebo som visar det bedömda läkemedlets verkliga effekter och brister. Därför utgör randomiserade placebo- och jämförelsekontrollerade läkemedelsprövningar hörnstenen i all forskning och utveckling av läkemedel.

I många sjukdomsfall är användningen av placebo som jämförelseobjekt inte etiskt godtagbar, då en sjuk person inte kan lämnas utan vård så länge undersökningen pågår. Enligt Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration är användningen av placebobehandling eller uppskjutande av vård etiskt godtagbart om ingen evidensbaserad åtgärd finns eller om användningen av placebo är nödvändig av vägande och vetenskapligt välgrundade metodiska skäl som ansluter sig till fastställandet av åtgärdens eller behandlingens effekt och säkerhet samt om det inte finns risk för allvarligt eller varaktigt men hos patienterna som får placebo eller blir utan egentlig vård. Enligt Helsingforsdeklarationen bör man mycket noggrant undvika att missbruka dessa alternativ. Den nya åtgärdens eller behandlingens fördelar och risker, belastning och effekt bör bedömas genom att jämföra dessa med en tidigare evidensbaserad åtgärd eller behandling.

Placeboeffekterna inbegriper många mekanismer: förväntningar om läkemedlets effekt, förhoppningar om lindrigare symtom och tidigare erfarenheter åstadkommer avsevärda förändringar i hjärnan. I behandlingen av smärta, depression, ångest och Parkinsons sjukdom har man inom placebogrupperna åstadkommit liknande förändringar av transmittorsubstanserna i vissa hjärnregioner som bland patienter som fått ett verksamt ämne. Också observationer inom smärtforskningen framhäver betydelsen av kognitiva faktorer. Hos Alzheimerpatienter är placeboeffekten svag eller obefintlig.

Då man undersökt mekanismerna för placeboeffekter har sådana försökssituationer varit i nyckelposition där de undersökta personerna antingen öppet eller utan tillkännagivande har

fått medicin eller placebo (open-hidden study design). Man kan exempelvis till en del av de undersökta personerna säga att de får ett effektivt smärtstillande medel, även om somliga i själva verket får placebo. Noceboeffekten, det vill säga motsatsen till placeboeffekten, inträder om man till de undersökta säger att de får överksamt ämne eller att man vet att preparatet har negativa effekter.

Bruket av placebo har alltså en etablerad ställning inom den kliniska forskningen, men är det etiskt godtagbart för en praktiserande läkare att använda sig av placebo? Läkarens uppgift är att förklara vårdåtgärdernas effekt och syfte. Detta ska klargöras på ett sätt som gör det möjligt för patienten att ge sitt samtycke till behandlingen i vetskap om olika faktorer som är förknippade med vården och som kan inverka på patientens beslut, exempelvis risker och skadeverkningar samt existensen av andra vårdalternativ. Placeboeffekter inverkar på allt tillfrisknande och känslan av att bli omhändertagen (omsorgseffekten) har, som en del av interaktionen mellan patient och läkare, en positiv verkan på vårdresultatet. När positiva förväntningar förstärks i behandlingssätt med påvisad effekt främjar detta den sammanlagda inverkan av vården och ju positivare läkarens beskrivning av behandlingen är (= ju positivare patientens förväntningar är), desto större verkan har vården. Det behövs mer forskningsresultat bland annat om hur placeboeffekterna inverkar och bibehålls i olika vård situationer.

Internationella undersökningar som har fått stor publicitet antyder att läkare ofta använder placebo också då de behandlar patienter. Undersökningarna har dock många svagheter och begreppet placebo har ofta en vid innebörd, och därför har svaren snarast gällt placeboeffekter som förekommit hos patienterna snarare än användningen av överksamma ämnen i sig. I vissa enkäter har en skillnad gjorts mellan ”ren” och ”oren” placebo. Den förra kategorin åsyftar ämnen som inte har någon verkan vad gäller den undersökta åkomman, medan den senare termen står för verksamma substanser, men likväl utan verifierad och specifik inverkan på patientens åkomma. Ordinerings av ren placebo är inte utbredd. Samtidigt måste man också konstatera att begreppet oren placebo är brett och otydligt och inte bör användas.

Att ordinera ett överksamt ämne för att behandla en patient är inte etiskt motiverat. Det strider mot principen om medvetet samtycke, mot patientens självbestämmanderätt och inverkar menligt på patient-läkarrelationen. När det framkommer att patienten missletts och vilseförts minskar detta vårdförtroendet och kan också leda till skadliga noceboeffekter. Patienten kan bli utan den vård som med stöd av vetenskapliga undersökningar kan förväntas ha reell verkan. Det råder heller ingen visshet om hur långvariga placeboeffekterna är.

I vissa undersökningar har man öppet gett en placebo på så sätt att försökspersonen vet om det. Saken har motiverats med hänvisning till de positiva effekter som i tidigare undersökningar har kunnat konstateras inom placebo grupper. I sådana forskningskonstellationer utgör användningen av placebo inget etiskt problem. ■

Läs mer:

Colagiuri B, Schenk LA, Kessler MD, Dorsey SG, Colloca L. The placebo effect: from concepts to genes. *Neuroscience* 2015 Oct 29; 307: 171–190.

Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010;375:686–695.

Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice – a systematic review of empirical studies. *BMC Med* 2010;Feb 23;8:15.

Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. <http://www.laakariliitto.fi/etiikka>

Puustinen R, Louhiala P. Onko plasebo lumetta? *Duodecim* 2002;118:729–732.

Pyökari N. Usko lumeeseen on vankka. *Finlands Läkartidning* 2012;67:870–2.

Utnyttjande av patientdata

Vid insamling och sammanslagning av patientuppgifter ska man alltid bedöma erhållna fördelar samt potentiella risker och nackdelar. Denna bedömning måste göras oavsett om syftet är att samla forskningsdata eller att utveckla system för social- och hälsovårdstjänster. När man behandlar personuppgiftsgrupper av särskild natur (känsliga uppgifter) måste man också värna om individens rättsskydd, integritet och suveränitet.

Insamling av hälsodata eller biobanksprover kräver patientens förtroende för den person och det system som behandlar hen. Förtroende utgör grunden för en läkares verksamhet och måste bevaras även i den digitala världen.

I Finland har man redan länge samlat patient- och klientuppgifter i nationella register. Dessutom har man under decennier samlat på sig stora samlingar av prover (biobanker) vid forskningsinstitut och vårdenheter. Biobankerna är förknippade och kan kopplas till med enorma datamängder om individer.

Registren och biobankerna innehåller forskningsdata som inte kan erhållas på andra vägar. Med hjälp av registeruppgifterna kan man till exempel avgöra hur utbildning, social status och livsstil påverkar människors välbefinnande och hälsa. Biobankerna kan möjliggöra bland annat utveckling av exaktare diagnostik och mer individuellt anpassade behandlingar. Ny information kommer att göra det möjligt för oss att rikta social- och hälsovårdens resurser till verksamhet som är effektiv och gynnar patienterna.

Det finns stränga föreskrifter kring överlåtelse av uppgifter från register och biobanker. Då EU:s allmänna dataskyddsförordning blivit tillämplig har dessa skärpts ytterligare. Vid insamling och sammanslagning av patientuppgifter ska man alltid bedöma erhållna fördelar samt potentiella risker och nackdelar. Denna bedömning måste göras oavsett om syftet är att samla forskningsdata eller att utveckla system för social- och hälsovårdstjänster. När man behandlar personuppgiftsgrupper av särskild natur (känsliga uppgifter) måste man också värna om individens rättsskydd, integritet och suveränitet.

SEKUNDÄR ANVÄNDNING AV HÄLSOUPPGIFTER

Lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019, sekundärlagen) trädde i kraft våren 2019. Lagen möjliggör behandling av uppgifter från social- och hälsovårdsregister, uppgifter om förmåner och socioekonomiska uppgifter för andra ändamål än det ursprungliga. Lagenliga användningsändamål är statistikföring, vetenskaplig forskning, utvecklings- och innovationsverksamhet, undervisning, informationsledning, myndighetsstyrning och myndighetstillsyn inom social- och hälsovården samt myndigheternas planerings- och utredningsuppgifter.

Tidigare har det varit problematiskt att samla in uppgifter från olika register, vilket har hämmat forskningen på området och frustrerat forskare. Sekundärlagens avsikt är att underlätta och påskynda dataskyddspraxis samt underlätta datasäker sammanställning av uppgifter från olika register.

I vissa situationer krävs ett dataanvändningstillstånd av Tillståndsmyndigheten för användning av social- och hälsovårdsdata (Findata), en separat enhet i anslutning till Institutet för hälsa och välfärd (THL). Detta sker när syftet är att sammanföra uppgifter från olika person-

uppgiftsansvariga (såsom leverantörer av offentliga tjänster för social- och hälsovården) och organisationer som avses i sekundärlagen (såsom leverantörer av offentliga tjänster för hälso- och sjukvård och sociala tjänster, till exempel THL, Fimea, Valvira, Fpa, Regionförvaltningsverken och Statistikcentralen). Ett tillstånd eller beslut krävs också när man behöver uppgifter från privata serviceproducenter inom social- och hälsovården eller uppgifter som sparats i Kanta-tjänsterna. Ansökan om dataanvändningstillstånd och begäran om uppgifter kan även komma från utlandet.

Om uppgifter som en myndighet samlat in senare används för andra lagstadgade ändamål än det ursprungliga måste det alltid finnas ett lagstadgat användningssyfte. Findata undersöker förutsättningarna för att använda uppgifter i samband med behandling av en ansökan om datatillstånd eller en begäran om information. Behandlingen av uppgifter måste vara nödvändig för det eftersträfvade ändamålet. Om uppgifterna kan erhållas från personen själv eller på annat sätt måste dessa i första hand erhållas på ett sådant sätt. Ett dataanvändningstillstånd kan beviljas om det är uppenbart att tillhandahållandet av information inte kränker de intressen för vilka uppgifterna belagts med tystnadsplikt. Till tillståndet fogas utförliga krav på säkerhetsåtgärder för behandling av uppgifter samt andra nödvändiga bestämmelser för att skydda det privata intresset. Tillståndet kan återkallas om detta bedöms vara föranlett. Uppgifterna förstörs när det inte längre finns någon rättslig grund för att behandla dem.

På basis av minimeringsprincipen måste man alltid bedöma minsta möjliga mängd av uppgifter som behövs för att implementera det avsedda användningsändamålet. Denna bedömning underlättas av de registeransvarigas skyldighet att producera beskrivningar av datamaterial och en rådgivningstjänst. Med hjälp av dessa kan sökanden redan innan hen ansöker om datatillstånd bedöma vilka datamaterial som bäst uppfyller det avsedda användningsändamålet och hur mycket det skulle kosta att behandla datamaterialet.

Personuppgifter som erhålls med ett datatillstånd kan endast behandlas i auditerade datasäkra driftsmiljöer och inom en viss tidsperiod. Avsikten är att upprätta ett nätverk av datasäkra användningsmiljöer i Finland, där varje användningsmiljö skulle ha samma nivå av datasäkerhet som Tillståndsmyndigheten för användning av social- och hälsovårdsdata, men miljöerna skulle konkurrera i fråga om utrustning. Miljöerna kunde följa branschens internationella standarder. Detta skulle underlätta internationellt samarbete.

I samband med sekundärlagens behandling i riksdagen betonades uppfattningen att insamlingen av känsliga hälsouppgifter bygger på förtroende för den person och det system som behandlar personen och systemet. Utan detta förtroende accepterar människor inte systemet, särskilt då man vid tillämpning av sekundärlagen inte specifikt frågar efter patientens eller kundens samtycke till användning av uppgifterna. Förtroende utgör grunden för en läkares verksamhet och måste bevaras även i den digitala världen. Med tillståndspraxis säkerställs att uppgifter endast samlas in när det är nödvändigt och att uppgifterna endast behandlas av personer med lämpligt tillstånd att göra detta. Dessutom garanterar tillståndspraxis att data inte kan läsas av en tredje part i efterhand, då uppgifterna behandlas i säkra miljöer.

BIOBANKER

Biobanksverksamheten regleras genom biobankslagen (688/2012). Dessutom finns det bestämmelser om biobanker i lagen om medicinsk forskning (488/1999) och i lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål. De två förstnämnda lagarna reformeras som bäst. Lagarna måste ta hänsyn till EU:s allmänna data-

skyddsförordning och sekundärlagen. Ändringen har också ett samband med den genomlag som utarbetas som bäst. (Se [Gentester](#))

Biobankerna sammanställer, samlar in och lagrar prover och tillhörande data för framtida biobanksforskning. Prover har samlats in och samlas fortsatt in i samband med forskningsprojekt samt för diagnos och behandling av enskilda patienter. Sjukhusens patologiska avdelningar kan till exempel ha patientprover från upp till 100 år tillbaka. Det är också möjligt att identifiera den person som gav provet och hens sjukdomshistoria från sådana vävnadsprover. Diagnostiska prover har ofta lagrats för ytterligare diagnos. De har varit till betydande nytta inte bara för givaren av provet, men också för utvecklingen av diagnostik. Biobankerna har förväntningar på att forskning om vävnader och celler kan användas för att undersöka många sjukdomars mekanismer på molekylär nivå. Detta skulle göra det möjligt att utveckla mer precisa och effektiva behandlingar med färre biverkningar.

Enligt biobankslagen baserar sig behandlingen av prover i biobanker på personens samtycke. Givaren kan ge sitt samtycke till behandlingen av provet, begränsa användningen av provet och återkalla sitt samtycke. Om en person återkallar sitt samtycke får provet och den relaterade informationen inte användas eller överförs till biobanken. Forskningsresultat som erhållits före avbokningen samt tillhörande uppgifter och datamaterial får användas inom de gränser som anges i biobankslagen.

I och med att tekniken går framåt kan ett brett spektrum av individuell information och riskfaktorer avslöjas i biobanksprovet. Biobanksprovtagaren har rätt att få information om sitt hälsotillstånd enligt definitionen i provet samt en redogörelse för vad denna innebär. Begäran om detta skall göras skriftligen till biobanken.

Biobankens funktion är beroende av att de som ger sitt samtycke har förtroende för att proverna kommer att användas på ett ändamålsenligt sätt för hälso- och sjukdomsforskning. Biobankerna är skyldiga att offentliggöra information om studier som utförts med hjälp av deras material. Detta innebär att biobankerna är ansvariga för att säkerställa att prover används för samhälleligt godkänd forskning. För forskare innebär detta möjlighet att bedriva forskning med hjälp av data som samlats in av andra och att utnyttja centrala data från tidigare undersökningar. ■

Läs mer:

Lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården 552/2019. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2019/20190552>

Tillståndsmyndigheten för användning av social- och hälsovårdsdata (Findata) <https://www.findata.fi/>

FinnGen-tutkimuksen lupaukset. Palotie A, Kaunisto M, Harju J, Pitkänen K, Perola M, Jalanko A.

Duodecim 2019;135(10):987-69

Seppänen M et al. Haittaako tietosuojalainsäädäntö tutkimusta? Suomen Lääkärilehti 2019; (74); 719-720

Toisiolaki mahdollistaa sosiaali- ja terveystietojen tietoturvallisen käytön. <https://stm.fi/sote-tiedon->

hyodyntäminen

<https://www.biopankki.fi/>

Livets början och graviditeten

En människas födelse är en stor händelse. Utöver att den är viktig för individen själv, är den en omvälvande upplevelse för föräldrarna och en betydelsefull sak för samhället. Att trygga fostrets utveckling och förlossningen är numera en integrerad del av hälsovården. Medicinen har gett information om mekanismerna bakom befruktningen och fostrets utveckling och samtidigt gett många metoder att påverka dessa. På detta sätt strävar man efter att säkerställa att barn föds så friska som möjligt.

Ökningen av medicinska möjligheter har dock medfört nya etiska problem av vilka många gäller livets början. På vilka grunder får embryodiagnostik användas? Får vi påverka könscellernas arvs massa? Därtill är en rad äldre etiska utmaningar fortfarande aktuella, såsom frågorna om aborters godtagbarhet, fosterdiagnostik och fostrets rättsliga ställning i allmänhet.

I det här kapitlet behandlas ett ofött barns människovärde och rättigheter samt gränsdragningen för förebyggande och avbrytande av graviditet. Den nya teknikens konsekvenser och möjligheter att påverka arvs massan granskas mot bakgrund av fertilitetsbehandlingar, embryo- och fosterdiagnostik samt genetisk rådgivning.



Det ofödda barnets människovärde och rättigheter

När blir ett foster en människa? Det finns inget entydigt svar på denna fråga vare sig i biologiskt, filosofiskt, juridiskt, etiskt eller teologiskt hänseende.

Ett foster finns inne i modern, men är inte en del av henne. Detta ger ibland upphov till intressekonflikter mellan modern och fostret. Ett ytterligt framhållande av någonderas intressen medför problem.

En läkare har en särskild skyldighet att bevaka ett ofött barns rättigheter och möjligheter till en balanserad utveckling. En läkare har en viktig roll och möjlighet att påverka fosterutvecklingen i olika skeden från familjeplanering till fosterdiagnostik och från fostrets vård till förlossning.

Oavsett graviditetens längd omfattas ett nyfött barn av det skydd som anges både i lagstiftning och i etiska normer. Vilken ställning och vilka rättigheter ett pre-embryo, embryo eller foster har är dock inte lika klart. Möjligheten att skapa embryon utanför kroppen och utvecklingen av nya tekniker för embryo- och fosterdiagnostik har lett till nya situationer som är förenade med komplicerade etiska problem.

En läkare konfronteras i många praktiska situationer med frågor som gäller ofödda barns ställning, till exempel i samband med förlossningar, graviditeter, behandling av gravida kvinnor, aborter, assisterad befruktning, embryo-och fosterdiagnostik, behandling av foster samt forskning om embryon och foster. Med foster avses i den här artikeln resultatet av en befruktning fram till födelsen.

Det mänskliga livet kan anses börja vid det ögonblick då äggcellen befruktas. Alla befruktningar resulterar dock inte i en människa. På frågan när ett foster blir en människa finns dock

inget entydigt svar vare sig i biologiskt, filosofiskt, juridiskt, etiskt eller teologiskt hänseende. I praktiken är definitionen av denna gräns central för aborter och frågan om när samhället ska skydda fostret och anser det vara straffbart att döda eller skada det. Fostret är inuti sin mamma, men inte hennes kroppsdel. Detta skapar i vissa situationer intressekonflikter mellan modern och fostret. Situationen blir problematisk om man framhåller någonderas intressen till det yttersta.

Den katolska kyrkans ståndpunkt är att ett foster ska skyddas ända från befruktningsögonblicket. Att döma av rådande abortpraxis tolkar olika samhällen det i allmänhet inte så. Ett foster har inte getts fullvärdigt människovärde, utan värdet verkar tillta med fostrets ålder. Även läkaretiken har anpassat sig till samhällets syn. I den uråldriga Hippokratiska eden vägrar läkaren ge kvinnor fosterfördrivande medel, medan Genève-deklarationens läkare förpliktar läkaren till "den yttersta respekt för mänskligt liv alltifrån konceptionen", dock utan att definiera när människolivet börjar. Många samhällen har dock antagit lagar som tillåter abort och läkarna har anpassat sig till dessa. Gestationsåldern fram till vilken abort kan göras varierar i olika länders lagstiftning. Ur medicinskt perspektiv kan gränsen anses ligga senast vid den tidpunkt då fostret med vederbörlig vård kan hållas vid liv utanför livmodern.

För att trygga det ofödda barnets rättigheter på bästa möjliga sätt är det viktigt att vi tänker på rättigheterna redan långt innan befruktningen sker. Familjeplanering och förebyggande av oönskade graviditeter är att visa respekt för ett ofött barn. Även i det tidigaste fosterstadiet finns det möjlighet till mänskligt liv. Aborter ska inte vara en rutin eller en preventivmetod som är tillåten i lag.

Till följd av sin viktiga roll och möjlighet att påverka fosterutvecklingen i allt från familjeplanering till förlossning har läkaren en särskild skyldighet att främja ett ofött barns bästa. I Finlands Läkarförbunds ställningstagande om det ofödda barnets rättigheter framhävs fostrets rätt till liv, rätt att födas efterlängtat, rätt till en sund utveckling och rätt till en trygg födsel samt läkarens skyldighet att värna om dessa rättigheter. I FN:s deklaration om barnets rättigheter (1959) konstateras: "Det [barnet] ska ha rätt att växa upp och utvecklas under hälsosamma förhållanden. För den skull ska både barnet och dess moder beredas särskilt skydd och särskild omvårdnad, vari innefattas ändamålsenlig vård före och efter födseln".

FOSTRETS ELLER MODERNNS BÄSTA?

Under graviditeten kan intressekonflikter uppstå mellan fostret och modern. Att sörja för fostrets välmående och hälsa kan kännas onödigt eller som en begränsning av moderns liv. En medicin som är viktig för modern kan vara skadlig för fostret. Särskilda önskemål om förlossningen som avviker från det vanliga, som att föda hemma, kan riskera barnets hälsa. En läkare har särskild skyldighet att försvara fostrets rättigheter i dessa situationer.

På mödrarådgivningen kan en misstanke om moderns rusmedelsproblem väckas. Hur tidigt och hur aktivt ska man då ingripa? Man vet att ett snabbt ingripande i rusmedelsförbrukning och särskilt att minskad alkoholkonsumtion påtagligt kan förbättra hela livet för barnet som föds. Om graviditeten fortsätter måste hälsovården på alla sätt stödja drogfrihet, då särskilt alkohol påverkar fostrets utveckling under hela graviditeten. Universitetssjukhusen och många centralsjukhus har särskilda kliniker för missbrukande gravida kvinnor, där en gravid kvinna kan få särskilt stöd. En gravid kvinna kan även redan under graviditeten eller efter förlossningen hänvisas till ett mödrahem. Ett barn kan förhandsanmälas till barnskyddet under graviditeten, varvid barnskyddet kopplas in för att övervaka barnets välbefinnande redan före födseln.

Om fostret under graviditeten konstateras ha en allvarlig sjukdom, en strukturell avvikelse eller ett handikapp kan en abort kännas som det bästa alternativet för föräldrarna. (Se förhinder av graviditet och abort) Abort är nästan alltid mycket plågsamt för föräldrarna och det är mycket viktigt att de får stöd i detta svåra livsskede. De måste ha tillgång till information såväl om alternativen för abort som om aktörer som ger stöd efter aborten, samt till information om stöd ifall de beslutar att låta graviditeten fortsätta.

JURIDISKA ASPEKTER

Trots att ett foster inte har samma juridiska rättigheter som ett nyfött barn, finns det dock en rad bestämmelser i lagstiftningen till stöd för fostrets bästa och som begränsar hanteringen av embryon och könsceller. För läkarna är bland annat lagen om avbrytande av havandeskap (239/1970) viktig. Lagen om assisterad befruktning (1237/2006) stadgar om assisterad befruktning, begränsar åtgärder som är avsedda att inverka på det ofödda barnets egenskaper och förbjuder vissa åtgärder, såsom kloning av människor.

Enligt 22 kap. i strafflagen (39/1889) och lagen om avbrytande av havandeskap är olaglig abort kriminaliserad. Strafflagens bestämmelse gäller inte kvinnor som vill ha abort utan endast individer som utan lagstadgat tillstånd eller annars obehörigen avbryter en annans havandeskap.

Enligt arbetarskyddslagen (738/2002) och arbetsavtalslagen (55/2001) ska arbetsgivaren beakta den fara som eventuellt orsakas en gravid kvinna eller hennes foster genom hennes arbete eller arbetsförhållanden och vid behov flytta henne till lämpliga uppgifter under graviditeten. Om detta inte är möjligt har den anställda enligt sjukförsäkringslagen (1224/2004) rätt till särskild moderskapspenning och särskild moderskapsledighet. Enligt ärvdabalken (40/1965) är det på vissa villkor möjligt att upprätta ett testamente till förmån för ett ofött barn.

Trots ovannämnda lagstadgade bestämmelser är fostrets ställning och rättigheter i förhållande till moderns rättigheter i många situationer oklara. Därför har förslag framförts om att fostren borde omfattas av lagstiftningen och konventionerna inom barnskyddet. Samhället borde allmänt taget ta tydligare ställning till frågor som gäller ofödda barns människovärde och rättigheter, eftersom det inte enbart handlar om medicinsk etik.

Då fostrets människovärde och rättigheter filosofiskt sett är svåra att definiera och juridiskt sett svaga framhåvs läkarens etiska skyldighet att värna om det ofödda barnets rättigheter. Ett foster kan inte försvara sina rättigheter självt, men en läkare har genom sin profession och sina uppgifter många möjligheter till detta.

Discussionsväckare

Tvångsbehandling av gravida missbrukare?

Bör tvångsbehandling av missbrukande gravida kvinnor i vissa extrema fall tillåtas för att möjliggöra en sund utveckling för det ofödda barnet? ■

Läs mer:

Halmesmäki E, Kahila H m.fl. Raskaana olevan päihdeongelmaisena naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Finlands Läkartidning 2007;62(11):1151–54.

Kahila H. Raskaana oleva päihteidenkäyttäjä. Läkarens databas/Lääkäriin käsikirja [webbaserad; kräver användarkonto]. Kustannus Oy Duodecim. Uppdaterad 20.7.2018.
Raudaskoski T, Kahila T. Päihteidenkäyttäjän raskaus. I boken Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkilallio K (red.). Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim 2019, s. 517-524.
Finlands Läkarförbund. Syntymättömän oikeudet. (Godkända 19.11.2008, bestyrkta 18.2.2016)
<https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/syntymaton/>
Tammela O, Nuutila M. Onko sikiöllä oikeuksia? Duodecim 2008;124(4):356-7.
Tiitinen Aila. Raskaus ja päihteet. Lääkärikirja Duodecim 1.11.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00966

Förebyggande och avbrytande av graviditet

En grundförutsättning för ansvarsfull antikonception är dels tillräckliga kunskaper om preventivmetoder, dels tillgång till en lämplig metod med vederbörande hälsovårdstjänster.

Också tonåringar har rätt till konfidentiell preventivrådgivning. Mycket unga personer bör uppmuntras att tala med sina föräldrar eller någon annan vuxen. Detta får dock inte vara en förutsättning för att ge preventivmedelsrådgivning och tjänster i anknytning till detta.

När en läkare ställs inför frågor om avbrytande av en graviditet har också läkarens egna etiska principer betydelse för inställningen. Dessa får dock inte äventyra patientens grundläggande rättigheter och vid behov bör patienten hänvisas till en annan läkare.

FÖREBYGGANDE AV GRAVIDITET

Enligt Världsläkarförbundets (WMA) rekommendation om familjeplanering konstateras att föräldrarna har rätt att fritt och ansvarsfullt bestämma hur många barn de vill ha och när de vill föda dem. Denna princip är i stor utsträckning internationellt godkänd och utgör den etiska grunden för synen på prevention.

Vid valet av preventivmetod bör man beakta förebyggande av både graviditet och könsjukdomar. Hit hör alltså förutom preventivmetod också sunt förnuft och undvikande av risker. Prevention hör till tjänsterna inom disciplinen sexualhälsa.

Preventivmetoderna fungerar på olika sätt. Hormonell prevention, även dagen-efter-piller, förhindrar huvudsakligen äggcellen från att mogna och lossna och/eller spermier från att tränga genom sekretet i livmoderhalsen. Intrauterina preventivmetoder kan också förhindra det befruktade ägget från att fästa sig i livmodern. Alla dessa metoder, inklusive dagen-efter-pillret, förhindrar graviditet och skiljer sig därmed från abort.

Ju större utbudet av preventivmetoder är och ju mer tillgängliga de är, desto bättre förebyggas graviditeter och desto färre blir aborterna. En grundförutsättning för ansvarsfull familjeplanering är tillräckliga kunskaper om preventivmetoder och de olika metodernas risker och fördelar för hälsan. Det är läkarens skyldighet att ge denna information och att utreda

vilka metoder som bäst lämpar sig för patienten; att bedöma preventionsbehovet och att välja metod bygger på patientens beslut. Läkare och sjukskötare som arbetar med preventivmedelsrådgivning måste ha tillräcklig insikt i de utmaningar ungdomar möter och deras sexuella utveckling. Vid valet av preventivmetod bör läkaren ta reda på klientens möjligheter att skaffa preparatet och favorisera preventivmetoder som lämpar sig bäst för klientens vardag och ekonomiska situation.

Också tonåringar har rätt till konfidentiella samtal och tjänster som rör preventivmetoder och det är viktigt att respektera denna rätt. Ifall en minderårig patient med beaktande av sin ålder eller utveckling kan fatta beslut om sin vård har hen enligt patientlagen rätt att förbjuda att uppgifter om hens hälsotillstånd eller behandling lämnas till vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare. (Se **Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter**)

Mycket unga personer bör uppmuntras att tala med sina föräldrar eller någon annan vuxen, men detta får inte vara en förutsättning för att ge preventivmedelsrådgivning och tillhörande tjänster. Konsumgånge som inleds före 13 års ålder bottenar särskilt med en myndig partner ofta i utnyttjande eller påtryckning. I dessa fall måste läkaren bedöma barnskyddsbehovet och vid behov göra en barnskyddsanmälan. I sina samtal med ungdomar bör läkaren visa att hen är värd förtroendet, så att det blir möjligt att tala även om svåra frågor. (Se **Barn och unga som patienter**)

Många kommuner erbjuder gratis preventivmedel till ungdomar. Finlands Läkarförbund har ansett att gratis preventivmedel ska införas i hela landet för under 25-åriga personer. I regeringsprogrammet (2019) ingår ett nationellt experiment med gratis preventivmedel till under 25-åriga personer. Utgående från resultaten kommer man i slutet av valperioden att besluta om huruvida försöket införs som permanent praxis.

Patientfall

En 16-årig flicka sökte för preventivmedelsrådgivning med en önskan att börja hormonell prevention. Hon sällskapade med en pojke i samma ålder och fram till dess hade de använt kondom. Flickans familj accepterade inte pojkvännen och deras sällskapande. Vid preventivmedelsrådgivningen fick flickan en startförpackning med p-piller. Mamman hittade pillren bland flickans tillhörigheter och lade beslag på dem och förbjöd piller-användning, sex och sällskapandet. Flickan vände sig på nytt till preventivmedelsrådgivningen och fick nya piller och ett recept. När startförpackningen var slut konstaterade flickan att varken hon eller pojkvännen hade råd att lösa ut p-pillren på apoteket. Kort härefter blev flickan oplanerat gravid. Hon sökte upp samma preventivmedelsrådgivning för ett samtal om vad hon ska göra. Abort kändes som det enda alternativet för både flickan och pojkvännen. På rådgivningen uppmuntrade man henne att berätta om det hela för föräldrarna. Efter den första chocken blev mamman ett stöd för dottern. Hon förhöll sig nu positiv till preventivmedel och betalade också pillren.

AVBRYTANDE AV GRAVIDITET

Behovet av aborter kan minskas med hjälp av ändamålsenliga preventivmetoder. Runt om i världen görs årligen uppskattningsvis 30–55 miljoner aborter. Av dessa utförs över hälften under medicinskt osäkra förhållanden, i samhällen där abort inte är tillåten i lag. Aborter görs i alla länder och kulturer oavsett om de är lagliga eller inte. Varje år dör tiotusentals kvinnor

på grund av olagliga aborter. Antalet aborter är lägst i länder där sexualupplysning och prevention är lättast tillgängliga.

I samhällen där aborter är tillåtna tillåter lagen dem vanligtvis på vissa villkor fram till ett visst i lagen angivet skede av graviditeten. Läkaren bedömer om lagens förutsättningar för abort är uppfyllda och kvinnan beslutar själv om hon vill låta graviditeten fortsätta eller inte.

Finlands lag om avbrytande av havandeskap (239/1970) är bland de strängaste i Europa. I många länder behöver man inte längre framföra någon egentlig orsak. Hösten 2020 fick ett medborgarinitiativ om reform av abortlagen om avbrytande av graviditet det nödvändiga antalet stödförklaringar och gick vidare till riksdagen. Enligt initiativet bör en gravid kvinnas egen vilja räcka till för att göra abort och kravet på två läkares åsikt överges.

I Finland hänvisas vanligtvis till lagens 1 § 2 punkten: ”Havandeskap må med iakttagande av bestämmelserna i denna lag på begäran av kvinnan avbrytas när förlossningen och skötseln av barnet med beaktande av kvinnans och hennes familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter skulle vara avsevärt betungande för henne.” Man har på ett något för begränsande sätt talat om ”sociala skäl”. För minderåriga krävs inte föräldrarnas eller vårdnadshavarens tillstånd.

I Finland tillåter lagen abort under de 12 första graviditetsveckorna och med Valvira tillstånd även därefter, dock inte efter vecka 20. Om en graviditet avbryts på grund av sjukdom hos fostret krävs alltid Valvira tillstånd. Enligt dessa s.k. fosterindikationer är det möjligt att avbryta graviditeten fram till utgången av vecka 24, om det genom tillförlitliga undersökningar har konstaterats att fostret har en svår utvecklingsstörning.

I Finland görs de flesta aborterna före den tolfte graviditetsveckan (93 % år 2018). Så kallade sena aborter görs endast i liten utsträckning och av aborterna gjordes endast ca en procent under graviditetsveckorna 20–24. Antalet aborter har minskat. År 2018 gjordes 8 602 aborter, vilket var det minsta antalet sedan lagen om avbrytande av graviditet trädde i kraft. De flesta aborterna i dagens Finland görs medicinskt, 97,4 % år 2018. I ett etiskt eller juridiskt perspektiv skiljer sig medicinsk och kirurgisk abort inte från varandra.

En kvinna som söker abort bör få sakliga råd och stöd där hennes livssituation och livsförhållanden beaktas. Sådan rådgivning skuldbelägger inte den som söker abort och lämnar också själva avgörandet till henne själv. Beslutet kan vara svårt för en kvinna och ha långvariga effekter, vilket innebär att hon måste ges tillfälle till samtalshjälp för att bearbeta aborterfarenheten. Betydande mentala konsekvenser är sällsynta efter abort. I vilket fall som helst är det viktigt att en kvinna som fattat beslutet att göra abort behandlas empatiskt och vid behov erbjuds möjlighet till psykologiskt stöd.

Preventivmedelsrådgivning är obligatorisk vid abort. Särskilt viktigt är det att komma ihåg de långtidsverkande preventivmedlen såsom kapsel och spiral, om det bakom graviditeten fanns svårigheter att uppnå tillförlitlig prevention med kondom eller p-piller.

Då en läkare ställs inför frågor som handlar om prevention eller abort påverkar också läkares egna etiska principer hans förhållningssätt. Hen kan se en konflikt mellan aborten och principen om att respektera livet. Läkaren har rätt att handla enligt sin övertygelse, men detta får inte äventyra patientens rätt till behövlig vård, prevention eller abort.

I Finland utförs aborter på sjukhus som Valvira har godkänt för detta ändamål. Inom den offentliga vården hör aborter till läkarnas tjänsteåligganden, vilket en läkare bör ta hänsyn till vid valet av specialitet och arbetsplats. Även inom primärvården kan en läkare bli tvungen att ta ställning till aborter. Finlands Läkarförbund har utfärdat en rekommendation om tillämpningen av samvetsfriheten, enligt vilken läkaren måste informera sin chef och närmaste kol-

leger om sin avsikt att utöva samvetsfrihet i vissa förfaranden. Vid behov måste även annan personal och patienter informeras, om det spelar någon roll vilken läkare patienten väljer. Om läkarens övertygelse inte tillåter honom eller henne att delta i organisationen av abort på något sätt, bör frågan behandlas av ledningen och kollegiala medel. (Se **Professionalism och kollegialitet**) ■

Läs mer:

Itu – apua yllätysraskaustilanteissa: <http://ituprojekti.net/fi/>

Kivijärvi A. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. Duodecim 2015; 131 (6):547-9.

Niinimäki M, Heikinheimo O. Raskaudenkeskeytys. Kirjassa: Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkipallio K (red.). Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim 2019, s. 136-141.

Saloranta E, Heikinheimo O: Miten valitsen yhdistelmäehkäisyn. Finlands Läkartidning 2018;73:1871-74.

Finlands Läkarförbunds rekommendation om läkarens samvetsfrihet inom studier och på arbetsplatser (på finska):

<https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/omantunnonvapauden-soveltaminen/>

https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/verksamhetstillstand/avbrytande_av_havandeskap/tillstand_for_avbrytande_av_havandeskap

EgenVilja2020 – Vi uppdaterar Finlands abortlagstiftning till 2020-talet!-medborgarinitiativet: <https://www.kansalaisaloite.fi/sv/initiativ/7233>

[kansalaisaloite.fi/sv/initiativ/7233](https://www.kansalaisaloite.fi/sv/initiativ/7233)

Behandling av barnlöshet

Ofrivillig barnlöshet är en av livets största motgångar för många som har upplevt den. Behandlingsresultaten är dock för de mesta goda men tillgången till och kostnaderna för behandlingarna kan vålla problem. Assisterad befruktning kan även användas för embryodiagnostik och för att bevara möjligheten till fertilitet efter cancerbehandlingar.

Lagen om assisterad befruktning tillåter förutom egna könsceller även användning av donerade könsceller och embryon vid fertilitetsbehandlingar. Behandling kan ges till par som lever i äktenskap eller under äktenskapsliknande förhållanden, men även till ensamstående kvinnor eller kvinnopar, om man har tillgång till spermier där donatorn har gett sitt samtycke till behandlingen. I Finland tillåts varken surrogatmoderskap eller behandling av manliga par. Användning av könsceller eller embryon efter en könscellsdonators död är inte heller tillåten.

Möjligheten till förökning är ett av det mänskliga livets mest grundläggande behov. Att bli gravid och föda barn är dock inte någon självklarhet. Ungefär vart sjätte par drabbas i något skede av livet av ofrivillig barnlöshet, det vill säga att graviditeten trots förhoppningar och försök inte har börjat inom ett år. För många av dem är barnlösheten den största motgången och krisen de dittills upplevt i sitt liv. Några säkra epidemiologiska bevis på att barnlösheten skulle ha ökat finns inte, men den förefaller ha blivit vanligare. En viktig orsak anses vara att man skjuter upp barnafödandet till högre ålder.

BARNLÖSHET OCH FERTILITETSBEHANDLINGAR

Metoderna för behandling av barnlöshet har utvecklats avsevärt och resultaten har blivit bättre. Nästan alla barnlösa par som så önskar kan erbjudas effektiva behandlingsmetoder. I Finland söker sig uppskattningsvis ca 60 procent av alla barnlösa par till fertilitetsbehandling. Tillgången på fertilitetsbehandlingar är god, resultaten är på en relativt god nivå internationellt sett och behandlingarna är mycket säkra. Inbegripet alla behandlingsmöjligheter får över 80 procent av de par som behandlas ett barn. Av alla barn som föddes i Finland år 2017 hade 4,8 procent fått sin början genom assisterad befruktning.

Efter att ofrivillig barnlöshet togs med i vårdgarantin har kötiden till fertilitetsbehandling inom den offentliga sektorn förkortats. Då samhällets resurser är begränsade är man inte förpliktad att alltid erbjuda behandling med offentliga medel. Från och med år 2020 kan behandlingar ges på den offentliga sidan med donerade könsceller, och behandlingar kan också erbjudas kvinnopar och ensamstående kvinnor. Det gäller till exempel situationer där personen har en kronisk, smittsam virusinfektion (lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål förutsätter att behandlingen utförs i ett speciallaboratorium, som för närvarande finns vid reproduktionsmedicinska enheten vid HUS och TAYS). En del av fertilitetsbehandlingarna görs fortfarande vid privata fertilitetskliniker där kostnaderna kan utgöra ett problem.

Efter tillräckliga undersökningar går läkaren igenom de möjliga behandlingsalternativen med paret. Genom behandlingarna strävar man efter att behandla orsaken till barnlösheten. Det är även möjligt att erbjuda behandling för barnlöshet där orsaken inte är känd. Ibland kan orsaken komma fram först under behandlingen. Behandlingen måste ha en godtagbar effekt och vara trygg såväl för modern som för fostret. Den instans som tillhandahåller behandlingarna ska ge patienten och hens partner ärlig och tillförlitlig information om hur behandlingarna utförs samt om eventuella risker, resultat och kostnader. I sista hand fattas beslutet om att inleda fertilitetsbehandling av paret självt eller den ensamstående kvinnan, men beslutet om behandling fattas alltid av den behandlande läkaren.

Alla barnlösa par vill inte genomgå fertilitetsbehandling, men paret kan uppleva att det är viktigt att få reda på orsaken till problemet. För en del barnlösa par är adoption eller fosterbarn ett alternativ till att leva på tu man hand. Dessa möjligheter ska tas upp vid samtalen om olika behandlingsalternativ. Tyvärr kan väntan på ett adoptivbarn ta många år. Med tanke på adoptivbarnets välmående rekommenderas att avbryta fertilitetsbehandlingen om man fattat ett beslut om att starta adoptionsprocessen. På så sätt kan ett par arbeta för att avstå från tanken på ett biologiskt barn och fokusera på att förbereda sig på att vara adoptivföräldrar. Det är dock möjligt att senare återuppta fertilitetsbehandlingarna, med hänsyn till möjligheterna att lyckas.

LAGEN OM ASSISTERAD BEFRUKTNING

Lagen om assisterad befruktning (1237/2006) trädde i kraft i Finland 1.9.2007 efter mer än två decenniers beredning. Fertilitetsbehandlingar är tillståndspliktig verksamhet, det vill säga den som tillhandahåller sådana tjänster ska ha tillstånd av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården att lagra könsceller och embryon och tillhandahålla fertilitetsbehandlingar. På denna verksamhet tillämpas även bestämmelserna om vävnadsinrättningar i lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål (101/2001). Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea beviljar tillstånd och övervakar vävnadsinrättningarna. Privata barnlöshetskliniker behöver därutöver tillstånd av regi-

onalförvaltningsverket inom sitt verksamhetsområde (lagen om privat hälso- och sjukvård 152/1990). Privata aktörer med riksomfattande verksamhet kan ansöka om motsvarande tillstånd hos Valvira.

Lagen om assisterad befruktning tillåter utöver egna könsceller även användning av donerade könsceller och embryon vid fertilitetsbehandlingar. Fertilitetsbehandling ges till par som lever i äktenskap eller under äktenskapsliknande förhållanden, men även till ensamstående kvinnor eller kvinnopar, om man har tillgång till spermier vars donator har gett sitt samtycke till behandlingen. I Finland tillåts varken surrogatmoderskap eller behandling av manliga par. Användning av könsceller eller embryon efter en könscellsdonators död är inte heller tillåten.

Bestämmelserna i lagen om assisterad befruktning möjliggör embryodiagnostik när man vill förhindra en allvarlig ärftlig sjukdom hos det ofödda barnet. Embryodiagnostik för att välja barnets kön är möjlig endast på medicinska grunder. Embryodiagnostik kan inte användas till exempel för val av kön på ett barn på sociala grunder eller för att få ett barn med en vävnadstyp som lämpar sig för behandling av en sjukdom hos en familjemedlem.

SVÅRA GRÄNSDRAGNINGAR VID ASSISTERAD BEFRUKTNING

Förutsättningarna för assisterad befruktning är lagstadgade. Med dessa strävar man efter att trygga barnets, det behandlade paret eller den behandlade kvinnans och familjens hälsa och psykosociala välmående. När beslutet fattas läggs fokus alltid på det ofödda barnets bästa och välbefinnande. Det är också klart att behandlingen och en eventuell graviditet inte får äventyra kvinnans liv eller hennes och det ofödda barnets hälsa. Vanligtvis kan en sådan bedömning göras på medicinska grunder, men ibland väcker gränsdragningen mellan att ge och avstå från behandling svåra etiska frågor.

Lagen om assisterad befruktning anger ingen övre åldersgräns för behandling av barnlöshet. Vid användning av egna könsceller försvagas resultaten till nära nog obefintliga efter att kvinnan fyllt 43 år. Mannens ålder påverkar inte lika klart behandlingsresultaten. Med donerade äggceller kan en kvinna bli gravid och få ett barn även efter menopausen, men riskerna i samband med graviditeten och förlossningen ökar avsevärt.

Hög ålder hos föräldrarna är inte en obetydlig fråga när man beaktar de behov ett barn har under sin uppväxttid. I Finland rekommenderas inte behandling av kvinnor som uppnått den genomsnittliga naturliga menopausåldern. Inom den offentliga specialistsjukvården anges förutsättningarna för behandling av barnlöshet i grunderna för icke-brådskande vård. Besluten fattas på grundval av behandlingens effekt, säkerhet och tillgängliga resurser. Till exempel förutsätter provrörsbefruktning inom den offentliga hälsovården att sannolikheten för att vården lyckas är minst tio procent per behandlinggång. Med egna äggceller försämras behandlingsresultaten påtagligt efter att kvinnan har fyllt 40 år.

Behandling av personer med svåra funktionsnedsättningar eller obotliga sjukdomar medför särskilda utmaningar. Vem ska bedöma vilka risker som kan accepteras och för vem, och när ska patientens hälsotillstånd ses som ett hinder för att ge behandling? Hur ska man förhålla sig till behandlingen om det finns en stor risk för att barnet får en ärftlig, svår sjukdom, men föräldrarna inte själva ser denna risk som ett hinder för behandling? Att vara förälder betyder även fysisk omvårdnad om barnet och åtminstone den ena föräldern bör ha en god livslängdsprognos. Fertilitetsbehandling får inte ges om det finns anledning att misstänka att barnet inte har möjlighet till en trygg uppväxtmiljö och balanserad utveckling. Detta lagrum har väckt diskussion bland dem som behandlar barnlöshet och lett till ett behov av att överväga inrättandet av en nationell etisk kommitté till stöd för enskilda läkares beslut. Finlands

Läkarförbunds anvisning om det ofödda barnets rättigheter framhåller varje barns rätt att födas efterlängtad i en socialt trygg miljö. Anvisningen förutsätter att läkarna visar respekt för allt liv, även mänskliga embryon, och främjar det ofödda barnets möjligheter till en balanserad utveckling i allt från familjeplanering till förlossning. (Se *Det ofödda barnets människovärde och rättigheter*)

Det är viktigt att de som erbjuder fertilitetsbehandlingar ordnar tillräckligt med professionella tjänster för rådgivning och stöd till par som förbereder sig för en behandling. Att före förlossningen göra en bedömning av hur föräldraskapet kommer att bli är dock mycket svårt. I sista hand är det alltid den behandlande läkaren som beslutar om fertilitetsbehandlingen. Ett beslut om att avstå från behandling är i bästa fall ett gemensamt beslut av läkaren och det par eller den kvinna som överväger behandling. Ofta är det svårt att acceptera ett negativt behandlingsbeslut. I hopp om behandling kan paret eller den ensamstående kvinnan vända sig till den ena kliniken efter den andra utan att behandla problemets kärna, som utgör ett hinder för att livet i övrigt ska förlöpa på ett tillfredsställande sätt. Det är viktigt att komma ihåg att människans grundläggande rättighet att föröka sig och bilda familj (Förenta Nationerna, Deklarationen om de mänskliga rättigheterna, artikel 16) inte innebär en subjektiv rätt till behandling mot barnlöshet. När man utför behandlingar måste man även ta hänsyn till behandlingarnas kostnader, särskilt när de erbjuds på samhällets bekostnad.

ANVÄNDNING AV DONERADE KÖNSCELLER OCH BEVARANDE AV FERTILITET

När donerade könsceller eller embryon används saknar antingen den ena föräldern eller båda föräldrarna en genetisk koppling till barnet. Härmed kan situationen för familjen bli en annan än när egna könsceller används. Det behövs en särskild prövning om donatorn är en nära släkting till paret och oundvikligen kommer att vara närvarande i barnets liv. Vid prövning måste man ta hänsyn till rätten för det barn som fötts att få veta sitt biologiska ursprung, donationens faktiska frivillighet och eventuella effekter av en blodssläktings donation på barnets genetiska arv och identitet. Släktingdonation är inte acceptabel när det innebär biologiska risker för barnet som föds eller orsakar betydande skada för barnets övriga utveckling. Till exempel kan en donation mellan en syster och en bror eller ett barn och en förälder inte anses godtagbar på dessa grunder.

Endast sådana könsceller och embryon där donatorn är registrerad i det donationsregister som Valvira upprätthåller får användas vid behandlingarna. Donatorn ska informeras om de medicinska och juridiska aspekter som hör samman med könscellsdonation. Donatorer har varken rättigheter eller skyldigheter gentemot barnet. Donatorn får inte veta för vem könscellerna har använts och föräldrarna till de barn som föds har inte rätt att få donatorns personuppgifter. Donatorn har dock rätt att få veta om det har fötts barn med ursprung i hans könsceller om hen så önskar. Könsceller från samma donator kan användas för att ge upphov till barn för högst fem behandlade patienter och behandlingarna måste utföras inom 15 år efter mottagandet av donationen. När en donator ger sitt samtycke till att donera spermier för behandling av en ensamstående kvinna kan han även ge sitt samtycke till att fastställas som far till det barn som föds efter behandlingen. En person som har sitt ursprung i en donerad könscell eller ett donerat embryo har efter att ha fyllt 18 år rätt att få veta sitt biologiska ursprung. I praktiken förutsätts att föräldrarna berättar för barnet hur det har kommit till. I dag uppmuntras föräldrar till öppenhet. Då genteknikens metoder och möjligheter utvidgas är det svårt att hemlighålla ett barns genetiska ursprung.

Det har rått brist på könsceller, vilket orsakat behandlingsköer. Lagen förbjuder donation av könsceller mot arvode, men det är tillåtet att betala donatorn en rimlig kostnadsersättning. Embryon ur donerade könsceller får inte doneras vidare och embryon som inte har använts ska enligt lagen förstöras. Förvaring av sperma som fryses ner i en spermabank har varit rutin sedan länge. Jämfört med nedfrysning av embryon har metoderna för att frysa ner äggceller först under de senaste åren möjliggjort goda behandlingsresultat med äggceller från en äggcellsbank. Med hjälp av en äggcellsbank kan ett lämpligt antal ägg befruktas per behandling, varvid man kan undvika en situation med överblivna embryon.

Tidigare var det möjligt att bevara fertiliteten hos bland annat cancerpatienter endast genom att frysa ner sperma eller embryon. Det kunde göras endast för män som genomgått puberteten och kvinnor i en parrelation med en man. Den tekniska utvecklingen har möjliggjort nedfrysning såväl av äggceller som av äggstocks- eller testikelvävnad. Genom att frysa ned äggstocks- eller testikelvävnad kan man bevara även barnpatienters fertilitet oberoende av ålder. Genom att frysa ner äggceller kan man även förlänga kvinnans fertila period. Utan medicinska skäl är bevarandet av fertilitet genom nedfrysning av könsceller endast möjligt inom den privata sektorn. Gränsdragningen mellan medicinsk infertilitet och infertilitet av sociala skäl är inte alltid lätt. En särskild etisk utmaning kan utgöras av behandlingen av barnlöshet efter könskorrigering. Man kan lagra sina egna könsceller innan könskorrigeringsbehandlingarna inleds och senare använda dem för fertilitetsbehandling. Etiskt sett är det svårt att se lagringen av egna könsceller som ett problem om användningen av donerade könsceller ändå godkänns som alternativ. För att behandla infertilitet på grund av en saknad livmoder har man även i Finland övervägt möjligheten till livmodertransplantationer.

BEHANDLING UTOMLANDS

Lagstiftningen om assisterad befruktning och behandlingspraxis vid barnlöshet avviker från varandra i olika länder. Marknadsföringen av behandlingar på internet och i sociala medier gör att par i allt högre utsträckning söker sig utomlands där de kan få en behandling som är förbjuden i hemlandet (till exempel surrogatmor, val av könsceller utan medicinska skäl eller köp av könsceller av en donator man själv har valt). Ibland söker man sig utomlands för att man av någon annan anledning (till exempel på grund av hög ålder hos kvinnan eller andra hälsorisker) inte fått behandling i hemlandet.

Också frågan om huruvida en läkare kan berätta om behandlingsmöjligheterna utomlands eller kan delta i förberedelserna inför behandlingen leder till etiska spörsmål, om behandlingen i fråga har nekats i det egna landet. Lagstiftaren förhåller sig negativt till medverkande i sådana behandlingar utomlands som enligt den nationella lagstiftningen är förbjudna. Etiskt sett är det otvetydigt att eventuella komplikationer och graviditeter efter sådana behandlingar ska behandlas adekvat utan att patienten skuldbeläggs. ■

Läs mer:

Social- och hälsovårdsministeriet: Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019.

Tervonen-Arnkil K, Sinkkonen J. Lapsen adoptio. Lääkärin käsikirja 3.7.2018

THL-statistik 2017-2018: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/assisterad-befruktning>

Tiitinen A. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. 13.9.2018.

Tulppala M. Lapsettomuus ja parisuhde. Finlands Läkartidning 2012;67:2081–86.

Unkila-Kallio L, Ranta V. Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin? Finlands

Ärftlighetsrådgivning

Ärftlighetsrådgivningen syftar till att ge objektiv information om risken för ärftliga sjukdomar och vilka möjligheter fosterdiagnostiken erbjuder som grund för familjens beslut på basis av värderingar och överväganden inom familjen.

Läkaren fungerar som neutral expert och tar inte ställning när en patient eller familj fattar beslut om till exempel familjeplanering, undersökning av bärare eller prediktiva genundersökningar.

Ärftlighetsrådgivningen syftar till att svara på informationsbehoven hos personer med ärftliga, vanligen sällsynta sjukdomar, eller risk för dessa. Särskilt eftersträvas att ge besked om huruvida de själva riskerar att insjukna eller att få ett sjukt barn. För att kunna ge ett sådant besked krävs vanligtvis en noggrann etiologisk diagnos av sjukdomen i fråga.

Det är inte alltid lätt för den behandlande läkaren att avgöra när den egna kunskapen och möjligheten att svara på ärftlighetsfrågor är tillräcklig. En vanlig orsak till att hänvisa en patient eller en familj till en genetisk specialist är att man behöver hjälp för att diagnostisera en sällsynt sjukdom eller medfödd funktionsnedsättning. Adekvat ärftlighetsrådgivning till patienten, familjen eller släkten lyckas vanligtvis inte i det sedvanliga patientarbetet, inte ens när sjukdomen och sättet hur den ärvs är kända. Rådgivning kräver mycket tid och utgör en dialog, där rådgivaren får klart för sig vilka för patienten viktiga frågor som behöver gås igenom och vilka eventuella missuppfattningar som behöver rättas till.

Det vanliga utgångsläget vid ärftlighetsrådgivning är att det i familjen eller hos frågeställaren redan finns en sjukdom som misstänks vara ärftlig och som ofta har en osäker diagnos. Rådgivningens uppgift är att ställa en exakt etiologisk diagnos samt utreda och åskådliggöra hur sjukdomen ärvs och risken för att den återkommer. Dessutom är det viktigt att dryfta situationen med frågeställarna och utreda foster- eller embryodiagnostikens möjligheter samt att planera och samordna behandling och hjälp till patienten och hans familj på lång sikt. Att diagnostisera sällsynta sjukdomar är svårt och kan kräva särskilda kunskapskällor samt genetisk expertis, vilket gör det nödvändigt att centralisera denna specialtjänst.

Rådgivningen strävar till att ge aktuell, opartisk information och att åskådliggöra fakta som grund för det beslut familjen fattar utifrån sitt eget övervägande och sina etiska värderingar. Diagnostiken måste ofta baseras på genetiska fynd vars innebörd man saknar säker kunskapsgrund om. Detta måste kommuniceras öppet. Läkaren bör fungera som neutral expert och inte ta ställning när en patient eller familj fattar beslut om till exempel familjeplanering, undersökning av bärare eller prediktiva genundersökningar. I patientjournalen antecknas rådgivningens förlopp och vad man talat om. Ett skriftligt sammandrag är för patienten ett viktigt stöd för minnet. Det är även till nytta vid patientens besök inom annan hälso- och sjukvård där man inte alltid snabbt har tillgång till uppgifter om sällsynta sjukdomar.

INFORMATION TILL SLÄKTINGAR

För ärftlighetsrådgivning kan läkaren vara tvungen att inhämta information om sjukdomar hos patientens nära släktingar. Trots att läkaren har vederbörandes tillstånd får hen inte för patienten röja de sjukdomsuppgifter hen fått från olika källor. Hen kan endast delge de slutsatser hen har dragit av dem.

Ibland är det även nödvändigt att undersöka patientens släktingar för att klarlägga hur sjukdomen ärvs. Också dessa släktingar kan ibland ha en förhöjd risk att insjukna i den aktuella sjukdomen. Kontakt med släktingar kräver patientens samtycke och släktingarna ska ingående informeras om anledningen till kontakten.

Patientfall

I en släkt gjordes kromosomundersökningar hos tänkbara bärare av en translokation som leder till en svår utvecklingsstörning. En moster till patientens mor ville emellertid inte vidarefördela information om vikten av en undersökning. Patienten själv hade inte kontakt med sina småkusiner, men oroade sig dock över deras eventuella kommande barn. Efter en tid fick hon veta namnet på en småkusin och trodde sig även ha hittat var småkusinen bodde. Då ärendet skulle ha varit svårt att förklara till en vilt främmande man, bad patienten läkaren att kontakta personen i fråga. Hur ska man förfara i ett fall som detta? Ska läkaren låta släktingarna sköta det hela, eller ska hen kontakta mannen med risk för att det är fråga om fel person?

Ännu besvärligare är kanske situationer där patientens släktingar är omedvetna om risken och patienten själv inte förmår eller vill vidarebefordra informationen till dem. (Se **Gentester**) Ett exempel på en situation där det kan anses etiskt befogat att aktivt erbjuda undersökning och rådgivning till släktingar är dominant ärftlig cancerbenägenhet. Vetskapen om risken att insjukna kan leda till att sjukdomen upptäcks tidigare med bättre prognos som följd. Oftast beslutar patienterna själva att berätta om risken för sina släktingar efter ett ingående samtal med ärftlighetsrådgivaren.

Trots att integritetsskyddet ska respekteras kan man på goda grunder anse att släktingens rätt att få veta om till exempel en livshotande sjukdom är mycket viktig. Enligt World Medical Associations (WMA:s) Lissabondeklaration gäller en patients rätt att vara ovetande inte i situationer där nekande till delgivning av information hotar en annan människas liv. (Se **Självbestämmanderätten och undantag från den**) I vissa länder är det möjligt att informera anhöriga till exempel genom cancerregistret eller enligt gängse praxis informera släktingens husläkare om situationen. I Finland gör man inte så här, utan brukar gå vidare med att informera släktingarna enligt patientens önskemål och med respekt för hens dataskydd. ■

Läs mer:

Proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. WHO 1998. WHO/HGN/GL/ETH/98.1.

Wertz D, Fletcher J ym. Review of ethical issues in medical genetics: report of consultants to WHO 2003. WHO/HGN/ETH/00.4.

Kääriäinen, H. Miten lääkäri kertoo potilaalleen geenitutkimuksesta? Finlands Läkartidning 2011;66:43–7.

Provision of Genetic Services in Europe – Current Practices and Issues. Recommendations of the European Society of Human Genetics.

Befolkningsförbundets ärftlighetsklinik. www.vaestoliitto.fi/perinnollisyys

Embryo- och fosterdiagnostik

Embryo- och fosterdiagnostiken syftar till att hjälpa familjer få ett friskt barn när man i familjen vet att det finns risk för en viss ärftlig sjukdom.

Utredningen för att konstatera en medfödd funktionsnedsättning görs i ett så tidigt skede av graviditeten att det fortfarande är möjligt att avbryta den om föräldrarna så önskar. Undersökningarna ska vara frivilliga och föräldrarna ska ges tillräckligt med information på förhand och fortlöpande under utredningens gång.

EMBRYODIAGNOSTIK

Embryodiagnostik avser undersökning av ett tidigt embryo som kommit till genom assisterad befruktning för att utreda om embryot har en allvarlig genetisk sjukdom. Syftet är att kunna föra in i livmodern friska embryon som inte har den undersökta egenskapen. Embryodiagnostik regleras i lagen om assisterad befruktning (1237/2006). Där konstateras att egenskaperna hos det barn som ska födas till följd av assisterad befruktning får påverkas genom val av embryon som har frisk arvs massa i fråga om en bestämd, allvarlig sjukdom. För att bestämma barnets kön får embryodiagnostik användas när parets egna könsceller används, om ett barn av motsatt kön skulle löpa avsevärd risk att få en allvarlig sjukdom.

Embryodiagnostik kan användas såväl i kända risksituationer vid sjukdomar i en enstaka gen och vid strukturella kromosomavvikelser samt i form av screening för att upptäcka kromosomavvikelser. Om familjen löper risk för att föda ett barn som är sjukt på grund av en konstaterad ärftlig sjukdom kan föräldrarna önska sig embryodiagnostik för att undvika en abort. I detta fall måste de använda sig av assisterad befruktning, även om graviditet hade varit möjlig även utan denna.

Med hjälp av embryodiagnostik är det ganska sannolikt att det föds ett friskt barn med hänsyn till den faktor som undersökts.

Behandlingen är tung för paret och krävande för den behandlande enheten. Å sin sida ses embryodiagnostik ofta som ett etiskt sett bättre alternativ än abort. Om en abort inte är möjlig på grund av parets livsåskådning och man använder parets egna könsceller är embryodiagnostik det enda sättet att undvika att en ärftlig sjukdom ärvs vidare i familjen.

Vid användning av embryodiagnostik för screening kan man med dess hjälp identifiera majoriteten av de vanliga obalanserade kromosomavvikelser och föra in i livmodern endast embryon som är friska i dessa hänseenden. Denna typ av screening används i samband med fertilitetsbehandlingar, i synnerhet vid behandling av barnlösa kvinnor över 35 år. Syftet är att förbättra resultatet av behandlingar med provrörsbefruktning.

Till skillnad från många andra länder tillåter lagen om assisterad befruktning i Finland användning av embryodiagnostik och urval av embryon vid allvarliga sjukdomar, men anger inte hurdan en allvarlig sjukdom är. Olika människor kan emellertid uppleva ett brett spektrum av tillstånd som allvarliga sjukdomar. I en klinisk situation kan olika tolkningar uppstå om vem som borde få behandling. Detta leder till ojämlikhet bland patienter i tillgången till behandling.

Det har framförts farhågor om att embryodiagnostik kunde användas för lindrigare sjukdomar eller screening av ett framtida barns egenskaper. Vår nuvarande lagstiftning tillåter inte ett sådant förfarande och genetisk information möjliggör ännu inte valet av många egenska-

per. De genetiska metoderna har utvecklats så att omfattande genetisk screening av embryon snart kan vara tekniskt genomförbar. I takt med att kunskapen ökar och tekniken utvecklas blir det allt viktigare att fundera över hur man vill använda sådana möjligheter.

FOSTERDIAGNOSTIK

Fosterdiagnostik innebär att foster undersöks för konstaterande av ärftliga sjukdomar och medfödd funktionsnedsättning. Dessa utredningar görs vanligen i ett så tidigt skede av graviditeten att det fortfarande är möjligt att avbryta den om föräldrarna så önskar. Abort i samband med fosterundersökningar är en ”accepterad behandling och/eller preventionsform” som enligt WHO:s rekommendationer är ett krav vid alla screeningar. (Se **Screeningundersökningar**) Fosterundersökningar bör vara tillgängliga på lika villkor för alla oberoende av familjens inställning till abort. Undersökningarna ska vara frivilliga och föräldrarna ska ges tillräckligt med information i förväg och fortlöpande under utredningens gång för att de själva ska kunna fatta ett beslut.

Fosterdiagnostik kan bli aktuell i olika situationer:

- I en del familjer är man på förhand medveten till exempel om risken för utvecklingsstörningar på grund av att ett tidigare barn har en ärftlig sjukdom eller någon av föräldrarna är bärare av den. Då görs fosterdiagnostik på föräldrarnas önskan för att konstatera eller utesluta just denna bestämda utvecklingsstörning hos fostret. Initiativet kommer oftast från föräldrarna.
- Hälsovården erbjuder alla gravida kvinnor vissa screeningundersökningar.

Screeningundersökningarna som görs inom den offentliga hälso- och sjukvården kan tolkas som ett ställningstagande för screeningar, vilket kan resultera i att undersökningen kanske inte alltid betraktas som frivillig. I Finland erbjuds alla gravida personer två ultraljudsundersökningar med stöd av statsrådets förordning om screening (339/2011). Den första undersökningen kopplas samman med screening av kromosomavvikelser genom kombinerad screening under tidig graviditet eller alternativt genom serumscreening under den andra graviditetstrimestern.

När fosterscreening erbjuds har familjen vanligtvis ingen tidigare personlig erfarenhet av barn med funktionsnedsättningar och har inte berett sig på en sådan möjlighet. Redan medvetenheten om en förhöjd risk vid den första screeningen av kromosomavvikelser medför oro och rädsla för att barnet ska ha någon funktionsnedsättning. Som en uppföljningsundersökning kan familjen välja mellan screening av de vanligaste kromosomsjukdomarna i en NIPT-undersökning (non invasive prenatal test) av moderns blod eller ett invasivt fostervatten- eller placentaprov, eller att inte göra några undersökningar alls. Oron kan dock i uppföljningsundersökningarna visa sig vara obefogad, då de oftast ger ett normalt resultat. Man måste dock vänta på beskedet. I slutändan får bara en del av de gravida ett avvikande resultat och drar därmed nytta av screeningstudien. Vid planering av screeningprogram är det viktigt att reservera tillräckliga resurser för rådgivning till familjerna.

De viktigaste fosterdiagnostiska undersökningsmetoderna är ultraljudsundersökning, fostervattenprov och placentaprov, samt allt oftare icke-invasiv fosterundersökning av moderns blodprov. Om en utvecklingsstörning konstateras i samband med utredningen ska ärftlighets-

rådgivningen erbjuda föräldrarna tillräckligt med information om vad den konstaterade avvikelserna innebär i barnets liv. På så sätt kan de förbereda sig på att få ett sjukt barn eller ansöka om tillstånd att avbryta graviditeten, om de så önskar. I vissa fall kan ett foster med en konstaterad sjukdom behandlas före födelsen.

BESLUTET ÄR FAMILJENS

Den etiska diskussionen i samband med fosterdiagnostik kretsar ofta kring abortfrågan. Enligt den gällande lagen om avbrytande av havandeskap (239/1970) är abort med tillstånd av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) möjlig på grund av misstänkt sjukdom eller kroppsslyte hos fostret till utgången av vecka 20 och på grund av en sjukdom eller kroppsslyte hos fostret som konstateras genom en tillförlitlig undersökning ännu under graviditetsveckorna 21–24. Fosterdiagnostiken inriktas mestadels på svåra störningar och störningar som ofta orsakar utvecklingsstörningar. Det är föräldrarna och vid menings-skiljaktighet modern som har rätt att avgöra om abort söks eller om graviditeten får fortsätta. (Se [Förebyggande och avbrytande av graviditet](#)) För aborter som görs på grund av fostret har man inte i detalj specificerat för vilka sjukdomar abort kan utföras, såsom man inte gjort för embryodiagnostik heller. Tolkningen av vad som utgör en allvarlig sjukdom ligger därför hos paret, den behandlande läkaren och i slutändan hos Valviras tvärprofessionella nämnd, som beslutar i frågan.

Det är läkarens uppgift att i oklara fall bedöma sannolikheten för en utvecklingsstörning, redogöra för fosterdiagnostikens möjligheter och begränsningar, förklara vad undersökningsresultatet betyder samt bedöma situationen tillsammans med familjen. Behovet av rådgivning är särskilt stort när den konstaterade utvecklingsstörningens svårighetsgrad och andra uttrycksformer är oklara. De konstaterade sjukdomarna är vanligtvis okända för föräldrarna och därför är det en utmaning att tillhandahålla rådgivning som täcker hela livscykeln. Läkaren är en opartisk expert som hjälper föräldrarna att komma fram till egna självständiga beslut om undersökningar och fortsatta åtgärder enligt deras värden och livssituation. (Se [Ärftlighetsrådgivning](#))

Diskussionsväckare

Embryodiagnostik och människovärde?

I Finland tillåter lagen inte val av embryon så att familjen ska kunna få två barn med liknande vävnadsantigen. Detta behov uppstår när det i familjen finns ett sjukt barn vars behandling skulle kräva stamceller med liknande vävnadstyp. I många länder används embryodiagnostik i detta syfte. Att stamceller tas skadar inte det ofödda barnet, men de som motsätter sig anser att val av embryon är nedsättande och objektiviserande för barnets människovärde. Enligt förespråkarna ökar detta snarare det ofödda barnets värde eftersom det utöver det människovärde som tillhör varje människa även kan rädda sitt äldre syskon. Familjer som lever i en sådan situation önskar att denna behandlingsform skulle finnas även i Finland. ■

Läs mer:

- Clarke A, Wallgren-Pettersson C. Etiikka ja sairauksien geneettiset aspektit, s. 411-432 kirjassa Lääketieteellinen genetiikka, Aittomäki K, Moilanen J, Perola M. (red.), Kustannus Oy Duodecim, 2016.
- Dondorp et al. Non-invasive prenatal screening for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. Eur J Hum Genet 2015; 23 (11):1438-1450.
- Proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. WHO 1998 WHO/HGN/GL/ETH/98.1.
- Houtsonen A. Alkiodiagnostiikan terapeuttinen käyttö pitäisi määritellä. Finlands Läkartidning 2013;44:2826-7.
- Hydén-Granskog C, Anttonen AK, Tiitinen A. Alkiodiagnostiikan nykytilanne. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2018; 134 (22): 2189-2196.
- Louhiala P. (red.). Puolesta ja vastaan: Sikiöseulonnat ja asenteemme vammaisia kohtaan. Kirjoittajina Vehmas S, Heinonen S, Mäki O ja Könkkölä K. Suomen Lääkärilehti 2004;59:809-13.
- Saarela T. Kenet kuuluu lähettää perinnöllisyysneuvontaan? Suomen Lääkärilehti 2019;74:887-9.

Genforskning och genterapi

Genforskning kan i många avseenden jämföras med grundforskning och är inte heller förenad med några särskilda etiska problem. Hur forskningsresultaten tillämpas är däremot en etisk fråga.

Somatisk genterapi är etiskt sett möjlig, men genterapi i arvslinjen är åtminstone hittills förbjuden på grund av risken för långtgående konsekvenser.

Med ökande möjligheter inom genetikerna måste vi se till att människorna även har möjlighet att inte veta om sina hälsorisker, och att uppgifter om arvsanlag inte används i diskriminerande syfte.

Molekylärgenetikens utveckling har gett oss nya, effektiva verktyg för att undersöka människans arvs massa och tillsammans med allt mer avancerade fertilitetsbehandlingar även för ingrepp i den. Detta har gett upphov till en bred debatt och oro över de biologiska risker och etiska dimensioner som ingrepp i människans arvs massa innebär. Oron är befogad, även om den delvis bygger på missuppfattningar.

Många av de frågor som ses som genetikens särskilda problem rör även andra livsområden än de medicinska. Redan långt före den moderna genetikens uppkomst har man försökt påverka de ärftliga egenskaperna hos växter och husdjur. Genetiken förknippas ibland med mystiska eller religiösa hotbilder som följer av att den ingriper i den naturliga eller gudomliga ordningen. Det finns också hotbilder baserade på biologi, då det är svårt att förutsäga effekterna av genetiska förändringar på ekosystemen, särskilt när förändringar ärvs och korsas. Effekterna av hotbilderna visar sig till exempel i de starka känslor och det motstånd som modifierade växter väcker.

Genforskningens mål är huvudsakligen grundforskningsinriktade. Målet är att hitta gener och identifiera faktorer som inverkar på deras funktion och reglering. Med hjälp av genundersökningar får vi ökad kunskap och kan numera diagnostisera många sällsynta ärftliga sjukdomar. Vi får även ökad kunskap om de genetiska dispositioner som ligger bakom van-

liga folksjukdomar. Dessutom erbjuder utvecklingen information om sjukdomars patogenes och skapar därigenom möjligheter för utveckling av läkemedelsbehandlingar.

Identifiering av sjukdomsgener eller ny insikt i sjukdomars patogenes är inte oetiskt om man inte tänker att denna forskning undantränger andra viktigare delområden inom medicinsk forskning. Det goda och det onda i genforskning kommer med i bilden först med tillämpningarna: för vad och hur forskningsresultaten används. (Se [Gentester](#))

Exempel på möjligheter att utnyttja genetisk kunskap som väcker etiska frågor:

- Noggrann identifiering av individer och släktskapsförhållanden.
- Möjlighet att förutse risker för insjuknande långt in i framtiden, vilket även externa aktörer kan ha intresse för.
- Möjlighet att få denna information på ett enkelt sätt ur ett mycket litet vävnadsprov, till och med utan att individen själv märker det.

Med ökande möjligheter inom genetiken måste vi se till att kunskapen inte missbrukas. Det finns fara för att risken för insjuknande obefogat används för diskriminering eller att möjligheten att screena för sjukdomar i förväg till exempel med genundersökningar på foster ökar diskrimineringen av sjuka personer och personer med funktionsnedsättningar överlag.

GENETISK INTEGRITET

Många av de tänkbara sätten att utnyttja den allt mer omfattande kunskapen om generna tangerar människans genetiska integritet. Man kan diagnostisera ärftliga sjukdomar vid normal diagnostik, men också redan innan sjukdomen har brutit ut. Detta är förknippat med komplexa och svåra etiska problem.

Man kan även leta efter bärare av recessivt ärftliga sjukdomar antingen bland patienternas släktingar eller genom screening av befolkningen. (Se [Screeningundersökningar](#)) Att lägga upp undersökningar av detta slag förutsätter grundligt övervägande och utförlig information för att friska människor inte ska uppleva att de stämplas som sjuka eller avvikande. Ett annat mål är att göra det möjligt att bedöma risken för insjuknande i vanliga sjukdomar som kranskärslssjukdom eller diabetes genom att identifiera upp till miljontals skyddande och predisponerade genvarianter genom tester av hela genomet.

Något som kan bli aktuellt närmast är åtgärder som bygger på kunskaper om genomet, bland annat att motverka dispositionen för kranskärslssjukdom genom diet och medicinering som inleds redan i barndomen. Ännu svårare än att bedöma hälsnytta är att avgöra om det gör oss lyckligare att känna till riskerna och bemöda oss om hälsan under många årtionden? Hälsa är inte det enda värdet i livet. Allt mer avancerade genundersökningar framhäver behovet av en diskussion om vilken rätt människan har att vara omedveten om sina hälsorisker. (Se [Hälsofrämjande och hälsorådgivning](#))

GENTERAPI

Ärftliga sjukdomar är ofta livslånga och ger allvarliga symtom. Såväl läkare som patienter hoppas på att behandlingarna ska utvecklas. För en del sjukdomar har genforskningen resulterat i bättre behandlingsmetoder. Dessa metoder är dock ofta så dyra att behandlingarna är möjliga endast inom hälso- och sjukvården i de rikaste länderna. Somatisk genterapi skulle kunna vara en mer beständig och eventuellt billigare lösning: den defekta genen i den sjuka organismen ersätts av en fungerande gen. Med CRISPR-Cas9-tekniken har denna möjlighet väckt ett stort hopp och tvivel. Somatisk genterapi är i princip inte heller förknippad med fler etiska problem än till exempel blodtransfusion. Man måste dock kunna visa att behandlingarna är säkra och att de tekniska och ekonomiska detaljerna kan lösas på ett rimligt sätt.

Vissa ärftliga sjukdomar orsakar avsevärt lidande, bristande funktionsförmåga och även höga kostnader både för individen och samhället. Dessa sjukdomar kunde i princip botas om den defekta genen reparerades redan i könscellen eller det tidiga embryot. Med modern teknologi kan detta vara möjligt inom en snar framtid, men hittills har man på grund av många okända risker inte gjort det. Manipulering av ett tidigt embryos gener är moraliskt problematiskt: Vilka strukturella förändringar och brister vore etiskt godtagbara att åtgärda? Åtgärderna skulle kunna leda till att förbättra normala egenskaper för människor.

Tills vidare är genterapi eller genmanipulation i arvslinjen till exempel förbjuden i alla västländer. Principfrågorna väcker oro, liksom även metodernas osäkerhet, samt att deras utveckling skulle kräva etiskt betänkliga tester.

Patientfall

Småkusiner med dolda anlag för ärftlig tidig retinopati planerar att grunda familj tillsammans. Då de har samma sjukdom, som orsakas av en genetisk defekt som ärvt från båda föräldrarna kommer alla deras barn att ärva sjukdomen. Paret hoppas kunna rätta till genfelet i embryot. Detta kan inte utlovas till dem under de kommande åren, då det inte är tillåtet att reparera generna i arvslinjen. Å ena sidan testas redan lindring av symtom på retinopati genom genterapi, så de barn som föds kunde få behandling i sinom tid. Å andra sidan skulle risken för sjukdomen kunna undvikas med donerade spermier eller ägg.

Vetenskapsvärlden är enig om vissa åtgärders etiska problematik. Att kлона en människa eller skapa hybrider av människor och djur är förbjudet i lag även i Finland. ■

Läs mer:

Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R, Pietarinen J. Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus 2002.

Räikkä J, Rossi K. Geenit ja etiikka. Kysymyksiä uuden geeniteknologian arvoista. WSOY 2002.

<https://www.nuffieldbioethics.org/news/press-release-joint-statement-on-the-ethics-of-heritable-human-genome-editing>

European Society of Human Genetics (ESHG). <https://www.eshg.org/index.php?id=home>

International Federation of Human Genetics Societies (IFHGS). <http://www.ifhgs.org/>

Barn och unga

Barn och unga behöver särskilt skydd och särskilt stöd såväl av samhället som av läkarna för att deras grundläggande rättigheter ska tryggas. En läkare har ofta genom sitt yrke en betydande möjlighet – och därigenom skyldighet – att främja och bevaka barnets bästa och dess möjligheter till en harmonisk utveckling.

Läkaren måste ta hänsyn till barnets bästa samt till föräldrarnas rättighet att i vissa situationer fatta beslut å barnets vägnar. När det gäller unga människor är deras med åldern ökande förmåga och rätt att bestämma själva det centrala: ur etisk synvinkel är gränsdragningen för när man kan bestämma själv inte en fråga om enkla åldersgränser utan läkaren måste göra en bedömning på individnivå.

Att upptäcka och ingripa när ett barn far illa är en viktig skyldighet. Diskussionerna kring omskärelsen av pojkar belyser många av de etiska frågor som hör ihop med behandlingen av barn.



Barn och ungdomar som patienter

Läkaren måste samtala om vården med barnet och ta hänsyn till barnets åsikter i relation till barnets ålder, utveckling och situation.

Barnet har rätt till föräldrarnas närvaro och omsorg under vården. Beslut om vården ska fattas i samförstånd med föräldrarna. Samtidigt ska barnets och den unga personens integritet beaktas. Föräldrarna har inte rätt att neka barnet vård om det finns risk för att barnet dör eller blir skadat.

Under 1900-talet har barnets ställning i samhället förändrats avsevärt. Spädbarnsdödligheten har minskat och genom vaccination har många av världens barnsjukdomar praktiskt taget försvunnit. I Finland övervakas barns och ungdomars hälsa regelbundet på rådgivningen och inom skolhälsovården. De flesta av barnen är friska och mår bra. Hälsoskillnader är dock ett problem redan i barndomen.

Vid alla åtgärder som gäller barn och unga personer ska barnets eller den unga personens bästa sättas främst. Läkaren ska förhålla sig ärligt och öppet och visa respekt för barnets person, samt tala med barnet om sjukdomar och behandlingar på ett sätt som barnet kan förstå.

BARNETS SJÄLBESTÄMMANDERÄTT

I patientlagen (785/1992) konstateras att en minderårig patients åsikter om en vård- eller behandlingsåtgärd skall utredas, om det med beaktande av patientens ålder eller utveckling är möjligt. Om en minderårig patient är kapabel att besluta om sin behandling, ska vården

ske i samförstånd med patienten. Om en minderårig patient inte kan fatta beslut om vården, ska hen vårdas i samråd med sin vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. Detta är den juridiska och etiska grundprincipen vid vården av minderåriga.

Informerat samtycke till en vårdåtgärd förutsätter förutom förmåga att förstå åtgärdens betydelse, fördelar och nackdelar även förmågan att fatta rationella beslut. Ett barns förmåga att ta ställning till sin behandling ska bedömas i förhållande till barnets utvecklingsnivå och den behandlingsåtgärd beslutet gäller.

Ett barns förmåga till självbestämmande ökar med åldern. Ett litet barn förstår åtgärdernas omedelbara följder mer konkret, men kan vanligen inte ta helhetsansvaret för behandlingen av sin sjukdom och kan därmed inte ge sitt oberoende informerade samtycke till sin behandling. Barnets förmåga att förstå betydelsen av en behandling eller undersökning kan främjas till exempel genom olika metoder som bygger på lek och bilder. På så sätt kan barn under skolåldern delta i diskussionen om sin vård. Förmågan att fatta självständiga beslut varierar beroende på barnets mognad och sammanhanget. Ett lågstadiebarn kan mycket väl komma överens om och ansvara för mindre besök hos skolhälsovården tillsammans med en hälsovårdare. Vid kroniska och allvarliga sjukdomar är barnets vårdnadshavare oftast barnets bästa stödperson. Ju allvarligare sjukdom barnet lider av, desto viktigare är föräldrarnas deltagande under barnets besök hos hälsovården. Tonåringar har ofta lättare att förstå en sjukdoms följder på sikt, men samtidigt är unga människors tankevärld ofta förbehållslös och svartvit samt präglas av en tro på den egna osårbarheten och ett fokus på det egna jaget här och nu. Detta kan försvaga den unga människans beredskap att fatta beslut. Hens förmåga att ta ansvar för beslut kan också fortfarande saknas. Hens beslut kan även vara i konflikt med det som hen på sikt skulle kunna se som sitt bästa.

En läkare kan vara tvungen att överväga sin barnpatients vilja och förmåga till självbestämmande. Vid bedömningen av patientens mognad kan läkaren komma till en annan slutsats än den unga personen skulle önska. Man bör dock komma ihåg att en överdriven betoning på autonomi kan leda till utsättande, varvid ett barn eller en ung person kan lämnas ensam med sin sjukdom. Ungdomar behöver också ofta stöd och tröst av en vuxen för behandlingen av sin sjukdom. En god relation med de egna föräldrarna stöder barn och unga i deras tillväxt och utveckling även när de är sjuka.

BARNETS OCH FÖRÄLDRARNAS RÄTTIGHETER

Enligt Förenta Nationernas (FN) konvention om barnets rättigheter, ratificerad av Finland, får ett barn inte skiljas från sina föräldrar mot sin vilja utom i särskilda fall, bl.a. om föräldrarna misshandlar eller försummar barnet. Den grundläggande rätt till föräldrarnas eller vårdnadshavarens närvaro och omsorg som ett barn eller en ung person har ska respekteras även vid mottagningsbesök och sjukhusvård. Föräldrarnas närvaro och omsorg är av central betydelse även under långvarig sjukhusvård. Skyldigheten att göra det möjligt för föräldrarna att vara med sjukt barn under behandlingen ställer läkaren, vårdorganisationen och samhället inför utmaningar.

Om barnet själv inte kan besluta om sin vård ska vården ske i samråd med barnets vårdnadshavare. I brådskande fall kan vården inledas utan föräldrarnas samtycke. Enligt patientlagen har vårdnadshavaren inte rätt att förbjuda sådan vård som behövs för avvärijande av fara som hotar en minderårig patients liv eller hälsa. Om föräldrarna förbjuder nödvändig vård ska läkaren handla med tanke på den minderåriges bästa, vid behov oberoende av föräld-

rarnas vilja. I problematiska situationer kan man vända sig till barnskyddsmyndigheten och överväga omhändertagande av barnet.

Om en ung person vill undanhålla vården för sina föräldrar, ska hens vilja i allmänhet respekteras. En typisk situation är när en minderårig flicka kommer för att göra abort. Lagen om avbrytande av havandeskap (239/1970) förutsätter inte föräldrarnas tillstånd till ingreppet. Det är då viktigt att samtala med den unga kvinnan och klargöra eventuella skadliga konsekvenser av hemlighållandet. I denna situation behöver hon en vuxens råd och stöd. Hon bör hänvisas till en yrkesperson, till exempel socialarbetare eller läkare, som hon förtroendefullt kan vända sig till. Man måste främja en öppen och ärlig diskussion mellan barn och föräldrar, men å sin sida kan barnet ha en välgrundad anledning att hemlighålla sin behandling. (Se [Förebyggande och avbrytande av graviditet](#))

Ett barn som allvarligt äventyrar sin hälsa till exempel genom att använda alkohol, droger eller andra medel är i behov av särskild omsorg. Situationen ska i första hand utredas i samråd med föräldrarna för att ge barnet nödvändig vård. Vanligtvis krävs även samarbete med barnskyddsmyndigheterna. (Se [Patienter med missbruksproblem](#))

BARNETS OCH FÖRÄLDERNS RÄTT TILL INFORMATION SÄTKOMST OCH KANTA-ARKIVET

Elektroniska patientdatasystem har gjort det möjligt att granska hälsouppgifter på webben. Kanta-arkivet och Mina Kanta-sidorna, som utvecklats i Finland, gör det möjligt för föräldrar att sköta sina minderåriga barns hälso- och sjukvårdsärenden. Att utveckla tjänster för hantering av en annan persons ärenden har sina utmaningar, då systemens stielhet inte alltid tillåter att barnets vårdnadshavare får se uppgifterna. I utvecklingen måste man utöver att beakta föräldrarnas rätt till information, även ta hänsyn till barnets självbestämmanderätt och rätt att förbjuda visning av information till sin vårdnadshavare i Mina kanta-tjänsten. Vid utvecklingen av tjänster för att sköta andras ärenden var man i början tvungen att begränsa visningen av barnets uppgifter till upp till tio års ålder. Sedan dess har man lagt till ett verktyg i Kanta-arkivet och patientdatasystemen som kan göra ett minderårigt barns uppgifter tillgängliga för vårdnadshavare. Detta gäller i situationer där barnet inte är tillräckligt moget att själv bestämma sig för att behandla en sjukdom som upptäckts på mottagningen, eller då ett barn som är moget att besluta om sin behandling inte nekar till att visa uppgifter om ärendet till sina vårdnadshavare. Verktiget kräver hälsovårdspersonalens bedömning av barnets mogetad för beslutsfattande. (Se [Patienthandlingar](#))

OM FÖRÄLDRARNA ÄR OENSE OM ATT TA HAND OM ETT BARN

Enligt lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt (361/1983) fattar föräldrar gemensamt beslut som gäller barnet. Under 2019 gjordes betydande ändringar i lagen gällande föräldrarnas skyldigheter. Problem kan uppstå om föräldrar är oense om hälso- och sjukvårdsfrågor. En förälder kan till exempel motsätta sig en vaccination av barnet, medan den andra föräldern godkänner vaccinationen. Ska barnet vaccineras eller inte? Man kan inte fråga ett litet barn om hens åsikt. Till skillnad från behandlingen av en vuxen patient som saknar samtyckesförmåga anger patientlagen inte vem som bestämmer och hur man ska besluta om behandlingslinjen ifall barnets officiella vårdnadshavare är oense. Vaccinationers inverkan på barnets hälsa är vetenskapligt bevisad, och största möjliga vaccinationstäckning påverkar

spridningen av sjukdomar. Därför är vaccination av barn motiverad med tanke på individens och samhällets förmån.

I sitt beslut i december 2019 konstaterade riksdagens justitieombudsman att om den ena föräldern motsätter sig vaccination och hens ställning är känd för vårdpersonal ska barnet inte vaccineras. Justitieombudsmannen bad emellertid sjukvårdens yrkesanställda observera att det inte finns klara bestämmelser för dylika situationer. Frågan uppmärksammades även av social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp som utrett hur vaccinationsverksamheten kan utvecklas. När man utvecklar lagstiftning är det skäl att ange hur man ska väga å ena sidan barnets bästa och å andra sidan vårdnadshavarnas beslutsmakt, när dessa står i konflikt med varandra. (Se [Vaccinationsetik](#))

ETT BARN S DÖD

Läkare som vårdar barn och unga ställs ibland i situationer där de måste besluta om huruvida man ska fortsätta med livsuppehållande vård eller avsluta den. Även här ska rättesnöret vara barnets eller den unga personens bästa. Vårdbesluten fattas av läkaren på medicinska grunder i samråd med föräldrarna eller vårdnadshavarna. I detta hänseende skiljer sig inte de etiska grunderna för medicinska vårdbeslut från annan medicinsk vård av barn och unga. Föräldrarnas medverkan i beslutsfattandet ska anpassas individuellt utifrån situationen och svåra beslut får inte skjutas över på föräldrarna ensamma. (Se [Särskilda etiska frågor som gäller nyfödda, Intensivvård](#))

Allvarligt sjuka barn och ungdomar och deras familjer ska informeras om sjukdomen på ett ärligt och begripligt sätt. Även svårare frågor, såsom förestående död, ska tas upp med föräldrarna. Samtalen med ett barn ska anpassas efter barnets ålder, personlighet och sjukdomens art. Också frågan om att överhuvudtaget ta upp frågan om döden med barnet måste bedömas mot bakgrund av hur detta inverkar på kvaliteten på barnets återstående liv. Det kan speciellt för en obotligt sjuk tonåring vara viktigt att delta i besluten. (Se [Då döden nalkas, Lindringsvård i livets slutskede](#))

Föräldrarna behöver stöd under dessa svåra avgöranden, och varken besluten eller omställningarna i vården får påskyndas. Det är också viktigt att ge familjen tid att umgås med patienten. Läkaren ska också avsätta tid att möta den döende unga patienten och hans familj. För familjen och, beroende på situationen, också för den unga patienten bör nödvändigt psykiskt, socialt och andligt stöd ordnas. Familjens övriga barn ska beaktas i enlighet med deras ålder och utveckling. God holistisk vård omfattar dessutom ett möte med familjen 1–2 månader efter att barnet eller den unga personen har dött där syftet är att utreda eventuella frågor och fortsatta behov.

MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR SOM INVOLVERAR MINDERÅRIGA

I vården av barnpatienter måste man ofta använda läkemedel vars effekter och säkerhet är noga undersökta endast bland vuxna patienter och vars inverkan på den omogna kroppen därför inte är känd i tillräcklig omfattning. Situationen är etiskt sett problematisk, då barn har rätt att få och läkaren är skyldig att ge endast sådan vård som är vetenskapligt beprövad, trygg och effektiv. Å sin sida kommer barnet inte att dra nytta av att behandlingen utvecklas, om inte effekten och säkerheten hos nya läkemedel är kända eller studerade hos barn. Med

tanke på målet om bästa möjliga vård för barnet är det därför viktigt att läkemedel och annan behandling studeras även hos barnpatienter.

Europaparlamentets och -rådets förordning om läkemedel för pediatrik användning, som trädde i kraft 2007 förpliktar läkemedelsindustrin att undersöka alla läkemedel för vuxna som man ansöker om marknadsförings- och försäljningstillstånd för även på barn och unga, om EU:s läkemedelsmyndigheter anser att läkemedlet är nödvändigt för dem. Nya läkemedel får vanligtvis inte längre försäljningstillstånd inom EU om de inte har studerats på barn. Barnläkemedelsförordningen har ökat antalet undersökningar av nya läkemedel hos barn och tidigare lanserade läkemedel för barn.

Kliniska studier på barn är etiskt sett problematiska med tanke på barns särskilda sårbarhet, kroppens tillväxt och utveckling, och en ökande men ofta bristfällig beslutsförmåga på varierande utvecklingsnivå. Å sin sida har barn, liksom vuxna, rätt att få bästa möjliga vård. Barnets välbefinnande och hälsa tas bäst om hand om behandlingen av deras sjukdomar utvecklas enligt medicinska principer. På så vis garanteras rättvisa och jämlikhet. Internationella avtal och finsk lagstiftning ställer särskilda villkor på undersökningar som involverar barn (se Etiska principer i klinisk forskning). Då barns självbestämmandeförmåga varierar från individ till individ måste man rikta särskild uppmärksamhet till att även muntligen informera barnet och hans vårdnadshavare om deltagande i en undersökning, samt ge tid och möjlighet att fråga och överväga deltagande på ett tillräckligt mångsidigt sätt.

För att delta i medicinsk forskning krävs ett skriftligt samtycke från barnet eller hans vårdnadshavare. Ibland är det oklart om bägge vårdnadshavares samtycke krävs för utredningen. I sitt beslut Dnr 2983/4/07 har riksdagens justitieombudsman uppgett att samtycke bör begäras av båda vårdnadshavarna. Problem uppstår om föräldrarna är av olika åsikt. Ett barns egen uppfattning bör inverka på om ett barn överlag tas med i undersökningen och om ena föräldern motsätter sig barnets deltagande är det skäl att överväga ett uteslutande av barnet från studien. Att definiera ett barns bästa i samband med medicinsk forskning är mycket svårt, med tanke på forskningsråd och slutresultat samt potentiella risker och nackdelar.

Om den minderårige har fyllt 15 år och har förmåga att förstå forskningens betydelse kan hen enligt lagen med vissa förutsättningar själv lämna sitt skriftliga informerade samtycke till undersökningen. Skriftligt samtycke krävs också av en minderårig som deltar i en undersökning och som inte får undersökas utan samtycke från sin vårdnadshavare eller ett annat juridiskt ombud, men som kan bilda sig en uppfattning och bedöma de uppgifter som hen fått om undersökningen. (Se [Etiska principer i klinisk forskning](#))

BARNENS HÄLSA OCH SAMHÄLLET

Frågan om prioriteringen av resurserna inom hälso- och sjukvården för barn är viktig för samhället. Merparten av vårdresurserna används att vårda en mycket liten grupp patienter, det må gälla barn eller vuxna. Samtidigt är eller blir många betydande hälsoproblem såsom övervikt, missbruk och psykiska problem vanliga hos barn och unga. Förebyggande eller effektiv behandling av dessa hälsofaror skulle ha långtgående effekter.

Att sörja för barnens och de ungas välmående ses allmänt som en av samhällets viktigaste uppgifter. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter ska barn åtnjuta särskilt skydd. Prioritering av förebyggande och behandlande åtgärder inriktade på barn och unga har motiverats genom att dessa åtgärder ger jämlika möjligheter åt vederbörande och de ger stora effekter, då de inverkar under en lång förväntad livstid. Situationen är dock såtillvida problematisk att patientens ålder inte utgör någon etiskt hållbar prioriteringsgrund. (Se [Prioritering i vården](#))

Läs mer:

Helin M. Lapsi ja vajaakykyinen potilaana. *Finlands Läkartidning* 2003;58(40):4025–28.

Rokotustoiminnan kehittämistä selvittäneen työryhmän loppuraportti. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:39.

WMA. Declaration of Ottawa on Child Health. (1998) 2009.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-ottawa-on-child-health/>

Särskilda etiska frågor som gäller nyfödda

De svåraste etiska problemen gäller behandling av mycket små prematurer eller barn med svåra strukturella avvikelser samt frågan om när man kan avstå från upplivningsförsök eller intensivvård. Då den nyfödda inte själv kan bevaka sina rättigheter måste läkaren överväga behandlingsbeslut med barnets bästa för ögonen.

Världshälsoorganisationen (WHO) definierade år 1987 gränsen för födelse till en graviditet som varat minst 22 veckor (> 22 + 0) eller där barnets födelsevikt är minst 500 gram. Födandet av ett levande barn är oberoende av graviditetens längd och barnets födelsevikt alltid en förlossning. Man kan sällan med säkerhet bedöma prognosen för ett barn som föds mycket för tidigt eller väger mycket lite. Prognosen är beroende av många faktorer, vilket gör det svårt att definiera generella behandlingslinjer.

Tack vare förbättrad fosterdiagnostik kan många strukturella avvikelser och allvarliga sjukdomar hos den nyfödda konstateras redan under graviditeten. (Se [Embryo- och fosterdiagnostik](#)) Särskilt svårt blir det när fostret vid en långt framskriden graviditet konstateras ha en svår skada eller sjukdom som avsevärt försämrar livskvaliteten, men där man inte kan förutse hur livsdugligt barnet kommer att vara.

PRINCIPER FÖR VÅRDBESLUT

Föräldrarna är sitt barns lagliga företrädare. Förutsättningen för en bra och lyckad vård är att barnet vårdas i samförstånd med föräldrarna. Om läkarens och föräldrarnas åsikter skiljer sig mycket från varandra uppstår problematiska situationer. Födelsen av ett sjukt eller mycket för tidigt fött barn i familjen är ofta en stor chock för barnets föräldrar. För att vänja sig vid den nya situationen behöver de mycket stöd från vårdpersonalen. Föräldrar kan ha svårt att bygga en relation till ett barn som de är rädda att förlora. De kan också ha orealistiska förhoppningar om ett barns prognos. Ibland kan det vara överväldigande för föräldrar att ge tillstånd till att avsluta aktiv vård.

Patientlagen (785/1992) anvisar att ett barns föräldrar inte har rätt att förbjuda sådan vård som behövs för avvärjande av fara som hotar barnets liv eller hälsa. Så här är fallet om föräldrarna har en stark religiös övertygelse som förbjuder vissa åtgärder, såsom blodtransfusion. Vårdbeslut fattas dock utgående från barnets bästa och vid behov med stöd av barnskyddets beslut.

En mer utmanande situation är om man på grund av en dålig prognos måste överge den aktiva vården av ett svårt sjukt nyfött barn och föräldrarna motsätter sig att ge upp behand-

lingen. Sådana situationer kan uppstå till exempel när ett nyfött barn diagnostiseras med en mycket sällsynt ärftlig sjukdom för vilken det inte finns någon behandling och vars prognos är dålig. Barnet kan också ha en strukturell avvikelse som inte kan korrigeras eller vars behandlingsprognos är mycket dålig. Varje barn är en individ och familjen reagerar individuellt, så i svåra situationer bör hela vårdgemenskapen överväga dels nyttan med åtgärden, dels undvikandet av skada samt de olika parternas rättigheter och autonomi.

Grunden till behandlingen av en barnpatient består av tillgängliga forskningsdata och behandlingens effektivitet. Det görs relativt få undersökningar som riktar sig till barn, och i många behandlingar kan forskningsdata vara ofullständiga. Forskningsarbetet är nödvändigt för att barn ska kunna få effektiva behandlingar i framtiden. (Se [Etiska principer i klinisk forskning](#)) Nyfödda ska vårdas med respekt för deras människovärde. Onödiga åtgärder ska undvikas. Att avbryta upplivningsförsök och annan vård som upprätthåller livsfunktionerna som visat sig verkningslösa är också att visa respekt för människovärdet.

Man måste komma ihåg att föräldrarnas och vårdpersonalens uppfattning om en god eller acceptabel livskvalitet och barnets bästa kan vara mycket olika. Funktionshinder och invaliditet kan inte i sig utgöra en grund till att avsluta behandlingar. Med olika slags stöd kan personer med funktionshinder ha en lika givande och värdefull som andra, stöds på olika sätt. Att rikta tidiga stödåtgärder till familjer där ett barn behöver mer vardagsstöd än vanligt garanterar på många sätt både familjernas och barnens välbefinnande samt stöder barnets tillväxt och utveckling i hans egen takt. Religiösa och kulturella skillnader bör beaktas. Gränserna för behandling anvisas i lagstiftningen och i enlighet med allmänt accepterade etiska principer och påverkas av ökade medicinska möjligheter i takt med teknisk utveckling.

ATT AVSTÅ FRÅN UPPLIVNING ELLER INTENSIVVÅRD AV ETT NYFÖTT BARN

Om fostret före födseln diagnostiseras med en svår funktionsnedsättning som avsevärt försämrar livskvaliteten och har en dålig prognos är det viktigt att man går igenom situationen med de blivande föräldrarna – och helst i en tvärprofessionell grupp. Föräldrarna har rätt att i vården av graviditeten och förlossningen välja en passiv vårdlinje. I praktiken gäller det huruvida små prematurer ska återupplivas eller inte ifall prognosen är dålig. I detta fall övervägs behandlingslinjen i samförstånd med föräldrarna. Det är viktigt att bedöma hälsan både hos barnet som föds och hos modern samt att ta hänsyn till föderskans eventuella framtida graviditeter och förlossningar. Om barnets centrala livsfunktioner kommer i gång efter förlossningen vårdas barnet i regel.

Överväganden om att avstå från upplivningsförsök eller intensivvård blir aktuella i situationer där man i förväg kan konstatera en stundande tidig död eller ett förlängt lidande till följd av resultatlös behandling. Beslutet kan fattas om diagnosen av en svår sjukdom eller strukturell avvikelse till exempel genom bilddiagnostik eller kromosomundersökning av fostret har säkerställts före barnets födelse. Om prognosen är osäker är det bästa alternativet att efter förlossningen vårda barnet så effektivt som möjligt tills man har gjort de behövliga undersökningarna för att säkerställa diagnosen. Föräldrarnas önskemål om barnets vård bör beaktas så långt som möjligt. Ett barn som till exempel lider av 18-trisomi kan under den sista tiden vårdas hos modern på sjukhusets samvårdsavdelning eller hemma med hjälp av hem-sjukvården.

Prognosen för ett barn som är mycket för tidigt fött eller som har en mycket låg födelsevikt är ofta osäker under en lång tid. Om man i dessa situationer i förväg beslutat att inte återupp-

liva barnet kan man i förlossningssalen ställas inför en etiskt mycket problematisk situation om barnet efter förlossningen andas och rör sig under en längre stund. Det är då mer rekommenderbart med upplivning och omedelbar initialbehandling för att inte öka risken för att skada ett eventuellt livsdugligt barn. Vanligtvis visar det sig redan inom 1–2 dygn om barnet inte har förutsättningar för ett självständigt liv eller om det redan har fått en svår skada. Då finns det inte längre någon grund för att fortsätta med intensivvården.

Det är viktigt att i mån av möjlighet i förväg ta reda på föräldrarnas åsikt om aktiv vård om barnet föds mycket för tidigt. Föräldrarna måste få tillräckligt med information om små prematurers prognos att överleva och invalidiseras samt vad intensivvård av små prematurer innebär i praktiken. Om föräldrarna efter samtalet inte önskar aktiv intensivvård av ett mycket tidigt fött barn (under 23 veckor) ska man allvarligt överväga att avstå från denna.

ATT AVSTÅ FRÅN INTENSIVVÅRD

Det kan finnas olika anledningar till att avstå från intensivvård. En klar orsak är att undersökningresultaten efter förlossningen fastställer att barnet har en strukturell avvikelser eller allvarlig sjukdom med dålig prognos. Även en svår hjärnskada är ett obestridligt skäl till att avstå från intensivvård. När prognosen utifrån tillräckliga undersökningar förefaller hopplös samtalar den behandlande läkaren med föräldrarna om behandlingslinjen. Läkaren bör lugnt berätta om de medicinska grunder som lett till avgörandet samt lyssna till föräldrarnas åsikter och önskemål och i mån av möjlighet respektera dessa med hänsyn till den valda behandlingen. Under samtalet bör läkaren eftersträva samförstånd med föräldrarna, men samtidigt tydligt låta föräldrarna veta att beslutet fattas på medicinska grunder. Ansvar för beslutet är läkarens och ärendet eller beslutet får inte läggas på föräldrarnas axlar. Om föräldrarna önskar att man avstår från intensivvård men läkarna är av annan åsikt är det läkarens skyldighet att handla i enlighet med barnets bästa. Empati och upprepade samtal hjälper föräldrarna gestalta vad som är bäst för barnet. (Se [Barn och unga som patienter](#))

Om möjligt ska föräldrarnas önskemål följas i fråga om tidpunkten för när vården ska avslutas. Man kan till exempel vänta så att far- och morföräldrar eller andra viktiga närstående hinner se barnet. Man bör även sträva efter att de ritualer som hör till föräldrarnas livs-åskådning hinner utföras innan barnet dör. På så sätt stöder man föräldrarna i att klara den kris som barnets död orsakar.

Att avstå från intensivvård efter att barnet har konstaterats ha en svår sjukdom eller skada leder inte på långt när alltid till att barnet dör. Då är det viktigt med fortsatt god omsorg om barnet och stöd till föräldrarna. Föräldrarna bevarar då känslan av att man fortfarande bryr sig om dem och deras barn, och att barnets människovärde inte har förringats av att intensivvård inte sattes in. ■

Läs mer:

Elvtyts (vastasyntynt). God medicinsk praktisk-rekommendation. Finska Läkarföreningen Duodecims och Perinatologiska Sällskapet i Finlands underavdelnings Finlands neonatologers arbetsgrupp. 2014. Ennenaikainen synnytyts. God medicinsk praktisk-rekommendation. Finska Läkarföreningen Duodecims och Finlands gynekologförenings arbetsgrupp. 2018. www.kaypahoito.fi
WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO. Guidelines Review Committee. Genève: World Health Organization; 2017.

Barn som far illa

En viktig uppgift för en läkare är att upptäcka om barn far illa och att inleda nödvändiga åtgärder.

Alla yrkespersoner inom vården har såväl en etisk som en lagstadgad skyldighet att ingripa vid misstanke om att ett barn far illa.

Ett barn som far illa är sällan den enda i familjen som behöver hjälp. Då barnet inte självt kan hävda sin rätt ska dock barnets bästa klart och tydligt komma före de vuxnas.

Ett barn har rätt till och behov av särskilt skydd. Om barnets välfärd och hälsa är hotade är det vars och ens skyldighet att vidta åtgärder för barnets bästa. Barnskyddets principer finns inskrivna i internationella konventioner om barnets rättigheter och i nationella lagar och andra bestämmelser även i Finland.

Illabehandling av barn är försummelse av barnets grundläggande behov (bristfällig omsorg), fysiskt våld, sexuellt utnyttjande samt en sjukdom hos barnet som är påhittad eller orsakad eller en kombination av dessa. Illabehandling är ett hot mot barnets fysiska, psykiska och sociala hälsa och funktionsförmåga. Den kan även ”gå i arv”, då en sådan upplevelse kan äventyra barnets förmåga att själv fungera som förälder senare i livet. Uppskattningsvis en tredjedel av de barn i Finland som bevittnat våld mellan sina föräldrar blir själva offer för fysiskt våld. Redan det att barnet blir vittne till våld kan leda till allvarliga symtom. Följderna av illabehandlingen kan följa barnet in i vuxenlivet. Illabehandling kan leda till döden antingen direkt eller till följd av konsekvenserna.

Illabehandling av barn förekommer i alla slags familjer. Föräldrarnas rusmedelsanvändning, psykiska sjukdomar, våld i parrelationer och familjens sociala och ekonomiska svårigheter ökar risken för illabehandling. Beteendestörningar, sjukdomar eller skador hos barnet kan öka risken för att barnet behandlas illa, men ingen av dessa förklarar saken ensam. Orsaker och följder är en komplicerad kombination av faktorer som utöver familjen och dess individer omfattar också olika gemenskaper och hela samhället med dess värderingar, kulturer och lagar. Att förstå de olika faktorerna i denna helhet och deras verkningar är viktigt för att identifiera, förebygga och vid behov åtgärda illabehandling av barn.

IDENTIFIERING AV ILLABEHANDLING

Ett barn som far illa visar inte nödvändigtvis symtom som skulle hjälpa myndigheterna att tolka situationen som illabehandling. Särskilt svårt kan det vara att upptäcka att ett barn försummas. Myndigheterna vet nödvändigtvis inte eller kan inte avgöra vem som ska ingripa eller hur det ska ske. Även professionell personal som arbetar med barn kan antingen medvetet eller omedvetet förneka att barnet far illa.

Läkare och tandläkare har en viktig roll i att identifiera barn som far illa. Personalen på rådgivningscentraler, i skolhälsovården och tandvården träffar barn regelbundet. Daghemmets och skolans personal spelar också en nyckelroll i att upptäcka ett barns problem. Forskning visar att 60 procent av fysiskt våld mot barn lämnar spår på övre delen av kroppen och huvudet, och även munhälsan kan visa på tecken på försummelse och sexuellt utnyttjande.

Blåmärken, frakturer och andra fynd som inte har naturlig anknytning till åldern, utvecklingsnivån och vardagliga sysselsättningar kan vara ett tecken på att barnet far illa. Om barnet upprepade gånger uteblir från besök hos läkaren, tandläkaren eller rådgivningen bör detta uppmärksammas. En viktig del i tidigt ingripande är att utreda förekomsten av rusmedelsanvändning, våld, psykiska störningar och andra problem i familjen. Frågor om till exempel våld i parrelationen ska på ett naturligt sätt kunna ställas även när man inte direkt misstänker illabehandling som orsak till barnets symtom.

DET ÄR EN LÄKARES OCH TANDLÄKARES SKYLDIGHET ATT INGRIPA NÄR BARN FAR ILLA

Barnskyddslagen (417/2007) förpliktar anställda inom hälso- och sjukvården att anmäla till socialmyndigheterna om de fått kännedom om ett barn som uppenbart är i behov av barnskydd. Detta gäller anställda inom både den offentliga och den privata hälso- och sjukvården. Om ett barn misstänks ha blivit sexuellt eller fysiskt misshandlat måste även polisen underlättas för att så snabbt som möjligt få igång en brottsutredning. Barnskyddslagen omfattar även möjligheten till en föregripande barnskyddsanmälan, som kan göras redan före barnets födelse om man konstaterar riskfaktorer i familjen som kunde inverka negativt på omsorgen om barnet. På så sätt kan familjen erbjudas stöd som kan möjliggöra att barnet får tillräcklig omvårdnad.

Att ingripa när barn far illa är inte bara en juridisk utan även en etisk skyldighet. Rädslan för att äventyra patient-läkarrelationen och andra emotionellt tunga följder kan höja tröskeln för en barnskyddsanmälan. Att skapa en förtroendefull relation vid misstanke om illabehandling är en stor utmaning för läkarens professionalitet. Att lyfta fram illabehandling eller en misstanke om sådan behandling leder ofta till en konfliktsituation som tär på krafterna och där även läkaren kan behöva arbetshandledning eller annat stöd. Att låta bli att göra anmälan kan dock innebära en allvarlig risk för barnets hälsa. Barnet är beroende av de vuxnas förmåga att identifiera dess problem, symtom och behov samt av de vuxnas förmåga att ingripa. Barnskyddsanmälan följs av en utredning för att uppdaga behovet av barnskydd eller för att konstatera att det inte finns något behov av stödåtgärder från barnskyddets sida. Ingreppet syftar till att erbjuda vård och förhindra att illabehandlingen upprepas. Noggrann journalföring är viktig när man misstänker eller utreder missbruk.

För att upprätthålla tillräcklig yrkesskicklighet är det viktigt att centralisera utredningar om fysisk misshandel och sexuella övergrepp. I Finland är undersökningar av barn som upplevt sexuellt våld enligt lag koncentrerade till universitetssjukhusen. Somatiska undersökningar av barn som upplevt fysiskt våld görs även på centralsjukhusen. Samarbetet med polis och barnskyddet är av avgörande betydelse för att barn så snabbt som möjligt ska få tillgång till den vård de behöver.

Anmälningsskyldighet

Enligt lagen har den anmälningsskyldiga parten inte en prövningsrätt som skulle berättiga till att skjuta upp en anmälan till barnskyddet trots att denna bedömer att anmälan sannolikt inte leder till omedelbara barnskyddsåtgärder.

Anmälan får inte fördröjas till exempel genom att delegera anmälan till en chef eller genom att anta att någon annan redan gjort en anmälan. En annan parts anmälningss-

skyldighet fråntar inte den egna anmälningskyldigheten.

Om barnet eller familjen redan är barnskyddsklient måste man göra en ny anmälan, vilket leder till en ny bedömning av situationen och eventuella brådskande åtgärder.

BARNETS BÄSTA KOMMER FÖRST

För att hjälpa ett barn som far illa är det läkarens och tandläkarens uppgift att försöka identifiera illabehandlingen och inleda nödvändiga åtgärder. Barnskyddet har en central roll vid dessa åtgärder. Ett barn som far illa är sällan den enda i familjen som behöver hjälp. Då barnet inte självt kan hävda sin rätt ska dock barnets bästa klart och tydligt komma före de vuxnas. ■

Läs mer:

Kivitie-Kallio S, Silvennoinen L. Lääkäri ja lastensuojelulaki. Duodecim 2011;127(3):215–6.

Statement on Child Abuse and Neglect. WMA 2006. www.wma.net

Söderholm A, Kivitie-Kallio S (red.). Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim 2012.

Institutet för hälsa och välfärd, Handbok för barnskyddet, <https://thl.fi/sv/web/handbok-for-barnskyddet>

Tupola S, Kallio P. Lasten fyysinen pahoinpity – diagnostiikka, menettelytavat ja seuranta. Finlands Läkartidning 2004;59(40):3749–55.

En barndom utan våld : Åtgärdsplan för förebyggande av våld mot barn 2020–2025. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:27. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162829/STM_2021_3_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kvinnlig könsstympning

I Finland är kvinnlig könsstympning ett straffbart brott och betraktas som våld mot kvinnor och flickor.

Stympning som utförts eller planeras för en flicka måste anmälas till barnskyddsmyndigheten och polisen.

Kvinnlig könsstympning (Female genital mutilation, FGM) är en kulturell tradition som upprätthålls i många afrikanska och asiatiska länder där man avlägsnar eller skadar en flickas yttre könsorgan. Tidigare användes också termen omskärelse, men den har övergivits i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets riktlinjer från år 2012. Syftet med ingreppet är att kontrollera kvinnors sexliv. Enligt uppskattning har över 200 miljoner kvinnor världen över genomgått stympning, medan omkring tre miljoner flickor riskerar könsstympning. Det finns inga medicinska och vanligen inga religiösa grunder för stympning, även om det ofta görs i religionens namn. Stympning har internationellt identifierats som en del av våld mot flickor och kvinnor.

Stympning kan delas in i fyra huvudgrupper, varav den mest radikala formen är infibulering eller faraonisk omskärelse, med bortskärning av de inre och/eller de yttre blygdläpparna och ihopsyning. I de mildaste formerna görs endast ett litet stick eller snitt i könsorganen. Vanligast är att flickor stympas mellan fyra och tio års ålder. Stympning kan orsaka en lång rad hälsoproblem, vars svårighetsgrad bland annat beror på hur stympningen utförts, på dess omfattning och på förhållandena då den utfördes. Ingreppet orsakar mycket smärta då det utförs, inflammationsrisk och senare till exempel svårigheter att urinera, sexuella störningar och risker i samband med graviditet och förlossning. Det finns inga uppgifter om att stympning skulle ha utförts i Finland.

Stympning av flickors könsorgan är ett brott i Finland. Gärningen är straffbar som ett misshandelsbrott eller som grov misshandel enligt 21 kap. i strafflagen (L 19.12.1889/39). Stympning är ett brott enligt Finlands lag även när stympningen sker utanför Finlands gränser om personen som är föremål för den är finländsk eller stadigvarande bosatt i Finland. Om en läkare eller annan yrkesperson inom vården får höra att man tänker skicka en flicka till ett annat land för stympning måste barnskyddsmyndigheterna underrättas. Dessutom är alla skyldiga att informera polisen om att grov misshandel är på färde.

I ett medborgarinitiativ (MI 1/2019 rd) föreslogs att inleda lagberedning för att förbjuda könsstympning av flickor och kvinnor, vilket skett i många andra länder såsom till exempel Sverige. Riksdagen ansåg att man i stället för att särlagstifta mot kvinnlig könsstympning så snabbt som möjligt bör specificera strafflagen i detta hänseende.

Yrkespersoner inom hälso- och sjukvården ska sträva efter att förhindra kvinnlig könsstympning i förväg. Läkaren måste ta saken på tal när hen konfronteras med familjer från kulturer där man könsstympar kvinnor. För att föräldrarna ska kunna upplysas om den finländska lagstiftningen är det särskilt viktigt att ta upp ärendet på mödravårdsrådgivningen. I dessa situationer och när man bemöter stympade flickor eller kvinnor på andra ställen i vården är det skäl att journalföra fynd eller samtal för eventuella fortsatta åtgärder.

Om en flicka eller kvinna så önskar kan man utföra en öppningsoperation eller rekonstruktiv kirurgi. En öppningsoperation, där man på nytt skär upp de tidigare ihopsyddas blygdläpparna, kan underlätta många problem som orsakats av stympning, såsom urinproblem, ansamling av menstruationsblod i slidan, och även vissa svårigheter i sexuallivet. En öppningsoperation minskar även riskerna vid förlossning. Det är en god idé att genomgå en öppningsoperation innan kvinnan påbörjar sitt sexliv eller blir gravid. En rekonstruktiv operation efter kvinnlig könsstympning innebär ett försök att rekonstruera de stympade könsorganen så att de blir anatomiskt normala. Att berätta om fördelarna med en rekonstruktiv operation och att rekommendera en sådan är ett steg i riktning mot att bryta stympningstraditionen. ■

Läs mer:

Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. WHO, Genève, 2018.
Institutet för hälsa och välfärd. Könsstympning av flickor och kvinnor eller omskärelse. <https://thl.fi/sv/web/invandring-och-kulturell-mangfald/halsa-och-valfard/sexuell-och-reproduktiv-halsa-hos-invandrare/forebygga-konstympning-av-flickor-och-kvinnor-fgm-/konstympning-av-flickor-och-kvinnor-eller-omskarelse%20>.
Handlingsprogram mot könsstympning av flickor och kvinnor (FGM). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:1. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161523/STM_J_06_19_Handlingsprogram_mot_koenstympning_av_flickor_och_kvinnor_FGM.pdf
WMA Statement on Female Genital Mutilation (1993) 2016. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-female-genital-mutilation/>

Omskärelse av pojkar

Om föräldrar begär omskärelse av sin son bör läkaren samtala med dem om att avstå från ingreppet eller skjuta upp det till en tidpunkt då pojken själv är kapabel att fatta beslutet.

Även om rituella omskärelser inom hälso- och sjukvården skulle godkännas, ska en läkare alltid ha möjlighet att vägra utföra dem.

Omskärelse av pojkar av icke-medicinska skäl är ett relativt sällsynt ingrepp i Finland; cirka 400 ingrepp görs per år. Omskärelse av pojkar har en lång tradition i judendomen och islam, där omskärelse är starkt bunden till religionen. I judendomen är omskärelse en initiationsrit. I islam anses en man inte myndig om han inte är omskuren. Judiska pojkar omskärs när de är en vecka gamla och i den islamska världen vill man omskära pojkarna före puberteten. I vissa anglosaxiska länder har omskärelse fått en bred spridning även av kulturella skäl, då man tänker sig att omskärelse är nyttigt för hälsan och moralen. I Afrika används omskärelse också som en initiationsrit till vuxendomen. Trots omfattande studier finns inga bevis på hälsofördelar med omskärelse. I länder där HIV är vanligt har omskärelse i begränsad utsträckning konstaterats förhindra spridning av HIV. Men det finns andra effektivare sätt att göra detta, vilket gör att omskärelse inte kan rekommenderas i dessa länder.

Liksom alla invasiva ingrepp utsätter omskärelse patienten för komplikationer. År 2013 utarbetade Institutet för hälsa och välfärd på begäran av social- och hälsovårdsministeriet en omfattande litteraturoversikt över komplikationer av omskärelse för under sjuåriga pojkar. Av rapporten framgick att allvarliga skador är sällsynta särskilt i omskärelser hos små pojkar, men att omskärelse ibland kan resultera i allvarliga skador på penis och i värsta fall även amputation. I sällsynta fall har omskärelse lett till att pojkens död. Mild till måttlig skada förekommer och är vanligare när ingreppet utförs efter spädbarnsåldern (i lekåldern eller senare), när det görs osterilt eller av någon som saknar erfarenhet. Rapporten tog inte upp de långsiktiga negativa effekterna av icke-medicinsk omskärelse (effekter på sexualitet, psykologiska skadeverkningar).

OMSKÄRELSE AV POJKAR SOM RÄTTSLIG FRÅGA

Omskärelse av pojkar på icke-medicinska grunder måste granskas som en spänning mellan den fysiska integritet som garanteras i grundlagen (731/1999) och den religionsfrihet som garanteras i grundlagen och i religionsfrihetslagen (453/2003). När det gäller omskärelse av små pojkar måste man ta hänsyn till att det inte är fråga om religionsfrihet utifrån deras egen vilja, utan deras föräldrars frihet att utöva sin religion. Således blir frågan om omskärelse ett val mellan värden; vill man betona religionens traditionsbaserade praxis eller individens rätt till kroppslig integritet med grund i den medicinska etiken, de mänskliga rättigheterna och grundlagen? Eftersom man av en liten pojke inte kan få ett adekvat samtycke kränker omskärelsen såväl etiskt som juridiskt sett individens frihet och personliga integritet.

Omskärelse lyfter fram frågan om huruvida små pojkar har en likvärdig ställning, dels vad gäller kroppslig integritet, dels vad gäller religionsfrihet. Grundlagen tryggar att ingens kroppsliga integritet kan kränkas på religiösa grunder. Skyddet av den personliga integriteten är en grundläggande rättighet som hör nära samman med skyddet av privatlivet, som också är

tryggt i grundlagen. Personlig integritet omfattar även rätten att bestämma över sig själv och sin kropp. Internationella bestämmelser om mänskliga rättigheter som Finland har ratificerat förbjuder religiösa åtgärder som äventyrar hälsan.

Enligt rättspraxis har en omskärelse utförd av en läkare bedömts som misshandel enligt strafflagen (statsåklagare Päivi Hirveläs beslut 29.6.2004, dnr R 02/15). I beslutet jämfördes omskärelse av flickor och pojkar som en likvärdig kränkning av den kroppsliga integriteten, som ur juridisk synvinkel kan jämföras med sådan stympning som avses i förslaget till ändring av grundlagarnas stadganden om de grundläggande fri- och rättigheterna (RP 309/1993). Beslutet motiverades med att skyddet för pojkarnas kroppsliga okränkbarhet enligt jämställdhetsprincipen inte kan vara svagare än flickornas. Inget åtal väcktes dock i fallet med hänvisning till skälighetsprincipen.

Högsta domstolen (HD 2008:93) har i ett motsvarande fall meddelat ett beslut enligt vilket en person som ordnat omskärelse av sin son inte gjorde sig skyldig till misshandel av sonen. Principiellt konstaterade högsta domstolen att omskärelse av andra än medicinska skäl eventuellt kan anses uppfylla kriterierna för misshandel. Beslutet motiverades dock med att ingreppet hade utförts på grundval av för pojkens del godtagbara religiösa skäl och att ingreppet i det här fallet ur helhetsperspektiv bedömdes ingripa endast i ringa mån i pojkens kroppsliga integritet.

Efter högsta domstolens prejudikat har Helsingfors tingsrätt 30.12.2011 dömt en man som omskurit två pojkar för misshandel. Mannen hade inte i Finland godkänd utbildning inom hälso- och sjukvården. Pojkarnas föräldrar ansågs skyldiga till anstiftelse till misshandel men dömdes inte till straff. I sin motivering konstaterade tingsrätten att högsta domstolens prejudikat år 2008 inte avsåg att tillåta omskärelse. Därtill trädde Europarådets konvention gällande skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin i kraft 1.3.2010. Enligt konventionen får ett hälsorelaterat ingrepp utföras på en person som saknar samtyckesförmåga endast om ingreppet är till direkt nytta för personen. Med hänvisning till detta påpekade tingsrätten att personen själv måste få fatta beslut om sin omskärelse. Målet gick vidare till Högsta domstolen, som år 2016, liksom hovrätten, frikände alla från anklagelserna. Men enligt Högsta domstolen ”uppfyller omskärelse av en pojke av icke-medicinska skäl i sig kännetecknen för ett misshandelsbrott, men är inte straffbart i en situation där det kan anses ligga i barnets bästa intresse”.

År 2015 utfärdade social- och hälsovårdsministeriet en anvisning om icke-medicinsk omskärelse av pojkar. Enligt ministeriet är icke-medicinsk omskärelse ett ingrepp som inkräktar på pojkens integritet. I anvisningen konstaterar man att inget internationellt avtal entydigt förbjuder icke-medicinsk omskärelse av pojkar. Enligt anvisningen ingår inte åtgärden i den offentliga sjukvården. Ingreppet kan endast utföras under sterila och under i övrigt lämpliga omständigheter, endast av en läkare, förutsatt att bägge föräldrarna gett sitt informerade skriftliga samtycke. Ingreppet kan inte göras om en av vårdnadshavarna motsätter sig. Pojken ska höras och i enlighet med hans ålder och utvecklingsnivå ges tillräcklig information om omskärelse och dess effekter. Omskärelse får inte göras om pojken motsätter sig ingreppet om han på basis av sin ålder och utvecklingsnivå kan förstå innebörden av omskärelse.

I anvisningen konstaterar ministeriet att Finland strävar efter att minska pojkars icke-medicinska omskärelse genom att fortsätta dialogen med religiösa samfund. Samtidigt konstaterar man att alla konventionsstater enligt artikel 24.3 i konventionen om barnets rättigheter vidtar alla effektiva och lämpliga åtgärder för att undanröja avskaffa metoder som skadar barnets hälsa. Officiella myndighetsmeddelanden till invandrare och asylsökande innehåller information om förutsättningar för omskärelse samt om dess verkningar och potentiella skadeverkningar.

Barnombudsmannen har ansett att ett barns grundläggande och mänskliga rättigheter till fysisk integritet bör skyddas i en lag som inte skulle tillåta omskärelse av pojkar förrän pojkens föräldrar ge sitt eget informerade samtycke till detta. De nordiska barnombudsmännen har utfärdat ett gemensamt uttalande med samma innehåll. Barnombudsmannen anser att skyddet av pojkars fysiska integritet bör vara likvärdigt med flickors.

I ett betänkande från riksdagens lagutskott (LaUB 6/2020 rd) om medborgarinitiativet för att förbjuda könsstympning av flickor (MI 1/2019 rd) tog utskottet ställning även till icke-medicinsk omskärelse av pojkar. Utskottet anser att det också finns regleringsbehov när det gäller omskärelse av pojkar och att dessa behov bör utredas och bedömas närmare. Lagutskottet konstaterade att den personliga integriteten inte enligt grundlagen får kränkas utan laglig grund. Det finns ingen lagstiftning om när icke-medicinsk omskärelse av pojkar är tillåten.

Också i de övriga nordiska länderna har etik och praxis i samband med omskärelse diskuterats. I Sverige är icke-medicinsk omskärelse av pojkar upp till två månaders ålder tillåten om ingreppet görs av läkare eller någon annan person som har specialtillstånd från Socialstyrelsen att utföra omskärelse. Danmark har en motsvarande lag.

LÄKARFÖRBUNDETS SYNSÄTT

Enligt Finlands Läkareförbunds synsätt bör man inte genom lagstiftning främja ingrepp som kräver en läkare eller medicinska ingrepp om inte ingreppen medför hälsofördelar.

Ur läkarens synvinkel bör utförande av religiösa ritualer inte ingå i en läkares tjänsteuppgifter. Läkareförbundet rekommenderar att läkarna samtalar med föräldrar som begär rituell omskärelse om att avstå från ingreppet eller att skjuta upp det till en tidpunkt då pojkens själv är kapabel att besluta om huruvida han vill bli omskuren eller inte. Vid ingreppet måste tillräcklig smärtlindring säkerställas. Icke-medicinsk omskärelse ska inte genomföras med offentliga medel. Läkaren ska alltid ha en tydlig rätt att vägra utföra ingrepp av detta slag om någon försöker ålägga läkaren det. ■

Läs mer:

Högsta domstolens förhandsavgörande (2008:93). www.kko.fi

Mäkinen E, Isojärvi J, Leipälä J. Kulttuurisista tai uskonnollisista syistä tehdyn poikien ympärileikkauksen terveystilaa. Institutet för hälsa och välfärd 2013. https://thl.fi/attachments/meka/Nopea_vastaus_Ympärileikkauksen%20haitat.pdf

Ympärileikkauksen%20haitat.pdf

Poikien ympärileikkauksia koskevaa lainsäädäntötarvetta selvittäneen työryhmän muistio. Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:39.

Pälve H. Rituaalinen ympärileikkaus ei ole lääkärin etiikan mukaista. *Finlands Läkartidning* 2008;63:2763.

Stenman Kristina. Omskärelse av pojkar. En utredning om inhemsk och internationella praxis (Poikien ympärileikkaus. Selvitys kansainvälisistä ja kotimaisista käytännöistä). Social- och hälsovårdsministeriets stencil 2004:3.

SHM:s anvisning om icke-medicinsk omskärelse av pojkar. STM/242/2015 20.1.2015.

Tiilikainen M (red.). Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suosituksen sosiaali- ja terveydenhuollolle. Ihmisoikeusliitto, Kajaani 2004. www.ihmisoikeusliitto.fi

THL. Maahanmuutto ja kulttuurien moninaisuus. Poikien ei-läketieteellinen ympärileikkaus.

Patienter med mentala problem, missbruk eller minnessjukdom

I vården av patienter med mentala problem, missbruksproblem eller minnessjukdom är de principiella och praktiska frågorna kring patientens självbestämmanderätt särskilt viktiga. Patientens förmåga till självbestämmande kan vara nedsatt, vilket understryker hens rätt att få hjälp eller vård. Minnessjukdomar och vissa psykiska störningar kan påverka patientens juridiska funktionsförmåga i sådan utsträckning att det finns ett behov av intressebevakning.

I extrema fall kan patienter med psykisk hälsa och missbruk vårdas mot deras uttryckliga vilja. I dessa fall är det viktigt att vara insatt i beslutsprocessen i anslutning till dylika fall, som är strängt definierad i lag. Det finns inga uttryckliga bestämmelser för behandling av patienter med minnessjukdom mot deras vilja. Dylika åtgärder kan endast tillgripas i absolut nödvändiga situationer.

I vården av personer med mentala störningar och missbruksproblem får också de psykologiska och samhällseliga dimensionerna inom medicinen en framskjuten ställning. Till exempel i psykoterapeutisk behandling framhäver växelverkan mellan läkare och patient betydelsen av att läkaren måste vara medveten om sin professionella roll och dess gränser. Läkaren måste ta hänsyn till de fördomar som finns i samhället ifråga om mentala störningar och missbruksproblem och till den stigmatisering som fördomarna ger upphov till samt sträva efter att motverka dessa genom en professionell attityd och evidensbaserad medicinsk kunskap.



Särskilda frågor i behandlingen av mentala störningar

Läkarna ska sträva efter att motarbeta fördomarna mot psykiatriska störningar.

I vården av personer med mentala problem framhävs vikten av att läkaren håller sig till yrkesrollen.

Mentala störningar hör till våra vanligaste folksjukdomar. Varje läkare möter patienter som lider av psykiska problem och blir tvungen att hantera de etiska frågor som hör ihop med behandlingen av mentala störningar.

I vården understryks medicinens dubbla roll: å ena sidan tillämpning av vetenskapen, å andra sidan praktisk vårdkompetens. Inom mentalvården tillämpas en bred skala vetenskapliga discipliner, bland annat neurobiologi, psykologi och olika samhällsvetenskaper. Samspelet mellan patient och läkare har en avgörande inverkan på vårdresultatet. Då man behandlar mentala störningar är förmågan att kommunicera inte bara ett redskap utan också en central behandlingsmetod, till exempel inom olika psykoterapier. Ofta omfattar behandlingen av en psykiatrisk patient att man tar hänsyn till patientens familjemedlemmar, särskilt till att trygga att minderåriga barn klarar sig.

Inom mentalhälsovården tvingas man reflektera över de etiska frågorna i samband med växelverkan inom vårdrelationen, psykiatrisk diagnostik, psykoterapi och psykofarmakologi, rättspsykiatri, självbestämmanderätt och självmordsrisk. De två sistnämnda behandlas i separata artiklar. (Se *Självbestämmanderätten och undantag från denna, Identifiering och förebyggande av självdestruktivt beteende*) Tillämpningen av mentalvårdslagen (1116/1990) är föremål för många översikter. Den viktigaste internationella deklARATION som definierar psykiatriens värdegrund är Världspankiaterförbundets (WPA:s) MadriddeklARATION.

PSYKIATRISK DIAGNOSTIK OCH DESS ANVÄNDNING

De principiella frågorna inom psykiatri gällande karaktären av mentala störningar, begrepp för klassificering av olika mentala problem och sättet med vilket begreppen används. Klassificeringen av mentala störningar, till exempel psykiatrisk diagnostik, är mer värdeladdad än många somatiska sjukdomsklassifikationer. De psykiatriska diagnoserna är till sin etiologi i huvudsak beskrivningar av mångfacetterade symtomkomplex, medan de somatiska sjukdomsklasserna oftast bygger på etiologi och objektiva mätbara storheter. Vissa mentala störningar är emellertid mer värdeladdade än andra. Således definieras bland annat demens eller allvarliga schizofrena psykoser utan större meningsskiljaktigheter som störningar; ungefär som somatiska sjukdomar. Däremot finns det en större värdeladdning i definitionen av anpassnings- och personlighetsstörningar, och definitionerna får ett inslag av social och moralisk karaktär.

Då läkaren diagnosticerar psykiatriska tillstånd är det ur etisk synvinkel viktigt att hen är medveten såväl om de samhälleliga värderingarna gällande psykiatrisk klassificering (moraliska ställningstaganden) som om de individuella värderingarnas betydelse. Fastställande av en psykiatrisk sjukdom har andra konsekvenser än fastställande av en somatisk sjukdom. Enligt mentalvårdslagen är det endast vuxna som klassificeras som "mentalt sjuka" och som därför kan vårdas mot sin egen vilja, också i situationer där de inte är till någon fara för andra. Dessutom upplevs de psykiatriska diagnoserna (liksom vissa somatiska tillstånd) ofta som stämplande: den som fått diagnosen förknippas, eller förknippar sig själv, med negativa egenskaper som inte direkt hör ihop med diagnosen, till exempel farlighet eller svag behandlingsföljksamhet. Läkarna bör aktivt, både som experter och som exempel, motarbeta stigmatiseringen. Därför ska man sköta psykiatriska patienters somatiska problem samt förebygga deras sjukdomar lika väl som för andra patienter, medräknat vaccinationer, munhälsovård, vikt-kontroll och fysisk aktivitet.

VÅRDRELATIONENS ETIK OCH DEN PROFESSIONELLA ROLLENS GRÄNSER

Samspelets betydelse i vården av människor med mentala problem framhäver patient-läkarrelationens etik och vikten av att läkaren håller sig till sin yrkesroll. Ur läkarens synvinkel är det väsentliga att läkaren får tillfredsställelse av sin professionella roll och sitt arbete, och inte av patientmötet i sig eller av att hen till exempel utnyttjar patienten ekonomiskt.

Betydelsen av läkarens yrkesetiska självkontroll och av att hen håller sig till sin yrkesroll framhävs ytterligare av att patienter som lider av mentala problem lätt blir utnyttjade på olika sätt. De kognitiva eller emotionella problem som ofta hör ihop med psykiatriska störningar kan lätt utsätta patienten för utnyttjande, även om patienten är juridiskt myndig. Samtidigt behandlas inom mentalvården väldigt personliga, känsliga och emotionellt laddade frågor, vilket framhäver asymmetrin i maktrelationen mellan patient och läkare. Patienten kan också ha till och med starka känslor inför den behandlande läkaren. Motsvarande känslor kan väckas också hos läkaren. Att inte identifiera dessa faktorer, eller att medvetet missbruka dem, kan leda till att läkarrollen går förlorad och att patienten blir utnyttjad och åsamkas skada.

Den professionella läkarrollens problem kan indelas i två typer: överträdelser av rollgränserna och brott mot rollförväntningarna. Med överträdelse avses beteende som inte svarar mot det man förväntar sig av en läkare. Det centrala är att hålla den professionella rollen isär från övriga roller. Att bryta mot rollförväntningarna är att överskrida rollgränsen på ett sätt

som är skadligt för patienten. Rollgränserna skyddar patienten från att bli utnyttjad och möjliggör ett möte där patienten kan ha fullt förtroende för sin läkare och ta upp också svåra frågor.

Det finns flera exempel på överträdelser av rollgränserna inom mentalvården, till exempel att psykoterapeuten berättar om sitt eget liv och sina egna problem, träffar patienten utom besökstid eller har annat umgänge med denne, har en alltför intim relation eller fysisk kontakt, är överdrivet flexibel med faktureringen eller mottar exceptionella gåvor. Men det är omöjligt att generellt definiera var gränserna för yrkesrollen går, eftersom det finns så stora olikheter mellan olika vårdrelationer och psykoterapeutiska behandlingsformer. Att överträda gränserna är inte nödvändigtvis skadligt, men läkaren måste alltid vara medveten om var gränserna går, så att hen vid behov kan uppsöka hjälp via arbetshandledning.

Exempel på brott mot rollförväntningarna är att ekonomiskt utnyttja patienten, bryta tystnadsplikten, utnyttja patienten för att sköta sina egna problem, överge patienten i en kris-situation, använda olämpligt språkbruk eller ta en otillbörlig fysisk kontakt. Med tanke på risken för utnyttjande är det skäl för läkaren att undvika alla former av dubbelroller, och till exempel inte fungera som psykoterapeut för släktingar eller bekanta, då detta sällan lyckas. Den extrema formen av brott mot yrkesrollen är sexuellt umgänge med patienten. De fackliga organisationerna inom psykiatrin accepterar inget sexuellt umgänge mellan psykiater och patient, oberoende av på vems initiativ det sker. Det handlar alltid om ett allvarligt brott mot den professionella standarden och om att utnyttja patienten.

DEN SPECIALISERADE PSYKOTERAPIN

Läkarna använder många olika metoder för kommunikation som alla kan betraktas som psykoterapeutiska. Inom psykiatrin används utöver dem också specialiserade psykoterapeutiska tekniker som kräver specialutbildning. Psykoterapin bildar åtminstone delvis ett kontinuum och är inte helt lätt att entydigt definiera eller avgränsa. Benämningen psykoterapeut är en yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården som beviljas av Valvira. Psykoterapeuterna är i sitt arbete bundna av de juridiska skyldigheter som gäller utbildad personal inom hälso- och sjukvården. Officiellt har endast psykoterapeuter rätt att ge psykoterapi.

Ur etisk synvinkel är det inte så viktigt att entydigt definiera vad som är psykoterapi, och avsaknaden av en psykoterapeuttitel befriar inte läkaren från de etiska förpliktelser som finns i varje vårdrelation. Psykoterapins etiska problem är särskilt viktiga inom den specialiserade psykoterapin och kraven i fråga om yrkesstandard är speciellt höga. Men för alla former av växelverkan mellan patient och läkare gäller att utmaningarna i varierande mån är desamma.

Världpsykiaterförbundets (WPA:s) Madriddeklaration omfattar psykoterapins etik. WPA betonar likheterna mellan psykoterapins etik och den allmänna läkaretiken och andra former av medicinsk behandling. Läkarna bör ha tillräckligt god utbildning för de behandlingsmetoder de använder. De psykoterapimetoder man valt bör basera sig på vetenskaplig kunskap och klinisk erfarenhet. Innan behandlingen inleds bör den professionella läkaren, utgående från sin diagnos, i samråd med patienten bedöma vilka vårdmetoder som är lämpliga. Både läkemedel och psykoterapi bör användas efter behov. Man ska också hela tiden hålla i minnet att maktförhållandet i den psykoterapeutiska relationen är asymmetrisk, och får aldrig acceptera överträdelser i fråga om de förväntningar som ställs på yrkesrollen.

RÄTTSPSYKIATRI

Rättsspsykiatrin och dess etiska kärnfrågor har uppkommit till följd av samhällets behov av att skilja åt de medvetna och avsiktliga brotten från andra typer av brott. Den här gränsdragningen har sedan antikens dagar ansetts vara en av det civiliserade samhällets grundläggande principer. Rättsspsykiatrin uppstod som en medikalisering av detta behov. I dag har rättsspsykiatrin också många andra uppgifter.

Skillnaden mellan rättsspsykiaterns etik och psykiatrins etik kulminerar i frågan om vems bästa läkaren arbetar för. Råder det överhuvudtaget någon patient-läkarrelation mellan rättsspsykiatern och hans patient? Ska rättsspsykiatern överhuvudtaget tänka på patienten/den undersöktas bästa?

Läkaren strävar efter att arbeta för patientens bästa, eller åtminstone undvika att skada patienten. Inom rättsspsykiatrin kan konsekvenserna av ett utlåtande däremot stå klart i strid med patientens intressen. En rättsspsykiater kan inte moraliskt förbinda sig att driva enbart patientens intressen. Å sin sida kan läkaren inte heller ensidigt fungera som advokat för samhället eller någon annan uppdragsgivare. Det innebär inte att man är befriad från yrkesetiken, utan att det finns ett behov av en specifik rättsspsykiatrisk etik. Det centrala i en sådan är att man, utgående från rättsspsykiatrins huvuduppgift, som expert åtnjuter samtliga parter förtroende. Den här motsägelsefulla rollen både som en expert som tillfredsställer samhällets behov och som ett stöd för patienten är vardag också på många andra medicinska områden, i praktiken inte minst då läkaren utfärdar ett sjukintyg. ■

Läs mer:

Korkeila J. Pakkohoito: milloin ja miten? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006;122(18):2251–7.

Madriddeklarationen (Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice), World Psychiatric Association. <https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration>

Putkonen H, Huttunen M. Oikeuspsykiatrina Suomessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim; 2007;123(19):2361–2.

Pyllkkänen K, Eskola J, Hemmi A. Pakon käyttö psykiatriassa – lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? Finlands Läkartidning 2010;65:3332–37.

Repo-Tiihonen E, Putkonen A, Tuppurainen H. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012;128(22):2336–43.

Identifiering och förebyggande av självdestruktivt beteende

Respekten för livet är en av läkarens grundläggande principer. Varje människa har rätt till liv och rätt att få hjälp om livet är hotat.

Ett allmänt godtaget mål inom den finländska hälso- och sjukvården är att förebygga självmord. Läkarna ska utveckla sin förmåga att identifiera människor som löper suicidrisk och ge dem vård. Nästan alla som begått självmord har haft en bakomliggande psykisk störning.

Den direkta självdestruktionen består av självmordstankar, självmordsförsök och självmord, som allt kan tolkas som delar i en och samma process. Självmordsförsök föregås vanligen av självmordstankar, och ofta även av direkta planer på ett självmord. Självmordstankar är överraskande vanliga. Man beräknar att 10–20 procent av befolkningen under ett år umgås med tankar kring självmord. Av dessa är det bara ungefär en tionedel som leder till försök. Av dem som försökt ta sitt liv är det bara en av hundra som gör ett nytt försök under det därpå följande året och en av tio som gör det under den återstående livstiden. Hälften av dem som begår självmord har inte gjort några tidigare försök, utan lyckas på första gången. Det är viktigt att kunna göra en klinisk bedömning av självdestruktiviteten och den självmordsrisken som hör till, men det är också en svår del av läkarens normala arbete. I fråga om barn och ungdomar är det viktigt att så tidigt som möjligt identifiera självmordsbeteende och ingripa snabbt.

Självmord ingår i det mer omfattande begreppet självdestruktivt beteende. Allt beteende som medför risk för självdestruktion, eller som på sikt medför betydande hälsorisker, kan kallas indirekt självdestruktivitet. Riskbeteende är en del av människans vardag, vilket gör att begreppet självdestruktivitet bör ses relativt. Dylika beteenden är till exempel försummelse av viktiga medicinska behandlingar för att upprätthålla hälsan eller riklig alkoholkonsumtion. Självsårning är redan mer direkt självmordsbeteende. Mycket riskfyllda hobbyer kan emellertid knappast tolkas som självmordsbeteende. Till läkarens uppgifter hör att fästa patientens uppmärksamhet vid risker som ur medicinsk synvinkel är uppenbara. (Se [Hälsofrämjande och hälsorådgivning](#))

I BAKGRUNDEN OFTA MENTALA PROBLEM

Hos nästan alla som begått självmord har det funnits en bakomliggande psykisk störning, oftast depression (2/3), missbruksproblem (1/3), personlighetsstörningar (1/3) eller psykos (1/4). Hälften av dem som tagit sitt liv har varit påverkade av något rusmedel. Äldre personer som begår självmord lider dessutom ofta av någon allvarlig eller kronisk somatisk sjukdom. När det gäller patienter med förhöjd självmordsrisk har man speciellt om de har depression fäst allvarlig uppmärksamhet vid bristfällig diagnostik och vård av patientens hälsotillstånd.

Undersökningar visar att livssituationen för den som begått självmord strax före självmordet oftast varit kaotisk och svårhanterlig. Även om själva handlingen varit planerad är planmässigheten för en utomstående sällan rationell utan starkt präglad av depressivitet, starka

känslor och en snedvriden verklighetsuppfattning. Ett så kallat rationellt självmord är sällsynt. De flesta som gjort ett misslyckat självmordsförsök gör inte om det.

Respekten för livet är en av läkarettikens grundläggande principer. Varje människa har rätt till liv och rätt att få hjälp om hens liv är hotat. Läkaren bör beakta möjligheten att patienten är självdestruktiv, och ingripa om självmordsrisken är uppenbar.

Enligt finsk lagstiftning möjliggör självmordsrisk i sig inte psykiatrisk tvångsvård. Förutgången för tvångsvård är att patienten är psykotisk och har en klart snedvriden verklighetsuppfattning. Det här är emellertid ofta svårt att bedöma till exempel i en jour-situation. Om man misstänker att en självdestruktiv patient har psykos kan det vara befogat att skicka patienten till sjukhus med en M1-remiss. En självmordsbenägen patient som är under 18 år och dessutom har en allvarlig mental störning som inte nödvändigtvis behöver vara av psykotisk karaktär kan styras till psykiatrisk tvångsvård.

En läkare som förskriver mediciner åt en självdestruktiv patient måste alltid ta hänsyn till självmordsrisken. Man bör också i övrigt sträva efter att begränsa tillgången till farliga självmordsredskap och självmordsmetoder. Skjutvapenlagen (1/1998) och skjutvapenförordningen (145/1998) förutsätter att läkaren polisanmäler personer som 1) vid en sinnenundersökning, farlighetsbedömning eller annan rättspsykiatrisk undersökning har konstaterats vara farlig för sig själv eller för någon annan, eller 2) på grund av ett självmordsförsök har tagits in för psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och läkaren utifrån en bedömning som gjorts under tiden för den vård som getts oberoende av patientens vilja anser att personen är olämplig att inneha skjutvapen, vapendelar, patroner eller särskilt farliga projektiler. (Se Tystnadsplikten och undantag från den)

Självmordsrisken är ofta ett kriterium för uteslutning då man väljer patienter för kliniska läkemedelsprövningar. Det här gäller speciellt läkemedelsprövningar med depressiva personer. I dessa prövningar har man emellertid inte kunnat konstatera någon förhöjd självmordsrisk hos de försökspersoner som fått placebo jämfört med dem som fått verksamt läkemedel, sedan man uteslutit patienter med akut självmordsrisk. Självmordstankar är alltså i sig inget absolut hinder för personens giltiga samtycke och för deltagande i kliniska läkemedelsprövningar.

Rätten till liv är en stark subjektiv rätt som dock inte kan anses inkludera rätten att vägra leva. Att en människa tar sitt liv är något som berör hela samfundet. Redan hot om självmord och självmordsförsök påverkar starkt de anhöriga och andra involverade. En människa som tar sitt liv inser inte alltid att handlingen är oåterkallelig, att man dör av det och att det skadar också andra. Läkarna har som yrkeskår den närmaste kontakten till självmordsbenägna människor och bör därför utveckla sina färdigheter när det gäller att både känna igen och vårda dessa personer.

FÖREBYGGANDE AV SJÄLVMORD

Självmordsförebyggande har accepterats i Finland som ett allmänt mål för hälso- och sjukvården. Verktyg för självmordsförebyggande i skolor och arbetsplatser har sammanställts på Institutionen för hälsa och välfärd (THL) webbplats. Enligt de allmänna riktlinjerna för förebyggande av självmord bör åtgärder inriktas på befolkningen (allmän prevention, utbildning), högriskgrupper (selektiv prevention, identifiering av depression) och självmordspersoner (målinriktat förebyggande, förbättring av behandling).

Social- och hälsovårdsministeriets nationella strategi för psykisk hälsa och nationella program för suicidprevention 2020–2030 innehåller 36 förslag till åtgärder för att förebygga själv-

mordsdöd i Finland. Åtgärderna omfattar bearbetning av attityder, minskande av metoder och medel för suicid, tidigt stöd, stöd till riskgrupper, utveckling av vården, ökad kompetens bland medierna och inriktning på aktuell statistik och forskning. ■

Läs mer:

Duodecim. God medicinsk praxis. Mall för en god psykiatrisk bedömning och initial vård av patient som försökt begå självmord. <https://www.kaypahoito.fi/imk01235>

Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162054/STM_2020_7_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Masentunut nuori – Mitentunnistan, arvioin ja hoidan perustasolla? Finlands Läkartidning 2019;74:1415–20. Översiktsartikel 31.5.2019, 22/2019

Solin P, Partonen T. Tunnista itsemurhan vaara! Duodecim 2017;133(15):1405–10.

Suomalainen L, Seilo N, Haravuori H, Marttunen M. Nuoren viiltely ja muu itsetuhoinen käyttäytyminen. Duodecim 2018;134(8):857–64.

Tamminen T. Lapsen masennus. Duodecim 2010;126(6):627–33.

Työkaluja itsemurhien ehkäisyyn: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy/tyokaluja-itsemurhien-ehkaisyyn>

Patienter med missbruksproblem

Rusmedelsberoende är en sjukdom med omfattande konsekvenser på flera livsområden och som ofta leder till att man blir stämplad. Beroendet bör behandlas på samma medicinska, terapeutiska och etiska grunder som andra periodvis återkommande kroniska sjukdomar.

Behandlingens målsättningar ska uppställas utgående från den enskilda patienten och resultaten bedömas i relation till patientens utgångsläge. Även minskat beroende är ett positivt vårdresultat.

Rusmedelsanvändningen är ett stort problem i vårt samhälle, såväl ur hälsomässig, som ur social och ekonomisk synvinkel. Rusmedelsanvändning på beroendenivå kan ofta vara en svår sjukdom för individen och hans närstående samt påverka flera olika livsområden. Läkarens skyldighet är att förebygga skador orsakade av funktionella beroenden. På attitydplanet innebär det att man, precis som ifråga om andra folksjukdomar, försöker utreda orsakerna till rusmedelsanvändningen, tar itu med problemen och utan att stämpla ger patienten den vård hen behöver.

Det förekommer fortfarande en hel del fördomar, fördömanden och missuppfattningar kring beroendesjukdomar och deras orsaker. Man betraktar ofta rusmedelsberoende som ett moraliskt och socialt problem snarare än som en sjukdom. Enligt dagens uppfattning är rusmedelsberoende en neurobiologisk sjukdom som har en psykologisk och en social dimension. Alla tre dimensioner inverkar på problemets uppkomst och behandlingen. Därför är missbrukarvården och uppbyggnaden av vårdssystemet en utmanande uppgift.

STIGMATISERING INOM VÅRDSYSTEMET

Rusmedelsproblem anses ofta vara självförvållade. På så sätt försöker man rättfärdiga att missbrukare behandlas sämre än andra patienter. Likväl är det samtidigt allmänt accepterat att övriga sjukdomar som delvis är självförvållade, till exempel diabetes, blodtryckssjukdomar, övervikt och idrottsskador, utan större moralisering behandlas med offentliga medel. En del missbrukare blir fortfarande utan vård, då de har svårt att uppsöka vård på grund av skamkänslor, rädsla för att bli stigmatiserade, nedsatt funktionsförmåga eller inte kan bemästra sitt beroendebeteende. Läkarna kan minska stigmatiseringen och förbättra vården av rusmedelspatienter genom att lyfta fram att rusmedelsberoendet är en sjukdom som resultatrikt kan behandlas och alltid är värd ett behandlingsförsök.

Till exempel är substitutionsterapin för opioidberoende evidensbaserad, men trots detta fortfarande omstridd och väcker starka känslor. Dess syfte är inte bara att förbättra patientens hälsa och funktionsförmåga, utan även att förbättra hans psykosociala situation (bland annat genom att skära av missbrukarnätverk) och minska samhällseliga skadeeffekter orsakade av patienten (såsom kriminalitet och infektionssjukdomar). Substitutionsvården är genom sina positiva effekter etiskt motiverad, även om man inte lyckas avvänja patienten från själva läkemedlet eller helt eliminera beroendet. Situationen är jämförbar med den långvariga medicinerings som många kroniska sjukdomar kräver.

UTMANINGAR I VÅRDRELATIONEN

Även i Finland har rusmedelsanvändningen blivit en vardagligare företeelse, särskilt alkohol- och cannabisanvändning. För vissa patienter har den blivit en viktig del av den egna livsstilen, som patienterna inte vill överge. Detta gör det svårare att diskutera saken även på läkarmottagningen, som en del i behandlingen av patientens hälsotillstånd i övrigt. Det kan kännas svårt för hälsovårdspersonal att ingripa i en sak som uppfattas som privat, särskilt om det ännu inte har orsakat några skador. Alkohol är dock en betydande riskfaktor för ganska många somatiska sjukdomar. Med tanke på folkhälsan och patientens intresse är det speciellt viktigt att ingripa för att förhindra skador av rusmedelsanvändningen.

Läkaren möter ofta missbrukaren när hen söker sig till vård på grund av psykiska symtom eller hamnar på sjukhus på grund av somatiska komplikationer förorsakade av rusmedelsanvändningen. I dessa situationer undviker läkarna och den övriga vårdpersonalen ofta att ingripa i själva rusmedelsproblemet och koncentrerar sig på att behandla det akuta problemet. I bakgrunden kan finnas terapeutisk pessimism, frustration eller en uppfattning om att rusmedelspatienterna i första hand borde omhändertas av socialväsendet eller polisen. Men man borde alltid erbjuda även specifik behandling av patientens rusmedelsproblem, särskilt då det finns bevis på dess effekt. På grund av detta är det inte etiskt korrekt att låta bli att behandla rusmedelsproblemet.

Beroendesjukdomar handlar ofta också om störningar i motivationssystemet, som påverkar patientens förmåga att uppsöka och förbinda sig till vården. Följaktligen är en av vårdens uppgifter att stärka motivationen. Den anställdas sätt att kommunicera kan stödja vårdmotivationen betydligt. Men ett beroende innebär att man på ett visst plan förlorar kontrollen över sitt beteende och sitt missbruk, vilket gör att patienten har en begränsad förmåga att fatta självständiga beslut. På grund av missbruket kan patienten också ha tydliga neuropsykologiska brister. Man kan därför inte utgå ifrån att patienten själv kan ta ansvar för sin behandling i alla situationer.

Ju svårare beroende, desto mer behöver man som stöd för vården en stark yttre auktoritet som kan kontrollera beteendet med hjälp av regler, avtal och normer. Reglerna får inte uppfattas som bestraffningar, eller vara på annat sätt orimliga, utan bör vara vårdmässigt motiverade. Ur etiskt perspektiv är det viktigt att hela tiden utvärdera om det egna agerandet är vårdmässigt motiverat och inte till exempel speglar ens eget eller samhällets moraliska synsätt. Att stödja ärlighet och sekretess förutsätter en vårdsituation där även patienten har nytta av att hålla sig till sanningen och bete sig enligt de sociala normerna. Man kan inte förvänta sig att patienten håller sig till sanningen ifall villkoret till exempel för sjukdagpenning eller körkort, eller rentav vård överhuvudtaget, är att missbruket förnekas.

Nästan alla läkare konfronteras med patienter som missbrukar läkemedel. Läkemedelsberoende i sig kan inte betraktas som en tillräcklig medicinsk grund till att få ett läkemedel, utan situationen måste bedömas från fall till fall. Patienter med läkemedelsberoende är väldigt olika. Det är alltid läkaren som på medicinska grunder måste bedöma ifall patientens helhetsituation tillåter läkaren att skriva ut ett recept. De bästa förutsättningarna för en ändamålsenlig vård finns i en etablerad vårdrelation, där man bäst kan bedöma patientens individuella vårdbehov.

Allt fler läkare har att göra med patienter som använder droger, särskilt cannabisanvändare. Droger kan orsaka mycket starkare negativa känslor hos vårdpersonal än alkohol, då de fortfarande är ganska främmande för många. I fråga om ungdomar kan det finnas en alltför känslomässig och skarp inställning till cannabisanvändning. I så fall kan det hända att ungdomar blir utan behövlig vård och uppleva sig stämplade av vårdsystemet. Kunskap om droger, särskilt cannabis, förändras och preciseras hela tiden. För att få en ung person att engagera sig i sin vård lönar det sig därför att undvika för starka ställningstaganden.

Den professionella attityd som är viktig för att läkaren ska orka med sitt eget arbete är särskilt viktig när man vårdar patienter med svåra missbruksproblem eller missbruks- och personlighetsstörningar. Man måste alltid minnas att missbrukaren i sin egen livsmiljö kan ha upplevt årtal av utnyttjande av olika slag, vilket påverkar hans sätt att förhålla sig till andra människor. Läkaren måste försöka stödja och förstå sin patient, och samtidigt minnas att det inte är vårdmässigt motiverat att alltför starkt och empatiskt leva sig in i patientens ibland snedvridna känslomässiga upplevelser.

BEGRÄNSNINGAR AV SJÄLVBESTÄMMANDERÄTTEN PÅ GRUND AV MISSBRUKSPROBLEM

Patientens självbestämmanderätt är en central etisk princip också inom vården av rusmedelsproblem. Därför bör man fästa särskild uppmärksamhet vid terapeutiska grunder till att begränsa denna. Annars finns det risk för att man i ett moraliskt fördömande klimat gentemot missbrukare begränsar självbestämmanderätten med bestraffning och social kontroll som motiv. När det gäller missbruk är det å andra sidan svårt att dra en gräns mellan social kontroll och en motiverad behandlingsåtgärd. En naturlig roll för läkaren blir därför att tillföra diskussionen vetenskapliga sakargument se till att begränsningarna av självbestämmanderätten görs av terapeutiska skäl.

Man har tydligt påvisat att alkohol förorsakar fosterskador, men det finns mindre kunskap om eventuella risker för fostret när det gäller övriga rusmedel. Det säkraste sättet att undvika fosterskador som beror på rusmedel är att vara nykter. Därför har man diskuterat behovet av tvångsvård i situationer där en gravid kvinna själv inte klarar av att avsluta sitt missbruk som skadar fostret.

Enligt Finlands Läkarförbund kan begränsningar av självbestämmanderätten under graviditeten motiveras ifall de är nödvändiga för att garantera fostrets trygga utveckling. I praktiken vill missbrukande mödrar inte skada sitt ofödda barn, men kan på grund av sin beroendesjukdom inte klara av att avhålla sig från rusmedlen utan yttre stöd. Modern vill alltså föda ett friskt barn och det ligger både i moderns och i barnets intresse. En etiskt viktig gräns överskrids i den stund modern beslutar sig för att inte avbryta sitt havandeskap. Sedan man beslutat sig för att behålla barnet är det ur läkarettisk synvinkel inte så stor skillnad om dess hälsa äventyras före eller efter förlossningen. (Se *Det ofödda barnets människovärde och rättigheter*)

Enligt 25 c § i barnskyddslagen (88/2010) bör man redan före barnets födelse göra en föregripande barnskyddsanmälan ifall det finns grundad anledning att misstänka att ett ofött barn omedelbart efter sin födelse kommer att behöva stödåtgärder inom barnskyddet.

MINDERÅRIGA

Minderåriga får enligt lag inte använda rusmedel, men börjar ändå vanligen experimentera med olika ämnen redan under ungdomsåren. Ett centralt mål för förebyggandet är att så länge som möjligt uppskjuta debuten även i fråga om rusmedel som är accepterade i vår kultur, särskilt alkoholen. Detta minskar risken för rusmedelsberoende senare i livet.

En minderårig behandlas i samråd med patienten, om hen till sin ålder och utvecklingsnivå är kapabel att själv bestämma om sin vård. Härmed är det också patienten som avgör vilka dokument över hans hälsotillstånd och behandling som får ges vidare. I övriga fall sker vården i samråd med vårdnadshavaren eller en annan laglig företrädare. Men också i detta fall måste man höra den minderårigas åsikt. Man bör alltid utreda den ungas situation och hans samtycke till att överlåta uppgifter och till vården.

En minderårig som är berusad har sämre möjligheter att fatta beslut om sig själv. När en ung person söker hjälp för sin rusmedelsanvändning måste läkaren bedöma om hen ska kontakta den ungas föräldrar. I så fall måste läkaren väga mot varandra förtroendet, vårdrelationen och tystnadsplikten. Om familjens situation möjliggör föräldrarnas deltagande har man vanligen erfarit att det är till nytta för den ungas behandling att föräldrarna är delaktiga. Om den unga vägrar involvera sina föräldrar i vården och missbruket trots behandlingen fortsätter oförminskat, bör en barnskyddsanmälan göras. Lagen förpliktigar till att göra en barnskyddsanmälan om ett barn som har ett sådant behov av vård och omsorg eller lever i sådana omständigheter som äventyrar hans utveckling eller eget beteende kräver en utredning av behovet av barnskydd.

Om man upptäcker missbruk till exempel i samband med en förgiftning eller annan jour-situation måste man alltid göra en anmälan till barnskyddet. I allmänhet finns det skäl att informera även den unga och föräldrarna om anmälan. Att meddela föräldrarna bör dock inte leda till att den ungas situation kompliceras. ■

Läs mer:

Tjänsteutbudsrådets rekommendationer. Rekommendation om psykosociala metoder för vård och rehabilitering av alkoholberoende. <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>

Finska Läkarföreningen Duodecim och Finlands Akademi. Painopiste preventio - Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>

Behm, M-M. (2015). Ihanteet ja arki pähteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla. Eettisten periaatteiden toteutuminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 311. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Mauri Marttunen, Bettina von der Pahlen. Pähdehäiriöiden kehittymistä voidaan ehkäistä, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(19):2051-6.

Kantonen J. Päähtynyt potilas poistui päivystyksestä. Finlands Läkartidning 2009;64:3449-50.

Vorma H, Kuoppasalmi K. Yleiskatsaus: Bentsodiatsepiiniriippuvuus ja sen hoito. Finlands Läkartidning 2005;60;1279-82.

Hanna Kahila, Kaisa Kivistö. Huumeet ja raskaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019;135(2):131-7. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:4. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen.

Mäkelä K. Päihdeäitien hoito ja valvonta. Tidningen Yhteiskuntapolitiikka 2009;74:195-201.

Vård av patienter med minnessjukdomar

Progressiva minnessjukdomar är sjukdomar som till slut leder till döden och som medan de framskrider avsevärt försvagar patientens kognitiva kapacitet. Numera diagnostiseras sjukdomarna tidigt. Den försämrade uppfattnings- och slutledningsförmågan gör det svårare för den insjuknade att delta i beslut som gäller hen själv och hens vård. Detta medför betydande svårigheter i konkreta behandlings- och undersökningssituationer, då den insjuknade inte alltid förstår vad som görs och varför.

De etiska problemen i vården av patienter med minnessjukdomar gäller frågor kring förhållandet mellan patientens självbestämmanderätt och självbestämmandeförmåga samt hens behov av vård och beskydd. Behandlingen av andra somatiska sjukdomar samt livsuppehållande åtgärder i sjukdomens slutskede är också etiskt problematiska.

I vården av patienter med minnessjukdomar är det speciellt viktigt att man beaktar de anhöriga och involverar dem i processen, om patienten går med på detta.

SJÄLVBESTÄMMANDERÄTTEN

När minnessjukdomen konstateras i ett tillräckligt tidigt skede förstår patienten vanligen rätt väl vilken sjukdom hen har och hur prognosen ser ut. Därför lönar det sig att i ett tidigt skede diskutera även om kommande skeden med patienten och uppmana hen att vid behov uppgöra ett livstestamente samt en intressebevakningsfullmakt. När demensen ännu är i ett lindrigt skede besitter den insjuknade vanligen ännu full rättshandlingsförmåga, vilket gör att det ännu är möjligt att göra olika ekonomiska arrangemang och till exempel göra upp ett testamente.

Förmågan att bestämma över sig själv är en egenskap som vid minnessjukdom inte försvinner med en gång utan avtar småningom och alltid står i proportion till komplexiteten i det aktuella beslutet. En minnessjuk person kan redan under sjukdomens lindriga skede vara oförmögen att förstå ett mycket komplicerat testamente eller konsekvenserna av ekonomiska arrang-

emang. En svårt dement kan ännu vara förmögen att bestämma om enkla saker, till exempel sin dagsrytm och kost. Etiska problem kan uppstå både i hemmet och i servicehemmet när individens rätt att leva ett eget liv strider mot egenvårdarens eller andra invånares rättigheter. Vid behandling av patienter med minnesstörningar framhävs betydelsen och inkluderingen av anhöriga i behandlingen, när den insjuknade går med på det. (Se **Rättshandlingsförmåga och intressebevakning**)

När sjukdomen framskrider försämras förmågan att sköta vardagliga ärenden, samtidigt som medvetenheten om symtomen ofta blir sämre. Vårdvägran börjar förekomma när den insjuknade personen inte längre förstår att hen behöver omsorg. Det kan finnas en betydande motsättning mellan patientens självbestämmanderätt och värnandet av hens hälsa och trygghet. I så fall är det skäl att omsorgsfullt överväga vårdens för- och nackdelar jämfört med att avstå från behandling. Man kan seponera mindre viktiga läkemedel och alla behöver inte tvätta sig varje dag. Men om till exempel en person med diabetes typ 1 inte längre kan gestalta att hen behöver insulinbehandling eller om bostaden på grund av bristfällig hygien är obeboelig bör man omedelbart ingripa, också mot patientens vilja. När man gör upp principerna för vården måste man utöver att höra och diskutera med patienten även göra det med hens anhöriga. En stimulerande vårdmiljö bidrar till att upprätthålla funktionsförmågan. (Se **Självbestämmanderätt och dess undantag**)

Patientfall

En 83-årig kvinna som lider av medelsvår demens bor ensam i sitt hem på landsbygden. Patienten har klarat sig bra med hemhjälp, men har en gång irrat omkring lättklädd ute i kölden, varvid grannarna förde henne tillbaka hem. Dottern, som bor på en annan ort, kräver att modern "omedelbart" ska placeras på ett servicehus. Patienten vill absolut bo hemma. Vad ska man iaktta när man bedömer olika boendearrangemang? Hur ska ett eventuellt beslut om institutionsplacering fattas?

En patient har rätt att vägra behandlingsåtgärder. I första hand hör man vad patienten själv önskar och anstränger sig för att hitta säkra sätt att genomföra detta. Till exempel kan ett dörrlarm, digital kommunikation eller hemvårdens kvällsbesök i hemmet åtminstone under en tid möjliggöra fortsatt boende i hemmet i enlighet med patientens önskan. Även en GPS-positionerare placerad till exempel på ett armband eller på en sko ökar säkerheten. Användningen av en positionerare kräver patientens samtycke.

I äldreomsorgslagen (980/2012, 15 §) stadgas om en helhetsmässig utredning av möjligheterna att tillgodose en äldre persons servicebehov, som enligt lag måste ske i samförstånd med patienten och/eller hens släktingar. Vid livsfara kan läkaren emellertid agera också utan patientens samtycke, till exempel då man vid hotande kallbrand i foten måste fatta beslut om amputation. Ifall riskerna växer sig orimligt stora och frågan inte kan lösas genom förhandling, kan myndigheten för digitalisering och befolkningsdata besluta att intressebevakningen utöver ekonomiska frågor även innefattar beslut om vården. På detta sätt kan man genomföra till exempel en förändring av bostadsarrangemangen.

Vid överföring av en patient till en ny vårdplats bör man se till om att ta med sig saker från hens livsmiljö som gör den nya miljön bekant för hen och därmed skapar en trygghetskänsla. Tingen bevarar även hens identitet, vilket minskar tankspriddhet och oro, samt andra beteendesymtom.

BEHANDLING AV ÖVRIGA SJUKDOMAR

Om en patient med minnesjukdom får sin diagnos redan i ett tidigt skede kan hen ha många funktionsdugliga år framför sig. Att man diagnostiserats med minnessjukdom får inte i sig utgöra ett hinder för adekvat undersökning och behandling av vilka övriga sjukdomar som helst. Fördelarna med somatiska undersökningar och behandlingar bedöms alltid i relation till patientens helhetsmässiga hälsotillstånd, funktionsförmåga och prognos. (Se *Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter*)

Akuta sjukdomar som orsakar lidande (kroppsskador, hjärtinsufficiens och så vidare) behandlas alltid omsorgsfullt. Man bör fästa speciell uppmärksamhet vid att identifiera en minnessjuk persons smärtor eller obekväma tillstånd, då personen inte själv kan uttrycka smärta när sjukdomen är långt framskriden.

Mär minnesjukdomen är framskriden förstår den insjuknade inte nödvändigtvis innebörden av olika undersöknings- och behandlingsåtgärder och kan inte samarbeta på behövt sätt. I så fall kan man inte göra nödvändiga undersökningar utan att på ett sätt som patienten inte förstår åsamka hen oproportionerligt lidande, såsom att hålla fast patienten eller åsamka hen smärta. I så fall kan man avstå från undersökningsåtgärden och till exempel behandla ett misstänkt magsår på enbart kliniska grunder, utan gastroskopi. Ett avbrytande av användningen av förebyggande läkemedel är värt att överväga.

När en patient inte längre själv förmår ta ställning till behandlingsåtgärder följer man principerna patienten tidigare själv önskade i sitt livstestamente. Därtill bedöms på basis av patientens helhetsmässiga hälsa behovet av att begränsa eventuella övriga behandlingar. Frågan diskuteras med anhöriga och/eller den intressebevakningsfullmäktiga/intressebevakaren. Man frågar dem hur patienten enligt deras uppfattning själv skulle önska bli vårdad. En proaktiv vårdplan för livets slutskede utarbetas. Det är ofta läkaren som måste fatta de slutliga vårdbesluten. (Se *Självbestämmanderätten och undantag från den*)

MINNESSJUKA PATIENTERS MEDVERKAN I VETENSKAPLIGA UNDERSÖKNINGAR

Det är problematiskt att göra vetenskapliga undersökningar på patienter som inte alltid själva förstår varför de görs. Det ligger emellertid också i de minnessjukas intressen att man med deras hjälp utvecklar nya läkemedel och behandlingsmetoder. Detta förutsätter särskild akt-samhet när det gäller de undersökta rättigheter. Vanligen ber man om de anhörigas samtycke, men man bör också så begripligt som möjligt förklara för den minnessjuka vad det handlar om samt komma ihåg hens rätt att neka till undersökningen, även som minnessjuk. ■

Läs mer:

Juva K, Erkinjuntti T, Hietanen M, Koponen H, Luoma S-L, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Pirttilä T. Alzheimerin tauti ja edunvalvonta. *Finlands Läkartidning* 2005;60:4645–49.

Laakkonen ML, Pitkälä K. Ethical care in dementia. *BMJ* 2009 Oct 2;339:b3993.

Minnessjukdomar. God medicinsk praxis-rekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Finlands Geriatriker, Neurologiska Föreningen i Finland, Finlands psykiatriska förening och Allmänmedicinska föreningen i Finland. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2017 (hämtad 2.3.2020). www.kaypahoito.fi/sv/gvr00014

Nuffield council on bioethics. Dementia: Ethical issues 2009. <http://www.nuffieldbioethics.org/dementia>

Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T ym. Alzheimerin tauti ja oikeudellinen toimintakyky.

Finlands Läkartidning 2005;60:4517–21.

Rättshandlingsförmåga och intressebevakning

Med rättshandlingsförmåga avses att en individ har förmåga att förstå innebörden i frågor som har rättsliga konsekvenser.

Vem som helst kan till magistraten göra en anmälan om en person som man anser vara i behov av intressebevakning. En läkare har skäl att ingripa speciellt i situationer där patientens hälsa i fara. Det lönar sig att överväga intressebevakning även i situationer där det är sannolikt att personen blir utnyttjad eller där anhöriga har väldigt olika uppfattning om hur patienten ska behandlas och till exempel om hans placering.

En person kan i förväg ge ett ombud fullmakt att sköta hans ärenden när hen inte längre själv förmår fatta beslut. Myndigheten ska bestyrka fullmakten.

Med rättshandlingsförmåga avses att en individ har förmåga att förstå aktuella ärenden som har rättsliga konsekvenser och innebörden i dessa. Rättshandlingar är beslut som har ekonomiska konsekvenser, såsom att ingå ett köp, ta ett lån, göra en donation eller uppgöra ett testamente. Också äktenskapet är en rättshandling.

Rättshandlingsförmågan ansluter alltid till en specifik rättshandling. I Finland har man rättshandlingsförmåga från det man fyllt 18 år, ifall inte annat har bestämts. En person kan till exempel på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom ha varit oförmögen att fatta rättsligt bindande beslut hela sitt liv (till exempel på grund av en utvecklingsstörning). Hen kan också antingen periodvis (till exempel på grund av en manisk period vid en bipolär mental störning) eller tillfälligt efter ett insjuknande (till exempel efter en hjärnskada) ha svårt att fatta rationella beslut, eller lida av en sjukdom som då den framskrider småningom försämrar denna förmåga (såsom en minnessjukdom). Rättshandlingen kan i vissa fall upplösas i efterhand om man påvisat att personen i fråga inte har förstått innebörden i och konsekvenserna av det beslut som fattats. Man kan besvara sig över ett testamente först efter att testatorn har avlidit, varvid rätten i efterhand bedömer hans testationsbehörighet.

Intressebevakning är ett förfarande där man åt en person förordnar en intressebevakare som tryggar personens intressen (Lagen om förmyndarverksamhet 442/1999). Intressebevakaren förordnas av myndigheten för digitalisering och befolkningsdata. En intressebevakare behövs när en persons ekonomiska intressen är i fara och ärendet inte kan skötas på annat sätt. Det behövs således ingen intressebevakare om en specifik fråga genom fullmakt kan skötas till exempel av anhöriga. I intressebevakning fattar intressebevakaren besluten i samråd med sin huvudman. Som intressebevakare kan fungera en anhörig, en tjänsteförmyndare eller en utomstående person, såsom en avlönad jurist eller bokförare. Vem som helst kan ta initiativ till beslut om intressebevakning, till exempel en anhörig, en socialarbetare, en behand-

lande läkare eller personen själv. Om personen i fråga går med på intressebevakning avgörs frågan av myndigheten som utövar tillsyn över förmynderskap, i annat fall går ärendet vidare till tingsrätten.

Man kan utse en intressebevakare också för en specifik rättshandling, såsom till exempel för ett bostadsköp eller för en bouppteckning, varvid man inte begränsar en persons rätt att sköta sina dagliga penningärenden.

Man kan förordna att en utvidgad intressebevakning berör också andra än ekonomiska ärenden, såsom beslut om placering i långtidsvård. Man kan ansöka om utvidgad intressebevakning antingen direkt, eller senare utvidga den normala intressebevakningen med en ny ansökan och ett läkarutlåtande.

Ett förordnande av intressebevakning förutsätter alltid ett läkarutlåtande, men myndigheten som utövar tillsyn över förmynderskap inhämtar också information från annat håll. Det är egentligen inte läkaren som fattar beslutet, även om hens åsikt ofta är avgörande. Ett utlåtande om intressebevakning förutsätter alltid att läkaren personligen träffar patienten.

När en läkare behandlar en patient som ter sig okapabel att fatta rationella beslut lönar det sig att aktivt utreda ett eventuellt behov av intressebevakning. Man bör vara observant i situationer där alla närstående inte har kännedom om patientens tillstånd eller om man misstänker att det förekommer ekonomiskt eller annat utnyttjande. Intressebevakning kan behövas även ifall de anhöriga sinsemellan är starkt oeniga om patientens vård eller vårdbehov. Läkaren har skäl att ingripa framför allt i situationer som hotar patientens hälsa eller säkerhet. Myndigheten som utövar tillsyn över förmynderskap kan begära ett utlåtande om personens behov av intressebevakning, varvid läkaren alltid måste skriva ett utlåtande.

I ett utlåtande om behovet av intressebevakning är det viktigt att skilja på den information läkaren fått ur patientjournaler från läkarens egna observationer och från de anhörigas berättelser. Ifall det handlar om en sjukdom som påverkar den kognitiva förmågan måste patientens situation utredas med hjälp av tester, såsom med enkla screeningtester eller vid behov genom undersökning hos en neuropsykolog. I vilken mån rättshandlingsförmågan påverkas av psykiatriska störningar är ibland svårt att bedöma och förutsätter specialistkonsultation. (Se Särskilda frågor i behandlingen av mentala störningar)

En person kan i förväg ge ett ombud fullmakt att sköta hans ärenden när hen inte längre själv förmår fatta beslut. Intressebevakningsfullmakten träder i kraft efter att den bestyrkts av myndigheten som utövar tillsyn över förmynderskap. Den befullmäktigade begär ett bestyrkande av fullmakten från myndigheten för digitalisering och befolkningsdata när fullmaktsgivaren blivit oförmögen att sköta sina ärenden. För bestyrkande krävs ett läkarutlåtande. Läkaren kan också behöva bedöma fullmäktiges funktionsförmåga.

Såväl intressebevakaren som fullmäktige har till uppgift att agera i huvudmannens intresse. Intressebevakningen begränsar sig vanligen till ekonomiska rättshandlingar, om inte annat särskilt beslutas. Fullmäktige ansvarar även för att se till att huvudmannens vilja hörs i beslut om behandlingen. Fullmäktige har inte rätt att föreskriva medicinsk behandling, utan kan i stället för sin huvudman utöva huvudmannens rätt att vägra läkarvård. I dessa situationer ger läkaren den behandlingen hen anser näst bäst och kommer samtidigt ihåg att markera vikten av att fullmäktige uttrycker de åsikter hen tror huvudmannen har och inte fullmäktiges egna åsikter.

Patientfall

En 82-årig kvinna lider av Alzheimers sjukdom i ett tidigt skede. Hon kommer till sjukhuset på grund av försämrat allmäntillstånd. På avdelningen konstaterar man att frun verkar ovärdad och i samband med ett hembesök märker man att hemmet är väldigt asketiskt. När man utreder hennes penningärenden visar det sig att bankkontot är tomt och att flera räkningar är obetalda. Frun berättar att hennes son sköter alla hennes penningärenden.

En 45-årig man lider av vanföreställningar och upplever att grannarna är störande och ständigt plågar honom. Han har skaffat mängder av lås till sitt hem och flyttat flera gånger och i samband med det vanligen förlorat pengar. Ändå upplever han att ”plågoandarna” alltid följer med. Han arbetar regelbundet och har inga problem med sina kognitiva funktioner.

Borde läkaren ingripa och se till att patienterna får en intressebevakare? ■

Läs mer:

Intressebevakningsfullmakt. Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata <https://dvv.fi/sv/intressebevakningsfullmakt>

Juva K. Neuropsykiatrisen potilaan oikeudellisen toimintakyvyn arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129(18):1886-92.

Juva K, Erkinjuntti T, Hietanen M, Koponen H, Luoma S-L, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Pirttilä T. Alzheimerin tauti ja edunvalvonta. Finlands Läkartidning 2005;60:4645-49.

Koponen H, Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T, Mäki-Petäjä-Leinonen A. Psykoosi- ja dementiapotilaiden oikeudellisen toimintakyvyn arviointi. Finlands Läkartidning 2006;61:4469-71.

Kuusterä Kirsti. Tämä jokaisen pitäisi tietää oikeudellisesta ennakkoinnista. Vanheneminen.fi 16.9.2019. <https://www.vanheneminen.fi/oikeudellinen-ennakointi>

Nikunmaa H, Poikonen H, Mäki-Petäjä-Leinonen A: Asiakas- ja potilaslaki muuttuu – miten muuttuu muistisairaana ihmisen itsemääräämisoikeus. The Blog of UEF Law School 30.4.2018.

<https://blogs.uef.fi/oikeuttakohtuudella/tag/vanhuusoikeus/>

Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Koponen H. Alzheimerin tauti ja oikeudellinen toimintakyky. Finlands Läkartidning 2005;60:4517-21.

Särskilda vårdfrågor

Rutinerna i läkarens vardag avbryts ibland av problem som ur etisk synvinkel är särskilt utmanande. Det handlar ofta om ovanliga problem som kan gälla till exempel en viss sjukdom, en behandlingsform eller en speciell grupp, och de väcker känslor och komplicerade frågor. Det finns många läkare inom någon specialitet som aldrig möter den typ av etiska problem som är vardagsrutin för kolleger inom en annan specialitet. Inom medicinska områden som dagligen kämpar med vissa specialproblem växer det ofta fram klara spelregler och principer som är av stor hjälp vid besvärliga situationer. Det kan vara till nytta för alla läkare att känna till dessa. Trots att många av problemen är sällsynta, är de ofta viktiga ur principiell synvinkel och intresserar också lekmän. Den tekniska utvecklingen inom medicinen ger också upphov till alldeles nya problem, där vår etik och våra traditionella tänkesätt kommer till korta.

Detta kapitel behandlar etiska problem som är typiska inom vissa medicinska specialiteter och som de flesta läkare åtminstone indirekt kan stöta på. Till dessa hör bland annat farliga infektionssjukdomar och deras bekämpning, organtransplantationer, estetiska behandlingar, intensivvård, vård av utvecklingsstörda patienter, olika uttryck för könsidentiteter samt arbetet som idrottsläkare. Av de nya tekniska utmaningarna behandlas frågor som fjärrmedicinen och gentestningen aktualiserat.



Farliga infektionssjukdomar

Kampen mot infektionssjukdomar bygger framför allt på upplysning och frivillighet. De tvångsmedel som lagen om smittsamma sjukdomar möjliggör bör användas med stor återhållsamhet.

Såväl yrkesetiken som lagstiftningen ålägger läkarna och annan vårdpersonal att ge insjuknade hjälp också vid farliga infektionssjukdomar.

Epidemier har betydande konsekvenser för folkhälsan och ekonomin och kan i värsta fall till och med hota samhällets grundläggande funktioner. En smittsam sjukdom drabbar inte bara den smittade utan också det omgivande samhället.

Redan långt innan man kände till smittans biologiska karaktär ledde förekomsten av en smittsam sjukdom till kraftiga begränsningar av både individers och grupperns rörelsefrihet. Under medeltiden och digerdöden, som orsakades av pestbakterien, isolerades insjuknade från friska, medan de som utsatts för smitta men ännu var symtomfria sattes i karantän. Besättningarna på fartyg i hamn fick inte stiga i land. Också individer med spetälska har sedan långa tider uteslutits ur den övriga gemenskapen.

Efter att orsakerna till infektionssjukdomarna och smittmekanismerna klarnat har man från och med slutet av 1800-talet bättre kunnat avgränsa åtgärderna mot enskilda individer

och hela samhället. För många sjukdomar har man också kunnat minska på begränsningarna i enlighet med de inkubationstider forskningen kommit fram till. Trots detta behövs det fortfarande metoder i kampen mot infektionssjukdomar som innebär att man måste väga individens frihet mot den skada sjukdomen kan åsamka hela samhället. I extrema fall ger bestämmelserna fullmakt till tvångsisolering eller tvångsvård och till förstörande av egendom, allt för att förhindra fortsatt spridning av smittan. SARS-epidemin år 2003 aktualiserade behovet av omfattande karantänåtgärder i kampen mot infektionssjukdomar. Detta återspeglade de nya och oväntade hot som infektionssjukdomarna för med sig. I början av år 2020 ökade också den vitt spridda nya coronaviruspandemin (SARS-COV-2, covid-19-sjukdomen) användningen av kontrollåtgärder som begränsar självbestämmanderätten även i Finland. Traditionella medel för att bekämpa infektion är nödvändiga när orsaken till en farlig sjukdom är okänd och befolkningen saknar motståndskraft mot den och det inte finns något vaccin eller någon specifik behandling mot sjukdomen.

LAGSTIFTNINGEN

Vår hälso- och sjukvårdslagstiftning har bestämmelser som medför intrång i individens frihet och egendomsskydd, men de är sällsynta undantag och innehåller detaljerade bestämmelser om när de kan tillgripas. I den komplett förnyade lagen om smittsamma sjukdomar och statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar (146/2017) definieras ansvaret och skyldigheterna hos olika instanser i kontrollen och bekämpningen av infektionssjukdomar, och i vilka situationer man har rätt att ingripa i den enskilda individens integritet, rörelsefrihet och egendom för att förhindra smittspridning.

Lagen om smittsamma sjukdomar indelar infektionssjukdomarna i allmänfarliga, övervakningspliktiga och andra smittsamma sjukdomar. En smittsam sjukdom är allmänfarlig om smittsamheten är stor, sjukdomen är farlig och sjukdomsspridning kan förhindras med hjälp av åtgärder som riktas mot den som har eller med fog misstänks ha insjuknat eller utsatts för sjukdomsalstrare. Allmänfarliga och övervakningspliktiga sjukdomar anges i statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar.

En läkare i tjänsteförhållande som i kommunen eller i samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar kan fatta beslut om att den som insjuknat eller med fog misstänks ha insjuknat ska vara borta från sitt arbete, från småbarnspedagogik eller från sin läroanstalt. Den läkare i tjänsteförhållande som i kommunen eller i samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar kan besluta att isolera en person om risken för att sjukdomen ska spridas är uppenbar och sjukdomsspridning inte kan förhindras med hjälp av andra åtgärder. Vid behov måste man på isoleringsplatsen ge den som insjuknat i en allmänfarlig smittsam sjukdom sådan vård och behandling som är nödvändig för att förebygga sjukdomsspridning oberoende av patientens vilja. Då det handlar om en allmänfarlig smittsam sjukdom kan en symptomfri person som utsatts för smitta sättas i karantän. Man begränsar då personens rörelsefrihet tills inkubationstiden är över och det inte längre finns risk för att hen insjuknar och kunde smitta andra. Karantänbeslutet kan fattas för högst sex månader i taget.

Enligt beredskapslagen (1552/2011) kan undantagsförhållanden i samhället utlysas också vid pandemier som till sina verkningar kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka. Lagen befullmäktigar hälsovårdsmyndigheterna att under undantagsförhållanden använda sig av utvidgade befogenheter för att organisera hälso- och sjukvården. Dessa i beredskapslagen angivna möjligheter togs i bruk i Finland under våren 2020 i syfte att bekämpa den nya

coronavirussjukdomen (covid-19). Då tillämpningen av beredskapslagen måste vara övergående och tillfällig bör bestämmelserna om hantering av epidemier i första hand ingå i den normala lagstiftningen. Lagen om smittsamma sjukdomar kompletteras därför i vissa avseenden.

SMITTOBEKÄMPNING I PRAKTIKEN

Bekämpningen av infektionssjukdomar baserar sig trots myndigheternas omfattande befogenheter framför allt på upplysning och frivillighet. Därför är också de flesta förebyggande åtgärder, såsom vaccinationer och hälsogranskningar, i allmänhet fortfarande frivilliga. Både enskilda individer och hela samhället betar sig i allmänhet rationellt om de fått tillräcklig information. Därför har man i allmänhet inte behövt tillgripa de förebyggande tvångsåtgärder lagen tillåter, såsom begränsningar av rörelsefriheten.

Omotiverat eller överdrivet tillgripande av försiktighetsåtgärder avsedda att förhindra smittspridning kan äventyra patientsäkerheten eller få andra skadliga följder. Om man drar ut på tiden vid besök i patientrum genom överdriven isolering leder det bevisligen till att personalen minskar på sina besök hos patienten. Det är viktigt att inte vården och observationen av patientens tillstånd fördröjs på grund av isolering. Man bör sträva efter att minska den psykologiska belastningen av långvarig isolering eller begränsning av besök till exempel genom en interaktiv videoanslutning. Under coronapandemin på våren 2020 har det allmänna kravet på social distansering, särskilt vid enheter som tillhandahåller dygnetruntvård sannolikt skyddat de äldre mot smitta. Samtidigt har det emellertid undergrävt invånarnas självständiga funktionsförmåga och prövat både de äldres och deras anhörigas ork. (Se [Självbestämmanderätten och undantag från den](#)) För att uppnå lika framgång i hela landet utan att använda isoleringsåtgärder som begränsar patientens välbefinnande och rättigheter behövs en nationellt sammanhängande och tvärvetenskaplig expertvägledning.

KÖNSSJUKDOMAR

I läkarens dagliga arbete kan ömtåliga konflikter uppstå mellan den enskilda patienten och samhället då det gäller att spåra könssjukdomar. I en vågskålen ligger finkänsligheten och patientens ovilja att avslöja sina intima angelägenheter, i den andra behandlingen av patientens symtomfria kontakter och brytandet av smittkedjan.

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar är den läkare som konstaterar sjukdomen i första hand ansvarig för undersökningen och vården av en patient som insjuknat i en allmänfarlig eller övervakningspliktig smittsam sjukdom och av andra som eventuellt har smittats. Den som insjuknat i en sådan sjukdom eller på goda grunder kan misstänkas ha blivit smittad är skyldig att vid anmodan uppge för den utredande läkaren tidpunkt och plats och på vilket sätt smittan överförts samt namnen på de personer hen kan ha blivit smittad av.

HI-virustestets frivillighet var en stor etisk fråga på 1980- och 1990-talen. Diskussionen har senare mattats av då behandlingsmöjligheterna och prognoserna för HIV-infekterade blivit bättre. Fördelarna med att uppsöka vård har blivit alltmer uppenbara för den smittade personen. En etiskt tvivelaktig situation uppstår, om det primära syftet med att testa invandrare är att återbörda smittobärarna till ursprungslandet.

I det finländska rättssystemet har det förekommit fall där en HIV-positiv person medvetet har spridit smittan. I en dylik situation gäller strafflagens bestämmelser. Läkaren har tystnads-

plikt, men den kan hävas ifall det i polisens förundersökning framkommer fakta enligt vilka det misstänkta brottet är allvarligt. Enligt den förnyade lagen om smittsamma sjukdomar ska behandlande läkare oberoende av sekretessbestämmelserna informera den läkare som i kommunen eller i samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar, om han eller hon får veta att en patient lider av eller under sin livstid lidit av en allmänfarlig eller övervakningspliktig smittsam sjukdom som kan medföra smittrisk för andra personer. Den läkare som i kommunen eller i samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar har då oberoende av sekretessbestämmelserna utan att uppge smittkällan rätt att informera personen i fråga om att det finns en sannolik fara för smitta.

SMITTSAMMA SJUKDOMAR OCH MEDIERNA

Enskilda fall av allvarliga infektionssjukdomar, en pandemi eller hot om sådan utgör viktiga nyhetsmaterial för medierna. Både den behandlande enheten och andra sakkunniga måste ge allmänheten tillräcklig information om situationen. Det här gäller framför bekämpningsåtgärderna som eventuellt krävs både individuellt och kollektivt utan att hotet vare sig upplåses eller förringas. De som är sakkunniga måste undvika att spekulera på ett sätt som förstärker allmänhetens oro, då detta kunde ge upphov till irrationella och skadliga reaktioner med tanke på epidemibekämpningen.

Samtidigt måste vårdgemenskapen fästa särskild uppmärksamhet vid att trygga smittade personers integritet. I övrigt bör läkarna följa de rekommendationer om information till medierna som Finlands Läkarförbund och Journalistförbundet gemensamt har utarbetat.

HOT MOT VÅRDPERSONALEN

Vården av personer med infektionssjukdomar kan innebära en smittorisk också för vårdpersonalen. Både lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och yrkesetiken förpliktigar vårdpersonalen att omedelbart i alla situationer hjälpa den som är allvarligt sjuk. Arbetarskyddslagen (738/2002) förpliktigar arbetsgivaren att vidta alla behövliga åtgärder för att motverka hälsorisker i arbetet. Hur dessa förpliktelser förhåller sig till varandra är något man ännu inte i en konkret situation har behövt definiera.

Av dem som insjuknade i samband med den internationella SARS-epidemin år 2003 var en betydande del vårdpersonal som vårdat patienter. Många av dem dog av sjukdomen. Det här ledde också i Finland till situationer där personalen tvekade att vårda patienter som misstänktes ha insjuknat i SARS. Tvekan står i konflikt med yrkesetiken, men var förståelig i epidemins begynnelsefas då uppfattningen om smittorisken och tillräckliga skyddsåtgärder varierade.

År 2003 inledde man beredskapsplanering på grund av pandemihotet kring fågelinfluensan, alltså influensa orsakad av viruset A/H5N1. Under perioden i fråga framhävdes bland hälso- och sjukvårdspersonalen möjligheten att det vid en eventuell pandemi kunde bli aktuellt med vägran att utföra riskfyllt arbete. De som ansvarar för det medicinska arbetet måste förhindra dylika situationer genom att utbilda personalen och se till att det finns tillräcklig skyddsutrustning och materiell beredskap. Under coronaviruspandemin år 2020 befanns Finlands lager av personlig skyddsutrustning vara otillräckligt i förhållande till ett växande, aldrig tidigare skådat behov. Bland sjukvårdspersonalen i Finland förekom ingen betydande vägran att arbeta, trots att vårdpersonalen i andra länder i högre grad insjuknade allvarligt och

till och med avled i sjukdomen. Som del av helhetssäkerheten och beredskapen är det mycket viktigt att öppet diskutera yrkespersonernas förpliktelser i dylika speciellsituationer redan i god tid innan de uppstår. ■

Läs mer:

Finlands Läkarförbunds och Finlands Journalistförbunds gemensamma informationsrekommendation 2013 (på finska). https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4893/tiedotussuositus_140108.pdf

Ruutu P, Lyytikäinen O, Kuusi M ym.: SARS – uusiin uhkiin valmistautumista. *Finlands Läkartidning* 2004;59:1533–8.

The Lancet-tidningens kontinuerligt uppdaterade öppna webbplats. <https://www.thelancet.com/coronavirus>
The New England Journal of Medicine. <https://www.nejm.org/coronavirus>

Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>

www.who.int/covid19

<https://www.duodecim.fi/2020/03/24/covid-19-aineistot-terveysportissa/>

Intensivvård

Syftet med intensivvården är att avvärja en livshotande risk som bedöms som tillfällig samt återhämtning från en allvarlig sjukdom eller skada. Intensivvårdsresurser måste tilldelas patienter vars livshotande tillstånd till följd av sjukdom eller skada bedöms som övergående.

Att identifiera och skilja mellan någon som är hopplöst sjuk och en patient som fortfarande har en chans att återhämta sig hör till de viktigaste medicinska och etiska frågorna inom intensivvården.

Då de livsuppehållande vårdinsatserna visat sig fruktlösa och det inte längre finns något hopp för patienten ska intensivvården avslutas och man gå vidare med god basvård.

Intensivvård innebär prevention, diagnostik och behandling av störningar i livsfunktionerna som är livshotande men som bedöms vara övergående och som behandlas med krävande och ofta invasiva observations- och behandlingsmetoder. Intensivvård kräver specialkunnande på många olika områden samt högteknologi. Intensivvårdsplatserna är begränsade och vården är dyr. Behovet av intensivvård ökar i takt med att möjligheterna till medicinsk behandling ökar samt under epidemier som kräver intensivvård. Därför bör begränsade resurser riktas rättvist, effektivt, kostnadseffektivt och humant till att rädda patienter i livsfara.

ATT VÄLJA PATIENTER

Hörnstenen i god och etiskt hållbar intensivvård är rätt patientval och professionell och kritisk användning av insatser som stöder livsfunktionerna. Insatserna bör ges i rätt tid. Om man observerar störningar i patientens vitala livsfunktioner, snabbt identifierar behovet av intensivvård och omedelbart inleder behandlingen, förbättras patientens prognos och värdeeffektiviteten. Om vårdinsatserna fördröjs, försämras prognosen då patienten utsätts för betydande störningar i livsfunktionerna, med utdragen vård som resultat.

Korrekt avgränsning av intensivvård är viktig. Patienter med dålig prognos och patienter i alltför gott skick upptar vårdplatser av patienter som kunde dra nytta av intensivvård, vilket fördröjer eller till och med förhindrar inledandet av intensivvård. Läkaren är ofta tvungen att fatta snabba beslut om att påbörja intensivvård och ibland klarnar patientens dåliga prognos först under behandlingens gång. Man bör därför kontinuerligt utvärdera patientens nytta av intensivvården under behandlingen. Att identifiera och skilja mellan någon som är hopplöst sjuk och en patient som fortfarande har en chans att återhämta sig hör till de viktigaste medicinska och etiska frågorna inom intensivvården. Det finns inga entydiga kriterier för när man ska avstå från eller avbryta intensivvård och man kan inte heller tillämpa annat än riktgivande statistiska prognosmallar på enskilda patienter. Beslut om enskilda patienter fattas på basis av individuellt övervägande. Bedömningen av vårdens berättigande får inte påverkas av patientens kön, ursprung, nationalitet, språk, religion eller annan övertygelse, sociala status eller verksamhet, förmögenhet, livsstil eller andra personliga frågor. Ålder får inte utgöra ett hinder för att inleda intensivvård, men ålder, funktionsförmåga och komplikationer bör beaktas vid bedömningen av livsfarans tillfälliga karaktär och prognosen för återhämtning.

Våren 2020 diskuterade man i samband med coronaviruspandemin intensivvårdens tillräcklighet och på vilka grunder man eventuellt bör avgränsa intensivvården. Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE tog ställning till ärendet och betonade att uppgörandet av behandlingslinjer även under exceptionella förhållanden tillhör den vårdpersonal som tar hand om en patient.

ATT FATTA VÅRDBESLUT

Vid inledning eller begränsning av intensivvård läggs tonvikten på mänsklig jämlikhet: varje person har lika rätt att bedöma behovet av intensivvård.

Beslut om att inleda eller begränsa intensivvård bör alltid basera sig på objektiva kriterier. Om man bedömer att intensivvården inte är till nytta för patienten eller döden trots att behandlingen är klart oundviklig bör man avstå från att inleda intensivvård eller avsluta redan inledd intensivvård. För att konstatera terapisvar är det i oklara fall klokt att göra ett behandlingsförsök under en period på ett till två dygn. I fråga om vårdbeslut bör man alltid sträva efter att fatta dessa i samråd med den läkare som behandlar den bakomliggande sjukdomen och patientens egenvårdare. De anhöriga bör informeras om patientens tillstånd. Det är alltid nödvändigt att omsorgsfullt dokumentera och motivera viktiga vårdbeslut.

PATIENTENS LIVSTESTAMENTE

En patient i kritiskt tillstånd kan sällan själv ta ställning till intensivvård och bör då enligt patientlagen (785/1992) få den vård som behövs för avvärjande av den fara som hotar hens liv eller hälsa. Ifall patienten inte själv kan avgöra saken bör man höra hens lagliga företrädare för

att utreda vilken typ av behandling som bäst motsvarar patientens önskemål. Beslut om huruvida man ska fortsätta eller avstå från behandling fattas alltid på medicinska grunder. Det är inte motiverat att inleda eller fortsätta intensivvård av en patient med dålig prognos bara för att de anhöriga ber om det. Om patienten har uppgjort ett livstestamente eller på annat sätt uttryckt sin vilja ifråga om intensivvården bör hens vilja följas oavsett eventuella avvikande åsikter från släktingarna. (Se Livstestamente)

ATT AVSTÅ FRÅN INTENSIVVÅRD ELLER AVBRYTA DEN

Om en patient vägrar behandling får hen inte lämnas utan vård och omsorg, utan måste vårdas på något annat medicinskt godtagbart sätt. Det bör också noteras att intensivvårdspatientens bedömningsförmåga vanligtvis försämras på grund av en kritisk sjukdom eller mediciner, och att en patient som är vid medvetande kanske inte kan uttrycka sin egen vilja på ett tillförlitligt sätt. De livsuppehållande vårdåtgärderna kan och bör avstås ifrån då det inte längre finns hopp om att patientens tillstånd återställs och funktionsförmågan återvänder i tillräcklig grad. Avslutande av vården bör diskuteras med de anhöriga med medkänsla och en strävan efter samförstånd. De anhöriga behöver stöd särskilt i situationer då den livshotande sjukdomen eller skadan kommit oväntat. Vården av patienten övergår från kurativ till palliativ. Patientens smärta, lidande och obehag lindras samtidigt som hens närståendes behov beaktas.

KOMMENTAR

Det finns både medicinska och etiska grunder till att utveckla intensivvården och göra den både effektivare och mer ekonomisk. På det sättet kan kritiskt sjuka patienters överlevnadsmöjligheter förbättras samtidigt som tillgången på intensivvård blir mera jämlik. Intensivvården är dyr men oftast kortvarig och kostnaderna måttliga om man jämför med antalet besparade människoliv och antalet funktionsdugliga levnadsår. Förutsättningen för en kostnadseffektiv vård är att intensivvården riktas korrekt. ■

Läs mer:

ETENE:s ställningstagande 30.3.2020: Social- och hälsovårdsområdets etiska principer gäller också under undantagsförhållanden.

Kari, Reinikainen, Valtonen: Tehohoidon uudet eettiset ohjeet Duodecim 2020;136:597–8
Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019. www.sthy.fi

Organ- och vävnadstransplantationer

Transplantationsverksamheten underlättas betydligt om varje möjlig organgivare identifieras i alla skeden av behandlingskedjan för en kritiskt sjuk patient och man kommer ihåg att informera närstående om organ- och vävnadsdonation och betydelsen av förmodat samtycke.

Verksamheten måste vara transparent vad gäller såväl möjligheten att spåra givarna som i fråga om organets mottagare och kriterierna för valet av mottagare.

Såväl Finlands Läkarförbund som WMA, WHO och de internationella transplantationsorganisationerna fördömer handel med människoorgan.

De etiska problemen i samband med transplantationer sammanhänger vanligen med tillgången på organ, valet av organtransplantationspatienter samt de kommersiella drag som förknippas med transplantationsverksamheten. Då organtransplantationer blir vanligare och behovet av dessa ökar framhävs bristen på organ. De etiska problemen förknippas främst med transplantation av organ från levande givare, på grund av den brottslighet som förknippas med organhandel. Dessutom kan givaren uppleva påtryckning att gå med på ett ingrepp som medför hälsorisker.

ORGANTRANSPLANTATIONENS GRUNDPRINCIPER

Organ kan extraheras från döda och levande människor. Verksamheten regleras av lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål (101/2001, vävnadslagen).

Organ, vävnader och celler får tas från en avliden människa, om det inte finns uppgifter om eller skäl att anta att den avlidne under sin livstid hade motsatt sig ett sådant ingrepp. Om den avlidne under sin livstid har förbjudit att organ, vävnader eller celler tas, får ingreppet inte göras. Om den avlidne är minderårig och på grund av sin ålder eller utveckling under sin livstid inte har kunnat bilda sig en uppfattning om vad det innebär att organ, vävnader eller celler tas från honom eller henne, får organ, vävnader och celler tas, förutsatt att vårdnadshavaren inte motsätter sig ingreppet. Lagen förutsätter att den avlidnes närmaste anhöriga eller andra närstående ska få upplysningar om tagandet av organ, vävnader och celler och om dess betydelse. Organ, vävnader eller celler får inte tas, om det försvårar utredandet av dödsorsak.

Enligt vävnadslagen kan organ eller vävnader tas från en levande givare för behandling av sjukdom eller kroppsskada hos en nära anhörig eller annan närstående endast om

- ingreppet inte vållar givaren allvarlig hälsorisk eller allvarlig olägenhet
- ingen annan lika effektiv behandling som transplantation står till buds för behandlingen av mottagaren
- ett lämpligt organ, en lämplig vävnad eller lämpliga celler inte kan fås från en avliden givare, eller
- resultatet förväntas bli avsevärt bättre än vid transplantation från en avliden givare.

Den 1 mars 2019 trädde en lagändring gällande donation från en levande givare i kraft. Enligt lagändringen får en person som uppnått myndighetsåldern och förmår besluta om sin egen behandling donera organ eller vävnader till en släkting eller någon annan närstående person. Detta möjliggör altruistisk organdonation och kan garantera ett lämpligt transplantat för flera mottagare. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid fastställandet av den levande givarens frivillighet och eventuella yttre påtryckningar. Påtryckningar kan även uppstå inom familjekretsen. Bestämmelsen kan öka antalet lämpliga organgivare.

Man har vid transplantationer i allt högre grad strävat efter att använda organ från hjärndöda givare. Detta rekommenderas även av läkarorganisationerna och i EU:s organdirektiv, eftersom man då undviker många av de etiska problem som hör ihop med levande givare.

En central fråga i samband med organtransplantationer är förhållandet mellan risker och nytta. På grund av bristen på transplantationsorgan och dödsrisken hos en patient som behöver transplantation kan man lättare acceptera större risker i fråga om organ från en avliden givare än då det gäller de flesta övriga vävnads- och celltransplantationer, där patienten inte svävar i livsfara och det finns mera tid att utreda vävnadernas kvalitet. Läkaren blir tvungen att bedöma om den avlidnas organ lämpar sig för transplantation och om de uppnådda fördelarna är större än riskerna.

TRANSPLANTATION AV BLOD OCH STAMCELLER

Blodtransfusioner baserar sig på samma principer om avvägning av risker och nytta som andra medicinska behandlingar. Den finländska blodtjänsten som bygger på frivilliga givare och anonyma personer har visat sig vara en utmärkt modell ur både etisk och praktisk synvinkel. Till de centrala principerna hör att blodgivarna inte ges någon ekonomisk ersättning och att deras säkerhet garanteras.

Röda Korsets Blodtjänst för ett centralt register över dem som frivilligt erbjuder sig att donera stamceller genom transplantation av benmärgsvävnad. Stamceller kan tas från benmärg, placentablod och specialbehandlat venöst blod. Stamcellsgivaren kan, beroende på situationen och sjukdomen, vara patienten själv, en släkting eller en främmande frisk person i Finland eller något annat land. Stamcellsdonation till andra personer är, liksom blodgivning, frivillig. För givarens säkerhet svarar en oberoende läkare som inte ansvarar för vården av den patient som får transplantatet.

ORGANHANDEL ÄR FÖRBJUDEN

Internationellt förekommer olaglig och etiskt ohållbar organhandel. Oftast rekryteras en fattig person i ett utvecklingsland som givare av ena njuren som transplantation till någon som väntar på en njurtransplantation i samma land eller i ett annat land. Den största ekonomiska vinsten tillkommer dock en kommersiell förmedlare eller aktör. Att olagligt avskilja organ är ett allvarligt brott mot de mänskliga grundrättigheterna, det vill säga kroppens och människovärdets okränkbarhet. Finlands Läkarförbund, Världsläkarförbundet WMA, WHO, Europarådet och internationella transplantationsorganisationer samt EU:s organdirektiv fördömer handel med människoorgan. Mänskliga kroppsdelar kan inte likställas med handelsvaror.

I Finland förekommer ingen kommersialism i samband med organdonationer. En verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller någon annan enhet eller vävnadsinrättning som

deltar i tagande, tillvaratagande, lagring eller användning av organ och vävnader får inte eftersträva ekonomisk vinning av sådan verksamhet som avses i vävnadslagen.

Donationsverksamheten bör alltid bygga på frivilliga och oersatta organdonationer. Syftet är endast att hjälpa mottagaren – genom att förbättra livskvaliteten eller rädda livet – och de ekonomiska drivfjädrarna får inte ha någon betydelse. Donationsprocessens kvalitet kan äventyras om donationen inte är frivillig eller om den görs för ekonomisk vinning. Däremot anses det korrekt att en levande givare ersätts för omkostnaderna.

ÅT VEM GÖRS ORGANTRANSPLANTATIONER?

I Finland är patienter som väntar på organtransplantation jämbördiga oberoende av hemort och ekonomisk ställning. Beslut om mottagaren fattas i enlighet med på förhand fastställda kriterier. Läkare som gör transplantationer blir trots detta tvungna att bedöma på vilket sätt patientens sjukdom, blodgruppskompatibilitet, vävnadstyp, ålder, vårdbenägenhet, väntetid och andra faktorer ska beaktas i beslutet.

En fråga som ofta kommer fram är om transplantation är berättigad ifall organsvikten beror på levnadsvanor, såsom alkoholkonsumtion, rökning eller självmordsförsök. Det finns inget entydigt svar på frågan. Det egna ansvaret för det skedda och det egna beteendets andel i organskadan varierar. Som utgångspunkt är den skuld en människa själv bär för sitt insjuknande inte någon hållbar prioriteringsprincip. Frågorna är i princip desamma som för prioriteringar inom vården i allmänhet. (Se [Prioritering i vården](#)) Eftersom det råder brist på transplantationsorgan blir läkaren i praktiken tvungen att granska frågan inte bara ur den enskilda individens synvinkel utan också ur ett bredare rättviseperspektiv. Det finns alltså skäl att iaktta transplantationens fördelar både för individen och för samhället.

Njurtransplantation hör till de kostnadseffektivaste behandlingarna i vår hälsovård. En lyckad njurtransplantation besparar samhället 40 000 euro per år jämfört med dialysbehandling, med en njurfunktion som varar i snitt 20 år. Kostnaden för återkommande intensivvårdscykler i samband med leversvikt överstiger lätt i slutstadiet kostnaden för levertransplantation. Effekterna av levertransplantation på livskvaliteten är också obestridliga. Detta bör iaktas till exempel när man överväger behandlingslinjen för en patient med levercirros som slutat dricka alkohol.

FÖRMODAT SAMTYCKE OCH ORGANTESTAMENTE

Transplantationer begränsas fortfarande mest av att inte alla potentiella organgivare identifieras. Vid kontrollen av den avlidnes uppgifter har det konstaterats att 20 till 25 organgivare förblir oidentifierade varje år i Finland och att man slutar behandla potentiella organgivare onödigt tidigt. Enligt Social- och hälsovårdsministeriets verksamhetsplan 2016–2019 är organdonation ett motiv till intensivvård för en patient med en neurologiskt dålig prognos, förutsatt att patienten inte motsätter sig organdonation och de närmaste förstår situationen fullt ut. Intensivvården avslutas om tillståndet inte utvecklas till hjärndöd eller de närmaste vill avsluta denna. Behandlingen får inte orsaka patienten smärta, lidande eller ångest. Att vårda en levande organgivare är extremt utmanande för både medicinsk personal och de närmaste.

När det gäller tillvaratagande av organ från en avliden person övergick Finland genom en ändring av vävnadslagen år 2010 till att följa principen om så kallat förmodat eller anta-

get samtycke. Målet är att förbättra tillgången till organ. Man får avlägsna organ, vävnader och celler från en avlidne människa om det inte finns uppgifter om eller skäl att anta att den avlidne under sin livstid motsatt sig ett sådant ingrepp. De anhöriga bör alltid informeras om att organen tas till vara och om hur detta kan hjälpa andra personer.

Lagen ålägger personalen att i mån av möjlighet utreda vilken uppfattning den hjärndöda personen själv hade om att avlägsna organ. Ifall den avlidne har ett organtestamente kan organen avskiljas i enlighet med detta. Om ett organtestamente saknas och personen aldrig under sin livstid uttryckt någon åsikt i frågan, förmodar man att personen hade gett sitt samtycke. Lagändringen har underlättat situationen för de anhöriga, då de inte längre behöver ta ställning till transplantationsfrågan i en situation som redan är extremt svår, till exempel ifall den anhöriga omkommit plötsligt. Lagändringen har även mottagits positivt av läkarna. Detta underlättar samtal med de närmaste.

Trots principen om förmodat samtycke bör läkarna vid lämpliga tillfällen uppmuntra medborgare att uppgöra ett organtestamente. Det är bra att bära med sig och berätta om det för sina släktingar, och åtminstone muntligt redogöra för sina släktingar om sin egen inställning till organdonation.

NYA FUNKTIONER

I Finland definieras ansiktstransplantation som organtransplantation, vilket gör transplantationslagstiftningen och transplantationspraxis till stor del tillämplig även för ansiktstransplantationer och andra kroppsdelstransplantationer. En ansiktstransplantation är inte en livräddande behandling, utan syftar till att förbättra patientens funktionsförmåga och livskvalitet. Det är inte heller estetisk kirurgi, utan patienter för vilka man överväger en sådan transplantation anses ha betydande funktionella problem med ansiktet. Ansiktstransplantation är en potentiellt farlig behandling (komplikationer, avstöttningsreaktioner), vilket innebär att patienten före behandlingen måste ha en så dålig funktionsförmåga och livskvalitet att dess risker är acceptabla. Den klaraste etiska frågan kring ansiktstransplantation är tanken på att givarens utseende överförs till mottagaren eller att mottagaren bildar en ny identitet på grund av det nya ansiktet. Det har dock påvisats att så inte sker.

Före antagandet av begreppet hjärndöd (1971) donerade man bland annat i Finland organ efter hjärtdöd (DCD). DCD har återinförts i flera länder, bland annat i USA, Australien, Storbritannien och Spanien. I dessa länder görs mellan 30 och 40 procent av transplantationerna från kontrollerade DCD-givare. Transplantationsresultaten med organ som erhållits på detta sätt motsvarar resultaten för organtransplantationer från hjärndöda givare. En DCD-organ-givare är en neurologiskt kritiskt sjuk patient i intensivvården, vars prognos är hopplös. På grund av detta avbryter man behandlingen, men patientens tillstånd utvecklas inte till hjärndöd. De närmaste tar ofta upp den kritiskt sjuka patientens vilja att bli organgivare efter döden. Det är av högsta prioritet att man först fattar ett beslut om att avstå från behandling och att de närmaste förstår det, och först efter detta överväger eventuella organdonation och diskuterar denna. Avbrytandet av behandlingen sker i enlighet med allmänna principer för intensivvård, patienten garanteras en värdig död, och nära och kära får vara med patienten hela tiden om de vill. Döden konstateras i enlighet med lagstiftningen. Efter detta väntar man fem minuter för att bekräfta att patienten avlidit innan organtransplantation genomförs. Om döden inte inträffar inom tidsfristen drar man sig tillbaka från organdonationen och återupptar sjukhusvård. Under hela DCD-processen ser man till att patienten får smärtlindring och sedation samt respektfull behandling. Så kallad kontrollerad DCD-verksamhet har också

inletts i de nordiska länderna. Sverige genomförde till exempel en pilotundersökning med tio DCE-givare åren 2018–19, varefter man fortsatt DCD-verksamheten som en del av den normala organdonationsverksamheten. På basis av statistik från intensivvårdsavdelningarna uppskattar man att det i Finland varje år skulle finnas omkring 20 till 30 patienter som lämpar sig för DCD-donation. Det finns planer på att starta kontrollerad DCD-verksamhet även i Finland.

En livmodertransplantation gör det möjligt för kvinnor som saknar en livmoder att få biologiska barn. Surrogatmoderskap har varit olagligt i Finland sedan lagen om assisterad befruktning trädde i kraft år 2007. Under åren 2012–2020 har över 70 livmodertransplantationer genomförts i världen. Transplantationer har gjorts både från levande och avlidna givare. I Finland skulle endast döda givare komma på fråga, åtminstone till en början. Kvinnan som mottagit transplantationen kan bli gravid och genomgå barnlöshetsbehandling, så länge som avstöttningsmedicineringen är välbalanserad och anpassad för graviditeten. Det kan inte antas att barn som föds efter en livmodertransplantation på något sätt skiljer sig från barn vars mamma har fått någon annan transplantation. Avstöttningsmedicinernas risker förknippas med år eller årtionden av användning. De förblir betydligt mindre hos livmodertransplantationspatienter, där medicinen används i högst cirka fem år. Därefter avlägsnas transplantatet. Efter en livmodertransplantation sker förlossningen alltid genom kejsarsnitt. I Finland överväger man att inleda verksamheten. ETENE har tagit ställning till att inleda ett eventuellt pilotförsök och ansett att lagstiftning, etik och kontroll av verksamheten bör utredas.

TRANSPARENS OCH ANONYMITET INOM TRANSPLANTATIONSVERKSAMHETEN

Genom att understryka transplantationsprocessens transparens kan man förhindra olaglig organhandel, minska rädslan för den och öka transplantationsverksamhetens kostnadseffektivitet. Transparens innebär framför allt att organens ursprung alltid måste kunna spåras oberoende av om det handlar om levande eller avlidna givare. Det måste finnas öppna kriterier för hurdana personer som godkänns som organgivare, hurdana patienter som blir satta på transplantationslistan och hurdana patienter som godkänns som mottagare av ett tillgängligt transplantat.

I anslutning till transparensen bör man minnas att man inte får avslöja mottagarens identitet för den hjärndöda givarens anhöriga och inte heller givarens identitet för mottagaren. I Finland har all verksamhet kring organtransplantationer koncentrerats till HUCS, som för register över alla mottagare och givare, oberoende av om givaren varit levande eller avliden. HUCS organtransplantationsregister innehåller också uppgifter om organens kvalitet och säkerhet. ■

Läs mer:

Antman A-M. Aivokuollut elinluovuttajana. Finlands Läkartidning 2011;66:1387–91.

Nationell handlingsplan för organdonation och organtransplantation 2015–2018. Social- och hälsovårdsministeriet 2014:24.

ETENEs utlåtande om att inleda verksamheten för organdonation efter hjärtdöd i Finland (på finska). ETENEn lausunto elinluovutus verenkierron pysähtymisen jälkeen -toiminnan aloittamisesta Suomessa. STM 2628/2018.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2010/45/EU av den 7 juli 2010 om kvalitets- och säkerhetsnormer för mänskliga organ avsedda för transplantation.

Helanterä I, Isola T, Lehtonen TK, Åberg F, Lempinen M, Isoniemi H. Association of Clinical Factors with the Costs of Kidney Transplantation in the Current Era. *Ann Transplant*. 2019 Jul 2;24:393–400.

Lempinen M, Koivusalo A. Enemmän elinsiirtoja verenkierron pysähtymisen jälkeisillä elinluovutuksilla *Duodecim* 2020;136(9):979–81

Lesieur O, Genteuil L, Leloup M. A few realistic questions raised by organ retrieval in the intensive care unit. *Ann Transl Med* 20175(Suppl 4): S44.

Proceedings of the 2nd workshop for the network of national focal points on transplant-related crimes. European directorate for the quality of medicines & healthcare, Council of Europe, 2017.

Safety, quality and ethical matters related to the use of organs, tissues and cells of human origin. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2017.

Sairanen T, Koivisto A, Koivusalo AM, Rantanen K, Mustanoja S, Meretoja A, Putaala J, Strbian D, Kaste M, Isoniemi H, Tatlisumak T. Lost potential of kidney and liver donors amongst deceased intracerebral hemorrhage patients. *Eur J Neurol* 2014;21(1):153–9. Nov 7.

Taylor LJ, Buffington A, Scalea JR, Fost N, Croes KD, Mezrich JD, Schwarze ML. Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *Am J Transplant* 2018;18:402–9.

Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs. Directorate General of Human Rights Council of Europe, 2009.

WMA Declaration of Sydney on the Determination of Death and the Recovery of Organs (1968) 2016: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-sydney-on-the-determination-of-death-and-the-recovery-of-organs/>

WMA Statement on Organ and Tissue Donation (2012) 2017: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-organ-and-tissue-donation/>

Vård av patienter med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har samma rättigheter som andra människor. Trots att en funktionsnedsättning kan vara förknippad med en bakomliggande sjukdom ska den inte liknas till en sjukdom. Den är snarare en individuell egenskap, i likhet med kön och hudfärg.

De etiska principerna om att göra det goda och undvika det onda aktualiseras i vården av personer med funktionsnedsättning, eftersom deras förmåga att utnyttja sin självbestämmanderätt är begränsad.

Under utvecklingen kan de kognitiva funktionerna nedsättas på grund av en sjukdom, störning eller kroppsskada som personen haft antingen från födseln eller fått i tidig ålder. Personer med funktionsnedsättning utgör en heterogen grupp. Begreppet utvecklingsstörning som tidigare använts är starkt kulturbundet. Det är förmodligen den västerländska kulturens starka betoning av intelligensen som gör att ”utvecklingsstörning” klassificerats som en avvikelse. I många utvecklingsländer betraktar man till exempel enbart dem som har en synlig fysisk skada som funktionsnedsatta.

I enlighet med de internationella konventionerna och principerna om mänskliga rättigheter har alla människor samma rättigheter. Vårt mänskliga värde och våra rättigheter är inte beroende av vår produktivitet eller nyttighet, även om samhället i övrigt skulle framhäva effektivitet, produktivitet och normalitet.

Trots att en funktionsnedsättning kan vara förknippad med en bakomliggande sjukdom ska den inte liknas till en sjukdom. Den är snarare en individuell egenskap, i likhet med kön

och hudfärg. Funktionsnedsättningen ska betraktas som ett hinder som kan minimeras inte bara genom samhälleliga åtgärder utan också med hjälp av viktiga läkarvetenskapliga och tekniska metoder.

SJÄLBESTÄMMANDERÄTTEN FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Självbestämmanderätten hör till alla människors grundrättigheter, inklusive dem som har funktionsnedsättning, och finns inskriven i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som antogs av FN år 2006. Finland har ratificerat konventionen genom statsrådets förordning (27/2016).

Betoningen av individens frihet är svår att anpassa till vården av funktionsnedsatta personer, då dessa genom sitt funktionshinder kan ha en begränsad förmåga att förstå och därmed fatta beslut i frågor som berör dem själva. Betonar man de individuella friheterna alltför starkt, finns det en risk att de som är svaga, till exempel personer med kognitiv funktionsnedsättning, marginaliseras eller blir övergivna.

Personer med funktionsnedsättning har varierande förmåga att förstå sin egen situation och därmed att avgöra frågor som rör den egna vården. En person med ett medelsvårt Downs syndrom kan till exempel nog förstå enkla vardagsrutiner och med stöd medverka i beslut som rör bland annat läkarundersökningar, blodprov och andra liknande åtgärder och ingrepp. Patienter som själva har förmåga att besluta om sin vård har, trots funktionsnedsättningen, rätt att förbjuda delgivning av uppgifter åt anhöriga. När det gäller personer med grav funktionsnedsättning är det inte speciellt fruktbart att tala om självbestämmanderätt. Till en person med grav funktionsnedsättning bör man förhålla sig ungefär som till ett barn eller en ung person i en ålder som motsvarar hans utvecklingsnivå, med hänsyn till hans livserfarenhet.

Respekten för den gravt kognitivt funktionsnedsatta personens självbestämmanderätt förutsätter i allmänhet att man hör en nära anhörig, en annan närstående eller personens lagliga företrädare för att utreda vilken typ av vård patienten själv helst skulle vilja ha. Om man inte får reda på detta bör patienten vårdas i enlighet med det som ligger i hans personliga intresse. Ifall patienten trots sin kognitiva funktionsnedsättning förstår sin sjukdom och kan fatta beslut om vården, är hans åsikter självfallet avgörande. (Se [Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter](#))

När det gäller vård av barn och unga med kognitiv funktionsnedsättning kan samma regler tillämpas som för andra barn och ungdomar. Vanligen fattas besluten om den medicinska behandlingen och de olika åtgärderna i samråd med vårdnadshavarna. Vid vård av unga personer med funktionsnedsättning som omhändertagits av myndigheterna fattas besluten av socialmyndigheterna.

Jämfört med personer utan funktionshinder behöver en patient med kognitiv funktionsnedsättning vanligen mer tid och alternativa kommunikationssätt för att förstå frågor kring den egna hälsan, för att kunna välja mellan olika behandlingsalternativ och för att själv fatta beslut. Hen kan ha svårt att uttrycka sig, speciellt inför främmande personer, såsom på en läkarmottagning. Kommunikationen underlättas om den behandlande läkaren alltid är densamma, om det går att reservera tillräckligt med tid för besöket och patienten vid behov kan assisteras av en bekant stödperson eller tolk. Man behöver inte heller alltid fatta vårdbesluten genast vid det första mottagningsbesöket.

BEGRÄNSNINGAR AV SJÄLVBESTÄMMANDERÄTTEN

Om en person med kognitiv funktionsnedsättning är till fara för sig själv eller andra blir man ibland tvungen att begränsa eller ingripa i hens fysiska integritet. Anvisningarna om så kallade tvångs- och skyddsåtgärder revideras för närvarande för att bättre motsvara de internationella konventioner som gäller patienters och handikappades rättigheter.

Bestämmelserna om begränsning i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda förnyades i samband med ratificeringen av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. I princip strävar man efter att undvika begränsningsåtgärder och om möjligt förutse dessa och alltid se dem som en sista utväg när andra medel visat sig otillräckliga.

Begränsningar får inte tillgripas på grund av brist på personalresurser och åtgärderna får inte användas som maktmedel eller bestraffning. Begränsningar ska anmälas till representanten för personen med funktionsnedsättning och tillsynsmyndigheterna övervakar användningen av begränsningar i enheter där restriktioner är tillåtna enligt lag.

En person med kognitiv funktionsnedsättning får inte behandlas mot sin vilja, ifall åtgärden inte är nödvändig och i patientens eget intresse. Ingrepp av det slaget är till exempel sondmatning, injicering av lugnande mediciner, katetrisering av urinblåsan eller lavemangsprutor. Innan ett sådant ingrepp görs, bör man ytterligare överväga om det kunde utföras i samråd med patienten. Beslut om behandlingslinjer och åtgärder ska, om möjligt, fattas i samråd med vårdnadshavaren eller en annan juridisk representant.

ATT GÖRA DET GODA OCH UNDVIKA DET ONDA

Eftersom personer med kognitiv funktionsnedsättning har begränsade förutsättningar att utnyttja sin självbestämmanderätt, blir de etiska principerna om att göra det goda och undvika det onda särskilt viktiga. Det kan emellertid vara problematiskt att bedöma när slutresultaten är goda, till exempel i form av förbättrad livskvalitet, om patienten själv har svårt att uttrycka detta. Läkaren står inför både etiska och praktiska problem om hen själv blir tvungen att avväga vilka fördelar och nackdelar olika behandlingsalternativ har för patienten. Principen om att undvika det onda innebär till exempel att avstå från behandlingsåtgärder vars nytta är begränsad och som ökar patientens lidande. Det är bra att diskutera syftet och principerna bakom vården med vårdnadshavaren eller en annan juridisk representant.

I praktiken måste man ibland överväga om man ska låta bli att undersöka och behandla sådana sjukdomar som nog skulle behandlas ifall personen i fråga hade en normal intelligensutveckling. Enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har dessa människor rätt till precis samma hälsovård som andra personer, både vad gäller omfattning, typ och kvalitet. Enligt denna princip är undersöknings- och vårdindikationerna för personer med funktionsnedsättning, oavsett svårighetsgrad, desamma som för andra människor med beaktande av patientens helhetssituation. Det innebär till exempel att man opererar också en gravt funktionsnedsatt persons hjärtfel ifall det är medicinskt möjligt. Å sin sida beaktas patientens sannolika återstående livstid då operationsbeslutet görs. Det innebär att Downbarn med hjärtfel, av vilka det vanligaste är en defekt i mellanväggen mellan förmak och kammare, i allmänhet opereras. När det gäller de ovanligare syndromen trisomi 13 och 18 blir barnen sällan mer än ett år gamla, och har förutom hjärtfel också andra strukturella avvikelser. I deras fall har man vanligen avstått från att korrigera hjärtfelet.

ETISKA PROBLEM I SÄRSKILDA VÅRDSITUATIONER

En av de etiskt svåra frågorna i vården av personer med funktionsnedsättning är hur man ska ställa sig till intensivvård och återupplivning. I sitt ställningstagande från år 2007 konstaterar Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE att funktionsnedsättning inte utgör någon grund för särbehandling. Också ett barn med grav funktionsnedsättning har i enlighet med jämlikhetsprincipen inom finsk hälsovård rätt till bästa möjliga vård. Man måste förstås utgående från den enskilda patienten och situationen bedöma vilken vård som är den bästa, och vilka fördelar och nackdelar den planerade behandlingen har. I sitt ställningstagande konstaterar ETENE att vården av barn som lider av en progressiv hjärnsjukdom med tiden blir allt svårare, och att intensivvård i längden kommer att få fler nackdelar än fördelar. Det är en krävande uppgift att avväga fördelar och nackdelar mellan olika behandlingsalternativ. Besluten om att avstå från intensivvård, eller att avhålla sig från återupplivningsförsök, bör därför göras av en erfaren specialistläkare. Alla vårdbeslut bör dessutom fattas i samråd med barnets vårdnadshavare eller en annan laglig företrädare. Behandlingsbeslut och deras motiveringar bör noggrant journalföras.

Vissa personer med kognitiv funktionsnedsättning betar sig aggressivt mot sig själva eller mot andra personer, eller förstör sin omgivning. Problem av det slaget kan vara svåra att bemästra med sedvanliga metoder. Sådant beteende kan bero på psykiatrisk störning, vilket hos dessa människor är mer frekventa än hos resten av befolkningen, eller vara en följd av problem kring interaktion. Vårdbesluten kan i dessa fall underlättas av att man blir bättre på att kommunicera, eller ser över sättet att fungera i vardagen. Ibland blir man tvungen att begränsa självbestämmanderätten.

RÄTTVISA

En patient med kognitiv funktionsnedsättning har rätt till alla de tjänster som det offentliga vårdssystemet erbjuder. I praktiken kan funktionshindrade patienter ibland bli orättvist behandlade, till exempel i samband med bedömning av om vården är nödvändig eller vid prioriteringsbeslut. Personer med funktionsnedsättning behöver specialservice, men de får i praktiken inte alltid den vård och den hjälp de har rätt till. På grund av den kommunala autonomin finns stora regionala skillnader i serviceutbudet.

Att förhindra marginalisering och isolering av personer med funktionsnedsättning är en viktig rättvisefråga och utgör målsättningen både i lagstiftningen om funktionshindrade och i den nationella utvecklingsplanen för social- och hälsovården. I lagstiftningen garanterar man dessa människor speciella tjänster, och enligt planen försöker man bland annat i bostadstjänster flytta fokus till öppenvården. Läkarnas attityder och praktiska yrkesverksamhet har stor inverkan både på den vård dessa människor får och då man vill påverka samhällets attityder gentemot personer med funktionsnedsättning. ■

Läs mer:

Arvio M. Kehitysvamma on elinikäinen. Duodecim 2018;134:450–5.

Helin M. Lapsi ja vajaakykyinen potilaana. Finlands Läkartidning 2003;58:4025–8.

Pyykkönen H. Down perheessämme. Duodecim 2006;122:1942–7.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE): Kannanotto vaikeasti kehitysvammaisen lapsen elvyttämisestä ja tehohoidosta 4.4.2007. <http://www.etene.fi/aineistot/julkaisut>
FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Ratificerad med förordning 27/2016. https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027/20160027_2#idp448081680

Idrottsläkare

Idrottsläkarens främsta uppgift är att ansvara för idrottarens hälsa.

Hen bör starkt motsätta sig användning av förbjudna och hälsofarliga metoder som syftar till att höja prestationsförmågan, och sprida information mot dopning till alla inom idrotten.

Idrottsläkarens arbete regleras av läkaretiken och lagstiftningen samt idrottens nationella och internationella regler. Världsläkarförbundet WMA har utfärdat en deklaration om principerna för hälso- och sjukvården på idrottsmedicinens område. Finlands Läkarförbund och Finlands Idrottsläkareförening har antagit deklarationen, som därmed är bindande för alla deras medlemmar.

Inom idrotten är målet i allmänhet att förbättra prestationsförmågan och idrottsresultaten, och det görs ibland med metoder som är otillåtna eller skadliga för idrottaren.

Ju närmare den nationella eller internationella toppen vi kommer, och ju större penningssummor som rör sig inom idrotten, desto mer sannolikt är det att också kretsar som är mindre moraliskt och etiskt nogräknade försöker blanda sig i träningen. På det geopolitiska fältet kan betydelsen av elitidrott i värsta fall leda till artificiell förbättring av prestanda som kontrolleras på statsnivå. Idrottare som strävar efter allt bättre resultat är en utmärkt målgrupp för dem som säljer förbättrad prestationsförmåga. Därför måste elitidrotten omsorgsfullt uppdatera sina regelverk för att utrota förbjudna metoder och artificiell förbättring av prestanda med hjälp av läkarexpertis. Det är också viktigt att ta hänsyn till eventuella intressekonflikter som uppstår till förmån för läkaren. Läkarens roll är inte att främja sin egen verksamhet med hjälp av idrottaren.

En idrottsläkare arbetar ofta ensam, som förbundets eller föreningens enda läkare. Härmed kan hen ibland råka ut för situationer där hens egna kunskaper inte räcker till, eller hen saknar tillräckliga undersöknings- och behandlingsmöjligheter för att sköta uppdraget tillräckligt väl. Då man tar emot ett uppdrag som idrottsläkare för ett grenförbund, en förening, ett lag eller någon annan part måste man alltid klargöra både för sig själv, sin eventuella arbetsgivare och för idrottaren vad som ingår i den ifrågasvarande idrottsläkarens uppgifter, och vilka läkarens skyldigheter och rättigheter är. För att undvika oklarheter lönar det sig att ingå ett skriftligt avtal. En avtalsmall finns bland annat på Finlands Läkarförbundets webbplats.

Bland de många personer som finns kring en idrottare kan det finnas personer vars uppfattningar om vad som är acceptabelt skiljer sig från det som föreskrivs i läkaretiken. Idrottsläkaren kan då utsättas för till och med hårda påtryckningar. Man kan till exempel försöka övertala läkaren att ge en idrottare tillstånd att delta i en tävling trots en ökad risk att hen skadar sig, eller att ge en skadad idrottare bedövningsmedel för att dölja en skada. I sådana situationer måste idrottsläkaren minnas att hens primära uppgift är att svara för idrottarens hälsa, och att den under inga omständigheter får äventyras. Det kan till exempel ur lagets synvinkel vara ändamålsenligt att utnyttja också en skadad spelare, men läkaren får inte tillåta detta ifall det äventyrar idrottarens hälsa.

I alla sporter finns en risk för skada, men i boxning är det uttryckliga syftet att fysiskt skada en motståndare. Hjälm, om en sådan ens används, skyddar inte huvudet eller hjärnan från kraftiga slag. Utöver frakturer samt ögon- och öronskador orsakar slagen mot huvudet hjärnskador, vars skador kan förbli permanenta eller i värsta fall leda till döden.

WMA har tagit starkt ställning till att förbjuda boxning och andra grenar som innehåller boxning. Även om förbudet ännu inte hägrar måste alla boxares hälsotillstånd övervakas noggrant och i synnerhet måste deras neurologiska tillstånd utredas före och efter varje match. För att undvika allvarlig skada måste en läkare som utbildat sig för detta ändamål ha rätt att avbryta en match och om nödvändigt förbjuda dess fortsättning av medicinska skäl.

För toppidrottaren är träningen och tävlandet ett yrke. Att efter en allvarlig skada återvända till toppidrottarens vardag är inte alltid att rekommendera. Om en toppidrottare till exempel börjar träna och tävla normalt efter att ha fått omfattande skador i de nedre extremiteternas bärande ledytter kan det äventyra hens hälsa under de kommande åren. I sådana situationer bör läkaren rekommendera att idrottaren avslutar sin idrottskarriär.

Då en idrottsläkare sköter idrottande barn och ungdomar ska hen stödja deras normala tillväxt och utveckling. Hen måste försäkra sig om att barnets eller den ungas hälsa klarar av de påfrestningar som hör ihop med träningar och tävlingar, och fästa uppmärksamhet vid de risker som är förknippade med den fysiska och psykiska utvecklingen. I vissa grenar, såsom konståkning och gymnastik, måste hen identifiera risken för åtstörningar. Om läkaren märker att idrotten och träningarna äventyrar barnets eller den ungas växande och utveckling bör hen berätta detta både för den unga och dennes föräldrar, och i mån av möjlighet försöka påverka den ungas sätt att träna.

Då det inte finns någon egentlig utbildning för idrottsläkare bör läkaren själv se till att hen har tillräckliga kunskaper på området. Hen måste skaffa sig kunskap om den aktuella idrottsgrenen samt dess nationella och internationella regelverk. Dessutom måste hen känna till instruktionerna från Finlands centrum för etik inom idrotten FCEI rf, som ansvarar för fullgörandet av statliga avtal om antidopningsverksamhet, förebyggande av tävlingsmanipulation samt läktarsäkerhet och läktartrivsamhet.

Finlands Olympiska Kommité har infört ett system med så kallade egna läkare, som innebär att varje idrottare som får understöd av kommittén själv ska utse en läkare åt sig. Dessa läkare uppmanas att årligen delta i de kurser som den olympiska kommittén arrangerar, där man drar upp gemensamma riktlinjer i olika etiska frågor inom idrottsmedicinen

IDROTTENS REGLER OCH LAGSTIFTNINGEN

Idrottsläkarens arbete regleras av läkaretiken, lagstiftningen och idrottens nationella och internationella regelverk. Världsläkarförbundet WMA har utfärdat en deklARATION om principerna för hälso- och sjukvården på idrottsmedicinens område. Finlands Läkarförbund och Finlands Idrottsläkareförening har antagit deklARATIONEN, som därmed är bindande för alla deras medlemmar.

I Finland regleras dopningsövervakningen och -testningen främst genom det regelverk som fastställts av FCEI. Bestämmelserna bygger på det harmoniserade regelverk som uppgjorts av det internationella antidopningsrådet WADA. Reglerna innehåller en detaljerad förteckning över ämnen och metoder som är förbjudna inom idrotten. En läkare som bryter mot reglerna får i allmänhet minst fyra års verksamhetsförbud. Maximalt kan en läkare avstängas på livstid från allt arbete inom idrotten. Om en läkare gett förbjudna preparat åt en minderårig idrottare är påföljden alltid förbud på livstid.

Dopningsfrågorna behandlas också i Europarådets konvention mot dopning samt EU:s läkemedelsdirektiv. I den finländska lagstiftningen berörs idrottsläkarnas verksamhet av strafflagen (39/1889) och läkemedelslagen (395/1987), samt annan hälso- och sjukvårdslagstiftning. Strafflagens 44 kapitel förbjuder framställning, import, förmedling och innehav av

dopningsmedel för distribution samt försök till detsamma. Gärningarna är straffbara endast i olaglig verksamhet. Många av de hormoner som i strafflagen definieras som dopningsmedel används nämligen också som läkemedel. Det handlar till exempel om dopningsbrott då en läkare utan medicinskt hållbara motiveringar förskriver hormoner, trots vetskap om att de kommer att användas som dopningsmedel och inte som mediciner. Strafflagen definierar som dopningsmedel syntetiska steroider, testosteron, tillväxthormon och deras derivat samt sådana ämnen som ökar produktionen av dessa i människokroppen.

Idrottare har rätt att få sakkunnig vård och behandling för sina sjukdomar. Ifall vården förutsätter bruk av läkemedel som är förbjudna enligt gällande dopningsregler kan idrottare på internationell nivå anhålla om ett användartillstånd av det internationella grenförbundet, medan idrottare på nationell nivå kan anhålla om dispens av FCEI.

Även om idrottens spelregler under de senaste åren har preciserats kan man aldrig reglera allting, varken genom bestämmelser eller lagstiftning. Läkaren måste för sin egen del lyfta fram problemen och stimulera till diskussion om de gemensamma riktlinjerna. Eftersom det inte finns några internationellt överenskomna riktlinjer kan de beslut man på nationell nivå fattar i olika etiska frågor till och med avvika rätt mycket från varandra. Exempel på metoder som förbättrar prestationsförmågan, men inte nämns i regelverken, är tilläggssyre och höghöjdsläger.

Användning av läkemedel i dopningssyfte förekommer inte bara inom den organiserade idrotten utan också bland vanliga fritids- och motionsidrottare. Orsaken till bruket är då vanligen att dopningsmedlen påverkar utseendet och att konditionen förbättras snabbare. Även om användning av dopningsmedel utanför den organiserade idrotten inte representerar den typ av dopning som är förbjuden enligt idrottsorganisationernas regler kan läkemedlen ändå för användaren ha betydande skadliga bieffekter. Läkaren måste därför informera också motionsidrottaren om vilka skadeeffekterna kan vara, och uppmana denne att sluta använda preparaten i dopningssyfte.

OM KÖNSVARIATIONER I TOPPIDROTT

Deltagande av transsexuella kvinnliga idrottare i damserier har orsakat konflikter. Internationella olympiska kommitténs riktlinje (IOC consensus meeting on sex reassignment and hyperandrogenism 2015) tillåter transkvinnor att tävla i damserier om deras testosteronvärde är mindre än 10 nmol/l. Enligt olika länders lagstiftning behöver en transkvinna inte få sina testiklar borttagna, vilket innebär att fysiologisk testosteronproduktion fortsätter.

Ett exempel är en tyngdlyftare som ändrade sitt kön. Hen var en man vid födseln, och har i vuxen ålder genomgått könskorrigeringskirurgi och tillhörande behandlingar, varefter testosteronnivåerna tillåter att tävla i kvinnoserien. I en kraftgren fortsätter den tidigare hormonnivån och träningsvaret att påverka muskelstyrkan hos transkvinnan.

I april 2019 fattade Idrottens skiljedomstol CAS beslutet att neka en idrottskvinna rätt att delta i internationella idrottsförbundet IAAF:s (numera World Athletics, WA) tävlingar baserat på IAAF:s egna bestämmelser om hyperandrogenism. Idrottaren hade visat sig ha en atypisk kromosomuppsättning och onormalt höga nivåer av testosteron över den godkända nivån som definieras i reglerna för kvinnor. Beslutet väckte en hel del debatt om rätten att delta i damserier för en person som definieras som kvinna. Juridiskt sett berodde problemet på IAAF:s inexakta regelverk och dess definitioner.

Å sin sida har samma åtskillnad gjorts i flera år inom längdskidåkning, genom olika hemoglobingränser för män och kvinnor (180 g/l för män och 165 g/l för kvinnor) utan att

detta lett till en bredare offentlig debatt. Det biologiska pass som för närvarande används för testning av toppidrottare förhindrar många problem i framtiden, till exempel hos idrottare med naturligt höga hemoglobinnivåer och idrottare som förbättrar sin prestation onormalt snabbt.

Dessa exempel visar hur utmanande det är att skapa rättvisa utgångspunkter för rejäl tävling inom toppidrotten. Vid utformningen av idrottens regler behövs även läkarkårens stöd. Enligt Världsläkarförbundet bör läkare inte ta någon roll i medicinsk sänkning av hormonnivåer hos en frisk kvinna för idrottens skull.

KONFIDENTIALITET OCH INFORMATION

I patient-läkarrelationen har idrottaren rätt till fullständig konfidentialitet. Då en idrottare är en offentlig person prövas dessa gränser många gånger. Därför måste läkaren helt avstå från att informera om idrottarens skador och sjukdomar, om inte annat överenskommit med idrottaren. I vissa situationer är det också nödvändigt att överväga om man aktivt bör informera för att undvika problem av eventuella falska nyheter. I så fall måste man komma överens om saken med idrottaren och hans eventuella arbetsgivare (sällskap).

ÖPPEN DIALOG MED IDROTTAREN

Idrottsläkaren är en expert på sitt eget område till vars uppgifter inte enbart hör att aktivt främja hälsa utan även att kommentera påståenden och rykten som gäller hans yrkesområde. Därför hör det också till läkarens arbetsuppgifter att föra en aktiv dialog med idrottare och deras tränare, bland annat om nya metoder att förbättra prestationsförmågan. Utan sådana samtal ökar risken för att det görs olika experiment utan läkarens vetskap. Genom diskussioner av det här slaget bygger läkaren också upp den auktoritet och det förtroende för sig själv som hen behöver inom idrottsvärlden. Det är också ett sätt att försäkra sig om att idrottsläkaren blir tillfrågad i alla avgöranden som gäller idrottarens hälsa.

En idrottsläkare ska i alla sammanhang följa både sin yrkesetik och de regler som gäller inom idrotten. Om reglerna inte ger tillräcklig vägledning är läkaren ändå skyldig att försöka uppnå etiskt hållbara lösningar. Läkaren bör med sin uppdragsgivare ingå ett skriftligt avtal om hur de etiska reglerna ska följas.

En idrottsläkare bör vara medveten om sin ställning, sina skyldigheter och sitt ansvar. Hen måste i all verksamhet motsätta sig dopning och ge mångsidig antidopningsinformation åt olika parter. Läkaren är en av de auktoriteter som med sina tankar och sin verksamhet lotsar idrottaren in på etiskt hållbara vägar. ■

Läs mer:

FIMS - International Federation of Sports Medicine. Code of Ethics. <http://www.fims.org/en/general/code-of-ethics>
World Anti-Doping Code. www.wada-ama.org

Finlands Läkarförbunds anvisning för idrottsläkare, 2002. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinkatoimin-laakarina/toiminta-urheilulaakarina/>

Finlands antidopningsregler.
www.suek.fi

Arbetsavtalsmall för idrottsläkare: <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4883/2003-urheilulaakarintyosopimus.pdf>

Gentester

Gentester skiljer sig från de flesta övriga laboratorieundersökningar genom att resultaten i huvudsak är bestående, och att de gäller inte bara patienten utan också hans släktingar.

Till alla tester hör att man uttömmande bör informera den som blir undersökt om vad testerna och deras resultat betyder.

Läkaren kan i allmänhet inte kontakta släktingarna utan patientens samtycke, och det är därför patientens uppgift att upplysa släktingarna om att gentesterna är nödvändiga. I extrema fall kan en direktkontakt från läkarens sida ändå vara etiskt motiverad.

Med genetiska undersökningar avses förutom DNA- och kromosomundersökningar analyser av en genprodukt (RNA, protein) eller i vidare bemärkelse alla de kliniska undersökningar som görs i syfte att få en genetisk diagnos eller utreda anlag. Trots att de gentester som omtalas i denna artikel uttryckligen avser DNA-tester, kan många av de faktorer som anknyter till DNA-tester tillämpas också på andra typer av genetiska undersökningar.

Gentester har vissa särdrag som skiljer dem från andra laboratorieundersökningar. Människans arvs massa bibehålls i stort sett oförändrad under hela hennes liv, vilket gör att genundersökningar kan göras när som helst, från embryostadiet till ålderdomen. Testresultatet gäller livet ut och ändras inte. Resultaten gäller inte bara den som blivit undersökt utan också hans barn och övriga släktingar. Därför upplever människor ofta resultaten av sina gentester som speciellt betydelsefulla, och detta ger mer tyngd åt sekretessreglerna än vanligt. (Se [Genforskning och genterapi](#))

INFORMATION TILL SLÄKTINGAR

Diagnostiska gentester som görs för att klarlägga orsaken till olika symtom kan jämföras med vilken medicinsk undersökningsmetod som helst. Den information som testerna ger om patienten kan emellertid ha betydelse också för hans släktingar, och därför borde också släktingarna informeras och fortsatta undersökningar göras för deras del.

Läkaren kan i allmänhet inte kontakta släktingar utan patientens samtycke, utan måste uppmana patienten att upplysa dem om att även de borde testas. Patienten är i allmänhet beredd att göra det efter tillräcklig information. Ibland kan uppgiften te sig övermäktig. Om det handlar om en allvarlig sjukdom som kan förebyggas eller behandlas med hjälp av den information undersökningarna ger, kan det etiskt försvaras att läkaren direkt tar kontakt. Det är en svår situation med tanke på sekretessen.

I de sällsynta fall där patienten förbjuder kontakt med släktingar, bör man försöka sköta ärendet utan att avslöja patientens identitet. I vilket fall som helst är det värt att först fråga släktingen om hen vill veta om saken. Först om hen vill ha information kan läkaren berätta att det funnits en familjehistoria av en viss sjukdom, som kan behandlas eller förebyggas. Man måste anstränga sig att inte avslöja identiteten hos den patient som förhåller sig negativt till att berätta. I praktiken kan detta vara svårt, till exempel i små släkter. Läkaren måste i alla fall

noggrant överväga om den släkting som mottar informationen har nytta av tilläggsuppgiften om vems gentest informationen härrör från. Att avslöja denna detalj är vanligtvis inte nödvändigt för en läkare. Även om det finns ett tillstånd är det bra att lämna det som en intern fråga för familjen. Vissa andra släktingar har kunnat rapportera att de inte vill veta om informationen. Både läkaren och alla andra gör klokt i att respektera deras vilja. Läkarens jobb är att motivera behovet av undersökningar för släktingarna och att hjälpa dem söka sig till undersökningar på den egna hemorten.

Prognostiska gentester som utförs på friska släktingar i syfte att upptäcka allvarliga ärftliga sjukdomar har många särdrag som gör att det är bäst att de utförs av en enhet specialiserad på medicinsk genetik. Det kan till exempel vara fråga om en ärftlig benägenhet för cancer eller en neurologisk sjukdom som bryter ut i medelåldern. Det väsentliga är att den som ska undersökas själv ger sitt samtycke. Situationen är i allmänhet relativt okomplicerad om det i slakten förekommer en sjukdom som går att bemästra med hjälp av uppföljning och behandling, till exempel ärftlig tjocktarmscancer. Men läkaren är tvungen att acceptera att den som löper risk att insjukna också efter att ha fått informationen kanske ändå vill låta bli att undersöka sig ifall hen själv ärvt cancerbenägenhetsgenen.

Särskilda problem hänför sig till sjukdomar som man kan undersöka prospektivt, men för vilka det ännu inte finns någon specifik behandlingsmetod. Exempel på sådana är Huntingtons sjukdom och ärftliga atrofier i lilla hjärnan. Det är viktigt att man före testningen ingående informerar patienten och diskuterar resultatens betydelse. Patienten bör få en möjlighet att i lugn och ro fundera på saken, och välja en tidpunkt för testet som bäst passar den egna livssituationen. Ett prognostiskt test kan ibland avslöja information om patientens förälder, även om föräldern inte hade velat få sin sjukdomsrisk kartlagd. Det är till fördel om man före gentestet kan föregå situationen genom att med patientens samtycke diskutera saken med hens förälder.

GENERNA BERÄTTAR INTE ALLT

Genom att genfelen i dag till stor del är kartlagda ökar också antalet bärarundersökningar som görs med hjälp av gentest i familjer som bär på någon ärftlig sjukdom. Då en patient får resultatet av sitt gentest är det viktigt att ingående informera patienten och gå igenom vad resultaten betyder för just hen och hens familj. Det här är speciellt viktigt ifråga om de "egentliga" ärftliga sjukdomarna, eftersom genundersökningens resultat har stor betydelse för den undersökta.

Resultaten av bärartesterna måste alltid tolkas omsorgsfullt. Det kan vara relativt enkelt att utreda om en person är en bärare av en sjukdom som i slakten nedärvs recessivt. Recessiv nedärvning betyder att resultatet är av betydelse för att få barn enbart om också bärarens make eller maka råkar bära samma genfel. Makans eller makens genfel kan vara av en annan typ, och familjen borde då få veta med vilken sannolikhet man lyckats utesluta samtliga eventuella fel i den ifrågavarande genen hos den andra parten. I dylika situationer är det bäst att en specialistläkare i medicinsk genetik sköter om informeringen.

Då man undersöker de egentliga ärftliga sjukdomarna är gentesternas resultat vanligen entydiga jämfört med tester av genetisk benägenhet för multifaktoriella sjukdomar, såsom allergi och blodtryckssjukdomar. Även om det forskas mycket kring genfelen som ökar risken för våra folksjukdomar, vet vi fortfarande ganska litet om dem, och kliniska gentester används i dessa sammanhang ganska begränsat.

GENTESTER UNDER BARNDOMEN

Gentester som görs på barn utgör ett eget etiskt problem. Det är förståeligt att föräldrarna till ett sjukt barn så fort diagnosen är klar vill låta göra bärarundersökningar på de friska syskonen. Föräldrarna kan också oroa sig för en allvarlig sjukdom som bryter ut först i vuxen ålder, och vill ha klarhet i hur framtiden för barnet kommer att gestalta sig. Man har i några europeiska länder stiftat lagar om gentester på barn, men inte i Finland. Enligt Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicinen kan man undersöka minderåriga med gentester i första hand då undersökningen har betydelse för barnets egen hälsa. Finland har ratificerat avtalet, vilket innebär att det är liktydigt med lag.

TESTNING AV BENÄGENHETSGENER OCH FARMAKOGENETIK

Bakom de vanliga mångfaktoriella sjukdomarna finns ibland enskilda genvarianter som klart ökar sjukdomsbenägenheten (ärftlig cancerbenägenhet, trombosbenägenhet). Utmärkande för testningen av dessa gener är att endast en del av dem som bär på en viss genvariant insjuknar. Ifall denna genvariant är allmän inom befolkningen finns det många som bär den utan att någonsin insjukna. Å andra sidan bär många av dem som insjuknar i vanliga sjukdomar överhuvudtaget inte den genvariant som ökar benägenheten.

Man bör informera dem som blir testade om hur ”inexakta” testerna är. Vanligen är de mångfaktoriella sjukdomarnas genetiska bakgrund väldigt komplicerad: det kan finnas tiotals eller hundratals gener som modifierar riskerna, så att somliga ökar benägenheten medan andra skyddar mot sjukdomen. Det finns också många yttre faktorer som påverkar genernas verksamhet och den allmänna risken för att insjukna. Därför är det sällan motiverat att använda testpaket som profilerar risken för olika sjukdomar.

Testpaket som används för undersökningar av benägenhetsgener erbjuds också direkt till konsumenterna via nätet. Personer som köpt dylika tester kan söka sig till hälsovården för att diskutera resultaten eller för att be om ytterligare undersökningar för att utreda situationen. De som bjuder ut tjänsterna är av mycket varierande kvalitet. I bästa fall baserar sig resultaten på tillförlitlig laboratoriekunskap och tolkning av en omfattande och ofta motstridig medicinsk litteratur. Man kan inte förvänta sig att läkaren ska känna till de olika testproducenternas metoder och tillförlitligheten i deras resultat. Då en person som gjort ett test fått ett resultat som tyder på en klart förhöjd risk att insjukna i en viss sjukdom är det bra att förhålla sig till situationen på samma sätt som om en klart förhöjd risk hade kommit fram vid en släkthanamnes. Det finns ingen anledning att avvika från etablerad klinisk praxis, såsom fortsatta undersökningar. Det är viktigt för en läkare att övertyga en person om att benägenhetsgener bara är en riskfaktor bland andra och inte en ”dom”, vilket man ofta felaktigt tänker. Etiskt sett är det viktigt att väga fördelarna och nackdelarna när man bedömer behovet av ytterligare undersökningar eller åtminstone av råd.

Analyserna av farmakogenetiska tester ökar och de erbjuds såväl av företag direkt till konsumenter som av offentliga laboratorier. Bland annat Terveysportti ger ytterligare information om farmakogenetiska tester som lämpar sig för klinisk användning. Men all information är ännu inte standardiserad och likvärdig. Farmakogenetiska tester kan fortfarande ge värdefull information för klinisk användning, och det finns ingen anledning att nedvärdera denna.

Några av dessa tester testar benägenhet för oönskade verkningar av läkemedel och i fråga om dessa bör man i synnerhet uppmärksamma nocebo-effekten. Kännedomen om genetisk predisposition för en läkemedelsbiverkning, såsom statininducerad myopati, kan orsaka onödigt undvikande av läkemedlet eller kontroll av biverkningar, även om risken inte realiserar

trots att personen bär genen. Läkaren ska bedöma patientens helhetsituation och helst redan före gentestet noggrant gå igenom vad det handlar om. Vid farmakogenetiska tester överväger man också, beroende på genvariantens svårighetsgrad, huruvida det finns ett behov av att informera släktingar. För en inpatient är det viktigt att förklara vilken betydelse informationen har för släktingar.

TILL VAD ANVÄNDS UPPGIFTERNA?

Vetenskapligt forskningsarbete ger ofta kunskap om de sjukdomar eller den sjukdomsbenägenhet som enskilda undersökta patienter har. Då man tar ett genprov får de undersökta patienterna en redogörelse för undersökningen och ger med sin namnteckning sitt samtycke till att provet används för forskningsändamål. Redan i detta skede är det klokt att berätta för den undersökta patienten att hen, om hen så önskar, får ta del av de resultat som gäller hen själv, eller att undersökningen är sådan att det inte är meningsfullt att ge ut individspecifika resultat. Gentestresultat som uppvisar allvarliga ärftliga sjukdomar som erhållits i gentester bör helst kontrolleras i ett kliniskt laboratorium, vid behov i samarbete med en enhet för genetik, som också kan ge den undersökta patienten tillräcklig information.

Genforskningens metoder håller på att utvecklas på så sätt att man i framtiden för rimliga kostnader kommer att kunna analysera till och med stora delar av genuppsättningen hos en enskild individ. Att i förväg få kunskap om individuella genfel ger möjligheter till exempel för farmakogenetiska tillämpningar, men väcker också oro och frågor. Kommer man att använda informationen till att skydda arbetstagaren från arbetsmiljöer som är olämpliga, eller skyddar man arbetsgivaren från arbetstagare som har benägenhet för olika sjukdomar? Kommer försäkringspremierna att fastställas utgående från våra gener och får försäkringsbolagen rätt att låta gentesta dem som ansöker om försäkring? Har hälso- och sjukvården de resurser och den kunskap som krävs för att patient för patient bemöta den mängd data som genereras av stora genomstudier och konsumentgenetik? Människor bör inte lämnas ensamma med svårtolkade genomdata.

En stor del av dessa bekymmer torde försvinna i och med att genernas funktioner tycks vara betydligt mer komplicerade än vi hittills trott. Det är ändå viktigt att förutse potentiella hot och i tid förbereda sig för tolkningar och praxis som ökar ojämlikheten, bland annat genom lagstiftning.

I Finland får arbetsgivaren inte kräva att arbetstagaren skall delta i genetisk undersökning och har inte rätt att få veta om arbetstagaren har genomgått en genetisk undersökning (lagen om integritetsskydd i arbetslivet 759/2004). De finska försäkringsbolagen har inte tidigare frågat sina kunder om resultaten av eventuella prognostiska gentester. Det finns dock tecken på en attitydförändring. Diskriminering på basis av människors genuppsättning är å sin sida förbjuden enligt konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin, vars föreskrift hindrar försäkringsbolagen bland annat från att fatta diskriminerande ersättningsbeslut på grundval av genetiska tester. Den planerade genomlagen och det genomcentrum den eventuellt för med sig kan också ge anvisningar om användningen av gentester. En läkare som använder genetiska tester i sitt arbete gör klokt i att följa denna utveckling.

Patientfall

Ett försäkringsbolag ber om information ur patientens sjukjournal. I den framgår att patienten har ett genfel som orsakar en förhöjd cancerrisk. Å sin sida framgår att patienten regelbundet deltagit i cancerscreeningar på grund av nämnda genfel – av vilka man fortsatt kan dra slutsatsen att patienten har genfelet. Vilka uppgifter ska skickas, och till vem?

I praktiken kan en läkare råka ut för en situation där exempelvis ett försäkringsbolag ber om uppgifter ur en patientjournal som innehåller resultat från ett prognostiskt gentest. Resultaten kan indirekt tyda på att det finns förhöjda risker också bland kundens närmaste släktingar. Läkaren kan överväga att diskutera med patienten om huruvida det är förnuftigt att skicka de begärda uppgifterna till försäkringsbolaget, även om det kan resultera i att patienten inte får sin försäkring. I sista hand är det patienten som avgör saken. Men det är också problematiskt, både för försäkringsbolaget och med tanke på de försäkringsavgifter övriga kunder betalar, om människor kan teckna billiga försäkringar efter att ha blivit informerade om sin stora sjukdomsrisk.

Det är skäl att i god tid på lagstiftningsnivå ta ställning till de risker som är förknippade med prognostisk geninformation. Vi godkänner ju redan nu att människor i anställningssituationer och vid ansökan om försäkring delvis behandlas olika beroende på om de är friska eller sjuka. De prognostiska gentesterna tillför nya grupper till situationen, såsom ”personer som insjuknar under de närmaste åren” och ”personer med förhöjd risk att insjukna”. Ingen får diskrimineras på grund av sitt hälsotillstånd, var de än befinner sig på detta kontinuum. ■

Läs mer:

Launis V. Geneettisen tiedon erityisluonne: geenitestauksen eettisiä ongelmia. *Finlands Läkartidning* 2001;56:2819–20.

Orpana A, Järvelä I. Geenitestit – miksi, kenelle, miten ja missä? *Finlands Läkartidning* 2003;58:4707–09.

Kaitila I. Mikä on geenitutkimusten hyöty lääkärille ja potilaalle? *Finlands Läkartidning* 2011;66:12.

Kääriäinen H. Miten lääkäri kertoo potilaalleen geenitutkimuksesta? *Finlands Läkartidning* 2011;66:43–47.

Fjärrmedicin

Fjärrmedicin innebär att läkaryrket utövas så att kunden (en patient eller professionell vårdpersonal som ber om hjälp) och läkaren inte fysiskt befinner sig på samma plats.

Fjärrmedicinen har tillfört läkarkåren nya tekniska hjälpmedel. Den kan dock inte ersätta mötet mellan läkare och patient, där läkaren kan använda sig av hela sin kliniska förmåga. Inom fjärrmedicinen måste man följa en god vårdpraxis och allmän läkareetik, och även i övrigt leva upp till de förpliktelser som normalt hör till läkarens arbete.

I fjärrmedicin tillhandahålls hälso- och sjukvårdstjänster med hjälp av avancerad teknik. Härmed baseras patientens undersökning, observation, behandling, diagnostik, beslutsfattande och rekommendationer på information och dokumentation som förmedlas via olika kommunikationssystem. Tjänsterna erbjuds till exempel via telefon, videosamtal via internet, säker e-postanslutning, chattanslutning, fjärrövervakning eller förmedlade bilder. Konsultationer mellan olika vårdproffs kan också genomföras med hjälp av fjärrmedicinens metoder.

Som verksamhets sätt är fjärrmedicinen inte ny. Diagnostiska beslut och behandlingsbeslut har fattats och kollegor har i årtionden rådfrågats med hjälp av bland annat telefon. Framstegen inom teknik och datanät har dock medfört en helt ny rad möjligheter till fjärrmedicin, och dess användning har ökat avsevärt inom hälso- och sjukvården. De nya möjligheterna har skapat nya etiska och rättsliga frågor. Förutom den teknik som används av yrkesverksamma har elektroniska hälso- och sjukvårdstjänster som riktar sig direkt till patienter utvecklats.

Till sina principer skiljer sig fjärrmedicin inte från resten av läkaryrket: god vårdpraxis, läkareetik och hälso- och sjukvårdslagstiftning måste följas. Utmaningarna i det praktiska arbetet kan dock skilja sig från traditionella mottagningsaktiviteter, till exempel när det gäller att upprätthålla dataskyddet.

Fjärrmedicin kan delas in i konsultverksamhet mellan yrkesverksamma och kommunikation mellan proffs och patient. Dessa är förknippade med betydande skillnader i ansvarsfrågor och handlingsbefogenheter. Dessutom innebär sociala medier nya utmaningar för läkarens arbete, liksom för gränsdragningen mellan yrkesroll och privatliv. (Se [Läkaren, offentliga framträdanden och sociala medier](#))

KOMMUNIKATIONSTEKNOLOGIN MELLAN PATIENT OCH LÄKARE

Läkaryrket förutsätter att läkaren arbetar under eget namn, och målsättningen bör vara att också patienten agerar under eget namn. Anonyma frågespalter betraktas med andra ord inte som fjärrmedicin.

En läkare som tillhandahåller distanstjänster måste noggrant bedöma om tjänsten lämpar sig för distansanvändning. Dessutom måste tjänsternas lämplighet bedömas separat för varje patient. Distanstjänster kräver patientens samtycke. De har till exempel ansetts lämpliga för övervakning av kroniska sjukdomar. Vid behov ska patienten styras till den vanliga mottagningen. Enligt Valviras vägledning kan distanstjänster inte anses vara lämpliga, om en bedömning av vårdbehovet förutsätter fysisk undersökning av patienten eller för en sådan

vårdsituation där en begränsning av patientens självbestämmanderätt kommer att bedömas och eventuellt begränsas som resultat av bedömningen.

Precis som på medicinens övriga delområden ansvarar läkaren och hans organisation för kvaliteten och patientsäkerheten hos de tjänster som tillhandahålls. För att förhindra att patientsäkerheten äventyras får läkaren inte använda medel för fjärrmedicin i sitt arbete utan att säkerställa tillräcklig kvalitet, arbetsvillkor och dataskydd för den utrustning och programvara som krävs för att tillhandahålla distanstjänster. Vid tolkning av bilder eller biosignaler bör man till exempel använda sin omdömesförmåga för att bedöma om den använda bildskärmen (såsom till exempel telefonens skärm) är tillräckligt högklassig för proffsverksamhet. Även i fråga om dataskydd är läkaren också i sista hand ansvarig för att säkerställa att utbytet av information mellan läkaren och patienten inte sprids till obehöriga.

Elektronisk kommunikation mellan patienten och läkaren är lika konfidentiell som all annan information som läkaren mottar i sitt yrke och läkaren ansvarar för att informationen hålls konfidentiell. För kommunikation mellan läkare och patient ska man använda system med tillräckligt stark kryptering och där parterna kan identifieras på ett tillförlitligt sätt. Den använda identifieringsmetoden ska kunna verifieras efteråt.

Skyddade meddelandetjänster har implementerats bland annat i patientportaler, genom vilka man kan skicka forskningsresultat och behandlingsriktlinjer till patienten elektroniskt och genom vilka patienter kan skicka till exempel information och mätresultat om sitt mående till hälso- och sjukvården.

Vårdenheter använder även vanligtvis oskyddad e-post för övrig kommunikation. Vid användning av dylik e-post kan man inte garantera meddelandets konfidentialitet, identifiera den andra parten tillförlitligt sätt eller garantera att meddelandet kommer fram oförändrat. Därför bör okrypterad e-post inte användas i kommunikation mellan patienten och läkaren, annat än i administrativa frågor (som att reservera en mottagningstid). Den kan också användas vid utfärdande av sådana allmänna anvisningar som inte kan användas för att härleda konfidentiell information om patienten.

När en patient erbjuds möjligheten till elektronisk kommunikation måste man se till att deras meddelanden läses av ett vårdproffs och att man reagerar ändamålsenligt på dessa. Komplex information, dåliga nyheter för patienten eller annan information vars mottagande kan göra att patienten behöver stöd, bör dock i första hand ges personligen. Läkaren ska alltid hänvisa patienten till mottagningen om det verkar nödvändigt på grundval av elektronisk kommunikation.

Om patienten och läkaren som behandlar hen är i olika stater föreligger specifika juridiska problem med fjärrmedicin som bör beaktas av läkaren. Den finska patientförsäkringen gäller endast i de fall där både patienten och läkaren fysiskt befinner sig i Finland. Om patienten eller yrkespersonen eller båda befinner sig utomlands och behandlingen genomförs på distans gäller patientskadlagen i princip inte. Om en vårdrelation skapats i Finland och patienten eller yrkespersonen av slumpmässiga skäl befinner sig tillfälligt utomlands och behandlingen ordnas på distans, kan lagen om patientskada undantagsvis tillämpas. För fjärrkonsultation mellan behandlingsplatser på finsk mark tillämpas också patientskadlagen. När diagnostiktjänster i anslutning till patientens behandling beställs från utlandet (till exempel analys av datortomografi eller laboratorieundersökningar) omfattas de av hälso- och sjukvård som tillhandahålls i Finland.

Läkare som använder medel för fjärrmedicin måste ha vederbörlig behörighet att utöva läkaryrket i den stat till vilken de tillhandahåller sina tjänster och ska vara kvalificerade inom den medicinska specialitet för vilken de tillhandahåller tjänster. Om fjärrmottagningsverk-

samheten är etablerad utomlands kan den inte vara berättigad till finsk patientförsäkring, oberoende av i vilket land patienten använder tjänsten.

KOMMUNIKATIONSTEKNOLOGI VID KONSULTATION LÄKARE EMELLAN

Fjärrmedicinens medel lämpar sig utmärkt för kommunikation och konsultation läkare emellan. Vid konsultation kvarstår ansvaret för patientens vård hos den behandlande läkaren. Läkaren måste journalföra behövliga uppgifter i patientjournalen. Den konsulterande läkaren ansvarar för att den information hen fått är tillräcklig och av god kvalitet. Till exempel bör datortomografbilder vara tillräckligt skarpa och den elektroniska remissen innehålla all relevant information om problemet som behandlas.

Till fjärrmedicin kan man också räkna när läkare kommunicerar med varandra om olika anonyma patientfall. En läkare som begär en konsultation av en kollega behöver till exempel inte nödvändigtvis uppge några personuppgifter till kollegan. Läkarförbundets mobila Kollega-tjänst är en dylik snabbkonsultationstjänst utan patientidentifiering eller överföring av vårdansvar. I fråga om sällsynta sjukdomar kan man ibland vända sig till utländska experter. Även i detta fall bör den behandlande läkaren bedöma när det är ändamålsenligt att ty sig till utländsk expertis. Ifall man behöver officiella utlåtanden eller motsvarande bör man se till att den läkare man konsulterar har rätt att utöva sitt yrke inom ifrågavarande verksamhet. Om begäran om konsultation innehåller personuppgifter ska villkoren i EU:s allmänna dataskyddsförordning uppfyllas. (Se [Patienthandlingar](#))

PRAKTISKA PROBLEM INOM FJÄRRMEDICINEN

Med hjälp av fjärrmedicinens medel kan man sträva efter att minska antalet mottagningsbesök och effektivisera vårdverksamheten. Enligt Världsläkarförbundet bör fjärrmedicin dock inte användas uteslutande på grund av kostnadsbegränsning. Den ökade användning av fjärrmedicin har bromsats bland annat av det faktum att till exempel telefontider och elektroniska konsultationer har ansetts lättare och billigare att utföra än mottagningsbesök. I praktiken kan en väl genomförd elektronisk ”mottagning” vara mer krävande för läkaren och ta mer tid än ett vanligt besök. Att ge en skriftlig anvisning kan kräva större omsorg och övervägande än muntlig instruktion, då det i en mottagningssituation är lättare att se till att patienten och läkaren förstått varandra korrekt. Utnyttjandet av fjärrmedicin kräver också driftsäkra och användbara system.

Ur en enskild läkares perspektiv kan till exempel en arbetsgivares påtryckningar att öka distanstjänsterna strida mot läkarens autonomi och psykiska arbetssäkerhet. Läkaren har rätt och skyldighet att neka till distanstjänster om arbetet inte kan utföras på det sätt som krävs för patientens goda vård, patientsäkerhet och dataskydd.

En patient har inte rätt att hindra en yrkesutövare från att använda den elektroniska patientjournalen för att lagra patientdata och kan inte blockera informationsflödet inom samma organisation. Patienten har dock rätt att hemlighålla sina journaluppgifter från utbyte av information som överstiger organisatoriska gränser och bör inte pressas att agera på annat sätt. Å sin sida är det bra för en läkare att försäkra sig om att patienten förstår konsekvenserna av att hemlighålla information för sin egen behandling. ■

Läs mer:

Etälääketieteen suositus – Läkärförbundets rekommendation 15.4.2016. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/etalaaketieteen-suositus/>
Tjänster inom hälso- och sjukvården som ges på distans – Valvira. https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/privata_halso_och_sjukvardtjanster/tjanster-inom-halso-och-sjukvarden-som-ges-pa-distans
Sosiaalinen media - Läkärförbundets rekommendation 13.12.2012. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/sosiaalinen-media/>
STM:n linjaus 28.10.2015 etäpalveluista. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-linjaus-terveydenhuollon-etapalvelut-rinnastetaan-perinteisiin-vastaanottokaynteihin
Sähköinen viestinvaihto potilas-lääkärisuhteessa - Läkärförbundets rekommendation 20.11.2014. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/sahkoinen-viestinvaihto-potilas-laakari-suhteessa/>
WMA Statement on the ethics of telemedicine. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>

Estetiska behandlingar

Estetiska behandlingar måste följa samma etiska principer som övrig patientvård.

Läkare och tandläkare spelar en viktig roll i att identifiera ohälsosamma kroppsbilder samt bedöma när det är nödvändigt att korrigera eventuella relaterade sjukdomar genom medicinska eller tandmedicinska medel.

Reklam och marknadsföring för estetiska behandlingar måste vara ansvarsfull och får inte främja orealistiska förväntningar på behandlingsresultatet.

Eстетiska behandlingar har blivit vanligare. Idealiseringen av ungdom och skönhet återspeglas i kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen samt ökar efterfrågan på estetiska behandlingar. Detta återspeglas i både läkarens och tandläkarens arbete.

Med estetisk kirurgi avses plastikkirurgi, där man försöker ändra utseendet hos tjänstens köpare enligt hens önskemål. Genom rekonstruktiv kirurgi strävar man efter att så långt som möjligt återställa en persons utseende till originalet, till exempel efter en sjukdom eller för att korrigera medfödda strukturella avvikelser. Estetisk vård eller tandvård avser icke-terapeutiska åtgärder som utförs av andra skäl än att behandla en skada, sjukdom eller strukturell avvikelse, vars enda syfte är att förbättra eller förändra en persons utseende.

Estetisk kirurgi eller andra estetiska vårdåtgärder utförs vanligtvis inte vid offentliga vårdenheter. Estetisk kirurgi och behandlingar är normalt momsbelagda tjänster, om inte det finns medicinska eller dentala skäl att utföra dessa. Estetiska behandlingar ges inte bara av läkare och tandläkare utan även av andra leverantörer med varierande klinisk bakgrund och utbildning. Behandlingar ges också av personer som saknar utbildning i vårdbranschen.

Serviceproducenter som tillhandahåller behandlingar ska ha behövliga myndighetstillstånd och tillräckliga kunskaper, färdigheter och erfarenhet för varje åtgärd. Estetiska behandlingar kan endast ges under medicinskt säkra förhållanden i behandlingsrum som är tillräckligt utrustade och ändamålsenligt bemannade, samt innehåller mediciner och utrustning för att behandla livshotande allergiska reaktioner och andra potentiella komplikationer.

Tillgängliga estetiska behandlingar inkluderar ett brett spektrum av olika behandlingar från kirurgiska ingrepp till injektioner och olika hudbehandlingar. Inom tandvården växlar åtgärderna från tandblekning till krävande protesprocedurer och till exempel tandsmucken.

Behandling som ges av tandläkare omfattar ofta åtgärder som samtidigt förbättrar patientens utseende. Resultatet av högklassig korrigerande tandvård är också många gånger estetiskt. Till exempel ger en helhetsrehabilitering av bettet som utförs som protetisk behandling, eller korrigering av en bettdefekt som orsakar skada på bettfunktionen med tandreglering hälsofördelar för patienten, men förbättrar också utseendet. Sådana behandlingar kan betydligt påverka patientens mentala och sociala välbefinnande. Det är inte alltid lätt att dra en gräns mellan uteslutande estetisk och å andra sidan högklassig tandvård. Tandläkaren är tvungen att ta hänsyn till hälsofördelarna med den vård de ger och till de tandmedicinska grunderna för behandlingen.

Kroppsbilden påverkar självförtroendet och den psykiska hälsan och är en väsentlig del av den allmänna hälsan och välbefinnandet. Bilden av ”perfekta kroppar” eller ”en perfekt tandrad” som skapats av media har emellertid bildats till normen, och detta bidrar till utvecklingen av en orealistisk och ohälsosam kroppsbild för vissa människor. Läkare och tandläkare spelar en viktig roll för att identifiera ohälsosamma kroppsbilder och bedöma när det är nödvändigt att korrigera eventuella relaterade sjukdomar genom medicinska eller dentala medel. Om det behövs ska läkaren och tandläkaren ta reda på motivet hos patienten som vill ha estetisk förändring eller som har en särskilt avvikande uppfattning om kroppen och skicka patienten till en specialist för utvärdering före mer omfattande behandlingar.

Estetiska behandlingar måste följa samma etiska principer som patientens övriga behandling. Patientens värde, integritet och hens uppgifters konfidentialitet bör alltid respekteras. En grundlig undersökning av patienten är nödvändig före estetisk behandling. Läkaren och tandläkaren ska ta hänsyn till alla fysiska och psykologiska faktorer hos den enskilda patienten, som kan leda till en ökad risk för skada i förhållande till den potentiella nyttan. Om risken är oacceptabel är det läkarens och tandläkarens etiska skyldighet att vägra tillhandahålla behandling. Detta gäller i synnerhet behandling av minderåriga.

Minderåriga kan behöva estetiska behandlingar, eller dra nytta av dessa, men bör inte genomgå procedurer enbart på grund av sitt utseende. Om estetiska behandlingar undantagsvis ges till minderåriga, bör de göras på basis av noggrant övervägande och endast om syftet med behandlingen är att undvika negativ uppmärksamhet på kroppen och inte så mycket för att få positiv uppmärksamhet. Vid bedömningen ska alla relevanta medicinska och dentala faktorer beaktas, såsom till exempel om patienten fortfarande växer eller om proceduren ska upprepas senare.

Patienten ska behandlas i samförstånd med hen själv. Innan läkaren eller tandläkaren ber om patientens samtycke måste hen förse patienten med information om alla relevanta frågor som rör behandlingen, inklusive hur ingreppet utförs och vilka potentiella risker det medför. Dessutom bör man berätta att många av dessa åtgärder är oåterkalleliga. Patienten ska ges tillräckligt med tid för att överväga informationen innan ingreppet inleds. Läkaren och tandläkaren ska ordna efterkontroll efter ingreppet och behandling av eventuella komplikationer. Behandlingar som ges inom vårdverksamhet omfattas av bestämmelserna för uppgörande av journalhandlingar.

Reklam och marknadsföring av estetiska behandlingar måste vara ansvarsfull och följa marknadsföringsriktlinjer för läkartjänster. Reklamen får inte främja orealistiska förväntningar på behandlingsresultatet. Den får inte innehålla ekonomiska incitament eller orealistiska eller modifierade fotografier av patienter före och efter behandling. Reklam och marknadsföring av estetiska behandlingar får inte riktas till minderåriga. Serviceproducenten får

inte erbjuda eller annonsera om lån för att finansiera estetiska behandlingar. (Se [Marknadsföring av läkartjänster](#))

Patientfall

Patienten har förlorat sina övre framtänder. På tandmedicinska grunder skulle en ersättande övre framtand inte funktionellt vara lika viktig som att till exempel ersätta en saknad stor kindtand. Men idag ses ersättning av den saknade övre framtanden som en självklarhet. Hur är detta etiskt motiverat? ■

Läs mer:

Standard SS- EN 16372:2014 Estetisk kirurgi – Tjänster

<https://www.sis.se/produkter/halso-och-sjukvard/medicin-allmant/halso-och-sjukvardstjanster-allmant/ssen163722014/>

FDI World Dental Federation: Dental Ethics Manual 2.

WMA Statement on Aesthetic Treatment 2014: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-aesthetic-treatment/>

Olika manifestationer av könsidentitet

Kön kan definieras på olika sätt i olika sammanhang. Det är till exempel viktigt att iaktta huruvida man talar om det biologiska könet man fått vid födseln eller det sociala kön som människan upplever och uttrycker.

Att öppet och fördomsfritt bemöta könsens mångfald kan minska patientens mentala belastning och lindra könsdysfori.

BIOLOGISKT KÖN

Det biologiska könet bygger på genetiska och hormonella faktorer som bestämmer våra fysiska och psykologiska könsegenskaper. Vanligen utvecklas en människa till en man eller en kvinna. Genetiska variationer och graviditetshormonella faktorer formar de fysiska könsegenskaperna och kan producera både manliga och feminina drag hos samma person. Intersexualitet är när variationen av kroppens könsrelaterade egenskaper, såsom kromosomer eller könsorgan, är så stor att de inte räcker till för kan klassificera en person som kvinna eller man. Enligt den finska definitionen föds det färre än tio intersexuella personer i Finland per år. Biologiskt kön spelar en roll i vissa sjukdomar och behandlingar, vilket den behandlande läkaren måste vara på det klara med.

KÖNSIDENTITET

Alla upplever sitt kön på sitt eget individuella sätt. Utöver biologiska faktorer påverkas könsidentiteten av psykologiska, kulturella, pedagogiska och sociala faktorer. Kön kan definieras olika i olika sammanhang. Det är viktigt att uppmärksamma huruvida man talar om det biologiska kön patienten fått vid födseln eller det sociala kön som hen upplever och uttrycker. Ett kön enligt kromosomernas och könsorganens fysiska struktur, och ens egen uppfattning om att tillhöra detta kön, utgör oftast en helhet som i forskningen och sociologin kallas CIS.

Med transsexualitet avses en konflikt mellan det kön som bestäms vid födseln och upplevd könsidentitet. Per definition betraktas transsexualitet som ett kollektiv, under vilket en person kan vara till exempel transman, transkvinna eller icke-binär. Förekomsten av transpersoner i olika material är i genomsnitt mellan 0,5 % och 1,3 % av befolkningen. Vissa människor upplever könskonflikter mellan könsidentiteten och det fysiska könet. I sin extrema form kan detta leda till dysfori och lidande som normalt riktas mot kroppen och i synnerhet mot könsorganen eller sekundära könsegenskaper som uppfattas som felaktiga.

En icke-binär person har en könsidentitet som står utanför det tvådelade genussystemet och räknas därmed till en könsminoritet. En icke-binär person är något annat än en kvinna eller en man och kan till exempel beskriva sig som könlös. En transvestit är en person som åtminstone tidvis har ett behov av att leva sig in i det motsatta könets roll genom att bland annat klä sig och eventuellt sminka sig i enlighet med detta, samt ändra sitt beteende.

I det moderna samhället är kön ett mångfaldigt fenomen som inte bara betyder uppdelning av människor i två oskiljbara kön. Finländska organisationer för könsminoriteter rekommenderar att man använder termen könsmångfald för att beskriva det könsrelaterade spektret av manifestationer. Som tanke innebär detta att man övergår från en binär kvinna-man-indelning till en modell där mänskans kön placerar sig någonstans på ett kontinuum. Å sin sida kan en person som upplever sig som könlös även kategorisera sig själv utanför detta kontinuum.

ATT SKAPA KÖNSIDENTITETEN

Ungdomens uppgift är att utveckla identiteten. Fysiska, psykologiska och sociala förändringar orsakar tryck och konflikt. Under ungdomstiden utvecklas identiteten genom identitetsexperiment. Några av dem förblir experiment, och kan vara kortlivade. På grund av en oetablerad identitet är det motiverat att vara mycket försiktig när det gäller att tillhandahålla oåterkalleliga behandlingar som orsakar fysisk förändring. Hos fyra av fem barn försvinner upplevd identifiering med det motsatta könet när de går in i tonåren.

I barndomen förutspår identifiering med det motsatta könet starkast homosexualitet snarare än en faktisk, långvarig könskonflikt. Förekomsten av upplevda könskonflikter under tonåren har ökat avsevärt under 2010-talet, så ungdomspsykiatriska kompetenser och enhetliga behandlingslinjer behövs i allt högre grad.

Hos vissa ungdomar stärks identifieringen med det motsatta könet, medan kroppsförändringarna samtidigt ökar ångesten. Pubertetsutveckling kan bromsas med GnRH-terapi (gonadotropinfrisättande hormon), vilket ger den unga personen tilläggstid att utvecklas och växa för att senare i lugn och ro kunna besluta sig. Å sin sida kan dessa så kallade hormonblockerare vara problematiska. Det har föreslagits att behandlingarna kan förändra utvecklingen av könsidentiteten, dvs. praktiskt taget konsolidera det kön som upplevs i det ögonblicket, även om situationen förändrats under puberteten. Det finns inga forskningsbevis för detta, vilket gör det svårt att ge rekommendationer.

KÖNSIDENTITET OCH PSYKE

Personer som upplever könskonflikter kan utsättas för diskriminering och mobbning redan i barndomen. På grund av sin identitetserfarenhet kan de också uppleva negativa reaktioner från sina nära och kära. Man kan också tala om en upplevd minoritetsstress. Med detta avses lidande som orsakats av samhällets allmänna antaganden, en upplevelse av utanförskap, social stigmatisering och våld, som i extrema fall kan leda till fysiskt och psykiskt lidande.

Könsdysfori kan vara förknippat med depression, ångest och självdestruktivitet. Könsdysfori åtföljs ofta av erfarenheten att svårigheterna beror på könet, som personen upplever som felaktigt. Symtom från traumatiska upplevelser kan också finnas med. Dessa bör utredas och behandlas innan man inleder en övergångsprocess. Undersökningar har också belyst en högre förekomst av autismspektrumet hos individer som upplever könsdysfori. Detta framhävs i synnerhet bland biologiska kvinnor på autismspektrumet, vilket kan förknippas med utmaningarna att finna sig i traditionella könsnormer. Å sin sida utgör de sociala kommunikationsutmaningarna vid autism samt autisms begränsade, repetitiva och oflexibla mönster i fråga om beteende och intressen en utmaning för vårdpersonal i bedömningen av korrekt tidpunkt för könskorrigeringsbehandling. Till läkaretiken hör också att överväga ett alternativ som inte just i det ögonblicket ligger i patientens intresse.

Det är bra att komma ihåg att förutom att könet kan uppfattas som felaktigt, orsakas en del av könsdysforin av attityder i samhället och den ångest dessa orsakar. Åtgärder och behandlingar i samband med könskorrigering, väl utformade, genomförda och med adekvat psykologiskt stöd, kan avsevärt förbättra livskvaliteten och funktionen hos en person som upplever könsdysfori.

Våren 2020 tog Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården (Palko) ställning till könskorrigerande behandlingar. Rekommendationen framhäver att behovet av psykiatrisk och psykosocial vård måste bedömas innan remiss till faktiska könsidentitetsundersökningar och behandlingar. Genom detta vill man säkerställa en lämplig fördelning av hälso- och sjukvårdsresurser och aktualitet i behandlingsprocessen. I rekommendationens anda får patienterna den hjälp de behöver, där man strävar efter högsta möjliga kvalitet i diagnostik och behandling.

KÖNSKORRIGERING I FINLAND

Könskorrigering avser vanligen medicinska behandlingar för att förändra människokroppen i enlighet med könsidentiteten. På samma sätt kan termen innebära laglig könsändring, vilket är en del av könskorrigeringsprocessen hos vissa individer. Processen ansöks med remiss från läkare. I Finland tillhandahåller HUS och TAYS studier och behandling för patienter som upplever könskonflikter. Behandlingsprocessen innebär en undersöknings- och diagnosperiod under vilken en persons övergripande situation undersöks och till exempel utför man differentialdiagnostik mellan transsexualitet och psykiska störningar. Om en patient diagnostiseras går hen in i behandlingsstadiet, där hormonbehandling oftast påbörjas för att modifiera sexuella egenskaper. Den följs av en så kallad ”verkliga livet”-fas där en person lever enligt den eftersträfvade könsidentiteten, och i ett senare skede kan kirurgiska behandlingar fortskrida. Behandlingar planeras individuellt. Alla vill inte ha vissa behandlingar, såsom könsorganskirurgi.

Enligt flera studier förbättrar behandlingen av en könskonflikt med könskorrigering en persons mentala styrka och förmåga att fungera och underlättar sociala relationer. Många känner att deras livskvalitet förbättras efter behandlingarna. Till exempel minskar förekom-

sten av självdestruktivitet hos de behandlade, även om det fortfarande förekommer mer än i kontrollpopulationen. Men könskonflikten förklarar inte en persons hela mentala sjuklighet, och symtom på allvarlig psykisk sjukdom är värre än hos andra även efter behandling. Potentiella komplikationer och besvikelser av behandlingar orsakar sjuklighet, för att inte tala om feldiagnos och därigenom felaktigt givna behandlingar som orsakat fysiska förändringar. På basis av undersökningar är det fördelaktigt att utredningsfasen är tillräckligt lång och att man aktivt stöder patientens psykologiska resurser i den långa processen.

Det är alltid möjligt att patienten ångrar behandlingarna. Baserat på studier är ånger dock sällsynt. Enligt tyska uppgifter ångrar sig ca 0,4 procent och enligt svenska uppgifter 3,8 procent. Problemen med ånger kunde minskas och situationen underlättas genom att separera den medicinska vården med oåterkalleliga förändringar från laglig könsbekräftelse. Alla patienter önskar sig inte medicinsk behandling, och en könskonflikt kunde underlättas av möjligheten att lagligt ändra sitt kön.

Det etiska problemet är hur man i offentligt finansierad vård undviker positiv särbehandling av personer som upplever könsdysfori. Offentligt finansierad vård omfattar inte tillstånd som annars orsakar dysfori, såsom bröst som uppfattas vara för små eller överdriven hårväxt. Ur denna synvinkel är det viktigt att överväga det medicinska behovet av behandling. Det handlar inte enbart om en persons önskan.

KÖN PÅ LÄKARMOTTAGNINGEN

På läkarmottagningen är det nödvändigt att bestämma patientens biologiska kön, till exempel när man överväger vissa studier och behandling av sjukdomar. Å andra sidan finns det många situationer inom hälso- och sjukvården där kön inte spelar någon större roll. Det finns också situationer där könet stiger till en mycket speciell position, till exempel när en transkvinna kommer till en urologs kontor på grund av oro för prostata, eller när en transman kommer till en allmänläkares kontor för gynekologiskt cellprov. Eller när en person som återhämtar sig från könsorganskirurgi kommer in för en sårkontroll på samjouren och en transsexuell ungdom går till gynekologen då menstruationen inger ångest och hen hoppas bli av med dem. Situationer som denna kräver särskild känslighet och möter patienten med respekt.

Till ett sensitivt bemötande av någon som söker efter sin könsidentitet eller en transsexuell person hör respekt för rätten till självdefinition, öppenhet och att acceptera och tro på människors erfarenheter. Läkaren behöver inte påstå sig veta något om patienten, utan kan fråga dem. I samtalet måste man använda ord och termer som respekterar patientens erfarenhet. Ett fördomsfritt bemötande av könets mångfald kan minska patientens mentala belastning och lindra könsdysfori. Till hörnstenarna hör att lyssna på patienten samt att bemöta hen respektfullt och icke-diskriminerande. Genom att lyssna på patienten och notera hans behov kan en sjukvårdspersonal stödja en person i en svår situation. Att organisera det nödvändiga stödet och styra behandlingen kommer att göra stor skillnad. Det är inte ovanligt att en patient som upplever könsdysfori är ganska osäker och sökande i fråga om sin könsidentitet. Hen kan behöva komplext psykosocialt stöd och även mentalvårdstjänster i sökandet efter sin identitet.

LÄKAREN, KÖNET OCH LAGSTIFTNINGEN

Läkaretiken styr till att bemöta varje patient human och professionellt. Lagen om patientens ställning och rättigheter styr till att vårda patienten i samförstånd med hen och utan att kränka hens självbestämmanderätt. Viktig lagstiftning inom medicinen är 2002 års Lag om fastställande av transsexuella personers könstillhörighet (563/2002) och tillhörande förordning (1053/2002) om diagnostik och behandling. Det har förts en debatt om lagstiftningens aktualitet, bland annat på grund av kommentarer från internationella människorättsorgan, och lagarna håller på att ändras.

Enligt grundlagen är alla lika inför lagen. Ingen får heller utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Dessa bestämmelser preciseras ytterligare och kompletteras av bland annat diskriminerings- och jämställdhetslagen. Enligt jämställdhetslagen är myndigheter (såsom läkare) skyldiga att främja jämlikhet och jämställdhet i samhället. I praktiken är myndigheterna skyldiga att utarbeta jämställdhets- och diskrimineringsplaner som syftar till att vägleda verksamheten. Det är viktigt att man utöver planerna vidtar även konkreta åtgärder och ser verksamheten ur både kundens och personalens perspektiv. ■

Läs mer:

Mielenterveystalo.fi. Tukea sukupuoli-identiteetin jäsentämiseen. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tukea_sukupuoli-identiteetin_jasentamiseen/Pages/default.aspx

Kärnä T, Uusi-Mäkelä N, Mattila A. Sukupuolen moninaisuus – lähestymistapa sukupuoleen muuttumassa? *Finlands Läkartidning* 2018;73:2631–5. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sukupuolen-moninaisuus-ndash-lahestymistapa-sukupuoleen-muuttumassa/>

Kaltiala-Heino R, Työlajärvi M, Suomalainen L. Kun sukupuoli on nuorelle ongelma. *Duodecim* 2018;134(20):2041–6. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/20/duo14555>

Sumia M, Savioja H, Lindberg N, Holttinen T, Kaltiala-Heino R. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien nuorten mielenterveys. *Suom Lääkäril* 2015;70:1919–25. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/seksuaali-ja-sukupuolivahemmistoihin-kuuluvien-nuorten-mielenterveys/>

ETENE. Intersukupuolisten lasten hoito. 22.3.2016. <https://etene.fi/documents/1429646/2056382/>

KANNANOTTO_intersukupuolisuus_pdf.pdf/c5d42cbd-5220-4314-a2e9-c61cf27ace9a/KANNANOTTO_intersukupuolisuus_pdf.pdf

STM. Palveluvalikoimaneuvoston suositusluonnos. Aikuisten muunsukupuolisuuteen ja kehitysikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät. STM038:00/2020. <https://d2htbmfhc6rwwj.cloudfront.net/attachments/f/f/2/4bcb53ac94ac7b0e143a7d9f9af10.pdf>

Saarni S, Uusitalo S. Sukupuolen variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoidot – analyysi eettisistä kysymyksistä. Palveluvalikoimaneuvoston aiheeseen liittyvän suosituksen liitteeksi. 2020. <https://d2htbmfhc6rwwj.cloudfront.net/attachments/5/d/4/a3921a09947e6845d806a3d990c66.pdf>

Särskilda frågor inom munhälsovården

Tandläkaretiken skiljer sig inte principiellt från läkaretiken, men i det praktiska arbetet är det delvis andra problem som träder fram. Skillnaderna beror dels på tandvårdens speciella natur och objekt, och dels på det finländska vårdssystemet, där munhälsovård och annan hälsovård organiseras enligt delvis olika principer.

När man allt klarare har blivit medveten om att munhälsovården är en viktig del av människans allmänna hälsa har man i allt högre grad integrerat munhälsovården med den övriga hälso- och sjukvården. Bestämmelser om vårdgaranti, sjukförsäkring och hela befolkningens rätt till offentlig tandvård har gjort att tandvårdstjänsterna i princip är tillgängliga för alla, på lika villkor. Trots det har alla i praktiken inte lika möjligheter till evidensbaserad, effektiv och högklassig munhälsovård, och det betyder att frågor kring prioritering och rättvisa är viktiga. Samtidigt betonas betydelsen av att tandläkarna bevarar sin kliniska autonomi och upprätthåller en värdegrund som är gemensam för alla, oberoende av vilken sektor man arbetar inom.

I munhälsovården framhävs dessutom, vid sidan om dessa aktuella utmaningar, att patienterna också har ett eget ansvar för sin munhälsa. Det har i sin tur konsekvenser för tandläkarrollen, genom att man betonar egenvården och vikten av ett mångprofessionellt teamarbete. Prioriteringsaspekterna återspeglas också i de mer traditionella frågeställningarna kring gränsdragningen mellan estetisk och övrig tandvård, och inom vården av ängsliga patienter.



Egenvård, livsstil och ansvaret för munhälsan

De ur folkhälsosynvinkel viktigaste munsjukdomarna, karies och parodontit, är infektionsbaserade sjukdomar med en stark anknytning till våra levnadsvanor.

Patientens egenvård är i en nyckelposition när det gäller att hantera dessa och andra livsstilsrelaterade munsjukdomar.

Till munhälsovårdens viktigaste uppgifter hör att främja egen-vård och hälsosamma val, på individnivå och i det dagliga livet.

Mikrofloran i munnen är unik i sin artrikedom, och har en viktig funktion när det gäller att skydda munnen. Men oskötta tandinfektioner i kombination med sår i slemhinnan är en betydande in-körspport för infektioner som kan sprida sig i hela kroppen. När kroppens allmänna motståndskraft är försvagad kan både akuta och kroniska infektioner i munnen utgöra ett allvarligt hot mot den övriga hälsan.

Utöver munnens centrala sjukdomar karies och parodontit är upp-lösning av tandemaljen eller erosion, och vissa slemhinnesjukdomar, starkt förknippade med levnadsvanorna: kostvanor, munhygien och användning av alkohol och tobaksvaror. Det finns enkla, evidensbaserade och effektiva metoder att motverka och behandla dessa sjukdomar. Trots att det bakom sjukdomarna finns faktorer som patienterna kan påverka genom sina egna val och levnadsvanor, varierar benägenheten att få sjukdomarna. Det finns många yttre faktorer som påverkar patienternas beteende, såsom social miljö, marknadsföring och påtryckning från sociala

medier. Sjuk-domar i munområdet bör inte betraktas som självförvållade, och den professionella attityden ska inte vara anklagande.

I ett tidigt skede är många munsjukdomar symtomfria och patienterna omedvetna om sjukdomen, om inte tandvårdspersonalen informerar dem om den. Etiskt hållbar tandvård innebär utöver om-sorgsfull diagnos av munsjukdomarnas tidiga stadier alltid en kartläggning av patientens livsstil. En väsentlig del av behandlingen är strävan att påverka en ogynnsam livsstil: med andra ord vill man parallellt med den egentliga behandlingen hejda sjukdomen, reparera skadorna och förhindra ytterligare skador.

Levnadsvanorna påverkar dessa sjukdomar så mycket att effekten av de professionella behandlingsåtgärderna inom tandvården blir mycket kortvarig om patienten inte själv aktivt deltar i vården och gör sitt bästa för att bibehålla behandlingsresultatet. Egenvård är en väsentlig del av hur man bemästrar dessa sjukdomar.

En viktig uppgift och etisk skyldighet för vårdpersonalen är därför att stödja patientens egenvård. Att försumma den kan inte anses etiskt acceptabelt. Det är lättast att stödja egenvården när relationen mellan vårdpersonalen och patienten har karaktären av ett kamrat- eller mentorskap, där man frågar patienten om hans vardag, förhoppningar, erfarenheter, rädslor och övertygelser, och sedan tillsammans med patienten bygger upp en anpassad egenvårdsplan. Fackpersonalen måste förstå att få patienter lyckas göra livsstilsförändringar bara på basis av hälsoinformation. Att gömma sig bakom att bara dela information kan ses som en försummelse av patienten. En expert förutsätts ha en psykologisk blick och uppdaterade metodkunskaper. Bland annat är en ”motiverande intervju” en evidensbaserat effektiv metod.

Att förstå vissa patientgruppers vardag, levnadsförhållanden och miljö är särskilt viktigt. Grupperna består av personer som själva inte är bemyndigade att välja sina levnadsvillkor, eller som behöver stöd av andra för sina vardagsrutiner — till exempel barn och personer med funktionsnedsättning. Vid behandlingen av dessa grupper är det viktigt att identifiera de utmaningar som är förknippade med principerna om självbestämmande, omsorg och förmyndarskap. (Se *Läkar- och vårdetikens grundprinciper*)

Om patienten själv inte kan upprätthålla munhygienien måste man försäkra sig om att hen får tillräckligt stöd och hjälp. Hos äldre och speciellt minnessjuka människor försämras ofta förmågan att sköta munhygienien. Kombinerat med en kolhydratrik diet leder det till att en dittills välskött tanduppsättning snabbt förstörs, om inte hälsosamma levnadsvanor och god munvård ingår i den dagliga rutinen. Tandvårdspersonalen bör göra sitt bästa för att skapa hälsosamma levnadsförhållanden och möjliggöra hälsosamma val i patientens livsmiljö.

Patientfall

*Finsk lagstiftning betonar föräldrarnas ansvar i vården av barnets tänder, och underlåtenhet att ta ansvar betraktas som illa-behandling av barnet. Hovrättens dom från år 2018 ansåg att en förälder var skadeståndsskyldig till sitt barn, då han hade försummat att sköta barnets tandvård. Att ingripa i illabehandling är en lagstadgad skyldighet för vårdpersonal. (Se *Illabehandling av barn*)*

Vem är ansvarig för en ung hockeyspelares hål i tänderna, emalj-upplösning och slemhinneskador om laget under träningar och spel bjuds på en sur, sockerhaltig sportdryck och de vuxna som spelar i de övre serierna öppet använder snus? ■

Läs mer:

Karies (hantering). God medicinsk praxis. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim och Finska Tandläkarsällskapet Apollonia rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2014. <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00025>

Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammas-lääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. www.kaypahoito.fi.
Muncancer. God medicinsk praxis. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim, Finlands Tandläkarförening Apollonia. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2019. <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00018>

Järvinen M. Motivoiva haastattelu. Lisätietoa aiheesta. <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>

Hallamaa J. Potilaan vastuu terveydestään. Teoksessa Lääkäriprofessio. Red. A. Pasternack et al. Kustannus Oy Duodecim 2017.

Launis V. Potilaan autonomia ja lääkärin työ. Teoksessa Lääkäriprofessio. Red. A. Pasternack et al. Kustannus Oy Duodecim 2017.

Konflikten mellan vårdbehov och resursbrist

I dag uppfylls inte patienternas förhoppningar när det gäller tjänster inom munhälsovård. Det offentliga systemets resurser tillåter inte att man erbjuder tjänster till hela befolkningen, och i det privata systemet är patientens kostnader höga. Således påverkar patientens socioekonomiska status kraftigt både användningen av tjänster och patientens munhälsa.

Begränsade resurser, förbättrade behandlingsmöjligheter och al-lokering av resurser är nyckelfrågor inom munhälsovården. Etiska konflikter uppstår om tandläkaren känner att hen inte kan ge sin patient tillräckligt god vård, eller om verksamheten i första hand drivs av strävan efter ekonomisk vinning.

Tandläkarens kliniska autonomi i individuella behandlingsbeslut lägger grunden till en vårdrelation baserad på förtroende, där tandläkaren på basis av sin expertis och i samförstånd med patienten fattar behandlingsbeslut för patientens bästa.

I lagstiftningen om hälso- och sjukvården ingår bestämmelser om den maximala väntetiden för icke-brådskande vård och undersökningar inom den offentliga tandvården. Genom dem försöker man skapa likvärdig tillgång till vård, oberoende av var man bor. De regionala skillnaderna är ändå stora. Många kommuner har otillräckliga resurser för den offentliga tandvården, och på grund av underresursering är det inte alltid möjligt att erbjuda vård enligt behandlingsrekommendationer och behov. Därför är patienterna tvungna att söka sig till den privata sektorn också för vanligt tandvård. Trots goda ambitioner är en rättvis resursfördelning och förverkligad jämlikhet en ständig utmaning. (Se Perspektiv om rättvisa inom hälso- och sjukvården)

MÖJLIGHET TILL ÄNDAMÅLSENLIG VÅRD

Det offentliga systemets resurser är inte tillräckliga för att hela befolkningen ska kunna erbjudas tandvårdstjänster. Arbets-fördelningen bland vårdpersonalen har utvecklats, och verksam-heten har intensifierats. Privatsektorn är fortfarande en betydande serviceproducent med tanke på helheten. Inom den privata sektorn är kostnaderna betydligt högre för patienterna än i det offentliga systemet. Lägre kundavgifter för undersökning och vård av mun och tänder vid en hälsovårdscentral definieras i klientavgiftsförordningen (912/1992), och de hälsovårdscentral-tjänsterna skulle användas av en större andel av befolkningen om resurserna skulle räcka till. En del av befolkningen upplever också att de nuvarande avgifterna är alldeles för höga, och söker inte vård trots att det skulle behövas. Dessutom måste patienten nästan alltid själv betala för tandtekniska kostnader i samband med protesbehandlingar. På grund av en ojämlig finansieringsmodell påverkas både användningen av tjänster och hälsoläget i munnen fortfarande starkt av patientens socioekonomiska status. Utbildningen har fortfarande ett starkt samband med mun-hälsan, personer med kort utbildning har mycket sämre munhälsa än personer med en längre utbildning. Alla former av utslagenhet och illamående återspeglas också i munnen. Medborgarnas lika tillgång till behovsbaserad vård förverkligas tyvärr inte inom munhälsovården. Patienten kan behöva pruta på sina behov och önskemål, och tandläkaren kan inte genomföra den behandling hen anser bäst. Tandläkaren ställs ofta inför detta problem.

Patientfall

Riksdagens biträdande justitieombudsman har tagit ställning till tillgången till anestesitandvård. Ett klagomål hade inkommit om förfarandet vid polikliniken för mun- och käksjukdomar vid Tammerfors universitetssjukhus (TAYS), där man hade ställt klagandens funktionshindrade son i kön till icke-brådskande tandvård. Detta orsakade pojken onödigt smärta och lidande. I sitt avgörande ansåg biträdande justitieombudsmannen att man vid individuellt övervägande av vårdbehov och vårdens brådskande natur alltid skilt bör bedöma en eventuell skadeverkan av att vården fördröjs. I detta fall räckte det inte att behandlingen genomfördes under tiden för den specialiserade sjukvårdens vårdgaranti, I stället borde man ha arrangerat patientens anestesitandvård tidigare än man gjorde, med hänsyn till helhetssituationen för pojkens munhälsa och hur länge det tog att bedöma vårdbehovet, samt till hans smärta och lidande i väntan på tillgång till vård. Biträdande justitieombudsmannen påminde även om vikten av att utarbeta en förebyggande behandlingsplan för munhälsovård.

ETISKA UTMANINGAR INOM MUNHÄLSOVÅRDEN

Inom tandvården kan man identifiera olika situationer i anslutning till över- och underbehandling. Med underbehandling avses utebliven behandling i en situation där man genom behandling kunde ha påverkat patientens tillstånd positivt och producerat mera hälsofördelar. Underbehandling kan fördröja nödvändig vård och skada patienten. Resursbristen i det offentliga systemet kan göra det svårt för patienterna att få tillgång till vård i rätt tid, och intervallen mellan behandlingarna kan bli för långa. Risken för underbehandling är också möjlig om intervallen mellan barns och ungdomars kontroller blir så långa att man inte hin-

ner upptäcka problem i tid. Tandköttssjukdomar och parodontit har länge diagnostiserats och behandlats bristfälligt. Detta har väckt debatt då förståelsen och kunskapen om sambandet mellan kroniska inflammatoriska tillstånd i munnen och andra sjukdomar har ökat. Grunden till god vård är alltid en noggrann klinisk undersökning, men till exempel i ett offentligt system kan tandläkaren uppleva att organisationen på grund av resurstryck försöker sätta gränser för verksamheten. En situation där en tandläkare på grund av begränsade resurser inte kan erbjuda patienten en sådan grundlig undersökning eller behandling som hen anser nödvändig för patientens tillstånd är etiskt problematiskt. Risken för underbehandling har även identifierats när patientens behandling får kapitationsersättning, det vill säga en fast kompensation på individnivå.

Överbehandling är sådana behandlingsåtgärder vars nytta för patienten och hans livskvalitet är minimal eller obefintlig i förhållande till de kostnader och risker som behandlingen medför. Överbehandling kan rentav påverka patientens munhälsa negativt på kort eller lång sikt. I praktiskt arbete är den vanligaste typen av överbehandling förmodligen plombering när det primära behandlingsalternativet enligt vad man vet i dag vore att hejda kariesspridningen. För tidig förnyelse av fyllningar är överbehandling, som man vet att sannolikt leder till en plomberings-spiral, där man allt oftare måste förnya fyllningarna i dessa tänder. Risken för överbehandling är hög om man inte förbundit sig tillräckligt strikt till indikationerna för kliniska överväganden och vårdbeslut och nyttan av behandlingen inte kritiskt bedömts.

Prestationsenlig ersättning, det vill säga att inkomsten beror på åtgärderna, kan locka tandläkare att maximera sina intäkter oavsett odontologiska och etiska grunder. Möjligheten till överbehandling bör också uppmärksammas bland annat vid bedömning av extraktion av asymtomatiska visdomständer och av kontrollbesökens intervall. Risken för överbehandling kan också öka när vårdens producent eller patienten eller bägge drar nytta av de åtgärder som vidtagits och finansieringen till stor del blir på en tredje parts ansvar. Tredje parter kan vara, men är inte begränsade till, bland annat en arbetsgivare, kommunens socialförvaltning, Fpa och försäkringsbolag, men man bör vara medveten om risken också gällande behandlingar som grundar sig på service-sedlar och andra betalningsförbindelser. För att undvika överbehandling måste tandläkaren i sitt arbete uteslutande hålla sig till evidensbaserade och av erfarenhet påvisat goda metoder, och utgå från patientens fördel vid planeringen av vården.

Patientfall

Tandläkaren restaurerade en kindtand med en kompositplastfyllning, vars kontaktytor till grann tänder och bitt inte var de bästa möjliga. Är ens plastfyllningens fog tät? Tandläkaren var inte riktigt nöjd med den åtgärd han hade gjort. Ger en förmånlig kortsiktig lösning med tiden större kostnader? Styr behandlingsarvodena våra beslut? Ska patienten få höra om andra möjligheter och bli informerad om bittets betydelse? Är den fortsatta vårdplanen metodisk och kan åtgärderna och samtidigt kostnaderna periodiseras? Vilka mål ställer vi för vårt arbete och får patienten bästa möjliga behandling?

Det är inte alltid lätt att se var gränsen går för lämplig vård. I takt med att tekniken utvecklas blir dyrare behandlingsmetoder tillgängliga. Det är viktigt för tandläkaren att tillsammans med patienten överväga vilken behandling som är tillräcklig och i linje med patientens värden. Oavsett organisation är det också viktigt att tandläkaren vidhåller sin yrkesetik och

kliniska autonomi i individuella vårdbeslut. Ekonomiska faktorer får inte påverka den egna verksamheten på ett icke ändamålsenligt sätt. (Se **Privat och offentlig hälsovård**)

Patientfall

Den jourhavande tandläkaren rekommenderade patienten att låta dra ut en tand. När patienten inte ville det påbörjade man en rotfyllning. Patienten kunde inte erbjudas följande tid för rot-behandlingen förrän efter tre månader. Efter flera behandlings-besök var man ändå tvungen att dra ut tanden. Borde den jourhavande tandläkaren ha agerat annorlunda? Hur? Be-gick han ett fel när han inledde en rotbehandling?

Inom den privata sektorn har tandläkare traditionellt haft en mer etablerad kundkrets. Patient-tandläkarrelationerna är lång-siktigare och man har bättre kunnat bemöta patientens behandlingsbehov med hänsyn till kundens ekonomiska begränsningar. An-vändningen av det offentliga systemets tjänster har vanligen varit mer sporadisk. Hälsovårdscentralerna har, styrda av lag-stiftningen, satsat på vård av första hjälpen-karaktär, vilket har minskat den övriga vårdens resurser.

Under de senaste åren har vården fragmenterats ytterligare och patienten får inte alltid tid till samma tandläkare ens i det privata systemet. Å andra sidan kan patienten själv byta tandläkare av kostnadsskäl eller på grund av marknadsföring och medie-påverkan. Utmaningen är frågan om vem som tar helhetsansvaret för patientens vård, eller om vården riskerar att reduceras till ingrepp på enskilda tänder. Svårigheterna med informationssystem hör fortfarande till vardagen, tillgången till ett elektroniskt arkiv över patientjournaler är inte självklar, och information från arkivet används ofta bara i liten utsträckning. Om helhets-bilden går förlorad riskerar man att slösa bort de redan små re-surserna. I primärvården har man märkt att långa vårdrelationer är fördelaktiga vid behandling av kroniska folksjukdomar. Inom munhälsovården är det också skäl att bedöma om man genom att stödja långvariga vårdrelationer kan effektivisera och rationalisera behandlingarna och därmed göra besparingar. De inbesparade resurserna måste styras till verksamhet som har ett större behov.

Tandläkare tvingas tackla intressekonflikter både i det privata och det offentliga systemet. I en intressekonflikt känner sig en person samtidigt skyldig eller ansvarig gentemot två olika par-ter, vars delvis överlappande intressen kan äventyra personens förmåga att fatta opartiska och oberoende beslut. På grund av en intressekonflikt kan till exempel en tandläkare på grund av per-sonlig påverkan eller för yrkesmässig eller ekonomisk vinning lätt styra beslutsfattandet i en viss riktning när man överväger olika behandlingsalternativ med patienten. Den lagstadgade skyldigheten för det offentliga systemet att begränsa väntetiderna för tillgång till vård kan strida mot den enskilda patientens fördel om flera patienter söker vård än systemet kan behandla i enlighet med god vårdpraxis. Det är viktigt att identifiera och ta itu med intressekonflikter för att undvika eventuella etiska konflikter till följd av dem.

Patientfall

På jouten ville en ung, numera arbetslös patient som en snabb och billig lösning på smärtan ta bort en kindtand. Tandens i fråga är en av de sista stödtänderna i bettet och skulle fortfarande kunna räddas enligt tandläkaren. Hur ska en tandläkare förhålla sig till patientens önskan, om det enligt hans mening inte finns några tydliga tandmedicinska

grunder för förfarandet? När är smärtbehandling en tillräcklig motivering för att dra ut en tand? Kan en tandläkare vägra ta bort en tand på grund av att förfarandet enligt hans mening skulle leda till för mycket skada på bettet? Vad innebär i detta sammanhang patientens rätt till information och samtycke samt behandling i samråd med patienten?

GRUNDERNA TILL BESLUT OCH RIKTNING AV RESURSER

Oavsett systemet ska patienten behandlas i samförstånd med hen själv och behandlingen alltid vara tandmedicinskt och etiskt motiverad.

Tandläkarens kliniska autonomi lägger grunden till en vårdrelation som bygger på förtroende, där tandläkaren på basis av sin expertis och i samförstånd med patienten fattar vårdbeslut för patientens bästa.

I vårdbeslutet kombinerar tandläkaren vetenskaplig kunskap, sin erfarenhet och patientens önsknings och värden med tillgängliga resurser. Känedom om patienten och hens tillstånd, och tandläkarens erfarenhet, hjälper när man fattar beslut om vården. Tillräcklig information gör att patienten kan delta i beslut som gäller behandlingen. Tandläkarens roll är inte att ge patienten maximal tandvård med den utrustning och teknik hen kontrollerar, utan att behandla varje patient optimalt och baserat på det medicinska behovet. Här betonas den medvetna asymmetrin mellan patient och tandläkare. Patienten måste kunna lita på att behandlingsalternativen presenteras med hans bästa i åtanke. (Se [Interaktionen mellan patient och läkare](#))

I stället för att göra enstaka åtgärder måste man sträva efter en övergripande vision och upprätthålla och rehabilitera bettapparatens funktion så att den håller hela livet. Att känna till och behärska motiverad behandlingspraxis är en del av yrkeskunskapen. Stöd för vårdbeslut kan bland annat fås i *God medicinsk praxis*-rekommendationerna. Det är värt att känna till deras innehåll, även om det är bra att kunna identifiera behandlingsrekommendationernas värdebundenhet. (Se [Vetenskaplig evidens och vårdbeslut](#))

Tandläkaren får stöd för sitt beslutsfattande om vården i *God medicinsk praxis*-rekommendationerna och de enhetliga kriterierna för icke-brådskande vård. Dessutom ger Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården rekommendationer om munhälsovård. Den första rekommendationen (30.8.2016) gäller behandling av en tandlös underkäke med en implantatfäst helprotes. Under våren beredde Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården en rekommendation om reparation av mycket skadade tänder med plomber/fyllningar och kronor som tillverkas utanför munnen.

Munhälsovården i Finland har under lång tid utvecklats separat från resten av hälso- och sjukvården. Detta har lett till ett ojämnt system som gynnar personer i arbetsför ålder och de förmögna. Andelen äldre individer i befolkningen växer dock snabbt och deras behov av vård ökar, särskilt parodontologisk vård och protesvård. Det är viktigt att reagera på detta i tid, eftersom en fördröjd behandling ofta komplicerar problemen. Munhälsan är undervärderad i samhället, och det återspeglas också i de resurser som riktas till behandling av munsjukdomar. Tandläkarprofessionen har en etisk skyldighet att rättvist främja fördelningen av befintliga resurser. (Se [Prioritering i vården](#)) ■

Läs mer:

Kekomäki M. Ylihoidon taustat ja torjunta. Duodecim 2019;135(23):2361–3.

Naidoo S. Acces to care. FDI Dental Ethics Manual 2. 2018. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-dental_ethics_manual_2.pdf.

Porter S. The impact of business on dentistry. FDI Dental Ethics Manual 2. 2018. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-dental_ethics_manual_2.pdf.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Käypä hoito. <https://www.kaypahoito.fi/>.

Hampaattoman alaleuan hoito implanttikiinnitteisellä kokoproteesilla. https://palveluvalikoima.fi/alaleuan_kokoproteesi

Tandläkarskräck

Tandläkarskräck är en av de vanligaste orsakerna till att man inte uppsöker vård. Utmaningarna är att ge god medicinskt motiverad vård och samtidigt uppfylla patientens förväntningar på behandlingen.

Tandläkaren måste satsa på mötet med patienten, så att hen kan stödja en rädd patient och lindra patientens rädsla och smärta.

En tredjedel av Finlands vuxna och barn har någon form av tand-läkarskräck, och en av tio lider av allvarlig rädsla. Rädslan är en av de vanligaste orsakerna till att man inte uppsöker vård. Rädda patienter söker sig ofta till tandvård först då problemet blivit akut, annullerar mottagningstiderna i sista stund eller uteblir helt och hållet, och betar sig i behandlingssituationen besvärligt ur tandläkarens synvinkel. På grund av rädsla har patienten ofta svårt att ta emot och förstå information om behandlingsalternativ och nödvändig vård, till vilket lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) förpliktar tandläkaren. Också i Tandläkarförbundets etiska riktlinjer har man betonat att en rädd patient bör stödjas och hjälpas för att lindra rädsla och smärta.

Vid behandling av rädda patienter är det viktigt att identifiera etiska spänningar i behandlingssituationerna, mellan å ena sidan autonomi och utsättande och å andra sidan förmyndarskap och konsumerism. Behandlingen av en rädd patient kan bli på hälft på grund av icke annullerade besök eller besök som ställts in i sista minuten. Detta kan felaktigt motiveras av autonomi: patienten vill inte acceptera den behandling som erbjuds honom. Patientens rädsla kan dock ha begränsat förmågan att välja rationellt. Vi skulle till exempel inte acceptera att ett litet barns allvarliga hälsoproblem lämnas obehandlade på grund av barnets rädsla. Patientens förväntningar på behandlingen kan också avvika från tandläkarens uppfattning. En patient som lider av värk och rädsla vill ofta ha ett så snabbt behandlingsalternativ som möjligt, till exempel att tanden tas bort, även om det leder till ett sämre vårdresultat med tanke på den övergripande munhälsan. Patienten kan också ha en av marknadskrafterna skapad, orealistisk uppfattning om att behandling med modern teknik är helt smärtfri, eller att man på grund av sin rädsla har rätt att bli nedsövd under ingreppet. I enlighet med de fören-

hetligade kriterierna för icke-brådskande vård är rädsla i sig inom den offentliga vården inte en tillräcklig orsak för att man ska få behandling under narkos.

Utsatt för ett dylikt korstryck är det viktigt att tandläkaren har en stark etisk grund att bygga på, och är tillräckligt känslig för att registrera hur ens egna attityder påverkar ens beslut. En tandläkare bör vara medveten om grunderna för sina egna beslut. Man kan till exempel känna sig frestad att motivera beslutet med lämpligt valda juridiska eller etiska argument, även om det verkliga motivet skulle vara en strävan att snabbt bli kvitt en besvärlig patient, snarare än omsorgen om patientens bästa på lång sikt.

Det viktigaste är att tandläkaren bemödar sig om att möta en rädd patient också i situationer där man skulle komma lättare undan genom att snabbt behandla enbart det akuta problemet. När tandläkaren tar hänsyn till patientens rädsla kan han eller hon lugna patienten och hjälpa denna att se fördelarna med att upp-rätthålla sin munhälsa, och att inse behandlingsåtgärdernas goda verkningar på lång sikt.

Patientfall

Området kring patientens nedre visdomstand är inflammerat och kräver att tanden tas bort. Patienten är rädd för extraktionen och skulle helst behandla tanden med antibiotika. En radiologisk undersökning visar att visdomstanden ligger nära nervkanalen i underkäken. Ska man, innan man opererar bort visdomstanden, berätta för en rädd patient att det finns risk för nervskada, och vad det betyder?

Patienten har ett stort hål i en tand, som trots plombering senare kan kräva rotfyllning. Berättar man om den möjligheten för en patient som är mycket rädd för rotfyllningar och ofta annullerar sitt besök? ■

Läs mer:

Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V, Lahti S. Changes in dental fear among Finnish adults: a national survey. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016 Apr;44(2):128-34. doi: 10.1111/cdoe.12196.

Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V, Lahti S. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000-2011. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019 Aug;47(4):309-315. doi: 10.1111/cdoe.12458.

Luoto A, Tolvanen M, Pohjola V, Rantavuori K, Karlsson L, Lahti S. A longitudinal study of changes and associations in dental fear in parent/adolescent dyads. *Int J Paediatr Dent.* 2017 Nov;27(6):506-513. doi: 10.1111/ipd.12289.

Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. *Acta Odontol Scand.* 2007 Aug;65(4):224-30.

Tandvård är teamarbete

Att främja och upprätthålla munhälsa och behandla munsjukdomar är teamarbete.

Aktivt teamarbete och arbetsfördelning kan ge betydande fördelar och bidra till personalens välbefinnande. Allt arbete kan ändå inte delas, och arbetsfördelningen måste utgå från patientens bästa, patientsäkerheten och en högklassig vård.

Den största utmaningen är bristen på tjänster på specialistnivå, som försätter patienter som bor på olika orter i landet i en ojämlig ställning.

L iksom inom annan hälso- och sjukvård produceras också munhälsovårdens tjänster som ett mångprofessionellt teamarbete. Redan i över ett halvt sekel har praxis varit ett nära samarbete mellan tandläkare och tandskötare. Till vårdpersonalen inom tandvården hör inte bara legitimerade tandläkare och specialisttandläkare, utan också tandskötare, munhygienister och tandtekniker. Tandskötare är närvårdare som avlagt examen inom kompetensrådet för munhälsovård. Närvårdare är en skyddad yrkesbeteckning. Enligt statistik från Institutionen för hälsa och välfärd (THL) fanns det år 2018 cirka 6 000 under 69-åriga tandläkare i Finland. Ca 800 av dem var specialisttandläkare. Specialisttandläkare står för bara 13 procent av hela tandläkarkåren.

Med fungerande teamarbete och arbetsfördelning kan man förbättra tillgången till vård, minska kostnaderna och göra arbetet trevligare för alla yrkesgrupper, samtidigt som man främjar arbetstrivseln. Om arbetsfördelningen görs rätt utnyttjas de olika aktörernas kompetens på ett sätt som strävar efter patienternas bästa. Det viktigaste är patientens välbefinnande, patientsäkerheten och en hög vårdkvalitet.

Arbetsfördelningen måste grunda sig på befintliga förordningar och riktlinjer. Med några få undantag hindrar inte lagen hälso- och sjukvårdspersonal att utgående från sin egen utbildning, erfarenhet och kompetens fungera i varandras befattningar där det är motiverat med hänsyn till hur arbetet arrangeras, och hur man kan erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster. Det är emellertid etiskt problematiskt om arbetsfördelningen tillämpas felaktigt så att patienten undersöks eller behandlas av någon annan yrkesperson i en situation som skulle kräva en tandläkares expertis.

Lagstiftningen medger flexibla lösningar, men allt arbete kan inte fördelas. Klara exempel är att undersöka patienter, ställa diagnos och göra upp behandlingsplaner som baserar sig på undersökningen och diagnosen. Enligt lagen ska det göras av en tandläkare. Tandläkare har också rätt att ordinera läkemedel, och remissrätt för röntgenundersökningar. Munhygienister har å sin sida en begränsad, snäv rätt att ordinera läkemedel i samband med deras egen verksamhet.

I förordningen om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård och förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) anvisas att återkommande kontroller av munhälsan hos under 18-åringar utförs av en tandläkare, en munhygienist eller en tandskötare som deltagit i fortbildning. Kontrollerna av skolelevs munhälsa bör alltid omfatta också tandläkarundersökningar, som riktas enligt behov. Kontroll och undersökning av barns munhälsa i rätt skede kräver tillräcklig kunskap om till exempel bettets utveckling. Man måste kunna ta hänsyn till alla individuella och åldersrelaterade faktorer som påverkar barnets utveckling och munhälsa. I kommuner och vid hälsovårdscentraler är det svårt att utarbeta en välfungerande kontroll- och undersökningsplan för barn och ungdomar som beak-

tar individuella variationer tillräckligt väl. Både kontrollintervallen och arbetsfördelningen i samband med kontroller/undersökningar bör ibland utvärderas, och vid behov uppdateras.

Om patientens situation kräver det måste tandläkaren konsultera en läkare, och vid behov remittera patienten till en poliklinik för behandling av munsjukdomar eller för undersökning och behandling av specialisttandläkare. Det finns inte tillräckliga, enhetligt och heltäckande tillgängliga tjänster på specialist-nivå inom tandvården i hela landet. Genom social- och hälso-vårdsreformen försöker man hitta en lösning på bristerna i vårdens periodisering. Innan det finns fungerande periodisering och tydliga utskickskanaler kvarstår utmaningen för tandläkaren att också etiskt lösa var och till vilka behandlingskostnader patienten får den specialisttandvård som behövs, och vem som ger denna till patienten. ■

Läs mer:

<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/toimiva-tyonjako-suun-terveydenhuollossa#.Xq6oOb9S9-U>

Livets slutskede

Döden väcker starka känslor. För läkaren är det en utmaning att hantera känslorna professionellt. Somliga möter döden plötsligt, andra efter år av förberedelser. Läkaren är ofta en central person då döden nalkas för patienten. Läkaren berättar för patienten och hens anhöriga om sjukdomens prognos och de tillgängliga behandlingsalternativen och beslutar i samråd med dem riktlinjerna för vården.

En förtida död är medicinens traditionella fiende. Läkaretiken utgår från att tjäna människan och respektera livet. Den medicinska utvecklingen har emellertid gjort det möjligt att förlänga livet så effektivt att det förlängda livet inte alltid nödvändigtvis är människovärdigt. I allt högre grad har man börjat diskutera om gränserna för vård i slutet av livet och rätten till en god död. I och med den växande betoningen av autonomi väger patientens egen åsikt allt tyngre i vårdbesluten.

I detta kapitel behandlas först allmänna etiska och principiella aspekter på livets slutskede och vårdens gränser. Därefter granskas livstestamentens betydelse, vård i livets slutskede, eutanasins etik och undersökning av dödsfall ur praktisk synvinkel.



Då döden nalkas

Då döden nalkas är det dags att vårda människan snarare än att behandla sjukdomen. Målet med att sätta ut gränser för vården är att fokusera på nödvändiga behandlingar och mentalt stöd och samtidigt undvika att ytterligare belasta patienten med onödiga ingrepp.

En döende patient hoppas ofta att läkaren förstår hens ångest inför döden och även möter hen som en lyssnande medmänniska. Arbetshandledning kan hjälpa en läkare att klargöra sitt eget förhållande till döden.

Döden är en ytterst individuell händelse. Då den nalkas innebär det en fysisk, psykisk, social och andlig/existentiell process där medicinen har sin egen uppgift att fylla. Dödens närhet kan förtäta situationen men också föra med sig nya problem som måste lösas. Då tiden är knapp blir den extra värdefull. De beslut som fattas begrundas noggrannare än vanligt. Vårdens gränser måste utstakas med eftertanke så att patienten varken belastas ytterligare av onödiga ingrepp eller lämnas utan behövlig vård och medmänskligt stöd. Beslut om de sista dagarna eller veckorna i slutet av livet är viktiga och patientens önskemål bör iakttas i mån av möjlighet. En döende patient flyttas onödigt ofta från en vårdplats till en annan och utsätts för onödiga och tunga ingrepp.

Då en människa är döende framhävs hens värde som människa. Vården måste bemöta den döende människan som en unik individ och ge hen god och mänsklig vård. Vårdpersonalen måste lyssna till och värdesätta patientens förväntningar, förhoppningar och känslor. Inför

döden betonas etiska värden, såsom aktning för livet och individens rättigheter. Om dessa försummas upplever patienten det som sårande och känner sig utelämnad av vårdpersonalen. Då döden nalkas är det dags att vårda människan snarare än att behandla sjukdomen. (Se *Patient-läkarrelationen*)

LÄKAREN OCH DÖDEN

En läkare tvingas i sitt arbete att ta ställning till huruvida en mycket sjuk patient har förutsättningar för fortsatt liv. Det är i sådana stunder som läkarens ansvar blir särskilt stort. Den behandlande läkaren måste ha stor yrkesskicklighet för att kunna hantera situationen korrekt. Det är viktigt att förbereda sig på dessa situationer både professionellt och mentalt. Situationerna kan uppstå plötsligt, såsom i jouren, eller lugnare, såsom i slutskedet av en långvarig dödlig sjukdom. Om det inte längre finns medicinska förutsättningar för patientens fortsatta liv ska patienten tillåtas dö en naturlig död. Läkaren och patienten ska genom samtal försöka uppnå samförstånd om vården i livets slutskede, med respekt för patientens vilja. (Se *Vård i livets slutskede*)

Om patienten inte själv kan uttrycka sin vilja beaktas hans möjliga livstestamente. Också patientens anhöriga brukar ha synpunkter i denna fråga. Läkaren gör klokt i att diskutera med anhöriga om patienten ger sitt samtycke till det och i alla händelser om patienten inte förmår uttrycka sin vilja. Problem kan uppstå om de anhöriga ser förutsättningarna för ett fortsatt liv annorlunda än läkaren eller om de är sinsemellan oense. Läkaren ombeds göra ”allt som bara är möjligt”, och gör hen det har hen förmodligen åtminstone ryggen fri. Då bör läkaren ge en tillräckligt grundlig utredning av patientens tillstånd och försöka främja sådana fortsatta åtgärder som är medicinskt motiverade och bäst för patienten själv. I dessa situationer är det läkaren som i sista hand fattar besluten. Ansvar för att behandlingen fortsätts eller avbryts kan inte överföras på de anhöriga.

Vissa ingrepp, såsom större operationer under narkos, är förknippade med ökad dödsrisk. Läkaren måste berätta för patienten och i mån av möjlighet också för patientens anhöriga om riskerna med en operation. På så sätt är hen klarare förberedd på att bemöta de anhöriga om risken besannas. Den behandlande läkaren kan i sådana situationer behöva stöd av sin chef och sina kollegor.

Läkarens uppgift är att berätta om den förestående döden. Detta kräver en lugn miljö och tillräckligt mycket tid, så att patienten utan störningar kan samtala med sin läkare. Läkaren bör klart och på ett begripligt sätt berätta om sjukdomen och dess prognos. Hen måste också beakta patientens förmåga att ta emot information och ge patienten tid för att tillägna sig den. Det är klokt att inom en relativt kort tid ordna ett nytt möte där patienten kan diskutera de frågor som sjukdomen väckt. Det lönar sig då att upplysa patienten om att hen kan ta med en nära anhörig om hen så önskar. Överlag är det viktigt att också anhöriga, med patientens samtycke, har möjlighet att diskutera med läkaren. Ibland vill patienten inte diskutera döden alls, varvid detta bör respekteras.

Vetskapen om den annalkande döden berör en människas djupaste existentiella sidor. Den initierar en psykisk förberedelse inför döden, en process som fortsätter ända till slutet. För en patient kan döden vara väntad och önskad, medan den för en annan är en chock och det största möjliga hotet. Därför bör patientens situation iaktas vid beslut. Hen behöver tid och stöd för att förbereda sig inför att möta döden.

En döende patient hoppas ofta att en trygg läkare förstår hans ångest inför döden och även bemöter hen som en lyssnande och medlidsam medmänniska. Detta möte påverkas av läka-

rens egen relation till döden. Dödens närhet kan väcka likadana känslor hos läkaren som hos patienten. Läkaren kan också uppleva maktlöshet eller skuld för att inte kunna hjälpa patienten tillräckligt. För att kunna stå vid patientens sida gör läkaren därför klokt i att behandla dessa känslor på något sätt, till exempel inom ramen för arbetshandledning. Samtal med mer erfarna kollegor kan hjälpa läkaren gestalta sin egen inställning till döden och dess närhet. Det är bra för en läkare att vara medveten om sina egna värden och uppfattningar om dödens innebörd. Mer erfarenhet ger större beredskap att möta döden. Man kan också träna sin förmåga till växelverkan.

FÖRBEREDELSE INFÖR DÖDEN

Patientens första reaktion på upplysningen om den annalkande döden kan vara tillbakavissande eller revolterande. Patienten kan känna ångest för att bli ensam och övergiven. Patienten kan också ha öppklarade frågor med sina anhöriga. Hen kan oro sig för sina närmaste. Rädsla kan också uppstå ur känslan av att inte längre bemästra situationen. Döden hotar jagets existens, det okända väcker rädsla. En oklar livsåskådning kan försvåra den existentiella ångesten ytterligare. Den annalkande döden lyfter fram starka känslor: ångest, vrede, bitterhet och skuld-känslor eller vemod över ett liv som inte blev levt. Dessa känslor måste patienten kunna behandla tillsammans med en annan människa. Vetskapen om att det finns människor att samtala med skapar större trygghet. Läkaren måste visa att hen står till förfogande för samtal med såväl patienten som anhöriga.

En patient som närmar sig döden rannsakar sina livsvärden. Hen går igenom sina människorelationer, vad hen gjort och vad hen lämnat ogjort. Att förbereda sig för döden är en process där hela det levda livet och dess betydelse får ett slutligt perspektiv. Ett viktigt led i god vård är att stödja den processen så att patienten till sist är mogen att möta döden. Närvaro och mottagande av känslor utan brådska skapar förutsättningar för detta.

I samtalen måste man respektera patientens övertygelse. Patienterna tar ofta upp frågor allt eftersom de själva är beredda att behandla dem, men också läkaren kan ta initiativ. Alla vill inte öppna sig om sina känslor och det måste man respektera. Att hitta saker som är viktiga för patienten från det gångna livet och i det nuvarande livet stöder patienten. En känsla av tacksamhet gör stunden behaglig, stöttar och inger hopp till det kommande. Att diskutera svåra frågor befriar vanligtvis från ångest. Att ärligt möta och behandla känslor och sådant som blev ofullbordat skapar klarhet. Mötet med döden är lättare för den som har rätt ut sina problem, gått igenom processen att släppa loss och kanske får somna bort med en känsla av att ha "fått ut tillräckligt av livet".

Då den döende är ett barn är situationen ofta svårare för alla parter. För ett barn måste den annalkande döden förklaras med stor eftertanke, men ändå ärligt och realistiskt på ett sätt som barnets förståelse kan omfatta. Sättet att berätta det, tidpunkten för när det sker och vem som berättar avtalas med föräldrarna. Inte bara barnet utan även föräldrarna själva behöver särskilt stöd för att kunna stå vid sitt döende barns sida och bära sin egen sorg. Det bör finnas sakkunnigt mångprofessionellt stöd till barn även när deras föräldrar eller syskon har blivit allvarligt sjuka. (Se [Barn och unga som patienter](#))

ETISKA ASPEKTER I SAMBAND MED VÅRDLÖSNINGAR

Ett samtal med patienten om vårdlösningarna reder ut situationen och skingrar många av patientens rädslor. Patienten får veta att smärtorna kommer att lindras tillräckligt och att hens vilja respekteras, till exempel så att man undviker sådana behandlingar och undersökningar som hen anser onödiga. Då man ska ta ställning till vårdens gränser kommer den gyllene regeln till hjälp: allt vad du vill att människorna ska göra för dig, det ska du också göra för dem. Regeln bygger på empati, vilja att förstå omständigheterna i en annan människas liv och förmåga att vilja det bästa åt sina nära. Man kan säga att empatisk medkänsla är en grundläggande egenskap i att vara läkare.

Det är viktigt att läkaren och patienten är överens om hur man ska sträva efter att patientens liv i slutskedet blir så gott som möjligt. För somliga är livets kvalitet viktigare än dess längd. Eventuella skriftliga viljeförklaringar av patienten gör beslutsfattandet klarare. Det är viktigt att patienten upplever att hen själv deltar i besluten om livets slutskede. Därför bör läkaren diskutera vården i det skedet när patienten ännu kan uttrycka sig själv.

Läkaren fattar sina vårdbeslut i ett korstryck av olika intressen: patientens förväntningar, de anhörigas och vårdsystemets krav samt ekonomiska intressen. Läkaren ska primärt fatta sina vårdbeslut med sikte på patientens bästa. Andra intressen är sekundära. Läkarens möjligheter kan begränsas av brist på vårdpersonal eller bristfälliga behandlingsmöjligheter. I situationer som kräver prioritering måste lösningarna motiveras ur humana utgångspunkter så att patientens psykiska och sociala situation beaktas. Patienten måste kunna lita på att hen behandlas likvärdigt även då döden är nära förestående.

En läkare som fattar vårdbeslut för en döende patient har hjälp av följande frågor:

- Ger en teknisk förlängning av livet någon nytta åt patienten?
- Är patienten vid medvetande, varseblir hen sin omgivning?
- Kan hen kommunicera?
- Är hen medveten om sin egen existens?
- Kan hen känna välbehag?
- Kan hen göra någonting självständigt?
- Har patienten något viktigt mål för vilket hen vill leva litet längre?

Om behandlingen inte förbättrar eller bevarar någon av dessa förmågor finns det knappast några skäl för fortsatt behandling. Det viktiga är alltid att upprätthålla en trygg, hoppingsvande och förtroendeingivande atmosfär.

Av klagomål som görs av anhöriga kring vårdbeslut i livets slutskede framgår det ofta att de upplever att deras åsikt eller vilja inte hörts. Klagomålen ger en bild av att de flesta klagomål av denna typ kunde ha undvikits om läkaren hade haft möjlighet eller förmåga att diskutera vårdlösningarna grundligare med de anhöriga. I dessa situationer framhävs läkarens kommunikativa färdigheter.

Att övergå från vård som syftar till att läka eller bromsa sjukdomens progression till palliativ vård eller vård i livets slutskede är ett viktigt vårdbeslut. Beslutet korrelerar inte heller alltid med dödens närhet. Utgångspunkten är att patientens tillstånd fastställs, varefter vårdformen väljs genom att diskutera vårdalternativen med patienten. Det viktigaste budskapet till patienten är att vården inte upphör i något skede, det är bara vårdens syfte som ändras.

Patienten kan önska att hen får vara hemma så länge som möjligt eller att hen får dö antingen hemma eller i ett hospice. Att tillmötesgå önskingarna kan kräva en utveckling av särskilda vårdarrangemang, men kan vara förnuftigt med tanke på helhetsvården. Lös-

ningarna måste beakta de etiska frågor och ansvarsfrågor som de anhörigas deltagande i den döende patientens vård aktualiserar. De anhöriga måste också få rådgivning och stöd i vården av patienten. Vårdinrättningarnas möjligheter att ge vård i livets slutskede och palliativ vård bör utvecklas kontinuerligt.

Den palliativa vårdens utveckling har kännbart förbättrat våra möjligheter att behandla smärta. Ändå är patientens sista stunder inte alltid vackra och fridfulla. Trots adekvat vård kan de fysiska symtomen vara svåra. Läkaren känner ibland otillräcklighet i sina försök att lindra patientens lidande. I vissa fall kan smärtlindringen vara förknippad med risken att livstiden förkortas.

Efter döden ges de anhöriga tid att i lugn och ro ta avsked av den avlidna. Deras sorgearbete underlättas om de har möjlighet att diskutera den avlidnes sjukdom och sista skeden med den behandlande läkaren. Läkaren måste ge de anhöriga möjlighet till samtal.

I högklassig vård av en döende människa arbetar läkaren, vårdpersonalen, sjukhusteologen, eventuella frivilligarbetare inom vård i livets slutskede och patientens närstående i nära samarbete med varandra. Då har den döende patienten den hjälp hen behöver, och särskilt viktig är den lyssnande människan. ■

Läs mer:

Aalto K (red). Saattohoito kuolevan tukena. Kirjapaja. Helsingfors 2013.

Faulkner A, Maguire P. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Kustannus Oy Duodecim 1999.

Haho A. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Finlands Läkartidning* 2017;33:1704–9.

Hänninen J. Kuinka kuolla? *Duodecim* 2010;126:283–7.

Hänninen J. Lääkärikin voi uupua – kuolevia hoitava semminkin. *Duodecim* 2005;2:227.

Jämsén T. Kohtasinko kuolevan? *Finlands Läkartidning* 1998;26:2876.

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENEs publikationer 4, 2001. <http://www.etene.fi/aineistot/julkaisut>

Den döendes rättigheter. *Ur Vår Död* av Ulla Qvarnström, Almqvist och Wiksell, 1993, s. 189.

Laukkanen M-B. Monikulttuurinen kuolema. Perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. *MIELI Psykisk Hälsa Finland* rf. Vanda 2001.

Mattila K-P. Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. *Duodecim* 2018;134(8):834–5

Mattila K-P. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. 2013;129(7):778–9

Molander G. Askel lyhenee, maa kutsuu, yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa. *SMS, Kuntoutuksen edistämisyhdistys*. 1999.

Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P (red.). Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. *Duodecim*. Helsingfors 2014.

Siltala P. Elämän päättyessä. *Matka kohti kuolemaa*. Kirjapaja. Helsingfors 2017.

Surevan kohtaaminen. <https://www.surevankohtaaminen.fi/>

Ullgren U. Rituaalit ilmaisevat sen, mille ei ole sanoja – monikulttuurinen kuolema. *Duodecim* 2019;135(3):312–3

Livstestamente

Patientens skriftliga eller muntliga livstestamente måste beaktas, om det inte finns ett motiverat skäl att förmoda att hens vilja skulle ha ändrats.

Ett livstestamente uppgjort efter en färdig mall kan vara alltför allmänt formulerat och bli svårt att tolka.

Läkaren beaktar aktivt patientens livstestamente och konkretiserar dess konsekvenser för behandlingen tillsammans med patienten och hens anhöriga.

Med livstestamente avses en av patienten på förhand uttalad vilja om sin vård i det fall att hen inte själv förmår uttrycka sin vilja i vårdsituationen. Ett livstestamente kan vara antingen skriftligt eller muntligt. Ett muntligt givet livstestamente antecknas i journalhandlingarna som del av en förutseende behandlingsplan för livets slutskede. I sitt livstestamente kan patienten förbjuda livsförlängande vård i en situation där den sannolikt bara förlänger lidandet. Hen kan också framföra önskemål om aktiv vård. Ett i livstestetamentet uttryckt nekande till livsförlängande vård binder läkaren och övrig vårdpersonal och styr också de anhörigas beslut, såvida det inte finns ett motiverat skäl att förmoda att patientens vilja skulle ha ändrats. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) ska vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten, och för viktiga vårdbeslut krävs patientens uttalade samtycke. Om patienten tidigare på ett giltigt sätt uttryckt sin bestämda vilja får hen inte ges vård i strid med denna viljeförklaring. Å sin sida kan en patient inte kräva en behandling som inte är medicinskt motiverad.

HUR UPPGÖRS ETT LIVSTESTAMENTE?

Om patienten önskar uttrycka sin bestämda vilja i fråga om vården ska enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) en tydlig anteckning om detta göras i journalhandlingarna och bekräftas av patienten. Samtidigt ska man anteckna vilket slags rapport patienten fått om följderna av livstestetamentet. I journalhandlingsförordningen nämns dessutom hur patientens vårdtestamente vid behov kan ändras. Om patienten har registrerat sitt livstestamente på Mina Kanta-sidorna kan hen ändra och komplettera detta när hen vill. Den uppdaterade versionen sparas i realtid och finns genast till hälso- och sjukvårdens förfogande.

Ett livstestamente behöver inte följa någon given mall. Färdiga mallar för livstestetamenten finns bland annat på Terveyskirjastos, Institutet för hälsa och välfärd samt Minnesförbundets, många sjukvårdsdistrikts och kommuners webbplatser. Det är bra att ange ett datum för granskning av livstestetamentet i journalhandlingen eller på Mina Kanta-sidorna. Det finns inga föreskrifter om livstestetamentets giltighetsperiod. Patienten kan när som helst återkalla livstestetamentet. Utöver livstestetamentet kan man framföra önskemål om omsorgens innehåll, med andra ord ett omsorgstestamente, som i motsats till ett livstestamente inte är juridiskt bindande. Om livstestetamentets författare är osäker på vilka saker som kan ingå i livstestetamentet kan en läkare eller något annat hälsovårdsproffs vägleda hen.

Gemensamt för mallarna är att personen kan förbjuda konstgjord förlängning av livsfunktionerna då sjukdomens prognos är dålig och en förlängning av livet skulle bara innebära

förlängt lidande. Alternativt kan hen meddela att hen i alla situationer vill ha all medicinskt befogad vård som förlänger livet. Det är också möjligt att i livstestamentet utse någon närstående till sitt ombud i frågor som gäller vården (se Rättshandlingsförmåga och intressebevakning). När livstestamentet skrivs är det få som vet vilka slags frågor som behöver avgöras under testamentets giltighetstid. Många mallar har plats för fritt formulerad text där testatorn kan anteckna noggrannare önskningsom sin vård.

I livstestamenten nämns ofta sådant som också annars ingår i god vårdpraxis. Att upprätthålla livsfunktionerna på konstgjord väg är oetiskt om det förlänger patientens lidande. Optimalt dokumenterar ett livstestamente dock testatorns egna värden för både vårdpersonalen och de närmaste anhöriga, vilket kan göra det lättare att besluta både om vårdlinjer och i enskilda vårdbeslut.

Det största problemet med livstestamenten är att de är så allmänt hållna. Då testamentet ska följas är det inte alltid självklart vad testatorn har menat med t.ex. ”ett funktionsdugligt och självständigt liv”. Patientens uppfattning om upprätthållande av livsfunktioner och konstgjord förlängning av livet, som kan avvika från vårdpersonalens uppfattningar. Enligt mångas mening kan detta inbegripa bland annat artificiell nutrition och intravenös vätsketillförsel, antibiotikakurer, blodtransfusioner och syregivning.

Om livstestamentet skrivs när en patient redan drabbats av en sjukdom vars förlopp åtminstone i stora drag kan förutspås kan testamentet skrivas mer detaljerat, varvid det också är lättare att tolka. Det faller sig naturligt att diskutera ett livstestamente när man gör en förutseende plan för vård i livets slutskede. Då kan man i livstestamentet ta ställning exempelvis till vårdlinjer eller avgränsning av vården, såsom till återupplivning eller sondmatning. Om patienten i sitt livstestamente har tagit ställning till frågan, fattas besluten med respekt för detta. Ett livstestamente kan vara särskilt viktigt då de anhöriga och läkarna är oense om vården. Om patienten då har ett entydigt livstestamente är det det som följs. Då den medicinska tekniken och vårdmetoderna ständigt utvecklas, är det möjligt att patienten har en föråldrad uppfattning om hur en sjukdom kan behandlas. Då måste man fråga sig om patientens vilja om vårdens mål kanske ändrats.

Ett livstestamente kan ha speciellt stor betydelse då de anhöriga och läkarna är oense om vården. Om patienten då har ett entydigt livstestamente är det det som följs. I annat fall sker vården medicinskt motiverat och i enlighet med patientens värden. ■

Läs mer:

Flygar M. Hoitotahto – kenen tahto. *Finlands Läkartidning* 2008;63:2766–68.

Saarelma K. Miksi kuoleminen kielletään. *Finlands Läkartidning* 2008;63:4558–62.

Sariola S. Asenteissa vielä muokattavaa, että hoitotahto toteutuu. *Finlands Läkartidning* 2008;63:1481–83.

Laakkonen M-L, Pitkälä K, Strandberg T, Tilvis R. Hoitotahto iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa. *Finlands Läkartidning* 2006;61:5179–83.

Laaksovirta H. Vakavasta sairaudesta keskusteleminen potilaan ja omaisten kanssa. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2017;133(11):1076-80.

Louhiala P. Ongelmallinen hoitotahto. *Finlands Läkartidning* 2003;58:4385–86.

Halila R, Mustajoki P. Hoitotahto – käytännön ohjeita. *Lääkärikirja Duodecim* 28.5.2012. www.terveyskirjasto.fi

Vård i livets slutskede

Vård i livets slutskede stöder patienten och de anhöriga när det inte längre går att påverka förloppet av en obotlig sjukdom som försämrar livskvaliteten och den resterande livstiden bedöms vara kort. Vård i livets slutskede är en del av palliativ vård och infaller i omedelbar närhet av den förmodade dödstillfället.

Med palliativ vård avses övergripande, smärtförebyggande och smärtlindrande behandling av patienter med livshotande eller dödliga sjukdomar och deras nära och kära, som värnar om livskvaliteten. Den tar hänsyn till fysiskt, psykosocialt och existentiellt lidande.

Enligt en uppskattning från Världshälsoorganisationen kommer en av tre döende patienter att behöva palliativ vård och vård i livets slutskede. Det uppskattas att lika många människor behöver palliativ vård redan före det sista året av sitt liv.

Vård i livets slutskede är vård av en patient som närmar sig döden som ges under de sista veckorna eller dagarna av livet. Man kan inte påverka prognosen för vård i livets slutskede med vårdåtgärder. Döden ses som livets normala ändpunkt. Syftet är inte att förlänga eller förkorta livet, utan att hjälpa patienten att leva ett så gott liv som möjligt ända fram till döden. De anhöriga får hjälp att anpassa sig och erbjuds stöd även efter att patienten dör. Vården planeras individuellt med hänsyn till patientens och de anhörigas behov och önskemål, så att patienten kan behålla sin värdighet och självständighet fram till slutet.

Vid vård i livets slutskede riktas uppmärksamheten till frågor som är relevanta för den döende patienten, såsom lindring av symtom och lidande, avskedstagande och mentalt stöd. Syftet är att ge patienten och hans anhöriga bästa möjliga livskvalitet. Vård i livets slutskede och patientens död är förknippade med sorg kring förlusten och sorgeprocessens växlande känslor. Utöver hantering av smärta och andra fysiska symtom är även psykosocialt och existentiellt stöd en väsentlig del av vården i livets slutskede. Ju närmare döden kommer, desto starkare väcks existentiella frågor om livets mening och betydelsefullhet. Betydelsen av närvaro och växelverkan framhävs. Patientens anhöriga behöver också stöd. Det är bra att ta hand om deras ork även efter patientens död.

För att kunna ge vård i livets slutskede måste läkare identifiera en förestående död. Funktionsförmågan hos en döende patient är ofta betydligt försvagad, tecken på en stundande död är redan synliga och livsfunktionerna tynar bort. Om sjukdomen fortskrider långsamt behåller vissa patienter sin funktionsförmåga på måttlig nivå även mycket nära döden. Det är då döden kan komma som en överraskning för de anhöriga. Plötsliga komplikationer i samband med sjukdomen kan också orsaka döden så att tiden att förbereda sig för vård i livets slutskede blir kort. Därför är det bra att diskutera vård i livets slutskede redan i ett tidigare skede av en framskridande sjukdom. När man gör upp en förutseende plan för livets slut i tid har patienten och de anhöriga mer tid på sig att förbereda sig på den förestående döden. Planen gör det även möjligt att iaktta patientens önskemål om vård i livets slutskede.

VÅRDLINJER

Med vårdlinjen definieras vårdens primära mål. Det kan vara att bota en sjukdom, bromsa progressionen av en kronisk sjukdom och stabilisera sjukdomssituationen, palliativ vård eller

vård i livets slutskede. Vårdlinjen måste vara medicinskt motiverad, men patientens värderingar och önskemål måste också höras.

Vårdlinjen omfattar alltid ett vårdlöfte. Utöver vård enligt riktlinjerna omfattar den avgränsning av vården, det vill säga undvikandet av lönlösa behandlingar eller behandlingar som orsakar ett större lidande. Det är bra att fundera på om en planerad behandling eller undersökning främjar målen för behandlingen.

En stordel av behandlingen av långvariga sjukdomar är att sakta ner eller stabilisera sjukdomsprogressionen. Palliativ vård som integreras tidigt i behandlingen av en primärsjukdom förbättrar patientens livskvalitet och hjälper hen att acceptera livets begränsningar. Detta underlättar en senare övergång till omfattande palliativ vård och vård i livets slutskede.

En palliativ vårdlinje blir aktuell när man inte längre genom vård av primärsjukdomen betydligt kan påverka sjukdomsförloppet och sjukdomen försämrar patientens funktionsförmåga och livskvalitet. Vården fokuserar på att lindra symtom och värna om livskvaliteten. En väsentlig del av palliativ vård är förberedelse för livets slutskede. Detta förutsätter en vårdplan för livets slutskede. Palliativ vård är inte i sig knuten till prognosen om resterande livstid. Detta skiljer palliativ vård från vård i livets slutskede.

I ett beslut eller en linjedragning om vård i livets slutskede beskrivs slutskedet av den palliativa vårdlinjen, där döden förväntas inträffa under de närmaste dagarna eller veckorna. Därmed är gränsen mellan palliativ vård och vård i livets slutskede glidande.

BESLUT OM VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Beslutet om vård i livets slutskede är ett viktigt medicinskt beslut som i enlighet med patientlagen ska fattas i samråd med patienten själv eller hans lagliga företrädare, närmaste anhöriga eller annan anhörig. Till syvende och sist fattas beslutet av den behandlande läkaren eller av flera läkare tillsammans. Patienten eller hans företrädare måste vara medveten om beslutets grunder och konsekvenser. (Se [Självbestämmanderätten och undantag från den, Patientens juridiska rättigheter och läkarens skyldigheter](#))

Vård i livets slutskede avtalas tillsammans med patienten och hans anhöriga i en vårdöverläggning. I vårdöverläggningen kan ett multiprofessionellt team delta. Beslutet om vård i livets slutskede, vårdöverläggningens innehåll samt namnen på dem som deltagit i beslutet ska antecknas i patientjournalen. I samband med beslutet om vård i livets slutskede görs en individuell vårdplan för livets slutskede tillsammans med patienten och de anhöriga. Planen ska iaktta patientens behov och individuella önskemål. Beslutet om vård i livets slutskede och vårdplanen ger patienten och de anhöriga möjlighet att påverka vården i livets slutskede och förbereda sig på den förestående döden. Detta styr även proffsen att ge en döende patient den speciella uppmärksamhet hen förtjänar. Ju tidigare beslutet fattas, desto bättre kan den planerade behandlingen utföras efter patientens önskemål och på den plats hen önskar. Det kommer också att finnas tid för att ta farväl.

Bara ett ”återuppliva inte”-beslut (DNR, DNAR) eller andra behandlingsavstängningar är inget substitut för beslutet om vård i livets slutskede, även om avhållsamhet från återupplivning ingår i beslutet. I beslutet om vård i livets slutskede ingår utöver vårdavgränsningar även som väsentlig del en vårdplan för livets slutskede.

Attityder hos patienter och nära och kära till en förestående död och beslutet om vård i livets slutskede varierar. Att livet tar slut kan vara svårt att acceptera. Att fatta ett beslut om vård i livets slutskede kan vara utmanande om patienten, de anhöriga och den vårdande aktören är oense om vårdens mål. Patienten och hans anhöriga kan behöva tid för att godkänna

beslutet. Beslutet kan kräva upprepade överläggningar. Beslutets slutgiltighet kan också väcka osäkerhet hos läkaren. I det här fallet kan en konversation med en annan läkare och behandlingsteam vara till hjälp. Läkarens erfarenhet och utbildning hjälper till att fatta beslutet om vård i livets slutskede.

PALLIATIV SEDERING

Med palliativ sedering avses avsiktlig sänkning av patientens medvetandenivå med medicinska medel. Sedationen kan vara intermittent. Dess djup kan variera eller vara enhetlig i slutet av livet. Syftet med vården är att lindra sådana outhärdliga smärtor som inte reagerar på normala behandlingar. Det syftar inte till att orsaka patientens död. Före sedering bör man konsultera en aktör som är väl förtrogen med palliativ vård om andra möjliga sätt att lindra patientens lidande. Palliativ sedering bör diskuteras i förväg med patienten och hans anhöriga samt med vårdteamet, så att alla förstår vad man eftersträvar med den och hur den genomförs. Under sederingen bör man se till att patienten får god basvård. När sedering har inletts är det bra att utan dröjsmål diskutera med de anhöriga om dess syfte och grunder.

FÖRFATTNINGAR OM VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Grunden för lindringsvården i livets slutskede utgörs av Medicinalstyrelsens anvisningar till sjukvårdsinstitutionerna om terminalvård från år 1982. Anvisningarna upphävdes redan i början av 1990-talet, men samma principer är alltjämt aktuella. Anvisningarna understryker att vården av en döende människa ska vara medmänsklig, att onödiga vårdinsatser ska undvikas och att patienten ska ges möjlighet att leva slutskedet av sitt liv utan svåra symtom eller smärtor tillsammans med sina anhöriga i den miljö hen själv önskar. Överlag understryks vikten av att patientens egna önskningar beaktas och av att patienten inte lämnas ensam, såvida hen inte själv önskar det. Beträffande vårdplats betonar anvisningarna patientens rätt att välja mellan vård i hemmet och sjukhusvård.

Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE har år 2010 gett ut en rekommendation om vård i livets slutskede och år 2018 publicerade även social- och hälsovårdsministeriet en rekommendation om den palliativa vården och terminalvården.

Statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017) ålägger fem sjukvårdsdistrikt som driver universitetssjukhus att ge krävande palliativ vård och vård i livets slutskede samt planera och regionalt samordna palliativ vård och vård i livets slutskede. Universitetssjukhusens centraliserade uppgifter omfattar att göra upp en plan för palliativ vård av barn och unga.

I december 2019 publicerades en rekommendation från social- och hälsovårdsministeriet om att producera tjänster inom palliativ vård samt utveckla och förbättra dess kvalitet. Publikationen Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019 definierar servicestrukturen och styrningen för palliativ vård och terminalvård. Det finns också en God medicinsk praxis-rekommendation om Lindrande vård i livets slutskede (palliativ vård) (publicerad år 2020).

År 2003 gav Europarådet en rekommendation till medlemsstaterna om hur palliativ vård och vård i livets slutskede bör organiseras. I rekommendationen betonas nationella planer för palliativ vård och integreringen av vården med resten av hälso- och sjukvårdssystemet för att säkerställa lika tillgång till vård. Rekommendationerna betonar behovsstyrd differentiering av vården och ett mångsidigt utbud av tjänster, inklusive tjänster att ta med sig hem, som möj-

liggörs vård i livets slutskede i hemmet samt undervisning och kurser av proffs. Under år 2018 utarbetade Europarådet ett ställningstagande om arrangerande av palliativ vård och betonade lagstiftningsåtgärder för att trygga palliativ vård i medlemsstaterna.

Världshälsoorganisationen har utfärdat rekommendationer i samma riktning år 2014. Organisationen betonar statusen för palliativ vård som central verksamhet i hälso- och sjukvården och som central del i proffsens utbildning. Bägge rekommendationerna lyfter fram den palliativa vårdens roll i det tidigare skedet av kroniska progressiva sjukdomar, jämsides med behandling av en primärsjukdom redan före livets slut.

En arbetsgrupp av experter från social- och hälsovårdsministeriet kommer att undersöka behovet att reglera god vård i livets slutskede, självbestämmanderätt och eutanasi. Arbetsgruppen ska vid behov på grundval av förlikningsarbetet föreslå ändringar av lagstiftningen till riksdagen. Tidsfristen löper ut i slutet av juni år 2021. ■

Läs mer:

Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:14) (på finska).

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosittukset. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:6. <http://www.stm.fi/julkaisut>

Juho Lehto, Elisa Marjamäki ja Tiina Saarto. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 2019;135(4):335-42.

N. I. Cherny. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology* 25 (Supplement 3): iii143–iii152, 2014.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. God medicinsk praxis-rekommendation. 2019.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE-julkaisu 8 (2003).

ISBN 952-00-1435-7. <http://www.etene.fi/aineistot/julkaisut>

Ordnannde av den palliativa vården och terminalvården. Arbetsgruppens rekommendationer om kompetens- och kvalitetskriterier för olika nivåer i social- och hälsovårdens servicesystem (på finska). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:44.

Mattila K-P. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. *Finlands Läkartidning* 2017;14:917-18.

Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care - Council of Europe [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

Resolution 2249 (2018): The provision of palliative care in Europe. Parliamentary Assembly - Council of Europe <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=25214&lang=en>

Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:68.

WHO, World Health Assembly resolution WHA67.19(2014) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en>

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:2.

Eutanasi och assisterat självmord

Eutanasi avser att en läkare genom att administrera läkemedel avsiktligt tar livet av en patient på patientens upprepade, av fri vilja och med rättslig handlingsförmåga framställda begäran. Att avstå från onödiga och ineffektiva behandlingar och avsluta dessa är en del av god vårdpraxis.

Med läkarassisterat självmord avses en läkares avsiktliga handling att på frivillig begäran av en person som äger rättshandlingsförmåga hjälpa hen utföra självmord genom att ställa läkemedel till förfogande för personen som hen själv kan ta.

Finlands Läkarförbund motsätter sig legalisering av eutanasi. Läkarförbundet motsätter sig även att läkare som yrkeskår skulle förpliktas att vidta åtgärder med det primära syftet att påskynda en patients död. Brister i genomförandet av palliativ vård bör inte lösas genom eutanasi eller läkarassisterat självmord.

Respekt för och skydd av livet hör till läkaretikens grundläggande värden, liksom respekt för människovärdet, undvikande av att skada och lindring av smärta. Alla dessa nämns med varierande formuleringar i olika centrala handlingar inom läkaretiken, bland annat i läkareden, Läkarförbundets etiska direktiv och WMA:s Genève-deklaration. Av läkares skyldighet att respektera människovärdet och lindra smärta följer inte att läkaren skulle vara skyldig att hjälpa en människa att dö eller aktivt avsluta patientens liv. Redan den hipokratiska eden i sin ursprungliga form drog en skiljelinje mellan läkarprofessionen och de aktörer vilkas syfte var att släcka liv med medicinska medel.

DEFINITIONER

Eutanasidiskussionen försvåras av att människor använder relaterade termer på väldigt olika sätt. Ursprungligen har eutanasi (eu thanatos, god död) betytt död utan lidande.

Numera betyder eutanasi att en läkare avsiktligt på frivillig begäran av en person som äger rättshandlingsförmåga tar livet av en patient genom att administrera läkemedel. Med läkarassisterat självmord avses en läkares avsiktliga handling att på frivillig begäran av en person som äger rättshandlingsförmåga hjälpa hen utföra självmord genom att ställa läkemedel till förfogande för personen som hen själv kan ta. Vid assisterat självmord ger den andra personen praktisk hjälp, men även där utförs den faktiska dödliga handlingen av patienten själv.

Begreppet ”passiv eutanasi” har använts för att hänvisa till att behandlingen upphör eller underlåter att tillhandahålla behandling när det inte längre finns hopp om tillfrisknande. Konceptet är kontroversiellt och bör inte användas. Att undvika onödiga och avsluta onyttiga behandlingar är självklarheter i läkares arbete. Patienten har rätt att vägra behandling (med några få undantag) även om resultatet är döden. I eutanasi är målet med verksamheten och syftet med handlingen att patienten ska dö. Då onödiga och ineffektiva behandlingar avbryts är målet inte att patienten ska dö, utan att undvika de olägenheter och den förlängda dödsprocess som behandlingarna orsakar. Den tankemässiga skillnaden sammanfattas i begreppsparet orsaka respektive tillåta död. Om det senare kan man även använda begreppet ”naturlig död”.

I det praktiska arbetet råkar läkarna i situationer där de måste bedöma hur en behandlingsåtgärd påverkar patientens livslängd. Ett beslut om lindringsvård kan vara förknippat med att man avstår från behandlingar som bara syftar till att förlänga livet men inte till att förbättra patientens tillstånd eller hens prognos. En dylik livsförlängande behandling är till exempel vätsketillförsel när patienten inte längre har en känsla av törst, inte vill eller orkar dricka. Sådana beslut handlar inte om eutanasi. I palliativ vård kan ett läkemedel ha så kallad dubbel effekt, det vill säga både lindra smärta och förkorta livet. Rädsla för eventuella biverkningar får dock inte förhindra effektiv och adekvat smärtvård för en patient i terminalvård. Vid terapeutisk dosering av sådana läkemedel är det inte fråga om eutanasi, trots att patientens liv i viss mån kanske förkortas. Palliativ sedering (sänkning av patientens medvetandnivå med läkemedel i en situation där smärtorna inte kan lindras på annat sätt och utan syfte att förkorta livet) är enligt God medicinsk praxis en användbar behandlingsmetod i livets slutskede. (Se Vård i livets slutskede)

Dödshjälp (assisted death) är en problematisk term vars innehåll inte är entydigt. Den avser vanligtvis eutanasi och ofta även läkarassisterat självmord. Termen kan också förstås som givande av medicinsk vård i dödsprocessen, varvid det är fråga om palliativ (symtomatisk) vård snarare än vållande av död, det vill säga eutanasi. Det lämpligaste är att använda exakta termer.

LAGSTIFTNING OCH STÄLLNINGSTAGANDEN

I Finland ger lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) patienten rätt att vägra planerade eller redan påbörjade behandlingar. Lagen ger inte en patient rätt att kräva en viss vård eller undersökning. Patienten kan därför inte kräva att få eutanasi. Eutanasi hör till gärningar som enligt finsk strafflag kan bestraffas som dråp eller mord. I 15 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) beskrivs yrkesetiska skyldigheter. Läkarens uppgift är att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar samt bota sjuka och lindra deras plågor. Enligt de grundläggande principerna för läkaretiken ska läkaren göra gott och undvika skada.

I princip är assisterat självmord inte straffbart i Finland, då det inte är specifikt kriminaliserat och självmord inte strider mot lagen. Det finns ingen rättspraxis för fall där en läkare har hjälpt en patient att begå självmord. Således finns det inget definitivt svar på frågan om vad som skulle följa om en läkare hjälpte en patient att begå självmord. Då hälso- och sjukvårdspersonal har en särskild skyldighet att skydda de patienter de behandlar kan det antas att handlingen skulle få rättsliga påföljder.

Världsläkarorganisationen (WMA) har i många ställningstaganden upprepat sitt starka engagemang för läkaretiska principer och respekt för människolivet. Därför motsätter sig WMA eutanasi och läkarassisterat självmord. Ingen läkare ska tvingas utföra dessa procedurer eller ge en remiss till dessa.

Rätten till liv är en mänsklig rättighet som skyddas av avtal om mänskliga rättigheter samt i Finlands grundlag. Eutanasi innebär en väsentlig förändring av samhällets grundläggande värderingar. Det ger samhället rätt att ta individens liv och skapar en skyldighet att göra detta på begäran av den berörda personen. Ett avtal som kränker en så central mänsklig rättighet har bedömts vara ogiltigt även om personen själv skulle ha tillåtit det. I dylika fall har självbestämmanderätten därför ansetts vara en sekundär rättighet.

Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (EIT) har i sitt beslut (Pretty v. United Kingdom, 2346/02) slagit fast att ”rätt till död” inte kan härledas från EU:s grundläggande

rättigheter, vilket innebär att samhället inte har någon skyldighet att godkänna en individs önskan att få dö med hjälp av dödshjälp som utförs av samhället. På samma sätt har EIT konstaterat att samhället inte har någon skyldighet att bistå vid genomförandet av assisterat självmord (Haas v. Switzerland 31322/07).

Europarådets parlamentariska församling har fördömt eutanasiens legitimitet och legitimiteten hos livstestamenten som tillåter eutanasi (Resolution 1859 (2012)). Generalförsamlingens rekommendation 1418 (1999) förutsätter ett erkännande av att en dödssjuk patients önskan att dö aldrig orsakar en rättslig skyldighet för en annan person att uppfylla denna önskan och att önskan inte heller ger en rättslig motivering att vidta åtgärder som avsiktligt leder till döden.

I Finland förkastade riksdagen i maj 2018 ett medborgarinitiativ (KAA 2/2017) om att tillåta eutanasi. Samtidigt krävde riksdagen att statsrådet inrättar en expertgrupp med bred bas för att utreda god vård i livets slutskede, självbestämmanderätt och terminalvård samt regleringsbehov i fråga om eutanasi, samt att arbetsgruppen vid behov framför ett förslag om lagändring till riksdagen. Social- och hälsovårdsministeriet inrättade en expertarbetsgrupp, vars tidsgräns löper ut i juni 2021.

PRAXIS I ANDRA LÄNDER

I början av år 2021 bestraffades inte dödshjälp och läkarassisterat självmord på vissa villkor i Nederländerna, Belgien, Luxemburg, Kanada, Colombia eller delstaterna Victoria och Western Australia i Australien. Nya Zeelands lag om att legalisera läkarassisterat självmord och eutanasi, som antogs genom folkomröstning, avses träda i kraft i november 2021. Eutanasi har också debatterats i många andra länder, där legalisering inte har uppnåtts.

Nederländernas lagstiftning förbjuder eutanasi och assisterat självmord, men lämnar under vissa omständigheter dessa ostraffade. I så fall förutsätts att patientens liv är ett outhärdligt lidande utan hopp om bot. Outhärdligt lidande definieras inte i lag. Det holländska läkarförbundet gav år 2011 anvisningar om hur detta ska tillämpas. I anvisningarna anser förbundet att lidandet kan bestå av en komplicerad helhet som ska innehålla åtminstone en medicinsk delfaktor. Psykosocialt och existentiellt lidande räknas som ett medicinskt fenomen, och samma gäller bland annat hörsel-, syn och rörelsesvårigheter, fall, permanent sängbundenhet, svaghet och utmattning. En ovillkorlig förutsättning för eutanasi är enligt lagen att patienten har rättshandlingsförmåga och frivilligt, upprepade gånger och klart har begärt det. I praxis utgår processen således från hur patienten själv upplever sitt lidande. Därtill ska läkaren konstatera att patientens prognos är hopplös samt begära en annan läkares åsikt. De olika motiv som används som grund har utvidgats i Nederländerna under lagstiftningens giltighetsperiod, bland annat på grund av att landets läkarförbund har utvidgat sina riktlinjer för användningen av eutanasi. Läkare i Nederländerna är inte skyldiga att utföra eutanasi eller läkarassisterat självmord och vårdgivare är inte heller skyldiga att hjälpa till med detta.

I Nederländerna leder ungefär hälften och i Belgien cirka två tredjedelar av patienternas begäran om eutanasi till att eutanasi genomförs. Antalet eutanasi fall har ökat betydligt. I Belgien är dödshjälp också tillåten för barn, i Nederländerna är den nedre åldersgränsen tolv år.

År 2017 stod i Nederländernas läkarassisterade självmord för 3,8 % av det totala antalet rapporterade eutanasi fall och läkarassisterade självmord. Assisterat självmord har inte ansetts minska antalet övriga självmord.

I Nederländerna och Belgien måste eutanasi i efterhand anmälas till en tillsynsmyndighet som bedömer genomförandets lagenlighet. Anmärkningsvärt är att ungefär en fjärdedel

av eutanasi-fallen som utförs i Nederländerna lämnas orapporterade, varvid deras lagenlighet inte bedöms. I Belgien är motsvarande siffra ännu högre. Tillsyn i efterhand är problematisk för läkarens rättsskydd, då läkaren tvingas begå en primärt straffbar handling och i ovisshet måste vänta på om hen bestraffas eller inte. Denna praxis är ännu mer problematisk i fråga om patientens rättsskydd och patientsäkerhet. Utan förhandstillsyn har patienten praktiskt taget inget rättsskydd i fråga om missbruk.

Läkarassisterat självmord, men inte eutanasi, har sedan början av år 2021 varit tillåtet i Schweiz, Tyskland, Italien och nio delstater i USA. Bland den mest kända praxisen för läkarassisterat självmord är lagstiftningen i delstaten Oregon i USA. Där är läkaren ansvarig för att göra en motsvarande bedömningsprocess som i länder där eutanasi är tillåten. Läkaren bör därtill konstatera att patientens sjukdom leder till döden inom ett halvt år. Praktiken har visat att denna bedömning är felbenägen. Patienten får ett recept för att förvärva ett dödligt läkemedel och använder det var och när hen finner det lämpligt. Enligt rapporterna förvärfvar inte alla patienter läkemedlet eller använder det.

Assisterat självmord är förbjudet i Schweiz om dess motiv är själviska. Detta har tolkats som att assisterat självmord är tillåtet när själviska motiv inte kan påvisas. Det är möjligt att utföra assisterat självmord vid ideella privata kliniker med läkemedel som föreskrivs av en schweizisk läkare när villkoren som kliniken ställer uppfylls. Samhället har inte infört medicinska villkor för assisterat självmord, annat än i enskilda kantoner eller genom domstolsbeslut, och verksamheten övervakas inte reglerat.

VARFÖR FÅR EUTANASI OCH LÄKARASSISTERAT SJÄLMORD STÖD?

I många länder får eutanasi ett betydande stöd i opinionsundersökningar, däribland Finland. Baserat på enkäter som genomförts i Finland

förespråkar även en del av vårdpersonalen dödshjälp. I enkäterna har man dock inte alltid definierat vad som menas med eutanasi, eller använt termen dödshjälp utan att definiera denna. Därmed har folk svarat utifrån sin egen uppfattning, som kan ha avvikit från eutanasiens faktiska innebörd.

I enkäterna har man konstaterat att det bakom stödet för eutanasi och läkarassisterat självmord finns rädsla för förlusten av livskontroll och funktionsförmåga i slutskedet, rädsla för smärta och lidande samt brist på kunskap om möjligheter till vård i slutet av livet samt en upplevelse av livets värdelöshet. Eutanasi har uppfattats som ett säkert och enkelt sätt att dö. Synpunkterna påverkas också av eventuella erfarenheter av en närståendes svåra dödsprocess.

Det är bra att skilja på patientens egen syn på sin livskvalitet och de anhörigas eller vårdpersonalens synpunkter. Åsikterna om livskvalitet kan vara tvärt motsatta, vilket har konstaterats i undersökningar med ALS-patienter som praktiskt taget saknar kommunikationsförmåga: patienterna själva såg sitt liv som meningsfullt i en situation där andra inte längre gjorde det.

Dödsönskningar hänger till stor del ihop med patienternas personlighet, tidigare livsskeden och erfarenheter. En viktig orsak är också erfarenheten av att vara en börda för andra. Man kan fråga sig i vilken utsträckning omgivningens värderingar återspeglas i dessa förhoppningar. En god vård av patienten i livets slutskede och hens känsla av tillhörighet verkar vara faktorer som minskar önskan att dö. Vid terminalvårdsenheter har man upplevt att patientens rädsla i många fall skingras och att hen ger upp sin önskan om döden efter att ha fått komma till holistisk vård i livets slutskede, där man utgår från människan, iakttar fysiska och mentala behov och ger patienten det stöd hen längtar efter.

FÖR OCH EMOT

Förutom psykologiskt, ideologiskt och emotionellt motiverade argument har följande frågor varit centrala i debatten om eutanasi och läkarassisterat självmord:

- människans självbestämmanderätt om sin egen död
- smärtlindring, respekt för människovärdet och livet
- definition av kriterierna för eutanasi och läkarassisterat självmord samt det faktiska behovet av dessa
- övriga konsekvenser av legaliserad eutanasi

Självbestämmanderätten är en viktig rättighet vars styrka testas i debatten om eutanasi och läkarassisterat självmord. I stater som tillåter eutanasi är dess väsentliga förutsättning patientens rättsliga handlingsförmåga i beslutsfattandet. Man har också förordnat andra villkor kring allvarliga sjukdomar som leder till döden och kring orimligt lidande. Om självbestämmanderätten anses vara den avgörande principen är det inte motiverat att begränsa rätten till eutanasi med något annat än personens beslutskapacitet.

Men gränserna för självbestämmanderätten tar slut där den törnar emot andra människors rättigheter och skyldigheter. Döden är nämligen inte bara den döendes eget val eller sak, den berör hela individens omgivning och samhälle, är reglerad på många sätt och berör djupa kulturella värden. Rätten till eutanasi är alltid förknippad med en skyldighet för en utomstående – i praktiken en läkare – att åsamka död. Eutanasi är alltså inte en autonom handling. Kan en persons frihet att bestämma om sin egen död anses vara en så stark rättighet att den ålägger andra skyldigheter att hjälpa till med detta?

Att tillåta eutanasi innebär en väsentlig förändring av läkararbetets karaktär och ett frångående från de principer om respekt och skydd av livet som hela professionen bygger på. Man har önskat överföra ansvaret för eutanasi till läkarna på grund av deras medicinska kunskaper. Det är inte en behandlingsåtgärd och därmed inte en del av hälso- och sjukvården. Det finns sätt att lindra lidandet i slutet av en patients liv som fungerar bra när de används korrekt och adekvat. Här är psykiskt stöd en viktig del av god vård i livets slutskede. (Se [Vård i livets slutskede](#))

Till stöd för legaliseringen av eutanasi och läkarassisterat självmord presenteras svåra människoöden offentligt som gör både patientens och läkarens önskemål om eutanasi begrip- ligo. Att upprätthålla ett människovärdigt liv i livets slutskede är en viktig rättighet som inte alltid har förverkligats i praktiken.

Legaliseringen av eutanasi motarbetas med argumentet att konsekvenserna kan bli oför- utsägbara. Om samhället under vissa omständigheter accepterar att dess medlemmar dödas, finns det en risk för att detta utvecklas och expanderar. När man talar om godtagbarhet eller legalisering av eutanasi eller läkarassisterat självmord är det nödvändigt att fastställa exakta kriterier för att gå med på dessa handlingar, med vems värderingar man grundar dessa på och definitionen av tillräckligt lidande. Definitionen har en viktig inverkan på för hur stort antal människor man vill ge tillgång till eutanasi eller läkarassisterat självmord. Organisationer för funktionshindrade har oroat sig för att lidandet görs till ett mått på livets värde och på legiti- mitet till livet.

Inget av de länder som godkänt eutanasi eller läkarassisterat självmord har definierat vad som menas med "outhärdligt lidande", den centrala grunden för dödshjälp. Att uppleva lidande är mycket subjektivt, vilket gör det svårt att bedöma. Termen tillåter olika tolkningar och — i avsaknad av en allmänt accepterad definition — det så kallade lutande planets feno-

men. Det är juridiskt problematiskt att det vore berättigat att döda en patient utan exakta lagstadgade kriterier för att begå handlingen.

Ett exempel på tolkningsproblem är kopplingen mellan önskningar om en snabbare död och patientens depression. Önskningarna kan också drivas av traumatiserande upplevelser, psykiska störningar eller somatiska sjukdomar som påverkar den psykiska hälsan. Att skilja dessa från det mentala lidande som presenteras som motivering för eutanasi och läkarassisterat självmord är varken entydigt eller ens alltid möjligt. Det är på många sätt problematiskt att verifiera patientens kompetens att fatta ett sådant beslut med den tillförlitlighet som krävs.

I samband med reformen av de grundläggande rättigheterna i Finland på 1990-talet har man konstaterat att begränsningen av de grundläggande rättigheterna — i detta sammanhang begränsningen av livets integritet — har exakta gränser och preciseras tillräckligt noggrant. En begränsning får endast tillåtas om målet inte kan uppnås genom mindre ingripande i grundläggande rättigheter. När man begränsar de grundläggande rättigheterna måste man säkerställa adekvata rättsskyddsarrangemang. Lagstiftaren har en skyldighet att trygga de grundläggande rättigheterna. Erfarenheterna från vissa länder visar att eutanasilagstiftningen verkar svår att genomföra på ett sådant sätt att den uppfyller dessa villkor och utan att missbruk skulle inträffa.

Läkarförbundet har genomfört flera enkäter om läkarnas syn på eutanasi och läkarassisterat självmord. På ett tjugotal år har attityderna blivit mer liberala, men bara en dryg fjärdedel kunde överväga att genomföra eutanasi. Inställningen påverkas av specialitet och arbetsbild: läkare som behandlar döende patienter ser mer negativt på eutanasi. I en undersökning år 2017 stödde 17 procent av läkare som ger terminalvård en lag som tillåter eutanasi, medan 15 procent stödde en lag som tillåter läkarassisterat självmord. Enligt en undersökning som genomfördes hösten 2020 var hälften av läkarna i arbetsför ålder för en legalisering av eutanasi och hälften mot legalisering. Stödet för eutanasi hade inte förändrats från föregående undersökning, som gjordes bland alla specialiteters läkare år 2013. Åsikterna om läkarassisterat självmord hade förändrats i en mer tillåtande riktning.

Hälso- och sjukvårdens verksamhet bygger på förtroendet att läkare respekterar livet. Eutanasin tillför yrkesbilden en uppgift som är främmande och oförenlig med grundläggande värderingar och kan urholka patienternas förtroende för läkaryrket samt för hälso- och sjukvården. Genomförandet av eutanasi har visat sig orsaka integritetsproblem och psykisk stress bland läkare, så det handlar också om arbetarskyddsaspekter.

LÄKARFÖRBUNDETS SYN

Finlands Läkarförbund motsätter sig en legalisering av eutanasi. Läkarförbundet motsätter sig också att läkarna som yrkeskår skulle förpliktas att utföra ingrepp vilkas primära syfte är att påskynda patientens död.

Många av ovanstående frågor och problem i eutanasidebatten är desamma när man talar om läkarassisterat självmord. Läkaren arbetar för samma ändamål i både dödshjälp och läkarassisterat självmord: målet är att åsamka patientens död. Den rättsliga skillnaden föds av huruvida patienten tar läkemedlet själv eller om läkaren ger en injektion eller intravenös medicinerings. I bägge fallen spelar läkaren en nyckelroll i att utföra handlingen korrekt, vilket gör hen etiskt ansvarig för båda.

Eutanasidebatten berör många grundläggande frågor och värderingar kring att vara människa och läkare. Lagstiftning som tillåter eutanasi vore en principiellt betydande värdeförändring som skulle öppna oförutsedda utvecklingsförlopp. Läkarnas uppgift är att använda den

moderna medicinens potential för att behandla lidande, och brister i vårdsystemet bör inte korrigeras genom eutanasi eller läkarassisterat självmord. ■

Läs mer:

- Boer TA. Dialectics of lead: fifty years of Dutch euthanasia and its lessons. *International Journal of Environmental Studies* 2018; 75:239-250. <https://www.pthu.nl/Over-PThU/Organisatie/Medewerkers/t.a.boer/downloads/2018-boer-taylor-dialectics-of-lead.pdf>
- BMA. End-of-life care and physician-assisted dying (7.11.2018). <https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/ethics/end-of-life-care>
- Riksdagen. Tietopaketti eutanasia-kansalaisaloitteesta 4.5.2018. <https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Sivut/tietopaketti-eutanasia-kansalaisaloitteesta.aspx>
- Riksdagen. KAA 2/2017 vp, Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta. Valiokuntien asiantuntijalausunnat. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot/Valtiopaivaasia/Sivut/KAA_2+2017_asiantuntijalausunnat.aspx
- Eutanasia? Kristillisen Lääkärilehden saattohoito- ja eutanasia-artikkeleita 2017. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2018-AK-174872.pdf>
- ETENEn kannanotto eutanasiaan. 26.9.2017. http://etene.fi/documents/1429646/4360417/KANNANOTTO_eutanasia_26.9.2017f.pdf/a23dcc78-3788-4140-b363-3a7b99527ad8
- Euroopan ihmisoikeussopimus. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>
- Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M (Red.). Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk. Oslo 2020. DOI <https://doi.org/10.23865/noasp.96>
- Hänninen J. Eutanasia. Hyvä kuolema. Duodecim. Helsingfors 2010.
- Hänninen J (red.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Helsingfors 2006.
- Hänninen J. Eutanasia. Duodecim 2011;127(8):793–9.
- Hänninen J. Työnä kuolema. Duodecim. Helsingfors 2020.
- KAA 2/2017 vp StV 15.02.2018 Suomen Lääkäriliitto ry Asiantuntijalausunto. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2018-AK-170295.pdf>
- Leinonen P. Parempi kuolema. *Finlands Läkartidning* 2001;56:3801.
- Louhiala P, Hänninen J. Eutanasia ja itsemääräämisoikeus. Duodecim 2006;122(17):2060–1.
- Luthman M, Ekström A-B. Hotet mot värdigheten. En genomgång av konsekvenserna av läkarassisterat självmord, med särskild fokus på Oregonmodellen. Claphaminstitutet. Rapport 1:2017. <http://www.claphaminstitutet.se/wp-content/uploads/2017/03/1-2017-Läkass-självmord-pdf.pdf>
- Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J ym. Eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha: EAPC:n eettisten kysymysten työryhmän näkemys. *Finlands Läkartidning* 2005;60:4028–31.
- Onwuteaka-Philipsen B, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C ym. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey. *The Lancet* 2012;(380):908–15.
- Physician Assisted Dying. BMA. <https://www.bma.org.uk/media/2353/bma-physician-assisted-dying-info-pack-april-2020.pdf>
- Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P (red.). Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Duodecim. Helsingfors 2014.
- Rahko E, Lehto J. Eutanasia. Duodecim 2018;134(10):1002–10. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/10/duo14328?keyword=eutanasia>
- Saarto T & al (red.). Eutanasia ja avustettu itsemurha. Teoksessa: Palliatiivinen hoito, s. 615–625. Duodecim. Helsingfors 2015.
- Finlands Läkarförbund. Tietoa eutanasiasta. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/tietoa-eutanasiasta/>
- Tholacov Y. End of Life Seminars. *WMA Journal* 2018;2:13-14. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/09/WMJ_2_2018.pdf
- Tompson A, Kuby S. The Legalization of Euthanasia and Assisted Suicide: An inevitable slippery slope. Vienna. ADF International, 2017. <http://adfinternational.org/euthanasia-and-assisted-suicide>
- WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide 2019. <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

Utredning av dödsorsak och avlidnas rättigheter

Dödsorsaksutredningarna är nödvändiga med tanke på säkerställande av rättsskyddet för den avlidne, hens anhöriga, myndigheterna och vårdpersonalen.

Ett dödsfall under vården är ett dödsfall där ett händelseförlopp med dödlig utgång börjat från en medicinsk vård- eller undersökningsåtgärd. Begreppet är neutralt och betyder inte att vare sig fel, försummelse eller vårdslöshet skulle ha förekommit i vården eller undersökningen. Vid misstanke om dödsfall under vården är utredningen av dödsorsaken en viktig del av hälso- och sjukvårdens rättsskydds- och kvalitetssystem.

I Finland dör ungefär 50 000 människor varje år. Statistiken över dödsorsaker ger statistisk information om dödsorsaker för personer som är permanent bosatta i Finland. Statistikcentralen har dödsattester och uppgifter om dödsorsaker sedan år 1936. Uppgifterna om dödsorsaker spelar en stor roll som beskrivande faktor för befolkningens allmänna hälsa, i medicinska studier och bland annat i övervakningen av dödlighetsskillnader mellan olika befolkningsgrupper.

År 2011 antogs Europeiska kommissionens förordning (EU) nr 328/2011, där man förordnar de variabler, indelningar och metadata som EU-medlemsstaterna måste tillhandahålla ur sin statistik över dödsorsaker. På så sätt kan olika länders dödsorsaker jämföras med varandra.

Utredande av dödsorsaken bygger på lagen (459/1973) och förordningen (948/1973) om utredande av dödsorsak. Konstaterande av ett dödsfall föreskrivs i social- och hälsovårdsministeriets förordning om dödsriterierna (27/2004). Om begravningar stadgas i begravningslagen (457/2003). I skrivande stund bereds en reform av lagstiftningen gällande utredande av dödsorsak. Till lagen om utredande av dödsorsak skulle tillfogas grundläggande bestämmelser om praxis för utredande av dödsorsak. För tillfället regleras konstaterande av dödsfall genom en förordning. Lagen skulle också stadga om ett förfarande där en sjukskötare under handledning av en läkare i ett förutsett dödsfall kunde genomföra undersökningarna för att konstatera ett dödsfall, så att den avlidnes kropp kunde överföras till kallförvaring i väntan på läkarens egentliga konstaterande av dödsfallet. Så här kunde man förfara även på basis av polisens observationer av dödsfall, när döden är uppenbar på grund av kropps förstörelse eller avancerade förändringar efter döden. De olika aktörernas skyldigheter vid rapportering av dödsfall samt hantering och förvaring av den avlidnes kropp skulle specificeras. Därtill skulle lagen stadga även om personer som dör i utlandet.

Enligt lagen och förordningen om utredande av dödsorsak är omständigheterna vid dödsfallet avgörande för huruvida dödsorsaken ska utredas enligt det medicinska eller det rättsmedicinska systemet. I korthet kan man säga att icke-naturliga samt bråda, överraskande dödsfall där den döde inte har vårdats av en läkare faller inom det rättsmedicinska systemet, medan övriga naturliga dödsfall faller inom det medicinska systemet.

En medicinsk obduktion kan utföras när dödsorsaken inte klarnar utifrån livstidsdata och information om händelsen och den avlidne under sin senaste sjukdom har varit under läkarevård. En obduktion bör även vara nödvändig med tanke på allmän hälso- och sjukvård och begäras av den avlidnes närmaste anhöriga eller på annat sätt närtstående person. En medicinsk obduktion görs alltså på begäran av en läkare eller anhörig.

I merparten av de rättsmedicinska utredningarna av dödsorsak görs en obduktion, medan den medicinska utredningen av dödsorsak bygger på kliniska uppgifter eller en medicinsk obduktion. Det är bra att komma ihåg att den klart vanligaste grunden till att utreda dödsorsaken är en klinisk undersökning av den avlidne samt information om den senaste sjukdomen och behandlingen. Av dödsattesterna i Finland är 20–25 procent baserade på obduktion. De rättsmedicinska obduktionerna bildar över hälften av alla obduktioner.

Trots den moderna biomedicinens tekniska utveckling håller den gamla sentensen ”Mortui vivos docent” – ”De döende undervisar de levande” – fortfarande streck. Det etiska berättigandet av utredande av dödsorsak bygger just på denna princip. I rättsmedicinska utredningar spelar de olika parternas rättsskydd en viktig roll.

GRUNDER FÖR RÄTTSMEDICINSK UTREDNING AV DÖDSORSAK

Det är polisen som svarar för den rättsmedicinska utredningen av dödsorsaken.

Enligt lagen ska dödsorsaken utredas om

- det inte är känt att döden förorsakats av sjukdom
- den avlidne inte under sin sista sjukdom behandlats av läkare
- döden förorsakats av brott, olycksfall, självmord, förgiftning, yrkessjukdom eller vårdåtgärd
- det finns anledning att befara att döden föranletts av någon sådan orsak
- döden i övrigt har varit oväntad

En detaljerad utredning av dödsorsaken är i dessa fall nödvändig med tanke på säkerställande av rättsskyddet för den avlidne, hans anhöriga, myndigheterna och vårdpersonalen.

Dödsfall där en myndighet dör i arbetet eller där en medborgare dör till följd av en myndighets verksamhet samt dödsfall på grund av yrkessjukdom eller vårdåtgärd är fall där utredningen av dödsfallets omständigheter och dödsorsaken kräver mångsidig expertis och ovillkorlig neutralitet. Då är det viktigt att utredningen sker snabbt och grundligt dels med tanke på de inblandades rättsskydd och dels för att myndigheternas trovärdighet och hälsovårdens tillförlitlighet inte ska ta skada. I Finland dör till exempel 10–20 personer årligen i häktet och polisens pepparspray och elchockvapen har tidsmässigt kunnat kopplas till vissa dödsfall. I dylika fall görs alltid en rättsmedicinsk obduktion som en del av polisutredningen. I Finland är det sällsynt att soldater eller poliser dör under tjänsteuppdrag. Om de dör utomlands, t.ex. i krisområden, ska förutom polisen och en rättsläkare också försvarsmakten, utrikesministeriet och diplomater delta i de olika skedena av utredningen av dödsorsaken.

Enligt lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (1343/1988) är en yrkessjukdom en sjukdom som sannolikt huvudsakligen har orsakats av att den avlidne utsatts för fysikaliska, kemiska eller biologiska faktorer i ett arbete. I dödsfall på grund av yrkessjukdom kan den dödliga sjukdomen ha varit känd redan under den avlidnes livstid, men för att opariskheten och de försäkringsrättsliga förmånerna inte ska påverkas och för att andra möjliga dödsorsaker ska kunna uteslutas förutsätter yrkessjukdomsdödsfall, oavsett vårdorganisation, en rättsmedicinsk utredning av dödsorsaken. Ett konkret exempel på dödsfall på grund av yrkessjukdom är dödsfallen på grund av asbestrelaterad lungcancer och mesoteliom. I Finland görs en rättsmedicinsk obduktion vid utredning av dödsorsak på grund av yrkessjukdom.

UTREDNING AV DÖDSFALL I VÅRDEN

Medicinsk behandling och undersökningar innebär alltid risker som, om de förverkligas, kan leda till döden. Om det vid ett dödsfall finns misstankar om att undersöknings- eller vårdåtgärder eller en försummelse av dem har varit en bidragande orsak ska ärendet anmälas till polisen. Ett dödsfall under vården är ett dödsfall där ett händelseförlopp med dödlig utgång börjat från en medicinsk vård- eller undersökningsåtgärd. Då har det symtom eller den sjukdom som undersöks inget kausalt samband med döden, eller också är dess andel på sin höjd bidragande. Det är viktigt att notera att begreppet dödsfall i vården är neutralt och att det inte i sig betyder att fel, försummelse eller vårdslöshet skulle ha förekommit i vården eller undersökningen. Ett dödsfall i vården innehåller inte heller något ställningstagande till indikationen eller den tekniska kvaliteten av den forsknings- eller vårdåtgärd som orsakat dödsfallet. Om det är fråga om en vårdskada kan de anhöriga söka ersättning med stöd av patientförsäkringslagen (948/2019) (se Patientskador, menliga behandlingseffekter och vårdfel).

Vid misstanke om dödsfall under vården är utredningen av dödsorsaken en viktig del av hälso- och sjukvårdens rättsskydds- och kvalitetssystem. En arbetskultur som ständigt försöker förbättra kvaliteten är öppen för fel som begås och kan utnyttja ett tragiskt dödsfall i vården som en situation av vilken man kan lära sig. Dödsfall i vården är ofta krävande att utreda och kräver en rättsläkare som är oberoende av både polisen och vårdorganisationen. Ofta behövs utlåtanden också från andra områden och av specialtläkare som inte hör till vårdorganisationen. Också i domstolarna kan processerna vara juridiskt krävande, då förståelsen av medicinska kausalsamband där kan vara klen.

I praktiken kan en långvarig sjukdom snabbt få dödlig utgång, varvid de anhöriga kan misstänka vårdfel, trots att döden ur läkarens synvinkel varit en naturlig, rentav förväntad händelse. Också det tidsmässiga sambandet mellan en åtgärd och döden kan väcka tankar om kausalitet, trots att det rent medicinskt inte förhåller sig så. Även vid dödsfall efter en åtgärd som vidtagits för att upprätthålla vitalfunktioner kan de anhöriga ha svårt att se att patienten ändå skulle ha avlidit.

I princip utreds dödsorsaken alltid rättsmedicinskt om någon framför en motiverad misstanke om att en vårdåtgärd har påverkat händelsen. I samtliga dödsfall ska patientens anhöriga ges möjlighet att diskutera med den behandlande läkaren eller med den rättsläkare som svarar för utredningen av dödsorsaken. Om de anhöriga i lugn och ro får gå igenom dessa ärenden, får de hjälp i sitt sorgearbete. I bästa fall kan årlånga processer av klagomål och krav på nya undersökningar på detta sätt undvikas.

DEN AVLIDNES JOURNALHANDLINGAR

Informationen i journalhandlingar är sekretessbelagd. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) får uppgifter om den hälso- och sjukvård som en avlidne person fått under sin livstid ges till den som behöver uppgifterna för att utreda eller tillgodose viktiga intressen eller rättigheter.

Den person som behöver uppgifterna måste lämna en skriftlig ansökan om detta till patientens vårdenhet. I ansökan måste man motivera för vilket syfte de begärs. Begäraren får emellertid inte fritt tillgång till alla uppgifter i journalhandlingarna, utan endast till de uppgifter som är nödvändiga för att utreda eller tillgodose viktiga intressen eller rättigheter. Om myndigheten inte anser sig kunna lämna ut den begärda informationen ska den meddela den som begärt en uppgift vad vägran beror på (lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet 621/1999). Hälso- och sjukvårdens verksamhetsenhet har till uppgift att bedöma om det finns

en grund till att ge handlingar och i så fall i vilken utsträckning och till vilka delar dessa ges. Om givande av journalhandlingar görs en anteckning i patientjournalen på motsvarande sätt som när man ger uppgifter från en levande persons journalhandlingar. (Se Patienthandlingar)

Utlämnande av information kan till exempel komma på fråga om den avlidnes närmaste vill utreda om det föreligger en felbehandling i vården innan den avlidnes död. Om den anhörige önskar få läkarjournaler på grund av misstanke om felbehandling, ska hen åläggas att lämna in en skriftlig ansökan där hen motiverar begäran.

Patientfall

Den avlidnes bror begärde att få sin brors dödsattest och dödsorsaksuppgifter av en läkare. Läkaren gick inte med på begäran. Han motiverade sin lösning med bestämmelser i patientlagen om att hålla patientjournaler hemliga även efter en patients död. Läkaren bad den avlidnes bror att i enlighet med patientlagen och lagen om utredande av dödsorsak tillhandahålla en motivering för hans begäran att få information om den avlidnes dödsorsak. Tillsynsmyndigheten ansåg att utlämnandet av uppgifter i dödsattesten inte omfattas av bestämmelserna om utlämnande av journalhandlingar i patientlagen utan av bestämmelserna i 15 § i lagen om utredande av dödsorsak. Enligt den bestämmelsen ska handlingar som gäller utredande av dödsorsaken hållas hemliga. Uppgifter i handlingar om utredande av dödsorsak får emellertid lämnas till en nära anhörig till den avlidne eller någon annan som stått den avlidne nära. Den nära anhörige hade därmed rätt att utan motivering få uppgifterna i fråga från handlingarna för att fastställa dödsorsaken samt en kopia av dödsattesten.

DEN AVLIDNES RÄTTIGHETER

Huruvida den avlidne har (mänskliga) rättigheter är en filosofiskt och rättsteoretiskt intressant fråga. Den kan dock ha praktiska konsekvenser, särskilt på grund av den biomedicinska teknikens utveckling. Konkreta exempel är frågan om en död man kan ha rätt till faderskap, det vill säga om man efter hans död kan ta spermier och befrukta hans hustru, och frågan om vilka rättigheter som gäller för dräpta människor som grävts upp ur massgravar. (Se [Behandling av barnlöshet](#))

Bestämmelser om döda personer handlar ofta om hur de ska skyddas mot negativa åtgärder från de levandes sida eller om fullföljande av deras sista vilja (testamente), men inte om den döda kroppens rättigheter. De allmänna etiska, religiösa eller kulturella normerna i nästan hela världen eftersträvar åtminstone följande: utredning av den dödes identitet, begravning av den döde på en sådan plats och enligt sådan procedur som kulturen förutsätter samt respektfull hantering av den dödes kropp. Den avlidne måste också behandlas respektfullt vid behandlingen av kroppen under utredningen av dödsorsaken och därefter innan kroppen begravs. Detsamma gäller för insamling, hantering och bortskaffande av undersökningsprover som rör den avlidne. I lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål (101/2001) föreskrivs forskning och undervisning i samband med obduktion. Enligt 12 § i lagen ska forskningen och undervisningen ske med respekt för den avlidne och så att den avlidnes utseende inte förändras väsentligt. ■

Läs mer:

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 13/2003. Tema: Kuolema ja kuolinsyytutkimus, ss 1241–91.

Karkola K, Lalu K. Miksi kuolemansyyt on selvitettävä? Duodecim 1999;115:1521–3.

Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006;122:2459–70.

Läkaren och samhället

Samhället utvecklas ständigt och hälsovårdssystemet med det. Befolkningens attityder, utbildnings- och kunskapsnivå, socioekonomiska situation och åldersstruktur förändras. Patientens autonomi, det vill säga rätt och vilja att själv delta i sin egen vård, får allt större betydelse. Medikaliseringen, konsumismen och individualismen förändrar förhållandet mellan läkare och patient.

Å sin sida ser vi också många interna förändringar både i den medicinska vetenskapen och i hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen och det växande utbudet av behandlingsmöjligheter kan öka kostnaderna, varvid behovet av prioritering och effektivisering växer. Att utnyttja artificiell intelligens kan också minska kostnaderna. Hälso- och sjukvårdens organisationer växer och kravnivån stiger, vilket ställer växande krav på ledarskap och kvalitetssäkring.

Det här kapitlet behandlar förändringarna i samhället och medicinen och konsekvenserna av dessa förändringar för läkarnas arbete. Läkarens värdegrund förändras inte, men den praktiska tillämpningen av etiken ställs inför nya utmaningar. Samhällets, organisationernas och den enskilda individens intressen kan råka i konflikt med varandra, varvid läkarens kliniska autonomi sätts på prov. De ekonomiska argumentens betydelse växer efterhand som vårdmöjligheterna ökar snabbare än resurserna. Relationen mellan patient och läkare blir en allt jämlikare samarbetsrelation, och patienterna får allt mer information från andra källor än läkaren. Å andra sidan finns det en risk för att konsumismen och medikaliseringen växer så att den växande efterfrågan på tjänster inte längre förbättrar hälsan. Att främja rättvisa och jämlikhet kan vara allt mer svårförenligt med strävan att vårda den enskilda patienten på bästa möjliga sätt, trots att de medicinska redskap vi har till vårt förfogande idag är effektivare än någonsin.



Patienten och läkaren i ett föränderligt samhälle

Den finländska hälso- och sjukvårdens struktur och finansiering är decentraliserat och dess styrning splittrad och regionalt varierande. I en sådan situation accentueras läkarens ansvar för att bevaka patienternas rättigheter och följa utvecklingen inom sitt eget område och vid behov reagera på den.

Läkarens syn på de vårdresurser som hans patienter eller den befolkning hen svarar för behöver kan avvika från de politiska beslutsfattarnas. Detta upphäver emellertid inte läkarens professionella ansvar för sina val av behandlingsmetoder. Situationen blir etiskt svår om läkaren upplever att hen på grund av bristande resurser inte kan sköta sina patienter tillräckligt väl.

Iett idealiskt hälsovårdssystem stöder lagstiftning, finansiering, ledning och förvaltning som helhet systemets grundläggande uppgift: att ge patienterna god vård. I det verkliga livet uppnås inte detta ideal.

Hälsovårdssystemet samt läkarens och patientens roller genomgår en stor brytning. Själva kärnan i hälso- och sjukvården, mötet mellan läkare och patient, sker allt oftare i stora organisationer och därtill virtuellt. Vårdtekniken har blivit allt mer komplicerad och kostnaderna har stigit. Nu krävs specialkompetens och multiprofessionellt samarbete.

De bättre vårdresultaten har skapat nya utmaningar för långvården. Läkarens roll som koordinator för en vårdprocess i flera organisationer blir allt viktigare, samtidigt som patientens roll som subjekt för sin egen behandling växer. Krävande patienter gör arbetet mer utmanande. Vården betalas allt oftare av en offentlig aktör, arbetsgivare eller försäkringsin-

rättning, men sällan helt av patienten själv. Också betalaren ställer allt oftare krav på information, effektivitet och begränsning av kostnader. Rättsskyddets betydelse ökar då utomstående aktörer allt oftare vill ta del av konfidentiella patientuppgifter och trycket på övervakning av yrkesverksamheten ökar.

Trycket på en integrering av social- och hälsovården växer också. EU:s reglering omfattar allt fler sektorer inom hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsreformen som man i årtal väntat på och planerat förändrar verksamhetsmiljön. Det föds nya frågor om läkaretik. Läkaren måste allt oftare tänka på hela befolkningens eller olika befolkningsgruppers hälsa i stället för bara en enskild patients. Då resurserna alltid är begränsade kan en satsning på att behandla en patient ta resurser som skulle gagna många andra patienter. Denna sociala debatt var starkt framme under coronapandemin, då man övervägde intensivvårdsplatsernas tillräcklighet.

Läkarna bör i egenskap av experter delta i debatten om hälso- och sjukvårdens resurser och organisation. Hälso- och sjukvårdens krav kan stå i konflikt med läkarens och patientens mål, vilket gör läkarens kliniska autonomi nödvändig som kärnan i en förtroendefull patient-läkarrelation – men även hotar denna. Den grundläggande frågan är om läkarens plikt att i första hand verkställa sin patients intressen eller samhällets och olika företags varierande anvisningar och önskemål.

LÄKAREN OCH PATIENTEN I DEN FINLÄNSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Enligt grundlagen (731/1999) har medborgarna rätt till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster, varom stadgas närmare i lag. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering rätt till sådan hälso- och sjukvård av god kvalitet som hens hälsotillstånd förutsätter. Kommunerna är skyldiga att anordna hälsovårdstjänster inom ramen för de tillgängliga resurserna. Vården ska ges med respekt för patientens självbestämmanderätt och i samråd med patienten. Läkare som sköter uppgifter inom den offentliga vården står i tjänsteförhållande till kommunen och samkommunen och arbetar med tjänsteansvar. I den rollen berörs läkare både av de allmänna bestämmelserna om en tjänstemans ställning och av bestämmelserna om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården.

Fram till början av 1990-talet strävade man efter att skapa en enhetlig praxis i hela landet genom Medicinalstyrelsens nationella bestämmelser och anvisningar. Då denna centralstyrning inklusive den styrning med hjälp av statsandelar som den var förknippad med lades ner, övergick makten och ansvaret till kommunerna. Hälso- och sjukvårdens organisation och andra faktorer som styr läkarnas arbete varierar i kommunerna och samkommunerna, samtidigt som många andra lagstadgade skyldigheter konkurrerar om kommunernas resurser. Då till exempel kostnaderna för specialiserad sjukvård har ökat under de senaste decennierna har kommunerna sparat inom utveckling av primärvården. Kontrollen över kostnaderna för den egna verksamheten har blivit allt centralare. En läkare bör dock i alla situationer bedöma totala kostnaderna för samt för- och nackdelarna av sina lösningar oavsett finansiär.

Kommunerna svarar för att anordna sådan hälso- och sjukvård för sina invånare som de behöver, antingen genom att själv producera tjänsterna eller genom att köpa dem utifrån. Den specialiserade sjukvårdens tjänster produceras av den samkommun till vilken kommunen hör. Den finländska hälso- och sjukvårdens finansieringssystem är det mest splittrade i hela Europa. År 2020 fanns det sammanlagt 310 kommuner och 20 sjukvårdsdistrikt i Finland.

Social- och hälsovårdstjänster har dock under de senaste åren kombinerats med landskapens samkommuner. För vissa hälso- och sjukvårdstjänster har ansvaret lagts på försäkringssystemet (såsom sjukvård som ska ersättas från olycksfallsförsäkringen) och privata sjukvårdsförsäkringar har blivit vanligare. Den ekonomiska styrningen är oundvikligen splittrad och varierande. I ett dylikt system blir läkarens ansvar allt större då det gäller att bevaka patienternas bästa, följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde och reagera på denna.

Enligt regeringens förslag till riksdagen i december 2020 ska 21 välfärdsområden inrättas i Finland till vilka de uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet som kommunerna och kommunförbunden för närvarande ansvarar för överförs. Personalen skulle övergå i anställning hos välfärdsområdena. Lagarna föreslås träda i kraft stegvis senast i början av 2023.

ANSVAR FÖR BEFOLKNINGENS HÄLSA

De flesta läkare sköter enskilda patienter, och många etiska problem hänför sig till patient-läkarrelationen. Läkarna blir i sitt arbete också tvungna att beakta olika befolkningsgruppers eller hela befolkningens hälsa. Läkaren kan anses ha en social-etisk dimension: *”Läkarens plikt är att skydda människoliv och lindra lidande. Hans främsta mål ska vara att främja hälsa och övervinna sjukdom.”* Detta kan anses innehålla ett socialt ansvar för allmänna omständigheter som påverkar befolkningens hälsa, till exempel levnadsvanor och miljöns tillstånd.

Ofta är det svårt att avgöra vad som är bäst med tanke på hela befolkningens hälsa. Att avgränsa insatserna till några sjukdomar eller specialuppgifter leder långt ifrån alltid till önskat resultat. Det förbättrar i allmänhet inte heller vare sig befolkningens hälsotillstånd eller främjar målbefolkningens välbefinnande. Vanligen har man lyckats bättre då vårdsystemet är enhetligare och tjänsterna inriktade på centrala problem på gräsrotsnivå. Det är bra att omsorgsfullt väga för- och nackdelarna med olika alternativ mot varandra, prova på verksamhet och välja den lösning som med hänsyn till målen verkar ge det bästa resultatet.

Om någon del av vården sköts optimalt – i den mån det ens är möjligt – leder det ofta till att andra delområden blir lidande. I praktiken är man tvungen att göra kompromisser och prioriteringar. Detta är förknippat med svåra etiska frågor. (Se [Prioritering i vården](#))

Huvudansvaret för den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser ligger hos kommunernas politiska beslutsfattare. Läkaren har sitt sakkunnigansvar. Med stöd av sin kunskap måste hen för de politiska beslutsfattarna och allmänheten anföra skäl för de olika alternativens fördelar och nackdelar. Läkarens syn på de vårdresurser som den befolkning hen svarar för behöver, kan avvika från de kommunala politiska beslutsfattarnas syn. Detta upphäver inte läkarens professionella ansvar för sina val av behandlingsmetoder. I dessa får hen stöd inte bara av lagen utan också av olika evidensbaserade vårdrekommendationer, som dock inte kan ersätta läkarens eget omdöme och egna slutsatser.

Situationen blir yrkesetiskt svår om läkaren upplever att hen på grund av bristande resurser inte kan sköta sina patienter tillräckligt väl. Läkaren ska verka för att patienterna får den vård de behöver. Enligt läkarens etiska regler ska hen aktivt arbeta för att kunna följa riktlinjernas förpliktelser och principer i sitt arbete. Om detta inte förverkligas måste läkaren rannsaka sitt samvete och rentav fråga sig om hen kan fortsätta i sin tjänst.

Läkare har inte någon formell beslutanderätt i kommunernas beslutande organ. Däremot kan en läkare ha föredragandeansvar. Etiskt sett är detta följdriktigt; ansvarsfördelningen mellan experten (läkaren) och politiskt ansvariga beslutsfattare (kommunen och den represen-

tativa demokratins aktörer) är klart definierad. Ansvarsfördelning och fruktbart tankeutbyte mellan olika intressegrupper är en förutsättning för ändamålsenliga lösningar.

En föredragande läkare kan kritiserars om hen inte har följt utvecklingen inom sitt område eller skaffat sig kunskaper om och erfarenheter av de lösningar hen rekommenderat, eller om hen uppträder som sakkunnig trots bristfälliga kunskaper. De som fattar beslut på basis av föredragningen kan kritiserars om politisk ändamålsenlighet kör över ett evidensbaserat beslutsförslag. Om föredraganden anser att beslutet är felaktigt måste hen ge ett avvikande yttrande i beslutet. I så fall har hen agerat i enlighet med sitt tjänsteansvar. Såväl beslutsfattare som sakkunniga kan kritiserars om de undersökningar och bedömningar som besluten förutsätter inte gjorts eller om de beslut som fattats med stöd av resultat från dessa inte presenterats på ett objektivt och lättfattligt sätt.

KLINISK AUTONOMI OCH PROFESSIONELL STYRNING

Läkarens kliniska autonomi är en förutsättning för en förtroendefull patient-läkarrelation. Läkaren ska fatta sina beslut om patientarbetet oberoende och självständigt, vilken organisation hen än arbetar inom. På samma sätt ska läkaren vara oberoende och självständig i förhållande till sin patient och hans krav på vård, samt till patientens arbetsgivare och försäkringsbolag, så att hen förmår hålla sig till medicinskt grundade vårdformer. Detta utesluter inte givande av medicinskt motiverade riktlinjer på arbetsplatsen.

Då vården nu genomgår en strukturomvandling i Finland, blir frågan om läkarens kliniska autonomi central både ur etisk synvinkel och med tanke på patienternas rättigheter. Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) innehåller bestämmelser om särskilda rättigheter och skyldigheter för läkare och tandläkare. Enligt lagen beslutar legitimerade läkare, tandläkare, eller vikarierande medicine eller odontologie studerande om medicinska eller odontologiska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vård och behandling. Läkare och tandläkare har även rätt att ordinera läkemedel och utfärda läkarintyg.

Finlands Läkarförbunds och Finlands Tandläkarförbunds etiska regler samt läkareden bildar grunden till den professionella styrningen av läkarnas och tandläkarnas arbete. (Se [Etik, etiska deklarerationer och lag, Tillsynen över läkarverksamheten](#)) En fortgående levande debatt om etiska principfrågor är viktig, eftersom omständigheterna är föränderliga och nya utmaningar oavbrutet uppstår. Läkarna känner själva bäst till sina egna arbetsförhållanden. Därför ska läkarna aktivt följa sin samtid och ta ställning till aktuella frågor. Enbart utifrån kommande normer och influenser, såsom professionella anvisningar och landets lagar, är inte en tillräcklig garanti för att läkaren handlar etiskt. Läkarens primära rättesnöre ska vara respekt för patienten och omsorg om patientens välbefinnande och rättigheter.

Läkarens lagliga rätt att ställa diagnos och ordinera vård kan komma i konflikt med andra normer och styrredskap. Till exempel har vårdarnas bedömning av vårdbehov som åtföljt vårdgarantin och vårdreceptet orsakat en debatt om vem som i slutändan bär ansvaret för vårdbesluten. Oftast beror sådana konfliktsituationer på ekonomiska begränsningar. Då kommunala instruktioner, budgetbegränsningar eller andra direktiv som utfärdats utanför det kliniska arbetet hotar läkarnas möjligheter att ge god vård, ska den lokala läkarkåren sträva efter att genom förhandlingar säkra sin kliniska autonomi och vid behov med stöd från Finlands Läkarförbund eller Finlands Tandläkarförbund försöka rätta till den bestämmelse som orsakat konflikten. Det kan inte anses lagligt att sträva efter arrangemang som överför besluten om patientens vård till personer eller organ som saknar medicinsk utbildning och expertis.

De medicinska ledningsansvaren vid hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter definieras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010; 57 §).

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården innehåller centrala bestämmelser om tillsynen över läkaryrket, som sköts av regionförvaltningsverken samt Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Därtill utövar Valvira tillsyn över servicesystemet, inklusive socialvården. I beredningen av sina lösningar anlitar Valvira ett brett nätverk av läkareexperter. I praktiken är det dessa expertläkare som svarar för tillsynens medicinska kompetens. Med tanke på läkarkårens professionella autonomi är det viktigt att de experter som anlitas inom tillsynen också åtnjuter yrkeskårens förtroende. [\(Se Tillsynen över läkarverksamheten\) ■](#)

Läs mer:

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin, Kustannus Oy Duodecim, 2019.

Finlands Läkarförbund. Läkarens autonomi, rumstavla

Wrede S et al. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta, FL/HU-rapport

Prioritering i vården

Hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade och ger inte möjligheter att anordna all vård som kunde vara nyttig. Därför tvingas vi inom vården ständigt att välja vilka vårdformer vi erbjuder, på vilket sätt och åt vilka patientgrupper. Resurserna bör användas rättvist och effektivt.

Läkaren måste i praktiken arbeta för patientens bästa inom gränserna för de resurser hen har till sitt förfogande.

Prioriteringen bör bygga på etiskt hållbara principer som beaktar jämlikhet, vårdbehov och kostnadseffektivitet.

Prioritering innebär ordagrant att ställa saker och ting i angelägenhetsordning. I hälso- och sjukvården är prioritering nödvändig eftersom de vårdresurser som står till buds inte räcker till för allt som anses viktigt eller för all den vård som potentiellt kunde vara till nytta för patienterna. Prioritering i vården har alltid förekommit. De flesta vårdbeslut inbegriper en prövning av alternativa kostnader: på samma tid och med samma resurser kunde man ha vårdat en annan patient. Att välja i vilken ordning patienterna i värdköen behandlas är ett exempel på vardaglig vårdprioritering.

Utgångspunkten för prioriteringsdebatten är medicinens och vårdens gränser – samtliga hälsorelaterade behov och önskemål kan inte och bör inte tillgodoses med hälso- och sjukvårdens metoder. Den snabba medicinska utvecklingen har ökat möjligheterna att hjälpa människor men har samtidigt skapat ett tryck på ständigt ökande kostnader.

VAD ÄR PRIORITERING?

I vid bemärkelse kan prioritering ses som en del av läkarens dagliga arbete då hen ställer ärenden i angelägenhetsordning. Prioritering är till exempel analys av olika behandlingars för- och nackdelar eller bedömning av vilka patienter som behöver brådskande vård i en jour-situation. Ofta uppfattas prioritering snävare som ett behov av att inte erbjuda vissa behandlingar på grund av knappa resurser. Då är emellertid ”ransonering” ett adekvatare begrepp än ”prioritering”. Det är också viktigt att skilja mellan prioriteringsdiskussionen och från effektiviteten av hälso- och sjukvården, vars syfte är att minska behovet av prioritering. Prioriteringsbehovet upprätthålls bland annat av den tekniska utvecklingen, den stigande kravnivån, befolkningens åldrande och medikaliseringen. (Se [Medikalisering](#))

Prioriteringen inom hälsovården kan diskuteras ur två olika synvinklar. Dels kan man dryfta prioriteringens önskade resultat, det vill säga hur stor del av skatteintäkterna som borde ges till hälso- och sjukvården och hur dessa resurser ska fördelas inom vårdsystemet. Dels kan man dryfta metoder för rättvis prioritering, det vill säga hur, var och av vem dessa beslut borde fattas. Debatten om ett rättvist prioriteringssystem har varit livlig under de senaste tjugo åren. Numera ses prioriteringen som en fortgående process. Någon process där vi med ett slag skulle ha färdiga prioriteringskriterier kommer knappast någonsin att uppfinnas. Det handlar också om förhållandet mellan å ena sidan expertis och fakta och å andra sidan politiska och andra samhälleliga värdeval.

Inom hälso- och sjukvården sker prioritering på olika samhällsnivåer:

- Besluten om resursfördelningen mellan olika samhällssektorer fattas i statens och kommunernas budgeter.
- Besluten om resursfördelningen inom hälso- och sjukvården fattas på samkommuns-, kommun- och sjukhusnivå. Nationellt styrs detta beslutsfattande av enhetliga grunder för icke-brådskande vård och tjänsteutbudsrådets rekommendationer.
- Vårdpersonalen fattar prioriteringsbeslut i vården av enskilda patienter.
- Människorna fattar prioriteringsbeslut då de väljer om de satsar sina pengar på hälsovårdstjänster och läkemedel eller någonting annat.

KRITERIER OCH PRINCIPER FÖR PRIORITERING

Gränsdragningen för vad som är tillräckliga resurser och tjänster för hälso- och sjukvården är svår. Det är väsentligen en politisk fråga som inte är särskilt klart definierad i vår nuvarande lagstiftning.

Lagstiftning som styr prioriteringen

I Finland bygger prioriteringen inom hälso- och sjukvården på grundlagen (731/1999), som stadgar:

”Det allmänna skall, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa”. Grundlagen ger inte patienten subjektiv rätt till all tänkbar hälso- och sjukvård. Vad som ska anses vara tillräckligt är en tolkningsfråga som inte definierats särskilt noggrant i lagstiftningen.

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) stadgar:

”Kommunerna ska anvisa tillräckliga resurser för främjandet av hälsa och välfärd, som utgör

grunden för statsandelen för den kommunala basservicen, och för hälso- och sjukvårdstjänster.”

”Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård.”

”Social- och hälsovårdsministeriet leder arbetet med att genomföra de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd gör ministeriet upp de enhetliga grunderna för vård.”

”Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården omfattar medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering.

Tjänsteutbudet omfattar dock inte sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder och undersökningar eller sådan vård, behandling och rehabilitering som innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås eller vars effekt är liten och vars kostnader är orimliga i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås och det terapeutiska värdet.

En patient kan undersökas och behandlas med en medicinsk eller odontologisk undersöknings- och behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om det är medicinskt nödvändigt på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen.”

”I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården som har i uppgift att följa upp och bedöma tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården och att lämna rekommendationer om vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder, undersökningar samt vård- och rehabiliteringsmetoder som ska höra till eller uteslutas ur tjänsteutbudet.”

Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) stadgar:

”Var och en som varaktigt bor i Finland har utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hens hälsotillstånd förutsätter.”

Riksdagens justitieombudsman har i sina avgöranden konstaterat (till exempel 921/4/04, 2005, Dnr 1863/4/11, 2013) att

- det enligt lagen inte går att motivera ett beslut om vägrande av exceptionellt dyr vård med att resurserna är begränsade och att så många andra patienter i annat fall blir utan vård
- kategorier av patienter med vissa sjukdomar inte kan uteslutas från ansvaret att arrangera specialiserad sjukvård
- förbudet mot diskriminering är en central fråga för hälsovårdens rättvisa när det gäller att förverkliga grundläggande rättigheter inom vårdlösningar
- ingen annan prioritering i enskilda vårdfall är laglig än sådan som gäller sjukdomen, vårdbehovet och vårdens verkningsfullhet
- grunden för tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster bör vara patientens nödvändiga, medicinskt motiverade vårdbehov enligt vad hens hälsotillstånd kräver

Avgörandenas motiveringar har kritiserats bland annat för att resurserna i praktiken är begränsade och att den princip som föreskrivs inte alltid kan omsättas i praktiken.

Prioriteringen bör bygga på etiskt godtagbara principer. Den mest centrala är principen om människovärde: alla människor är likvärdiga och de har samma rättigheter oavsett sina egenskaper eller sin ställning i samhället. En annan viktig princip är solidaritetsprincipen, det vill säga prioritet efter behov: patienter med samma vårdbehov bör ges samma vård. En tredje prioriteringsprincip är kostnadseffektivitetsprincipen: de alternativ bör väljas som i förhållande till de resurser de kräver ger patienterna största hälsa eller livskvalitet. En vårdform kan således vara effektiv men inte tillräckligt kostnadseffektiv för att det vore motiverat att använda den inom den offentliga hälso- och sjukvården.

I prioriteringsdebatten intar kostnadseffektiviteten ofta en central roll, eftersom den är en teknisk och åtminstone delvis mätbar fråga. Ett syfte med betoningen av kostnadseffektiviteten är också att effektivisera hela verksamheten för att därigenom minska behovet av reglering på grund av resursbrist. Prioriteringsdebatten förutsätter djupaste möjliga kunskaper om hälsovårdens kostnader och effekter; i praktiken är dessa kunskaper dock ofta högst bristfälliga, bland annat för att kostnadseffektiviteten delvis är bunden till systemet, tiden och många kulturella faktorer.

Förutom kostnadseffektiviteten måste man känna till och acceptera de värden och etiska principer som påverkar beslutsfattandet. Prioriteringen kan inte bygga enbart på att eftersträva största möjliga folkhälsonytta, eftersom frågan om hälso- och sjukvårdens rättvisa fördelning då hamnar i skymundan. Man anser inte det rättvist att låta bli att ge dyr behandling mot svåra sjukdomar, trots att man med samma belopp kunde vårda många som lider av lindrigare sjukdomar. Samma folkhälsonytta kan uppnås med mycket varierande medel. Som en indikator för bedömning av metoder kan vi använda QALY, en beräkningsformel som används för att mäta förbättringen av levnadsår och livskvalitet som olika behandlingar ger.

Patienternas värderingar och åsikter får allt större betydelse i fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Enskilda patienter kan ge en och samma vård eller behandling mycket olika värde, och patientens åsikter måste respekteras i vårdbeslutet. Patienten kan anse sig behöva behandling i en situation där läkaren bedömer att det inte finns ett liknande medicinskt behov. I slutändan är det proffset som fattar beslutet, även om patienten ska höras. Resurser ska inte fördelas enbart utifrån efterfrågan, eftersom den inte alltid motsvarar patienternas faktiska behov och därför inte alla gånger effektivt främjar hälsan.

Patientens ålder som ett prioriteringskriterium har motiverats med att favorisering av unga är ett sätt att försöka ge dem lika möjligheter att också bli gamla. Ålder som prioriteringsgrund anses dock inte harmonisera med läkaretiken. Detta konstateras till exempel i World Medical Association WMA:s Genève-deklaration. I vissa fall kan det vara motiverat att gynna unga, till exempel då åldern korrelerar med operationsrisken eller möjligheten att få faktisk nytta av behandlingen. Patientens ålder ska emellertid helst alltid bedömas individuellt, för i vissa fall kan en äldre ha större nytta av ett ingrepp än yngre, eller också kan det ur rehabiliteringssynpunkt vara viktigare för en äldre än för en yngre att snabbt få vård.

Patientfall

Då man ska besluta om en kranskärlsoperation på en äldre patient, måste många omständigheter beaktas. Ett beslut om att inte operera kan bygga till exempel på att personen är för svag för en operation (medicinskt faktum) eller inte vill bli opererad (patientens egna värden). Alternativt kan det bero på att man enligt principerna om kostnadseffektivitet och rättvisa vill rikta hjärtkirurgins resurser till något annat (yrkeskårens eller gruppens värden). Svag kondition är ofta en relativ fråga, varvid operationsbeslutet kom-

mer att handla om en definition av gränserna för acceptabel risk. Normalt fattas prioriteringsbeslutet först – det vill säga man beslutar om patienten ska erbjudas en operation eller inte – varefter patienten får avgöra om hen vill genomgå operationen.

Också andra prioriteringsgrunder har föreslagits, såsom individens egen roll i försämring av hälsan (livsstilssjukdomar till följd av rökning eller brist på motion), förväntad samhällsnytta av att individens arbetsförmåga återställs, antalet människor som individen försörjer samt individens samhällsliga ställning eller meriter. Alla dessa är intuitiva, men vid närmare granskning etiskt problematiska prioriteringsgrunder. Förda till sin spets skulle de leda till ohållbara resultat. Enligt den i Finland gällande läkareden lovar läkaren att fylla sin plikt som läkare mot var och en utan diskriminering. Det är oförenligt med läkaretiken att selektera patienter på andra grunder än medicinska.

PRIORITERING I DEN FINLÄNDSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

I Finland har beslutsprocesserna i prioriteringsfrågor inte av hävd varit särskilt transparenta. Det har varit brukligt att väva in prioriteringarna i andra beslut och att fastställa dem på flera olika beslutsnivåer och på ospecificerade grunder, vilket skett som ett resultat av oklara processer. Det finns dock vissa metodiska och öppna prioriteringssystem på systemnivå. Till dessa hör bland annat grunderna för icke-akut specialistvård, systemet för läkemedelsersättning, det nationella vaccinationsprogrammet och screeningprogrammen.

Social- och hälsovårdsministeriet har sedan 2005 fastslagit enhetliga grunder för icke-brådskande specialiserad sjukvård. Läkarna använder dessa rekommendationer som vägledning då de fattar vårdbeslut. Utöver dem ska läkarna beakta patientens individuella livssituation och vårdbehov. En läkare kan också av grundad anledning avvika från rekommendationerna.

År 2014 inrättades Tjänsteutbudsrådet, som ger rekommendationer om vilka hälso- och sjukvårdsgrepp och undersökningar samt behandlings- och rehabiliteringsmetoder som ska ingå i eller avgränsas från tjänstebudgeten. Rådets rekommendationer omfattar emellertid endast en liten del av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

LÄKARENS ROLLER I PRIORITERING

Klyftan mellan de resurser samhället anvisar för hälso- och sjukvården och medicinens möjligheter växer kontinuerligt. Då läkaren traditionellt strävar efter att vårda sina enskilda patienter på bästa möjliga sätt skapar detta även en konflikt mellan läkarens strävan och hans resurser. Läkaren måste i praktiken arbeta för patientens bästa inom ramen för de resurser som ställts till hans förfogande.

Läkarna spelar en central roll i hälso- och sjukvårdens prioriteringsbeslut i och med att de besitter den nödvändiga medicinska expertisen. Det är dock viktigt att hålla isär kliniskt verk samma läkare som fattar vårdbeslut i enskilda fall och läkare som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvårdsförvaltningen eller i expertuppgifter. Det är läkarnas skyldighet att lyfta fram sin kunskap om resursbehovet och om vilka konsekvenser olika prioriteringsbeslut har för patienterna.

I enskilda vårdbeslut måste läkaren ha den kliniska autonomi som behövs för att i samråd med patienten verka för patientens bästa – med beaktande av de ramvillkor som föreskrivs utan-

för vårdhändelsen. Patienten har rätt att få information om tillbudsstående behandlingsalternativ, deras konsekvenser och kostnader samt att delta i besluten om sin egen vård. Då patienten på grund av prioritering inte kan få behövlig vård inom den offentliga sektorn bör läkaren informera patienten om saken och diskutera beslutets konsekvenser för hans fortsatta vård.

Patientfall

En psykiater konstaterar att en jourpatient behöver avdelningsvård för en viss tid. Avdelningen är emellertid redan nu överfull, så det finns inga lediga bäddar. I teorin kunde läkaren då börja prioritera patienter genom att hemförlova den som för ögonblicket minst behöver institutionsvård. I praktiken är ett sådant beslut dock svårt, så läkaren berättar för jourpatienten att hen för tillfället kan få akut vård för sin sjukdom inom öppenvården. Så konkretiseras samhällets talrika prioriteringsbeslut på olika nivåer i den enskilde läkarens vårdbeslut.

På högre nivå i beslutsmaskineriet arbetar läkare sällan som beslutsfattare men ofta som experter. Många hälso- och sjukvårdsfrågor är uttryckligen politiska, och det är i sista hand det allmänna, i synnerhet det demokratiska beslutsmaskineriet, som ansvarar för rättvisan inom hälso- och sjukvården.

Prioriteringsbesluten inom hälso- och sjukvården bör vara så transparenta och klart definerade som möjligt. Motiveringarna och beslutsprocesserna bör vara allmänt accepterade, rättvisa och offentliga. Medborgarna bör ha rätt att aktivt delta i beslutsprocesserna i prioriteringsfrågor. ■

Läs mer:

Autti-Rämö I m.fl. Priorisointi ei ole tunnepeliä. *Finlands Läkartidning* 2018;73:2985.

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin. *Kustannus Oy Duodecim*, 2019.

Lindqvist M. Terveysdenhuollon valinnat – Eettisiä näkökohtia. *Duodecim* 2004;120(4):381–6.

Miten terveydenhuollon valinnat pitäisi tehdä? Diskussion på Terveysfoorumi 11.5.2012. *Finlands Läkartidning*, bilaga 16.11.2012 46/2012 vsk.67, s. 13–15.

Tjänsteutbudsrådet: <https://palveluvalikoima.fi/>

Priorisointi – terveydenhuollon valinnat. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim r.y:n koolle kutsunan priorisointineuvottelukunnan kannanotto*. *Duodecim* 2000.

Saarni S, Vuorenkoski L. Terveysdenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 2003;119:993–1000.

Tarve terveydenhuollossa - kuka määrittää? *ETENE julkaisuja* 18, 2006.

Terveysfoorumi 2011 – Terveysdenhuollon valinnat. *Seminarierapport*.

<http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1813512239/terveysfoorumi2011.pdf>

Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. *SHM:s publikationer* 2019:22. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161809/STM_2019_022J.pdf?sequence=7&isAllowed=y

Ledarskap i vården

Att leda hälso- och sjukvården är intressant och svårt, då systemet är mycket komplext. En tilläggsutmaning utgörs av strävan efter att reformera tjänstesystemet för att integrera social- och hälsovårdstjänster. Problemen är alltid så kallade wicked problems, så raklinjiga och förenklade lösningsmodeller fungerar dåligt.

Målen för chefen och vårdsystemet är operativ effektivitet, ekonomi, patienternas kundnöjdhet samt yrkesfolkets arbetstrivsel. Ledningens roll är att skapa förutsättningar för dessa och se till att framskrida mot målen på ett etiskt hållbart sätt.

En chef inom hälso- och sjukvården styrs av olika värdesystem. Detta karakteriseras av en konstant korseld mellan samhällets och individens bästa. Å ena sidan välfärdssamhällets värden, såsom demokrati, säkerhet, jämlikhet och rättvisa, å andra sidan yrkesetiska värden, såsom att verka för den enskilde patientens bästa, samt konfidentialitet. Därtill påverkas verksamheten i varierande utsträckning av den offentliga maktens byråkratiska värden, såsom offentlighet, rättssäkerhet och korrekta förvaltningsprocesser samt av affärsmässiga värden, såsom betoning av ekonomiskt resultat.

De etiska utmaningarna för ledarskapet inom hälso- och sjukvården handlar om att tolka och balansera dessa värdesystem så att systemet i sin helhet på bästa sätt verkar för patienternas bästa. Motstridiga mål får inte leda till att proffsen måste pruta på patientvården till exempel i fråga om evidensbaserade behandlingsmetoder, utan snarare måste chefen se till att trygga proffsens verksamhetsmöjligheter. En ledares ställning i balanseringen mellan olika värdesystem varierar efter hans organisatoriska position: en direktör för ett sjukvårdsdistrikt ska stå närmare den demokratiska välfärdsstatens värden än specialistläkaren, som bär yrkesetiskt ansvar för att en viss patientgrupp får god vård. Då man förstår de olika värdesystemen och då dialogen mellan dem fungerar väl, växer förtroendet inom organisationen och därmed också patienternas förtroende för systemet och dess tjänster.

Inom hälso- och sjukvården krävs ledarskap; enbart traditionell administrering räcker inte längre till. Läkarutbildningen ger en god grund för att förstå vårdservicens logik, välja mellan olika alternativ samt vinna sakkunniga medarbetares förtroende; med andra ord att fungera som ledare och vidareutveckla ledarskapskunskaper.

YRKESETIKEN OCH VÅRDSYSTEMET

Förutom att jämka samman värdesystem ska ledarna inom hälso- och sjukvården jämka samman de olika mål på olika nivåer som vårdsystemet förväntas ha. En viktig etisk konflikt kan nämligen uppstå mellan att en enskild läkare som förväntas följa yrkesetiken och verka för patientens bästa, medan kraven på vårdsystemet som helhet innehåller också annat. Konflikter mellan dessa mål – till exempel att minska hälsoskillnaderna, att främja rättvisa och att verka för den enskilda patientens bästa – är en svår utmaning för ledarskapet. Detta återspeglas också i lagstiftningen:

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994, 15 §) fastslår målen för den enskilda anställda:

”Målet för yrkesutövningen i fråga om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar samt bota sjuka och lindra deras plågor.”

Å sin sida fastslår hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 2 §) vårdsystemets mål:

“Lagens syfte är att

- 1) främja och upprätthålla befolkningens hälsa, välfärd, arbets- och funktionsförmåga och sociala trygghet,*
- 2) minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna,*
- 3) sörja för lika tillgång, kvalitet och patientsäkerhet när det gäller den service som befolkningen behöver,*
- 4) öka klientorienteringen i hälso- och sjukvårdstjänsterna, och*
- 5) förbättra primärvårdens verksamhetsbetingelser och samarbetet mellan aktörerna inom hälso- och sjukvården, mellan de olika kommunala verksamheterna och med andra aktörer när det gäller att främja hälsa och välfärd och att ordna social- och hälsovården.*

En viktig uppgift för ledarskapet inom hälso- och sjukvården är att ge personalen möjligheter att arbeta i överensstämmelse med sin yrkesetik samtidigt som organisationens – vare sig den är offentlig eller privat – och samhällets mål blir beaktade. Organisationens arbetskultur och faktiska värden kan antingen underlätta eller försvåra personalens möjligheter att följa sin yrkesetik i arbetet. Ur yrkesetiskt tidsperspektiv har det skett en snabb förvandling av hälso- och sjukvården från ett möte mellan patient och läkare till en komplicerad, multiprofessionell och teknifierad process med många medverkande organisationer. Besparingsförpliktelser kan väsentligt försvåra förverkligandet av yrkesetiken.

Chefen måste komma ihåg sin viktigaste resurs, en kunnig personal, för utan den ger inte heller hälso- och sjukvården resultat: kvalitetsvård av patienter. Chefens huvuduppgift är att se till att det finns tillräckligt med personal, att dess arbetskaper är optimal och att arbetstrivseln och välbefinnandet verkligen övervakas och vid behov förbättras. I takt med att digitaliseringen ökar betonas även chefens roll och ansvar i att se till att informationssystemen för hälso- och sjukvård och deras användning inte överbelastar personalen på bekostnad av god patientvård.

KVALITET, UTBUD OCH EFTERFRÅGAN AV VÅRDTJÄNSTER

Ledningen svarar för att utbudet av högklassiga hälsovårdstjänster motsvarar behovet. Med kvalitet har man traditionellt avsett främst kvaliteten på medicinsk kompetens. För att tjänstesystemet ska fungera högklassigt måste man också uppmärksamma verksamhetsenhetens ledning, strukturer, effektivitet, processer och kundservice. Det är varje läkares etiska plikt att sträva efter att utveckla kvaliteten på sitt eget arbete. Chefen måste ta hand om inte bara proffsens kompetens, utan även om organisationens prestanda. En högklassig och effektiv verksamhet kräver fungerande vårdprocesser.

En kontinuerlig förbättring av kvalitet, patientsäkerhet och vårdens tillgänglighet är en central utmaning för ledarskapet. Det är chefens, särskilt läkarchefens, uppgift att minnas och påminna andra om att hälso- och sjukvården ska fungera etiskt hållbart, i patientens och befolkningens bästa intresse. Tjänsteutbudet kan förbättras genom ökade resurser och effekti-

vare arbetsprocesser. I en idealisk situation är organisationen uppbyggd kring patienten så att störande och bromsande element i personalens arbete reduceras till ett minimum. Lika viktigt är att personalen använder sin arbetstid till att göra sådant som är till nytta för patienten. Utmaningen för chefen är att med stöd av proffsen sköta sitt jobb så att hen hela tiden kritiskt utvärderar behandlingar och arbetssätt samt eliminerar dem som inte gagnar patienterna. Slöseri med begränsade resurser är oetiskt. Man måste acceptera att alla goda ting inte kan uppnås samtidigt, utan att man måste göra prioriteringar. (Se [Prioritering i vården](#)) Chefens handlingsfrihet påverkas starkt av ekonomisk styrning och normstyrning, såsom till exempel av vårdgarantin, som garanterar patienterna rätt att få den vård de behöver inom en viss tidsram, samt förordningen om omfattande hälsoundersökning av skolelever, som noggrant föreskriver läkarens användning av arbetstid.

För att säkerställa att systemet fungerar och att patienternas rättigheter verkställs måste man förhålla sig öppet och ärligt till tjänsternas kvalitet. Individer och organisationer måste lära sig av sina kvalitetsavvikelser och misstag. Skadorna och misstagen som ledde till olägenheter är sällan enskilda personers fel. Bristfälliga system utsätter också för fel. Om det är yrkesutövarens etiska skyldighet att identifiera sina misstag och lära sig av dem är det chefens ansvar att bygga upp en organisation och en verksamhetskultur där det är så svårt som möjligt att begå misstag och som gör det möjligt att lära sig av misstag och nära ögat-situationer samt uppmuntrar till att rapportera om dessa.

Utbudet av vårdtjänster skapar efterfrågan, och all efterfrågan bygger inte på behov. Marknadsföring kan till exempel användas för att få människor att önska tjänster som inte ger dem hälso nytta utan kan vara till och med direkt farliga. Det är den enskilde läkarens plikt att bedöma olika vårdformers och undersökningars eventuella nytta och möjliga risker för patienten. På motsvarande sätt ska en chef inom hälso- och sjukvården bedöma vilka slags vårdtjänster det finns ett faktiskt behov för och när människornas välfärd och livskontroll bättre kan gynnas genom andra åtgärder. Onödig medikalisering samt över- och underbehandling ska undvikas både vid behandling av enskilda patienter och i fråga om befolkningen. (Se [Medikalisering, Konsumism](#))

Människans självbestämmanderätt har fått växande betydelse som ett samhällligt värde. Detta ökar kravet på klient- och konsumentorientering inom vårdssystemet. Målen för en patientorienterad hälso- och sjukvård bestäms inte endast av hälso nyttan eller dess effekt, trots att dessa är nödvändiga. Viktigt är också tjänsternas kvalitet (som är direkt förknippad med yrkeskompetens), patientsäkerheten (framför allt som indikator för processernas funktionalitet), tjänsternas tillgänglighet och framför allt bemötandet: att interaktionen är högklassig. I bästa fall framhäver patientorienteringen respekten för patientens egna värden och sporrar patienten till eget ansvarstagande. På systemnivå borde patientorienteringen bidra till att de bästa organisationerna och serviceformerna samt de skickligaste yrkespersonerna klarar sig bäst. En central risk med konsumentorientering är en ökad efterfrågan på tjänster som inte producerar någon hälso nytta eller ökar funktionsförmågan. (Se [Medikalisering, Konsumism](#)) Att hålla denna trend i styr i en verksamhetsmiljö med begränsade resurser är en stor utmaning såväl för hela välfärdsstaten som för hälso- och sjukvården.

LEDARE, PENGAR OCH YRKESETIK

Inom hälso- och sjukvården betonas idag pengar, produktivitet och kostnadskontroll. Med en ny förvaltningskultur, ”New Public Management”, har även ledningsmetoder och marknads-mekanismer importerats från företagsvärlden och industrin till vården, med motiveringen att

de effektiviserar verksamheten. Marknadsmekanismer byggs bland annat genom att beställare och producent skiljs åt och konkurrensutsätts. Beställaren gör en bedömning av befolkningens behov och upphandlar sedan tjänsterna så ”totalekonomiskt” som möjligt. På motsvarande sätt arrangerar producenten tjänsten den anser lämpligt och får därtill ett ekonomiskt incitament för att effektivisera tjänsterna. I det försäkringsbaserade systemet är beställaren inte en samhällsaktör (till exempel en kommun), utan försäkringsbolaget, som reglerar verksamhetens kvalitet och innehåll med sina bestämmelser. Den individuella försäkringstagaren bestämmer vilken försäkring hen tecknar och hos vilket bolag hen gör detta.

Ur etisk synvinkel är kärnfrågan hur väl beställaren – det vill säga chefen för den beställande organisationen – kan beställa och därmed övervaka att patienterna faktiskt får tillräckligt goda tjänster såväl från offentliga och privata producenter. Beställaren bör garantera tjänsternas kvalitet och patientsäkerhet, funktionalitet och helhetskostnader med avtalstekniska medel. Detta är svårt framför allt då det är svårt att mäta tjänsternas verkningsfullhet.

Hälso- och sjukvårdstjänsterna måste producera ett mervärde (värdebaserad hälso- och sjukvård). Målen för chefen och systemet som helhet är därför operativ effektivitet, lönsamhet, patientnöjdhet och yrkesfolkets arbetstrivsel (fyrfaldigt mål). Ledningens roll är att skapa förutsättningar för genomförandet av dessa och se till att framskrida etiskt hållbart till målen.

I enlighet med det fyrfaldiga målet kan finanserna övervakas kvantitativt, medan både patienternas och yrkesfolkets nöjdhet kan mätas.

Läkarchefen måste kunna använda olika målsenliga indikatorer och vara förtrogen till exempel med hur man mäter styrkor och svagheter i livskvaliteten, samt bidra till att utveckla indikatorer. Läkarchefens kärnkompetensområden omfattar även kommunikation om faktorer som främjar eller hotar tjänsternas kvalitet, svagheter i de befintliga indikatorerna samt effekternas tidsrymd. Till exempel kommer de flesta effekterna av hälsopolitiska och andra beslut om hälsofrämjande att synas först om årtionden.

Då det är svårt att mäta resultatet är det viktigt att de avtalstekniska incitamenten utformas så att de sporrar aktörerna till god kvalitet. Rena kapitationsbaserade avtal och lönesystem uppmuntrar till underbehandling och till att listorna fylls med friska patienter, medan enbart prestationsbaserade avtal uppmuntrar till överbehandling. Ledaren måste både inom den privata och den offentliga sektorn uppmuntra och stödja personalen att göra sitt arbete patientorienterat.

Samtidigt bör man undvika incitament som uppmuntrar till under- eller övervård – eller dålig vård. Överlag är det oklart i vilken mån i synnerhet ekonomiska incitament får människor i professionsyrken – såsom läkare – att arbeta så bra som möjligt. Att betona besparingar som huvudmål är etiskt ohållbart ur proffsens synvinkel och hänger ihop med erfarenheter av illamående på arbetsplatsen.

Den kunskapsmässiga asymmetrin mellan läkaren och patienten framhäver incitamentens betydelse på gott och ont. Patienten kan inte alla gånger själv bedöma vilket slags vård hen behöver. Hen måste lita på att läkarna och vårdorganisationen utför ett gott arbete till hans bästa och att de inte utnyttjar hen för sina egna ekonomiska intressen. Detta förtroende är nödvändigt såväl för den enskilde läkaren som för hela professionen och vårdsystemet. ■

Läs mer:

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan ja takaisin. Duodecim 2020.

Lääkäriin vastaanoton laatu. Finlands Läkärförbunds rekommendation. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/muita-ohjeita-ja-suosituksia/vastaanoton-laatu/>

Modig N, Åhlström P. Tätä on Lean. Rheologica Publishing 2017.

Terveydenhuollon johtaminen. Finlands Läkareförbunds rekommendation. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/muita-ohjeita-ja-suosituksia/terveydenhuollon-johtaminen/>

Vartiainen P, Ollila S, Raisio H, Lindell J. Johtajana kaaoksen reunalla: kuinka selviytyä pirullisista ongelmista? Gaudeamus 2013.

WMA Declaration on Guidelines for Continuous Quality Improvement in Healthcare (1996) 2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-guidelines-for-continuous-quality-improvement-in-health-care/>

Medikalisering

Medikalisering är ett samhällsfenomen där frågor som tidigare inte ansågs medicinska börjar definieras från medicinsk synpunkt och diskuteras med medicinska begrepp.

Medikaliseringen har både positiva och negativa följder. Vetenskaplig kunskap om verkningen av olika behandlingar i kombination med läkarens yrkesskicklighet är det bästa sättet att skilja god medikalisering från dålig och undvika dess risker.

Medikaliseringen framträder på många sätt i samhället. Den är lätt att upptäcka om det gäller någon helt ny medikaliserad fråga. Om språkbruket och inställningen redan har hunnit få medicinska drag är medikaliseringen svårare att upptäcka. I sådana fall känns det redan naturligt att behandla frågan som en medicinsk fråga.

Till medikaliseringens negativa fenomen inom hälso- och sjukvården hör överundersökning, överbehandling och överdiagnos. Överundersökning avser medicinska prover, kontroller eller screeningar som med rimlig sannolikhet inte kan förväntas ge en hälsofördel för patienten.

Överdiagnos avser identifiering av en sjukdom eller risk som patienten inte skulle ha lidit någon skada av eller fått symtom av. Vid överbehandling behandlas patienten överdrivet eller onödigt.

I det här fallet, behandling som patienten inte gynnar eller vars nackdelar uppväger fördelarna.

Andra fenomen i samband med medikalisering inkluderar förvandlingen av sjukdomsrisker till sjukdomar och att sjukdomskriterierna breddas, användning av dyra behandlingar som det sista strået mot allvarliga sjukdomar utan medicinska skäl, och en överbetoning av normala åldersrelaterade förändringar.

VAD BEROR MEDIKALISERINGEN PÅ?

En orsak till medikaliseringen är medicinens snabba utveckling. Det har blivit möjligt att medicinskt behandla företeelser som medicinen inte tidigare har kunnat påverka. Dessutom kan medicinska forskningsscenarier leda till överskattning av nya behandlingars verkningar i vardagen. Medikaliseringen förknippas ofta med osaklig marknadsföring och tomma löften. Trenden har gett det medicinska etablissemanget högre prestige och mer pengar, men även problem på grund av orealistiska förväntningar och ökade kostnader.

Medikaliseringen härstammar delvis från en rädsla för underdiagnos och underbehandling. Av rädsla för negativa följder överundersöks och överbehandlas patienterna. En läkare kan vara rädd för juridiska processer och klagomål från patienter, kritik från ledningen och sitt eget misslyckande. De sistnämnda är lär vara mer betydande i Finland, då rättsprocesser är sällsynta på grund av patientförsäkringar. Att tolerera osäkerhet är en viktig färdighet för läkare när det gäller att undvika överundersökning och överbehandling.

I Finlands nuvarande socialförsäkringssystem finns inslag som stöder medikalisering. I många förmåner är det väsentligt att definiera förmånmottagaren som sjuk. Detta skapar ett behov av att ge patienten en viss diagnos, även om det inte vore väsentligt, nödvändigt eller medicinskt motiverat för att behandla patientens problem.

Det finns också en efterfrågan på medikalisering. Samtidigt som medicinen erbjuder nya möjligheter har också samhällets välstånd och den sekulariserade individualismen ökat och förstärkts, vilket skapar en växande efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Den ökande hälsojournalismen kan bidra till att forma medborgarnas tankevärld och uppmärksamma dem på frågor som ökar medikaliseringen. På läkarmottagningen kan detta synas i form av överdrivna förväntningar hos patienter, samt i att patienterna kräver onödiga undersökningar och behandlingar. I dylika situationer framhävs läkarens interaktionsförmåga och kompetens att besluta om lämpliga behandlingslinjer tillsammans med patienten.

I extremfall är förväntningarna på medicinens möjligheter dock orealistiska, varvid hälsan får en kvasireligiös ställning som synonym till ett gott liv. Folk söker medicinska lösningar på alla problem i livet. Hälso- och sjukvården ses inte bara som ett system för att bota sjukdomar utan också som en kanal för att hantera ”kollektiv ångest” eller samhällsproblem. Detta perspektiv förklarar även den så kallade paramedikaliseringen, ett fenomen som motsvarar medikalisering men riktar sig till icke-medicinska behandlingar och där folk okritiskt söker hjälp lika väl från homeopati eller mirakeldieter som från läkarmottagningen. Både medikaliseringen och paramedikaliseringen framhäver hälsans betydelse i samhället.

HUR FÖRHÅLLA SIG TILL MEDIKALISERINGEN?

Normalt uppfattas medikaliseringen som ett negativt fenomen. Den kan emellertid förstås bättre om den ses som ett värdeneutralt samhällsfenomen, som är varken gott eller ont i sig. I många fall har medikaliseringen haft positiva verkningar. Förlossningskomplikationerna har minskat, undersöknings- och behandlingsmetoderna har utvecklats, psykiatriska sjukdomar är inte längre lika stigmatiserande som förr och folkhälsan har förbättrats tack vare sundare kostvanor. Till medikaliseringens negativa konsekvenser hör däremot till exempel att hitta på sjukdomar i marknadsföringssyfte, människornas onödiga oro för sin hälsa, maximering av undersökningar och behandlingar samt användningen av medicinska termer vid lösning av samhällsproblem.

Det ligger starka ekonomiska intressen bakom medikaliseringen. Då det dessutom finns en stor efterfrågan på medikalisering bör vi i allmänhet försöka stävja fenomenet. Medikalisering kan öka värdkostnaderna utan att ge hälso nytta. Dessa resurser blir inte tillgängliga för någon nyttigare verksamhet. Överbehandling bidrar därför också till underbehandling. Denna utmaning framhävs ytterligare i takt med att behoven inom hälso- och sjukvården växer snabbare än resurserna. Därtill utsätter medikaliseringen människor för värdrisker och kan dessutom orsaka ångest och överförsiktigt beteende för att undvika risker. Patienternas förmåga att ansvara för sig själva och sköta sina besvär kan försvagas.

Medicinen får inte vilseleda enskilda människor eller samhället och läkarna kan inte ge tomma löften om medicinens möjligheter. Att utnyttja människor i nöd i marknadsförings-syfte är inte lämpligt. Läkarkåren har förbundet sig att följa den medicinska vetenskapens praxis. (Se *Läkareden, Vetenskaplig evidens och vårdbeslut*) Finlands Läkarförbunds anvisningar om marknadsföring, som gäller läkare och tandläkare, förutsätter att marknadsföringen är sanningsenlig, saklig, pålitlig och följer god sed samt inte skrämmer målgruppen med sjukdom eller allvarliga symtom. Opartisk vetenskaplig information om olika behandlingsars effekt är, i kombination med läkarens yrkesskicklighet, det bästa sättet att skilja medikaliseringens positiva effekter från de negativa. Varje läkare bör i sitt arbete ta hänsyn till medikaliseringens utmaningar.

Diskussionsväckare

Exempel på fenomen som kan tolkas som medikalisering. Vilka förändringar är positiva, vilka negativa?

Varje människa kan ha någon riskfaktor som kan leda till sjukdom och som borde behandlas.

Den som har skolsvårigheter kan klassificeras som en person med koncentrations- eller beteendestörning.

Den som tidigare varit ond eller kriminell kan klassificeras som en person som lider av narcissistisk personlighetsstörning.

Olika sorters miljööverkänslighet är föremål för intensiv debatt.

En smittsam sjukdom som skördat några dödsoffer i världen orsakar global panik.

Hälsan är ett ofta förekommande tema i offentligheten. Kändisar talar öppet om sina sjukdomar i hälsotidskrifter och tv-program.

Medicinska termer används i olika sammanhang, man talar till exempel om sjuka hus och "Åbosjukan".

Åldrande ses som en sjukdom. Rynkor avlägsnas kirurgiskt eller med botulinumtoxin, åldrande "behandlas" med antioxidanter.

Amalgam, jästsyndrom, fluor i dricksvatten, elallergi och strålning är alla föremål för en livlig debatt.

Individens egen mätning av kroppsfunktioner och reglering av livsstil genom teknisk utrustning och appar ökar. Genom detta strävar man efter att hantera hälsorisker och förbättra funktionsförmågan. ■

Läs mer:

Lääkäreitä ja lääkäripalveluja koskevat markkinointiohjeet. Finlands Läkarförbund 1999. www.laakariliitto.fi/etiikka
Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 19/2003. Tema: medikalisatio, ss 1855–905.

Konsumism

Konsumism, fokusering på konsumenterna, betonar människornas självbestämmanderätt, valfrihet, hälso- och sjukvårdens transparens och patientens fria tillgång till information. Dessa mål är värda allt understöd. Konsumismen kan höja vårdens kvalitet.

Men då den drivs till sin spets kan konsumismen motarbeta jämlikhet och öka efterfrågan på metoder som strider mot vetenskaplig evidens men marknadsförs effektivt.

Konsumism kan beskrivas som konsumentorientering. Inom samhällsekonomi innebär detta att människornas konsumtionsbeteende får en central roll. Konsumenten hämtar pengar till samhället samtidigt som hans val styr utbudet så att man förutsätter att en tjänst eller förnödenhet antas bli högklassigare och förmånligare.

Inom hälso- och sjukvården innebär konsumismen en idéströmning enligt vilken människor som skaffar hälsovårdstjänster fungerar på samma sätt som då de köper vilken som helst tjänst eller nytta, det vill säga de försöker få den högklassigaste lämpliga tjänsten så billigt som möjligt.

Inom vården betonar konsumismen i praktiken medborgarens självbestämmanderätt, fria tillgång till information och valfrihet samt hälso- och sjukvårdens transparens. Därtill inskränker den de medicinska yrkesgruppernas auktoritetsställning. Dessa mål är värda allt understöd. Idéströmningen har påverkat hälso- och sjukvården i Finland och gett medborgarna fler möjligheter.

I långt förda konsumistiska strömningar ingår även risker: hälsomässig ojämlikhet och växande efterfrågan på metoder som saknar evidens men marknadsförs effektivt. Marknadsföring och reklam ökar hälsobehoven. Hälsa uppfattas som en råvara och konsumtionsvara.

KONSUMISMENS GODA SIDOR

Konsumismen understryker medborgarens ställning och valfrihet. Betecknande för strömningen är kritiken mot ordet ”patient”, som man har velat ersätta med ”klient” eller ”konsument”.

Konsumismen motiveras med att den

- förbättrar den enskilda människans självbestämmanderätt och valfrihet
- ökar hälso- och sjukvårdens transparens
- stärker patienternas ställning i vårdssystemet
- försvagar det medicinska etablissemangets auktoritetsposition
- ger bättre vårdresultat då patienterna är mer engagerade i sin vård
- höjer vårdtjänsternas kvalitet tack vare konkurrensutsättning
- minskar hälso- och sjukvårdskostnaderna

Strävan att förbättra medborgarnas ställning i hälso- och sjukvården är värd allt understöd, och det är ett mål också för vår lagstiftning. Konsumistiska mål är patientens rätt att välja sin egen vårdplats och behandlande läkare samt rätt att ta del av sina egna hälsouppgifter.

KONSUMISMENS RISKER

Konsumismens möjligheter att sänka vårdkostnaderna har ifrågasatts. Exempelvis i Förenta Staterna kan man förmoda att konsumismen höjt kostnaderna för marknadsföring, förvaltning och ansvarsförsäkring och ökat både defensiva medicinska åtgärder (undersökningar och behandlingar för att säkra läkarens rättsliga bakgrund) och användningen av medicinskt onödiga eller endast marginellt nyttiga tjänster.

Konsumismens eventuella etiska problem beror på i vilken form och hur långt det konsumistiska tänkandet sträcks. Både risker och möjligheter har till stor del att göra med att hälso- och sjukvården förvandlats till kommersiell vård. (Se *Privat och offentlig vård*)

- Långt driven konsumism förutsätter ett kommersiellt vårdssystem, vilket kan öka efterfrågan via marknadsföring och dylikt.
- Begreppen kund- och klientrelation fördunklas då samhället är den huvudsakliga betalaren. Valfrihet i kombination med en extern betalare bildar en moralisk risk för såväl producenten som medborgaren.
- Valfrihet kan göra det möjligt att manipulera systemet bland annat genom besök på flera vårdenheter utan hälsonytta.
- Konsumismen kan gynna starkt marknadsförda eller effektfullt uppslagna undersökningar och behandlingar på bekostnad av vetenskapligt bekräftad verkningsfullhet.
- Konsumismen kan diskriminera dels metoder av ringa kommersiellt värde, såsom hälsofrämjande eller billiga behandlingar, eller fattiga befolkningsgrupper.
- Ojämligheten i vården kan öka, eftersom bara en del av befolkningen är kapabel att göra upplysta val. De friskaste och rikaste kan anlita mest tjänster.

VALFRIHETEN OCH DESS GRÄNSER

Det konsumistiska tänkesättet bygger på att kunden har rätt att rösta med plånboken. Då finns det en risk för att människor tror sig ha sådana rättigheter som inte kan finnas vare sig i hälso- och sjukvården eller annan offentligt finansierad verksamhet eller att de ställer krav som strider mot läkarens yrkesetik.

Inom hälso- och sjukvården bör man komma ihåg att mer inte nödvändigtvis är bättre. Med omfattande diagnostik orsakar man onödiga, dyra och till och med skadliga uppföljningsundersökningar och ingrepp. Medicinering och invasiva ingrepp har också sina risker och biverkningar.

Patientfall

En person har ont i ryggen. Inga bilddiagnostiska indikationer finns, men personen vill absolut att orsaken till värken reds ut. Hen önskar datortomografi trots att man förklarar strålriskerna för hen. Normal röntgen nöjer hen sig inte med. Bör personalen gå med på kraven? Ska praxis vara annorlunda inom den offentliga sektorn än den privata, där den offentliga finansieringsandelen är mindre? Eller bör man för undvikande av onödig strålning ta en (dyrare) magnetkamerabild? Tänk om det i magnetkamerabilden finns oskyldiga bifynd som inte förklarar patientens symtom?

Medborgarnas valfrihet och självbestämmanderätt är positiva fenomen. Finlands Läkareförbund har aktivt arbetat för att ge patienterna större rättigheter att delta i sin egen vård och dess planering. Patienten ska ha rätt att välja sin vårdplats och sin behandlande läkare och vid behov också få en annan läkares åsikt om sitt problem. Det finns fortfarande gott om plats att utvidga patienternas rättigheter i Finland, vilket väntas förbättra vårdens tillgänglighet och kvalitet.

En begränsning av konsumismen inom hälso- och sjukvården är etiskt motiverad då man vill värna om rättviseaspekterna och skydda patienten. Ingen patient kan ha rätt att kräva medicinskt omotiverad behandling, och sådan ska inte ges ens om patienten ensam betalar den. De flesta undersökningar och behandlingar är förknippade med risker (bland annat tilläggsundersökningar och farhågor på grund av falska positiva fynd), och de resurser de tilldelas tas alltid från någonting annat – inklusive den dyrbara läkartiden. ■

Läs mer:

Toiviainen h. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemys potilaista kuluttajina. Doktorsavhandling. Helsingfors universitet. Medicinska fakulteten. Tutkimuksia 160. Stakes, Helsingfors.

Toiviainen h. Konsumerismi, potilaan voimaantumisen ja lääkärin työn muuttuminen. Duodecim 2011;127(8):777–83.

Launis v. Onko lääketieteen eettinen ilmasto muuttunut? Duodecim 2012;218(19):1944–5.

Den artificiella intelligensens etik i läkararbetet

Det är läkarnas möjlighet och skyldighet att på ett ansvarsfullt och fullt ut använda ny teknik till förmån för sina patienter.

Vid användning av artificiell intelligens måste läkaren agera enligt läkaretikens principer och alltid förhålla sig reserverat till resultatet som ges av algoritmen.

Artificiell intelligens, artificial intelligence eller augmented intelligence (AI) avser ett systems förmåga att tolka externa data korrekt, lära sig av sådan information och använda inlärd saker för att uppnå vissa mål och uppgifter genom flexibel anpassning. AI påverkar läkararbetet på två olika sätt: enligt hur AI fungerar idag och enligt vad AI möjligen kan göra i morgon. Det förstnämnda gäller olika tillämpningar av applikationer med snäv AI, och i det senare tillkommer en möjlig artificiell generell intelligens (AGI). Dessa två utvecklingslinjer skapar mycket olika typer av etiska utmaningar.

Snäv AI kan utföra en viss nischuppgift likt en intelligent aktör. Tidigare försökte man utveckla artificiell intelligens genom att utforma komplexa datorprogram, där hela AI-prestandan var under programmerarens kontroll. Både etiska och juridiska frågor är relativt enkla. Programmeraren ansvarar för att programmet fungerar korrekt och användaren har ett ansvar för att använda programmet korrekt. Så gott som alla av dagens AI-program fungerar är produkter av maskininläring. Detta har möjliggjorts genom de stora mängder data

som finns tillgängliga i dag, förmågan att överföra data snabbt och datorernas kalkyleringskapacitet. Maskininlärning är nödvändig om man vill utnyttja tillgängliga data. Detta medför nya etiska perspektiv även till läkararbetet. Det är läkarnas möjlighet och skyldighet att på ett ansvarsfullt och fullt ut använda ny teknik till förmån för sina patienter.

MASKININLÄRNINGENS PRINCIP

Inom maskininlärning ges data och svaret, vilket resulterar i en mall för att komma till svaret, medan man i traditionell programmering ger data och en beräkningsmodell och får ett svar. AI använder en beräkningsformel (algoritm) som utvecklats och optimerats genom maskininlärning. I ett bredare perspektiv är det oftast fråga om identifiering eller en prediktiv funktion: finns det en intrakraniell blödning på bilden eller inte, vilken riskkategori tillhör en person i fråga om sjukdomen och så vidare. Artificiell intelligens har till exempel använts för tidig identifiering av sepsisinfektion hos prematurer.

Maskininlärning kan antingen vara 1) vägled (supervised), varvid maskinen i inlärningskedet får veta om den har rätt, eller 2) icke-vägled (unsupervised), där algoritmen till exempel får dela upp data i klasser. Den senare används till exempel för att skapa hypoteser. De flesta tillämpningar som används eller utvecklas för närvarande bygger på vägled inlärning.

TILLÄMPNINGAR AV MASKININLÄRNING - LÄKARENS ETIK OCH ANSVAR

Maskininlärning baseras på induktivt resonemang där det inte finns något definitivt svar. I stället förstärks slutsatsen genom ökade observationer. En sjuk person har en viss uppsättning symtom, som även följande person och därpå följande har. Vid detektering av dessa symtom börjar maskinen föreslå sjukdomen i fråga. I praktiken gör snäv AI två saker, den identifierar (ofta genom uppdelning i klasser) och förutspår. Induktion är en central del av de etiska utmaningarna med snäv AI, då en algoritm som byggts av snäv AI endast använder egenskaper som den har lärt. När en läkare bedömer resultatet från AI bör hen kunna svara på frågan om patienten kan beskrivas av de egenskaper (flöden) som maskininlärningsmodellen bygger på, samt på frågan om dessa flöden använts korrekt. På grund av maskininlärningsmodellernas komplexitet kan detta vara mycket svårt.

När AI används som ett tillägg till mänskligt arbete, till exempel vid kontroll av olika certifierade enheter, sensorisk support eller för att skapa virtuell verklighet för att hjälpa en kirurg, är situationen tydlig ur etisk synvinkel. Om dessa tekniker kan förbättra patientvården bör de användas.

När AI:ns resultat används i beslutsfattandet är det viktigt hur den mottagna identifieraren eller prognosen används. Den kan antingen bara 1) anmälas, 2) motivera ett åtgärdsförslag, eller 3) automatiskt utföra någon åtgärd på basis av resultatet. AI:ns etiska frågor och ansvarsfrågor förknippas med användningen av AI för identifiering, prognos och beslutsfattande.

1) Vid anmälan fungerar prognosen av AI som ett hjälpmedel för läkarens beslutsfattande, och läkaren ger den en viss betydelse med hjälp av sin yrkeskunnsighet. Om enheten gör logiska resonemang eller mer komplexa beräkningar än entydiga aritmetiska kalkyler försätter behandlingsförslaget som ges av algoritmen läkaren i en mer krävande situation. Kan en läkare anklagas om hen agerar i strid med algoritmens förslag, eller kan hen anklagas

om hen agerar i enlighet med förslaget om resultatet är dåligt? Med tanke på att båda tankegångarna är möjliga bör lagstiftningen garantera läkaren både tillräcklig autonomi och adekvat rättsskydd i dessa situationer. Här måste man ta hänsyn till AI:ns induktivitet, varför läkaren alltid måste förhålla sig reserverat till resultatet som ges av algoritmen. I praktiken förblir ansvaret för beslutet hos läkaren.

2) Om ett program utlöser en varning när ett visst poängantal uppnås, är algoritmen en medicinsk enhet. Tillverkaren har ansvaret för att säkerställa att enheten utför kalkylen korrekt. Om datainmatning krävs ansvarar den person som matar in uppgifterna för korrekt inmatning av informationen. Att tolka och använda information i rätt sammanhang är på användarens ansvar. Läkaren bör också kunna inse på vilka grunder AI kom fram till sitt förslag. Då en maskin ofta har använt en mycket stor mängd olika typer av data och komplexa beräkningsmetoder vid inlärning, är det ofta svårt att gestalta dessa grunder. Å sin sida är det inte nödvändigtvis etiskt att inte utnyttja AI. Det finns ingen enkel lösning på utmaningen. Då det i detta utvecklingsskede inte finns någon färdig praxis har läkarna en etisk skyldighet att delta i debatten om användningen av artificiell intelligens.

3) I den allmänna etiska debatten har ansvaret tagits upp som ett problem i en situation där AI gör saker direkt på basis av sitt eget resultat utan mänsklig bedömning. I sista hand kan situationen jämföras med annan användning av teknik. I en situation där algoritmen automatiskt utför en procedur ansvarar läkaren för valet av rätt algoritm för patienten och naturligtvis för att övervaka dess funktion. Här ska läkaren kunna fatta sitt beslut på rent terapeutiska grunder. Algoritmens funktionalitet är på tillverkarens ansvar. På samma sätt är tillverkaren ansvarig för att algoritmens funktion och de variabler som påverkar den har beskrivits heltäckande och transparent.

UTMANINGAR I AI-BESLUT

Att grunderna för beslut som är förknippade med komplexa algoritmer som använder stora mängder data inte är transparenta är ett problem. I det här fallet har tillverkaren, i en idealisk situation, alltid ansvaret för att beskriva både de variabler som man erbjudit modellen och de variabler man valt för den slutliga modellen. I fråga om variabler som är tydligt definierade som tal eller enligt logiska kategorier kan denna beskrivning göras. Maskininlärning använder dock till exempel mycket bilddata. Härmed kan det vara svårt att gestalta hela grunden för den klassificering eller rekommendation som maskinen producerar. Vem bär det etiska ansvaret för om maskinens förslag är felaktigt diskriminerande? Ett exempel på verkligheten är en algoritm som förutsäger risken för återfallsbrottslighet, som betonade hudfärg. I läkarens arbete bör algoritmernas grundläggande antaganden vara kända. Slutsatser baserade på asiatiska eller amerikanska patientdata kan till exempel inte nödvändigtvis tillämpas på den finländska befolkningen som sådana.

Etiskt tvivelaktigt är att inkludera ekonomiska attribut i flödet av vårdmässig AI. Algoritmer som stöder terapeutiskt beslutsfattande måste åtskiljas från algoritmer som utvärderar ekonomiska perspektiv.

Processen för maskininlärning kan också vara cyklisk. Maskinen lär sig hela tiden mer och fortsätter att optimera algoritmen. I medicintekniska produkter och terapeutiska algoritmer är problemet att man efter varje ny optimering bör testa algoritmens säkerhet och effektivitet på nytt. Därför har man utarbetat instruktioner om datorprogram som medicintekniska pro-

dukt (software as a medical device). I praktiken används algoritmen för det den optimerats för. En ny optimering utförs som separata uppdateringar.

UTNYTTJANDE AV BETEENDEÖVERSKOTT

I den digitala världen ger vi alla upphov till stora mängder data, som beskrivs med termen beteendeöverskott (behavioral surplus). Detta gäller data som bildats som biprodukt av individens webbetende. AI:ns praktiska etik är till stor del kopplad till utnyttjandet av beteendeöverskott. Till exempel kan AI användas i stor utsträckning för att övervaka hälsotillståndet hos en befolkning. Ju mer olika slags information vi kan samla in om en individ (rörlighet, konsumtionsvanor, sociala medier och så vidare), desto bättre kan vi bedöma deras hälsorisker. Detta kan dock endast göras med individens samtycke, då EU:s dataskyddsförordning fastställer strikta gränser för datainsamling och strikta individuella dataskyddskrav. Samtycke bör noggrant definieras för en specifik situation och användning. Om man genom att kombinera befintliga uppgifter kan upptäcka en hälsorisk för en individ som kan förebyggas genom lämpliga ingrepp, kan man göra denna analys och informera individen om situationen? Ja, om personen har gett sitt samtycke till sådan användning av information.

Med hjälp av spårning har den digitala världen redan visat att människor redo att ge upp sin integritet för någon annan fördel. Det finns inget entydigt svar på hur läkaren ska positionera sig i denna förändring. Det som är viktigt är att vid behov uppdatera verksamhetsmodeller och delta i diskussionen. En individs beredskap att dela sin information bygger inte alltid på insikt om alla användningsmöjligheter för informationen. Om någon viss information från en enskild person inte skulle berätta något djupt om en persons hälsotillstånd, kan samma data som samlas in från miljontals människor, med hjälp av artificiell intelligens, ge till exempel betydande information om hälsan hos en viss individ. I så fall handlar det inte om sekundär användning av hälsodata, som stadgas separat i lag, utan om sekundär användning av icke-hälsorelaterade uppgifter för hälsorelaterade ändamål. Det är en läkares etiska skyldighet att handla i patientens och individens bästa intresse, även när medicinsk expertis i ökande grad konsulteras för produktion av algoritmisk hälsoteknik.

Artificiell intelligens öppnar nya möjligheter att använda data som samlas in från oss alla för att upptäcka hälsorisker från en tidig ålder, så läkaren bör använda denna information till förmån för patienten och med respekt för hens integritet. Men när algoritmer utvecklas krävs inte medicinsk expertis för att de ska kunna skapa prognoser om hälsotillstånd. Kan till exempel en arbetsgivare kräva att få information från sociala medier om en arbetssökande för att utföra en karaktärs- eller riskanalys av den sökande? Hur ska en företagshälsoläkare behandla en begäran att delta i sådant arbete? Är personen vars riskprofil läkaren ser i maskinen en patient eller något annat? Det finns fortfarande inga tydliga svar på allt. Läkaren är i första hand på patientens sida och det är viktigt att upprätthålla förtroendet mellan läkare och patient även när man utnyttjar artificiell intelligens.

MÖJLIGHET TILL ARTIFICIELL GENERELL INTELLIGENS

Artificiell generell intelligens (AGI) skulle likt människohjärnan kunna lösa flera olika typer av problem och använda sina tidigare inlärd fakta rationellt i nya situationer utan separat programmering. Experterna uppskattar att AGI kan bli verklighet om allt från drygt tio år till aldrig. Det beror delvis på att ingen ännu vet hur mänsklig intelligens fungerar. De rikt-

linjer och koder som borde bifogas sådana superintelligenser eller relaterade rättsliga frågor har redan dryftats.

AGI är fortfarande ett teoretiskt begrepp, men redan möjligheten till dess existens skapar etiska frågor. Av dessa berörs läkaren särskilt av frågor som rör läkarens skydd av liv. Om vi hade något mellan oss eller något som till sin intellektuella prestation vore jämnt med oss eller stod ovanför oss, borde AI då också ges rättigheter som autonomt väsen? Värderar vi AI utifrån intelligens, svårdefinierat medvetande eller något annat? Det finns inga entydiga svar på dessa frågor. Människan och andra djurarter utgör en helhet. På grund av detta har blotta möjligheten till AGI medfört nya dimensioner till det etiska resonemanget om medicinsk praxis, till exempel i fråga om djurförsök.

Artificiell intelligens har potential att både utöka vår förståelse och krympa den. Etiken löser vi genom vår förmåga att främja det förstnämnda och undvika det senare. Vid användning av artificiell intelligens ska läkaren alltid handla enligt etiska principer. ■

Läs mer:

Domingos P. The Master algorithm. Basic Books, 2015.

Software as a medical device. <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health/software-medical-device-samd>.

Zuboff S. The age of surveillance capitalism. www.profilebooks.com, 2019.

Boström N. Superintelligence. Oxford University Press, 2017.

Hälsofrämjande och preventiv vård

Befolkningens hälsa påverkas av mycket annat och många andra samhällssektorer än hälsovården, som är läkarnas traditionella arbetsfält. Att främja hälsan kan förbättra människornas vardag och förutsättningar att sköta sin egen hälsa. Läkaren och tandläkaren kan delta i hälsofrämjandet både på mottagningen och inom sin gemenskap. Av de hälsofrämjande åtgärderna är i synnerhet screeningundersökningar och vaccinationer effektiva sätt att förebygga sjukdomar.



Hälsofrämjande och hälsorådgivning

Hälsofrämjandets mål är att ge människorna fler möjligheter och förutsättningar att sköta sin egen hälsa och hälsan inom närmiljön. Att främja och upprätthålla hälsan skapar välbefinnande och bidrar till att undvika det lidande som sjukdomar orsakar genom att förebygga dessa. Socialt är detta fördelaktigare än att behandla sjukdomar. Därför är det läkarens professionella skyldighet att lyfta patientens levnadsvanor till diskussion om de hotar patientens hälsa, att berätta om risker och att uppmuntra patienten att göra hälsomässigt positiva val.

Hälsofrämjandet bygger på samhällets och läkarprofessionens värden. Dess syfte är att ge människorna fler möjligheter och förutsättningar att sköta sin egen hälsa och hälsan inom närmiljön (Ottawa Charter 1986).

Hälsa och välbefinnande främjas på många olika sätt:

- 1) genom olika praxis och politiska lösningar
- 2) genom att skydda och utveckla livsmiljön
- 3) genom att stödja gemenskapsstrukturer och samhällelig medverkan
- 4) genom att öka människornas kunskaper och färdigheter
- 5) genom att utveckla tjänsterna så att de främjar hälsan och förebygger sjukdomar

Hälsa och välfärd är omfattande och värdeladdade begrepp som inte kan definieras enbart på naturvetenskapliga grunder. Var gränsen mellan individens frihet och ansvar dras byggs på samhällets värden. Befolkningens hälsa påverkas av mycket annat och många andra samhällssektorer än hälsovården. Hälsan definieras av individuella faktorer (ålder, arvs massa, erfarenheter), sociala faktorer (inkomst, sociala sammanhang), strukturella faktorer (utbildning, arbetsförhållanden) och kulturella faktorer (samhället, attityder). Läkarna främjar hälsan på alla samhällsnivåer: hälsorådgivningen når den enskilda individen, medan forskningsrörelsen når de grupper som kan tillämpa dem och en etisk värdegrund som betonar jämlikhet och rättvisa når samhällets beslutsmaskineri.

HÄLSORÅDGIVNING

En läkare har endast begränsade möjligheter att påverka de val som en patient gör. Läkaren kan bara påverka patientens val i begränsad utsträckning. Ändå är det läkarens skyldighet att utgående från sina egna kunskaper råda sin patient och stödja patienten i valet av hälsofrämjande alternativ. Av läkaren förutsätter hälsorådgivningen inte bara yrkeskompetens utan även en förmåga till växelverkan, lyhördhet för att identifiera patientens behov och respekt för patientens självbestämmanderätt. Läkaren ska inte utöva påtryckning på patienten, tjata eller påtvinga information om patienten inte vill ta emot den.

Hälsorådgivningens skyldigheter på olika nivåer av verksamheten:

- Läkaren måste ta ställning till värdefrågor då hen dryftar vilket slags hälsorådgivning hans patient behöver och när den ska ges.
- På sin arbetsplats måste läkaren göra val till exempel när hen beslutar om resurserna för vård och preventiv vård.
- Med stöd av sin utbildning och sitt expertuppdrag spelar läkaren en betydande roll i det samhälleliga beslutsfattandet.

RÅDGIVNING OCH INDIVIDEN

Rådgivning berör ofta levnadsvanor som hotar patientens hälsa, såsom rökning, rusmedel, ohälsosam kost eller låg fysisk aktivitet. Det är läkarens professionella skyldighet att lyfta levnadsvanorna till diskussion, informera patienten om de risker de orsakar och tillsammans med patienten överväga möjligheterna att ändra levnadsvanorna. Ett av arbetssätten kan vara motiverande intervjuer. Rådgivningen ska genomföras så att patienten själv är i mittpunkten när det gäller att besluta om frågor som rör hans vardag och välbefinnande. Patientens egna åsikter måste ges utrymme, annars kan effekterna på hälsan förbli marginella. Det finns påtagliga skillnader i patienternas förmåga att ändra sina levnadsvanor, och den närmaste omgivningen kan också förhålla sig negativt till förändringarna. I detta fall kan tröskeln för att göra hälsofrämjande val bli överväldigande för patienten. Det är därför viktigt att information om den risk som livsstilen utgör kommuniceras tydligt och utan beskyllningar, såsom till exempel: ”det är nödvändigt att minska alkoholkonsumtionen för att minska sjukdomsrisken” eller ”om ni går ner i vikt och motionerar mer behöver era ledproblem inte försvåras”. Om patienten vill ändra sina levnadsvanor ska hen erbjudas stöd för detta. (Se [Egenvård, levnadsvanor och munhälsa](#))

Hälsorådgivning är en utmaning i brådskande patientarbete. Läkaren bör förstå levnadsvanorna som en del av livets helhet och uppmuntra patienten att göra positiva val med tanke på hälsan. Syftet är att ge människorna fler möjligheter och förutsättningar att sköta sin egen och sina närmastes hälsa. Läkaren bör hålla i minnet att människan själv ansvarar för sina egna val, men att insjuknande inte på långa vägar alltid beror enbart på människans egna val.

Patientfall

I skolhälsovårdens hälsokontroll luktar en flicka på åttonde klass tobak. I förhandsformuläret har hon svarat att hon inte röker och upprepar det då hon tillfrågas. Läkaren berättar ändå om tobakens faror för flickor i pubertetsåldern och ger en broschyr om rökning och tobaksberoende bland unga. Var hälsoinformationen motiverad?

En patient kommer till en allmänläkares mottagning på grund av sömnsvårigheter. Under samtalet går läkaren och patienten genom eventuella orsaker till detta: skiftesarbete, livssituation eller rusmedel. I Audit-testet för alkoholkonsumtion får patienten 15 poäng. BMI är omkring 35 och patienten röker. Läkaren frågar vad patienten själv anser om sina alkoholvanor, och patienten berättar att hen har försökt göra det lättare att somna med hjälp av alkohol, men med klen framgång. Läkaren berättar i korthet hur alkohol både kvalitativt och kvantitativt påverkar sömnen samt om nyttan av att dricka mindre. Borde läkaren också ta upp rökningen och övervikten?

RÅDGIVNING OCH SAMHÄLLET

Enligt grundlagen (731/1999) ska det allmänna främja befolkningens hälsa. I vidare bemärkelse har denna skyldighet ansetts syfta både på förebyggande åtgärder och på en allmän samhällsutveckling i mer hälsofrämjande riktning. Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) förpliktar kommunerna att ordna hälsorådgivning och att i sin strategiska planering ställa upp mål för främjandet av hälsa och välfärd, samt utse de instanser som ansvarar för den hälso- och välfärdsfrämjande verksamheten.

Hälsofrämjande på arbetsplatser fokuserar ofta på rättvisa, ansvarsfullhet och respekt. Lagen om företagshälsovård (1383/2001) erbjuder många möjligheter till hälsofrämjande. Företagshälsovårdens mål är att främja förebyggandet av sjukdomar och olycksfall i anslutning till eller som följd av arbetet, hälsa och säkerhet i arbetet och arbetsmiljön samt arbetstagarnas hälsa och arbets- och funktionsförmåga.

Samhället påverkar människornas beteende och livsmiljö genom lagstiftning och politiska beslut, med vars hjälp man kan förebygga skador och främja hälsosamma val. Syftet med olika kampanjer och informationsverksamhet är att påverka attityder, beteende och val. Till exempel kan man genom stadsplanering göra det lättare att röra sig utan bil. Genom alkohollagen kan man begränsa försäljningen och marknadsföringen av alkohol, medan man genom skattepolitiken kan påverka konsumtionen av ohälsosamma näringsämnen. Genom sina val beslutar samhället om hälsa ses som ett viktigare mål än fri tillgång till alkohol.

Bedömning av hälsokonsekvenser har blivit allt viktigare i det politiska beslutsfattandet, vilket förpliktar läkarna till aktivitet som experter. I hur stor utsträckning det är moti-

verat att begränsa och styra människornas liv i hälsofrämjandets namn är emellertid i sista hand en kultur-, värderings- och tidsbunden värdefråga. (Se [Medikalisering, Konsumerism](#)) ■

Läs mer:

WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
<https://thl.fi>
<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/terveyden-edistaminen>
Terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENEs publikationer 19, 2008. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+19+Terveyden+edistamisen+eettiset+haasteet.pdf/8b7f4fb9-71ef-4811-bc06-8d117222d049/ETENE-julkaisu+19+Terveyden+edistamisen+eettiset+haasteet.pdf>

Screeningundersökningar inom hälso- och sjukvården

Syftet med screening är att identifiera personer utan symtom som löper stor risk att insjukna eller redan har insjuknat i den sjukdom screeningen gäller. Screening och vården ska förbättra sjukdomens naturliga prognos, och de patienter som screeningen identifierar ska också garanteras sakkunnig vård. Screeningens effektivitet och potentiella skador bör övervakas aktivt.

Ett screeningprogram gäller en på förhand definierad befolkningsgrupp och förutsätter inte initiativ från de undersökta. Screeningarnas frivillighet måste framhävas, då deltagandet i screeningar arrangerade av hälsovården kan upplevas som obligatoriskt.

Det är nödvändigt att kommunicera tydligt om screeningprogrammets mål och innehåll och att deltagarnas samtycke till undersökningen bygger på kunskap om dess innehåll. Individens beslut att delta eller inte delta får inte leda till ojämlig behandling.

Resultaten av genetiska screeningar kan påverka inte bara den screenade personen själv, utan även nära släktingars hälsa.

Screening skiljer sig avsevärt från en situation där patienten söker sig till undersökningar på grund av symtom. På patientens begäran gör läkaren sitt bästa för att fastställa orsaken och ordna behandling, men knapp medicinsk kunskap kan förhindra korrekt diagnos eller upptäckten av en förbättrande behandling.

I screeningprogrammen har man vänt på situationen: sjukvården erbjuder undersökningen till en särskild befolkningsgrupp för att avslöja sjukdomen eller dess risk, utan att kanske oroa sig för studiens målgrupp. Att tillhandahålla ett screeningprogram gör målgruppen medveten om sjukdomsrisk, och screening innebär alltid förekomsten av falskt positiva resultat. Följden blir att screeningprogrammen också ger upphov till oro. En grundförutsätt-

ning för alla screeningprogram som erbjuds av hälso- och sjukvården är att korrekt diagnos och förutsägbar behandling ordnas utan dröjsmål.

PRINCIPER FÖR SCREENING

År 1968 publicerade Världshälsoorganisationen WHO allmänna principer för screeningundersökningar. Den danska medicinalstyrelsen kompletterade sedermera listan genom att beakta befolkningens större hälsomedvetenhet än tidigare samt uppbyggandet av kvalitetsstyrningen och av screeningorganisationen. Social- och hälsovårdsministeriets screeningarbetsgrupp kombinerade de traditionella och de nya kriterierna till en logiskt följdriktig och begreppsligt enhetlig förteckning. I Finland har man sedan år 2004 bedömt redan existerande och föreslagna nya screeningprogram enligt kriterierna nedan.

Screeningens bedömningskriterier:

Numren på WHO:s och det danska etiska rådets (D) ursprungliga kriterier anges inom parentes. Utöver dessa kan man ställa upp tilläggs-kriterier, om de anses nödvändiga för målgruppen eller sjukdomen.

1. Sjukdomen har stor betydelse både individuellt och samhälleligt. (WHO1)
2. Sjukdomen kan genom screening upptäckas på ett tidigare stadium än den annars skulle upptäckas. (WHO4)
3. Sjukdomens naturliga förlopp är välkänt. (WHO7)
4. För sjukdomen finns en ändamålsenlig screeningmetod (WHO5), för vilken man känner till - dess lämplighet för screening (D11a)
 - dess sensitivitet och specificitet (D11b)
 - resultatets prognosvärde, det vill säga de falskt positiva och negativa testresultatens betydelse (D11c).
5. Befolkningen accepterar både screeningen och den metod som används för att verifiera sjukdomen. (WHO6)
6. Innan screeningen inleds har en bedömning gjorts av (D12)
 - dess stämplande effekt (D12b)
 - dess psykologiska och etiska betydelse för dem som deltar (D12a)
 - betydelsen av falskt positiva och falskt negativa fynd.
7. Riktlinjerna för vem som ska vårdas som patienter är klara. (WHO8)
8. Det finns en effektiv, godkänd behandling mot sjukdomen. (WHO2)
9. De undersökningar och behandlingsmöjligheter som behövs för att verifiera sjukdomen finns. (WHO3)
10. Screeningorganisationen är klargjord i detalj (D14), i synnerhet
 - screeningens nationella och regionala nivå (D14a)
 - kvalitetsstyrningen och registreringen av resultaten (D14b, c)
 - screeningbroschyr och information till befolkningen (D14e)
 - patienternas färd i organisationen (triage) (D14d)
 - personalens utbildning (D14f)
 - information och rådgivning om resultaten (D14g).
11. De undersöknings- och behandlingskostnader screeningen ger upphov till har beskrivits. (WHO9)

12. En bedömning av screeningens verkningsfullhet har gjorts. (D13)
13. Screening är fortlöpande (WHO10).
14. Screeningens totalkostnader är skäliga i jämförelse med andra hälso- och sjukvårdstjänster (WHO9).

Screeningbehovet bedöms alltid utifrån landets sjukdomsspektrum och resurser. Screeningprogram från andra länder kan användas som stöd när man överväger att starta nya screeningprogram. Metoden måste behärskas och gränsvärdena för det normala måste vara klara innan programmet inleds. Ett högklassigt screeningprogram fungerar oklanderligt i alla steg: identifiering av målgruppen, genomförandet av screeningen, meddelande om svar, ordnande av fortsatta diagnostiska undersökningar, remisser samt kvalitetskontrollen i hela organisationen.

Statsrådets förordning om screening (339/2011) fastslår jämlikt erbjudna nationella screeningprogram för bröstcancer, cancer i livmoderhalsen samt screening av fostrets struktur- och kromosomavvikelser. Nya program kan vid behov fogas till förordningen. Särskilt har man diskuterat screening av tjock- och ändtarmscancer, som redan görs i vissa kommuner.

Inom hälso- och sjukvården genomförs förutom de screeningprogram som nämns i förordningen också andra nationellt styrda screeningar som särskilt berör barn, unga och gravida. Även i dessa screeningar bör man säkra att målgruppen får tillräckligt med information, garantera fortsatta undersökningar och omedelbar vård samt medborgarnas jämlikhet. Till exempel screenas nyfödda för ett antal sällsynta metabola sjukdomar, men det tar tid att implementera en enhetlig praxis i hela landet.

I nationell erbjudna screeningprogram är det alltid fråga om ett värdeval: en specifik sjukdom eller ett specifikt tillstånd bedöms som så viktigt att dess tidiga upptäckt ur såväl hela befolkningens, de undersökta människornas, hälsovårdsaktörernas och beslutsfattarnas synvinkel är ett viktigt och gemensamt mål, även med beaktande av hälso- och sjukvårdens begränsade resurser.

NYTTIGA OCH SKADLIGA VERKNINGAR MÅSTE VARA KÄNDA

Screeningprogrammen har två steg. Det första testet är känsligt och leder till att en del av de undersökta väljs ut för fortsatta undersökningar. Den fortsatta undersökningen genomförs med ett test som så tillförlitligt som möjligt skiljer på falska positiva och positiva resultat. En screeninggräns fastställs för båda testerna, utanför vilka resultatet konstateras vara avvikande, det vill säga positivt. Ett fynd inom gränserna tolkas som normalt, alltså negativt.

Screeningens sensibilitet beskriver hur väl testet upptäcker personerna med den sökta sjukdomen. Ett mycket sensibelt test som upptäcker nästan alla sjukdomsfall ger också många falskt positiva fynd. Då målet är att identifiera så många fall av sjukdomen som möjligt, miss-tänker man i det första skedet av screening att även många helt friska individer lider av sjukdomen (falskt positivt resultat).

Specificitet anger testets förmåga att identifiera personer som inte har sjukdomen. Ett specifikt test är ofta svårare att genomföra än det känsliga testet i första skedet och dyrare. Riskerna för skada kan vara högre, vilket motiverar till att göra det endast för en del av dem som kallats till screening.

De som frivilligt deltar i screeningen förmodar att den kan upptäcka den sökta sjukdomen. På grund av såväl screeningmetoderna som mänskliga och tekniska fel, förhåller det sig emellertid inte alltid så, och då får man falskt negativa fynd. Att finna en lämplig balans mel-

lan sensibilitet och specificitet i valet av testets gränsvärden är en värdefråga som påverkas av hur stor nytta tidig diagnos och behandling ger, riskerna förknippade med fortsatta undersökningar, de behövliga resurserna samt de skadliga effekterna av falska screeningresultat.

Alla screeningprogram är inte problemfria och många är förknippade med betydande vårdproblem och etiska dilemman. Således känner man inte tillräckligt väl till det naturliga förloppet för prostatacancer och behandlingen kan ha skadeverkningar som på ett betydande sätt försämrar patientens livskvalitet. I dagens läge kan vi inte göra en tillförlitlig bedömning av vem som har nytta av tidig upptäckt och behandling. Screeningar skulle förmodligen leda till överdiagnostik och överbehandling. (Se [Medikalisering](#)) Vid screening av aortaaneurysm utgör den glidande gränsen mellan en normal och utvidgad aorta ett speciellt problem som leder till en grå zon mellan de friska och de som behöver vård och dirigeras vidare för observation. Detta kan vara psykiskt mycket tungt. Men vården är också förknippad med en dödsrisk. Vid screening av nyfödda söker man sällsynta metaboliska sjukdomar trots att det inte någon kurativ behandling för alla sjukdomar som screenas.

Allt fler screeningundersökningar är inriktade på sjukdomar som vi har bara litet kunskap om. Till dessa hör bland annat fosterscreeningarna (Se [Embryo- och fosterdiagnostik](#)) och screeningar av bärare av recessiva sjukdomar. Vid sällsynta sjukdomar är det desto viktigare att ge utförlig information då screeningen erbjuds, så att de berörda kan fatta ett informerat beslut om sitt deltagande.

Den genetiska kunskapen är idag tillräckligt avancerad för att hela befolkningen eller vissa grupper kunde erbjudas gentester för undersökning av huruvida de är bärare av vissa sjukdomar eller löper risk att insjukna i dem. En del av testerna skulle söka par inom mödrarådgivningen där det finns en risk för att fostret bär sjukdomen. Dessa par kunde erbjudas genundersökning som fortsatt åtgärd och vid positivt fynd abort. Denna etiskt problematiska konstellation godkändes som ett alternativ i en omfattande offentlig debatt om screening av fostrets struktur- och kromosomavvikelser. En del av gentesterna skulle förutspå risken att insjukna till exempel i vanliga multifaktoriella sjukdomar. I dessa fall skulle gentestets bedömning av sjukdomsrisken vara ytterst inexakt och skulle inte nämnvärt förändra urvalet av behandlingsmetoder eller tidpunkten för behandling. (Se [Gentester](#))

FRIVILLIGHETEN SKA GARANTERAS

Deltagande i screeningundersökningar bör vara möjligt men frivilligt för alla i målgruppen; alla ska erbjudas möjligheten att få veta men också rättigheten att inte behöva veta. Det är dock orealistiskt att tänka sig att alla som deltar i en screening kan förstå processens olika faser och vara beredda på överraskande svar eller situationer som kräver beslut. Screeningundersökningarnas deltagare måste få adekvat information i alla faser av screeningprocessen och möjligheten att tacka nej till de fortsatta åtgärder som erbjuds i screeningprogrammet.

ETISKA FRÅGOR KRING SCREENING

Möjligheterna att erbjuda screening på bred bas väcker många etiska frågor. Upplevs screening som erbjuds av den offentliga vården eller till exempel företagshälsovården som genuint frivillig? Kan ett storskaligt tillhandahållande av nya screeningar äventyra människors rätt att vara ovetande: krävs det särskilt civillkurage för att tacka nej? Kan vetenskapen om sjukdomar och risker för att insjukna belasta individens liv för mycket? Kan en i förväg konstaterad sjuk-

domsrisk vara till nackdel för den som vill teckna en försäkring eller söka ett jobb? Hur kan datasekretessen garanteras när enorma mängder data samlas in med screening? Hur påverkas sjukdomsbärares möjligheter att bilda familj av vetenskapen om att de är sjukdomsbärare? Kan ökad screening av foster medverka till att dagens sjuka och handikappade får en stämpel som mindre önskvärda individer? Varifrån får man de ekonomiska resurser som behövs för nya screeningar? Borde alla screeningprogram planeras på nationell nivå eller kan lokala beslutsfattare fortsätta med sina oberoende lösningar?

Tekniska metoder för att genomföra nya screeningar utvecklas snabbare än prognosen för behandlingarna av de sjukdomar som screenas. Inom vården blir man tvungen att välja hur resurserna ska användas på bästa möjliga sätt. Ett enskilt screeningprogram kan även påfresta vårdsystemets strukturer och kräva betydande nya resurser. Till exempel effektiviserades screening av nyföddas hörsel tack vare ny teknik, medan säker diagnos av hörselskador krävde ökade resurser till en annan specialitet. Att planera och erbjuda nya screeningar är en utmaning för hela vårdsystemet, och läkarna borde med öppet sinne delta i den pågående diskussionen om screeningar.

Screeningundersökningar ska inte startas för att de är tekniskt möjliga, utan målet måste alltid vara att förbättra människornas hälsa och livskvalitet. När nya screeningundersökningar planeras kan det kännas frestande att utveckla billiga alternativ: till exempel att minimera det individuella bemötandet av deltagarna och att paketera flera sjukdomar i en och samma screening. Men att erbjuda screening är etiskt försvarbart endast om varje steg i screeningprogrammet fungerar så högklassigt som möjligt, har så hög standard som möjligt och även ger tillräcklig och individuell information till deltagarna. ■

Läs mer:

Autti-Rämö I, Malila N, Mäkelä M, Leppo K. Lisääkö seulonta terveyttä? *Finlands Läkartidning* 2006;61:2997–3001.

Kääriäinen H. Geeniseulontojen riskit ja haitat. *Duodecim* 2000;116:909-13.

Itä-Suomen geenitietäjä. Joulupurossani on geeniviihteen manteli. *DiagFactor OY:s* genblogg. <https://diagfactor.com/joulupurossani-on-geeniviihteen-manteli/>.

Mäkelä M. Syöpäseulonnan hyödyt ja haitat selkokielelle. *Finlands Läkartidning* 2016;71:976–7.

Sauni R (red.). Screening i Finland 2014 - Nuläge för screening inom hälso- och sjukvården och framtidsutsikter.

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2014:17. URN_ISBN_978-952-00-3560-0.pdf.

Wilson JMG, Junger G. The principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers*, 34. World Health Organization, Geneva 1968. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf.

Vaccinationers etik

Vaccinationsprogrammen hör till hälso- och sjukvårdens mest omfattande och kostnadseffektiva redskap. Utrotningen av smittkoppor från vår planet är praktexemplet på vaccinationernas nytta för människan.

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) är det nationella vaccinationsprogrammet frivilligt för den enskilda individen. Statsrådet kan särskilt besluta om obligatoriska vaccinationer för att förebygga spridning av en smittsam sjukdom som kunde orsaka betydande skada för befolkningen eller en del av den. Obligatoriska vaccinationer kan även begränsas till en specifik del av befolkningen, till en specifik grupp eller till en viss åldersgrupp.

I 48 § i lagen om smittsamma sjukdomar stadgas om vaccination av anställda och studerande för att skydda patienter. Enligt lagen får de som har ett bristfälligt vaccinationsskydd bara av särskilda skäl arbeta i klient- och patientutrymmen vid verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården där man vårdar klienter eller patienter som medicinskt sett är utsatta för allvarliga följder av smittsamma sjukdomar.

Anställda och studerande som deltar i praktik ska ha ett skydd mot mässling och vattkoppor antingen via vaccination eller via genomgången sjukdom. Dessutom förutsätts det att anställda är skyddade mot influensa via vaccination och att den som arbetar med spädbarn har vaccinerats mot kikhosta. Denna bestämmelse gav upphov till en hel del debatt och motstånd. Efter en övergångsperiod trädde den i kraft i mars 2018, varefter särskilt täckningen av influensavaccinationer avsevärt förbättrats bland vårdpersonalen. Strikt efterlevnad av bestämmelsen ledde till åtskilliga klagomål till riksdagens justitieombudsman. Dessa löstes oftast till klagandens fördel.

Tyvärr har framgångarna med vaccinationer också vänt sig mot dem själva. Insjuknandet och dödligheten i många sjukdomar har utplånats ur det kollektiva minnet, och i stället har vaccinens (oftast mycket lindriga) skadliga effekter hamnat i rampluset. Vacciner har skadeverkningar liksom alla läkemedel, men är godkännbara så länge dessa är avsevärt mindre än skadorna av den sjukdom som vaccinet ger skydd mot. Om kostnads-nyttoförhållandet blir negativt måste det gå att avstå från vaccination. Detta gjorde man på 2000-talet, då tuberkulosbekämpningen övergick från BCG-vaccinationer inom det allmänna vaccinationsprogrammet till BCG-vaccination av riskgrupper.

Till skillnad från andra läkemedel kan ett vaccin också ge skydd för ovaccinerade individer. Då talar man om flockimmunitet. Alla vaccin ger inte flockimmunitet (såsom till exempel stelkrampsvaccin). Reproduktionstalet (R_0 -talet) och vaccinets effektivitet avgör hur stor del av befolkningen som måste vaccineras för att uppnå flockimmunitet. Om man eftersträvar flockimmunitet genom omfattande vaccination av befolkningen skapas samtidigt ett nytt problem: har man då kränkt individens autonomi?

Vi vet vad det skulle hända om vi upphörde med vaccinationerna. Finlands nuvarande vaccinationsprogram hindrar årligen tusentals dödsfall och tiotusentals svåra komplikationer. Beroende på patogen finns det svåra följdsjukdomar, såsom dövhet, sterilitet, olika neurologiska symtom samt andningsförlamning. En svagare vaccinationstäckning är farlig, då sjukdomsalstraren kan återvända till samhället. Så har det skett till exempel för mässlingens del.

Syftet med vårt vaccinationsprogram är att maximera nyttan av vaccinen genom att förebygga incidensen och/eller dödligheten i alla åldersgrupper, att minimera vaccinens skadeverkningar och att respektera patientens eller hans förmyndares rätt att själv besluta om sina

egna eller sitt barns vaccinerings. När man införskaffar ett nytt vaccin till det nationella vaccinationsprogrammet tar man alltid hänsyn till sjukdomsbördan (sjukdomens allvarlighetsgrad, sjukdomsrisk), vaccinets skyddande effekt, biverkningar på individ- och befolkningsnivå samt vaccinationens kostnadseffektivitet.

Patientfall

Efter svininfluensaepidemin konstaterades i Finland och vissa andra länder ett samband mellan det använda H1N1-vaccinet och narkolepsi. Ett sådant samband hade inte tidigare beskrivits. Ytterst sällsynta biverkningar hos vaccin och läkemedel kan inte upptäckas tillförlitligt ens i de omfattande effekt- och säkerhetsundersökningar som krävs för att de ska registreras för användning. Därför framhävs en balanserad bedömning av för- och nackdelar då vaccinationsbeslut ska fattas för att hindra en epidemi, och likaså måste informationen till befolkningen om dessa frågor vara öppen och begriplig. Särskilt krävande är det att bedöma risken och att informera om den i en situation där kunskapen om viruset och epidemin är ofullständig och snabbt kan förändras, såsom inför ett pandemihot. Erfarenheterna från svininfluensapandemin är värdefull vid utvecklingen och införandet av nya vacciner.

VACCINATION AV BARN

I länder där vaccinationstäckningen är god är risken att insjukna i en sjukdom som utrotas genom vaccination ofta låg och föräldrarna kan vilja lämna sitt barn ovaccinerat. Bakom vaccinationsvägran finns ofta ideologiska skäl. Det är dock mycket få människor som helt vägrar vaccinationer, cirka en procent av alla föräldrar. Däremot är det vanligare med tveksamhet; i ett enormt informationsflöde kan det vara svårt för föräldrarna att avgöra om det är bättre att vaccinera eller inte vaccinera barnet.

Barnets vårdnadshavare kan vara oense om vaccination av barnet. I sina avgöranden (4640/4/09 och 5294/2/13) har justitieombudsmannen ansett att svininfluensavaccinationen eller HPV-vaccinationen inte gällt en sådan rutinåtgärd som kräver endast en vårdnadshavares samtycke. I patientlagen finns ingen lösning på en situation där vårdnadshavarna för ett barn som inte kan besluta om sin egen vård är av olika åsikt. Ombudsmannen har ansett att lagstiftningen bör preciseras i detta avseende.

Att låta bli att vaccinera barnet ökar inte bara barnets egen risk att utveckla sjukdomen, utan även risken för epidemier i en situation där befolkningens immunitet är allmänt försvagad. Att förbygga sjukdomar genom vaccination väcker också etiska frågor: är det rätt att göra ingrepp i en frisk kropp som annars kanske aldrig möter den sjukdomsalstrare som vaccinet ska ge skydd mot?

På basis av riskanalyserna är vaccinens fördelar överlägset fler än nackdelarna. Läkaren bör i mån av möjlighet uppmuntra föräldrarna att acceptera vaccinationerna. Barn bör inte vaccineras mot föräldrarnas vilja, utom om ett barn med egen beslutsförmåga själv vill det, såsom har skett till exempel vid HPV-vaccinationer.

VACCINATIONER OCH PROFESSIONENS ANSVAR

De som jobbar inom hälso- och sjukvården är skyldiga att skydda och hjälpa patienterna. Ett sätt att göra det är att personalen själv låter sig vaccineras mot influensa, vilket skyddar patienterna från smitta från personalen. Trots vetenskaplig evidens att personalvaccination skyddar patienten har de frivilliga vaccinationerna inte alltid lyckats optimalt. 48 § i lagen om smittsamma sjukdomar syftar till att åtgärda situationen och har lyckats med detta: tidigare har influensavaccinations genomsnittliga täckning på 40 procent av personalen stigit till över 90 procent inom den specialiserade sjukvården. Läkarna bör visa gott exempel, försvara vaccinationernas täckning och låta sig själva vaccineras för att skydda patienterna.

Diskussionsväckare 1

Vaccinationernas FPA-ersättning och jämlikhet?

Syftet med Finlands nationella vaccinationsprogram är att ge hela befolkningen lika möjligheter att med vaccin få skydd mot sådana smittsamma sjukdomar för vilka sjukdomsbördan är betydande, vaccinet tryggt och vaccinationsprogrammet kostnadseffektivt. För att öka användningen av vaccinationer har det föreslagits att till exempel de vaccin som inte hör till barn- och mödrarådgivningen skulle ersättas av FPA om de köps på egen bekostnad. Skulle detta öka jämlikheten i och med att mindre bemedlade då får bättre möjligheter att köpa vaccin? Eller minskar detta jämlikheten i och med att de fattigaste fortfarande inte skulle ha råd med vaccinationer medan de rikaste köper mest vaccinationer?

Diskussionsväckare 2

HPV-vaccination av pojkar?

Världshälsoorganisationen (WHO) har bett rika länder att avstå från att starta ett program för HPV-vaccination av pojkar för att tillåta att HPV-vaccinen räcker till för att starta ett vaccinationsprogram för flickor i fattiga länder och därmed förebygga livmoderhalscancer hos kvinnorna. Bör vi av en sådan anledning avbryta inledningen av ett HPV-vaccinationsprogram för pojkar i årskurs 5–9 i Finland? ■

Läs mer:

Artama M, Nohynek H. Valtakunnalliset terveystietokannat rokoteturvallisuuden arvioinnissa. 1–2/2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011766>

ETENE:n kannanotto: Kansalaisten rokote-epärointi: Kuinka vahvistaa rokotemyönteisyyttä? 2019.

Salo H, Kilpi T. Kansallinen rokotusohjelma - kansanterveyden ja talouden menestystarina; Duodecim 2017;133(10):977-83.

Sivelä J, Launis V, Jääskeläinen S, Puumalainen T, Nohynek H. Rokotuskriittiset. Finlands Läkartidning 2018;73:648–52.

Läkaren och professionen

Läkarnas yrkeskår är det mest typiska och traditionella exemplet på en profession. Gemensamt för medlemmarna av en profession är att de besitter ett för samhället angeläget, genom lång utbildning förvärvat specialkunnande och en gemensam värdegrund, i detta fall läkaretiken. Centrala etiska principer är att sätta patientens intresse främst, att upprätthålla yrkesskickligheten samt att samarbeta kollegialt. Professionalismen kan också ses som en oskriven överenskommelse med samhället: professionen förbinder sig till etiskt klanderfri verksamhet och samhället garanterar professionen autonomi. Målet är att säkra en god vård för patienterna och att läkarens arbete ska upplevas som meningsfullt. Kollegialitet innebär inte att skyla över kollegers fel eller bristande arbetsförmåga.

Alla läkare bör kontinuerligt upprätthålla och utveckla sin professionalism. Fastän professionssystemet har tjänat samhället redan under årtusenden finns det många förändringar som hotar läkarnas professionalism. Till dessa hör bland annat att läkarnas privata yrkesutövning ersätts av anställningsförhållanden, att läkarkåren växer och subspecialiseras, att juridisk och annan extern reglering av läkarens arbete ökar samt att attityderna går mot större individualism. Finlands Läkarförbund värnar om professionellt uppträdande, och läkarnas verksamhet övervakas av myndigheterna.

Detta kapitel beskriver läkarprofessionens teori, utmaningar samt professionalismens praktiska innehåll i situationer inom läkararbetet och delvis i privatlivet. Dessutom behandlas särskilda utmaningar och praktiska lösningar som gäller läkares arbetsförmåga samt myndigheternas och professionens egen tillsyn över läkarverksamheten och läkaretiken.



Professionalism och kollegialitet

Medlemmarna av en profession svetsas samman av sin yrkeskunskap och sin gemensamma värdegrund. Professionalismen är viktig för att patienterna ska få god vård och den är en garanti för att samhället får högklassiga och etiskt hållbara hälso- och sjukvårdstjänster.

Kollegialitet är en viktig del av professionalismen. Yrkeskårens interna kontroll och självreglering bildar ett centralt element i kollegialiteten, vars kärna är respekt för andra. Finlands Läkarförbunds kollegialitetsregler förutsätter att en läkare ingriper om hen konstaterar att en kollega gör sig skyldig till felaktigt förfarande eller att kollegans arbetskapacitet försvagats. Tandläkarna förpliktas av motsvarande regler.

Professioner har utvecklats genom årtusenden bland annat inom gillen och universitet och bildar kärnan för skräväsendet. Medlemmarna av en profession svetsas samman av sin gemensamma utbildning och sina yrkesmässiga kunskaper och färdigheter samt av en gemensam värdegrund. Dessa betjänar både individerna och samhället. Med professionalism avses de yrkesetiska förpliktelser som professionens medlemmar lever upp till samt de rättigheter som hör till yrkesutövningen. Professionalismen kan ses som en oskriven överenskommelse mellan professionen och samhället. (Se Etik och profession)

LÄKARPROFESSIONENS VÄSEN

Läkarna har traditionellt förbundit sig att efter bästa förmåga hjälpa varje patient. Detta är än idag professionens viktigaste etiska princip.

Läkarprofessionens viktigaste kännetecken är:

- Hög yrkesskicklighet som kontinuerligt upprätthålls och utvecklas.
- Altruism, det vill säga att sätta det egna intresset i andra hand jämfört med patientens intresse.
- Höga etiska och moraliska principer (bland annat tystnadsplikten).
- Respekt för humana värden (bland annat empati, oavhängighet, tillförlitlighet, vilja att hjälpa).
- Främjande av social rättvisa (bland annat att främja jämlikhet och motarbeta diskriminering).

Läkarprofessionen har också rättigheter som samhället godkänt eller fastställt:

- Rätt att ställa diagnos och ordinera behandling och därför vid behov rätt att inkräkta på patientens fysiska och psykiska integritet.
- Rätt att ta in en patient på sjukhus och att skriva ut en patient från sjukhuset.
- Respekt för hela yrkeskårens och dess enskilda yrkesutövers autonomi.
- Skälig lön och samhällelig prestige.

SAMHÄLLELIGA FÖRÄNDRINGAR SKAPAR TRYCK PÅ PROFESSIONALISMEN

Den traditionella professionalismens framtid är hotad till följd av samhällets förändringar, den medicinska utvecklingen och trender inom själva professionen. Den tekniska utvecklingen har skapat nya behandlingsmöjligheter och kostnadstrycket i vården har ökat. Människor har tillgång till enorma mängder information och ibland orimliga förväntningar på medicinens möjligheter att lösa problem. (Se [Medikalisering](#), [Konsumism](#))

Mellan läkaren och patienten har det dykt upp yttre faktorer som försvagar den kliniska autonomi och patient-läkarrelationens förtroendefulla karaktär: beslutsfattare som kräver sparåtgärder, lagstiftning som smular sönder förtroendet (olika anmälningsplikter och anmälningsrättigheter) samt intressegrupper som driver kommersiella intressen eller andra frågor som inte faller inom hälsofrämjandet.

Den kanske viktigaste förändringen är att läkarens traditionella roll som yrkesutövare ersatts av rollen som tjänsteman vid en organisation. Denna tjänstemans arbete försöker man reglera allt minutiösare, vilket försvagar den professionella autonomi. (Se [Juridifiering av läkararbetet](#)) Så har det uppstått ett lojalitetsproblem: läkaren måste fundera om hen med stöd av sin traditionella yrkesetik ska vara lojal mot sina patienter eller i sin tjänstemannaroll lojal mot organisationen, staten eller någon annan aktör som står för vårdkostnaden? Detta är mest problematiskt i situationer där läkaren, i samband med behandlingen av samma patient å ena sidan är behandlande läkare och å andra sidan oberoende specialist. För att säkerställa objektivitet har man ansträngt sig att hålla dessa roller åtskilda. (Se [Försäkringsmedicin](#), [Fängelseläkare](#)) Förändringen tär på yrkeskårens enighet. I samma riktning verkar typiska tidstrender inom professionen, såsom mindre bundenhet till arbetet samt en betoning på individuella och ekonomiska värden på bekostnad av kallet.

Professionalismen är central för läkarens viktigaste uppgift – att behandla patienten. Den garanterar också att samhället får högklassiga och etiskt hållbara hälso- och sjukvårdstjänster av sina läkare. För att professionen ska bestå måste dess medlemmar förbinda sig till en gemensam syn på diagnostik av sjukdomar, genomförande av behandlingar och den läkaretsiska värdegrunden. Vi måste slå vakt om professionalismen och samtidigt beakta förändringarna som sker med tiden. För de medicinska fakulteterna och det kollegiala uppförandet är det en viktig uppgift att undervisa studenterna i professionalismens begrepp och betydelse samt förmedla värden genom att föregå med gott exempel.

KOLLEGIALITET

Kollegialiteten stöder både läkarprofessionen och den kliniska autonomi. Ett centralt element i kollegialiteten är yrkeskårens interna kontroll och självreglering. Kollegialitet har värderats högt allt sedan antiken, och Hippokrates ursprungliga ed jämställer yrkesbröder med familjemedlemmar. Enligt eden ska läkaren ära den som lärt läkaren hans konst lika högt som sina föräldrar, och lärarens söner ska hen anse som sina bröder och undervisa dem i läkar-konsten. Dessutom förbinder sig läkaren även att ge all behövlig undervisning till dem som avlagt skriftlig ed enligt läkarsed.

Med förändringarna i samhället har både professionens betydelse och den enskilde läka-rens kliniska autonomi försvagats. Kollegialitetens öde är likafullt i läkarkårens egna händer. Att värna om kollegialiteten är ett viktigt sätt att bibehålla professionen och professionalis-men.

Världsläkarförbundet (WMA) förnyade den hippokratiska eden med sin Genève-deklara-tion år 1949. Deklarationens värde understryks av att den förblivit oförändrad fram till år 2017, då WMA antog dess förnyade form. Dess betydande förändringar gäller läkarens löfte att även ta hand om sin egen hälsa och sitt eget välbefinnande. Därtill ändrades den traditio-nella respekten för läraren till respekt för kollegan oavsett hans ställning. I den läkared som tillämpas i Finland lovar läkaren att alltid bistå sina kolleger i vården av deras patienter då de ber om det.

Kollegialitetsprincipen i läkaryrket har en solid, praktiskt dikterad grund. Läkarens egna erfarenheter är alltid begränsade och redan under antiken var det viktigt att kunna ta lärdom av andras erfarenheter. Den här aspekten har framhävts i och med den ökade medicinska specialiseringen. Specialiteterna är allt snävare och vården av en patient kan förutsätta samar-bete mellan flera läkare. Då är det viktigt att samarbetet löper smidigt och med uppskattning och respekt för kollegerna. Oenighet mellan läkare gällande genomförande av vården väcker otrygghetskänslor hos patienten och bidrar inte till att bevara läkarnas anseende i samhället. I sådana situationer bör ärendet primärt behandlas läkare emellan.

Finlands Läkarförbund har utfärdat egna kollegialitetsregler. Finlands Tandläkarförbunds kollegialitetsregler ingår i förbundets etiska riktlinjer. Riktlinjerna syftar till att upprätthålla en värdig anda och god kollegialitet samt ett sakligt beteende som betonar god sed inom lan-dets läkarkår. I reglerna nämns särskilt att deras syfte inte är att skydda läkare mot utredning och följder av bristande yrkesskicklighet, felaktiga metoder eller missbruk. Sådana handlingar ska förstås som okollegialt uppträdande.

Kollegialitetsreglerna förutsätter att en läkare ingriper om hen konstaterar att en kollega gör sig skyldig till ett felaktigt handlingsätt. Enligt reglerna ska läkaren då direkt och utan dröjsmål reda ut frågan med sin kollega och försöka visa förståelse också för kollegans syn-punkter. Om detta inte leder till resultat ska läkaren diskutera ärendet med kollegans över-

ordnade eller anmäla ärendet till Finlands Läkarförbund. Reglerna påminner om att meningskiljaktigheter i allmänhet kan biläggas om parterna bemödar sig om att förstå varandras synpunkter.

Att upptäcka att man i en kollegas verksamhet identifierar ett problem som är till skada för hens läkararbete och att försöka hjälpa hen att lösa det är också ett utslag av kollegialitet. En kollegas sjukdom, missbruksproblem eller nedsatta prestationsförmåga på grund av någon annan orsak är omständigheter som man bör ingripa i. Det ligger både i patienternas och i professionens intresse. På arbetsplatserna ansvarar cheferna för att rätta till missförhållanden, och de måste informeras om problem. I stället för förtäckta ordalag och vaga antydningar ska man tala öppet men med tillräcklig finkänslighet.

Situationer som ställer kollegialiteten på prov uppstår bland annat i samband med tjänsteval, konkurrens om patienter och inom publikationsverksamhet. Nya arbetsformer utmanar också kollegialitet.

Enligt kollegialitetsreglerna får en läkare inte sprida eller upprätthålla en felaktig uppfattning om sin egen eller sina kollegers kompetens, och det är också olämpligt att inför en patient klandra en kollegas verksamhet. En läkare får inte i sin verksamhet eller i sina publikationer som egen merit presentera ett forskningsresultat som i avgörande grad uppnåtts med hjälp av en eller flera kollegers insatser eller sakkunskap. Därför rekommenderas att läkare som inleder ett forskningsarbete tillsammans med kolleger att först komma överens om respektive läkares roll i projektet och hur författarna ska presenteras i publikationer.

En äldre och mer erfaren läkares förståelsefulla och stödjande inställning till en student eller en ung, ännu oerfaren och osäker läkare i början av sin karriär är kollegialitet när den är som bäst. För sin del behöver en mer oerfaren läkare förstå att en mer erfaren kollega har många ansvarsområden, varvid hen kanske inte alltid omedelbart kan hjälpa. Kollegernas förtroendefulla och respekterande inställning till varandra på arbetsplatsen bildar kärnan i kollegialiteten. Alla har någonting att både ge och få av varandra: den äldre är en förebild för den yngre, den yngre förhoppningsvis en inspiratör för den äldre. Situationer där en ung jourläkare ber om råd av en läkare i bakjour kan ofta vara problematiska. Med tanke på vårdkvaliteten och patientens säkerhet är det viktigt att en oerfaren studerande eller läkare i jouren med tillit och utan rädsla för osaklig kritik kan be om hjälp av en kollega i en situation som hen upplever att hen inte klarar ensam.

Människornas trygghetskänsla stärks av förtroendet för samhällets grundläggande strukturer, och läkaryrket och läkarna bildar en viktig del av dessa strukturer. Kollegialt uppträdande läkare emellan skapar trygghet, och därför bör varje läkare uppmärksamma detta. Ett särskilt ansvar vilar på de läkare som undervisar i medicin. Genom sitt eget exempel och sin undervisning måste de skapa en grundval för kollegialt uppträdande.

God kollegialitet säkerställer klinisk autonomi för läkare. En ung läkare får hela yrkets uppskattning och förtroendekapital till sitt förfogande när hen bär en vit jacka för första gången. Hen behöver inte skaffa det enbart genom sitt eget arbete under en lång tidsperiod.

LÄKAREN OCH SAMVETSFRIHETEN

Utgångspunkten för hälso- och sjukvården är att patienterna erbjuds tillräckliga och lagenliga under alla omständigheter och i alla regioner, med respekt för patienternas kultur och övertygelse. Läkaren har också rätt till sin egen övertygelse, och i vissa situationer till samvetsfrihet. På basis av denna kan läkaren vägra utföra vissa ingrepp som är problematiska ur läka-

retiskt perspektiv. Att hålla sig till en läkares samvetsfrihet får inte äventyra patientens rätt att få den vård patienten behöver eller påverka den medicinska rådgivning som ges till patienten eller gemensamt överenskomna behandlingslinjer. Professionalismen och kollegialiteten förutsätter att läkaren på ett så tidigt stadium som möjligt funderar på om hens kultur eller övertygelse kan medföra eventuella begränsningar då hen väljer specialitet eller arbetsfält. (Se *Förebyggande och avbrytande av graviditet, Omskärelse av pojkar*)

Finlands Läkarförbund har gett en rekommendation om tillämpningen av samvetsfriheten, som säger att en läkare ska informera sin chef och närmaste kolleger om sin avsikt att utöva samvetsfrihet för vissa ingrepp. Vid behov bör även övriga anställda och patienter informeras om det påverkar till vilken läkares mottagning patienten söker sig. Om läkares övertygelse inte tillåter hen att delta i organisationen eller genomförandet av ett ingrepp bör ärendet hanteras med hjälp av arbetsledning och kollegiala medel samt genom att göra upp ett verksamhetsdirektiv för hur arbetsuppgifterna ska fördelas lika.

En läkare har inte rätt att vägra göra ett ingrepp som räddar patientens liv eller hälsa, även om det strider mot hans eller hennes övertygelse. Kännedomen om utövande av samvetsfrihet får inte leda till diskriminering av arbetstagare eller arbetssökande. I en anställningsintervju kan man emellertid fråga om eventuella begränsningar för utförandet av arbetsuppgifter. ■

Läs mer:

Cruess S R, Cruess R L. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997;315:1674–7.

Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter. *Lancet* 2002;359:520–2.

Pasternack A. Lääkärintyö muuttuu - miten käy profession? *Duodecim* 2003;119:689–90.

Finlands Läkarförbunds rekommendation om tillämpning av samvetsfrihet i studier och på arbetsplatser: <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/omantunnonvapauden-soveltaminen/>

Finlands Läkarförbund. Läkarens kollegialitetsregler. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5371/lakarens_kollegialitetsregler_991211.pdf

Finlands Tandläkarförbund. Etiska regler. <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/hammaslaakarintietikka/eettiset-ohjeet#.X3INGhdS9-U>

Juridifiering av läkararbetet

I läkarutbildningen är det av största vikt att uppmärksamma frågor kring juridifiering av läkararbetet och ge läkarna verktyg för att lösa dessa.

Lagen och rättslig reglering är centrala medel för att styra samhällsutvecklingen. Behovet av rättslig reglering ökar kontinuerligt. Nya lagar, författningar och myndighetsanvisningar återspeglar samhällsutvecklingen och det därav följande behovet av reglering. Juridifiering handlar också om ett slags förtroende för lagens kraft när det gäller att lösa samhällsproblem, vilket gör att samhället försöker reglera verksamheten mer och mer noggrant.

Noggrannare reglering avslöjar å sin sida dolda nya tolkningsproblem, som lagstiftaren inte nödvändigtvis ännu hade förutsett; vilket skapar ett behov av ännu noggrannare reglering.

I det moderna samhället definieras grundläggande strukturer och spelregler genom rättslig reglering, och enbart moraliska regler räcker inte alltid. Förutom av lagstiftningen styrs läkaren av etiska regler, som utgör en självreglering för yrkeskåren. Det finns en balansgång mellan när självreglering är tillräckligt och när samhället ingriper genom lagstiftning. (Se [Etik och profession](#))

Förtroendet för lagens kraft är en rätt traditionell tankemodell i det västerländska samhället, men numera finns det många andra konkurrerande tankemodeller. Hälso- och sjukvårdens finansiering och strukturreformer är till exempel svåra att genomföra då det finns intressenter och ofta kontroversiella perspektiv som måste iaktas. Om folkets och patienternas förtroende för lagstiftaren vacklar eller rentav saknas har de inte nödvändigtvis förtroende för ny lagstiftning som utvecklas till förmån för patienten heller.

I många branscher går trenden mot en allt noggrannare reglering. Detta har delvis påverkats av reformen av de grundläggande rättigheterna i mitten av 1990-talet, som på lagnivå kräver en exakt och noggrant avgränsad reglering beträffande inkräktande på de mänskliga grundläggande rättigheterna. Lagstiftningen har gradvis ändrats och kompletterats för att uppfylla detta krav. Till faktorerna som påverkar juridifieringen av läkararbetet hör arbets karaktär – inkräktande på människans integritet. Därför behövs exakta och detaljerade bestämmelser.

Juridifieringen av hälso- och sjukvården har bidragit till att branschens yrkespersoners ställning kontinuerligt utvärderas och till och med ifrågasätts. Medborgarna är aktiva och välinformerade om sina rättigheter, vilket har bidragit till ökade klagomål och besvär (se Övervakning av läkarnas verksamhet). Läkarens kliniska autonomi och, å sin sida, hela läkarkårens eller professionens autonomi, möter patientens autonomi inför helt nya slags utmaningar.

Den ökade juridifieringen har orsakat en situation där läkaren är starkt bunden av lagstadgade och hela tiden tilltagande skyldigheter, men där hen samtidigt konfronterar även oklara och kontroversiella normer som man borde kunna tolka och lösa på rätt sätt. Samtidigt behöver hen kunna ta hänsyn till etiska perspektiv.

I sitt arbete är läkaren tvungen att ta hänsyn inte bara till de kliniska bestämmelserna kring vården och läkaretiken, utan även andra ärenden och parter utanför vårdhändelsen. Till exempel antas kontinuerligt nya bestämmelser som utvidgar anmälningskyldigheten eller anmälningsrätten. Den etiska frågan är vems goda man främjar genom denna förordning. Anmälningskyldigheter eller anmälningsrättigheter grundar sig vanligtvis på säkerhetsaspekter och när lagar stiftas tvingas lagstiftarens väga en individs intresse i förhållande till samhällets eller allmänhetens intresse. Läkaren måste i sin tur kunna skilja på när hen är skyldig eller har rätt till att bryta patientsekretessen. Dessutom kan hen behöva bedöma situationen mer allmänt, till exempel hur patientens körförmåga påverkar trafiksäkerheten eller hur patientens våldstendenser påverkar närstående eller utomstående parter. (Se [Tystnadsplikten och undantag från den](#))

Läkaren måste inte bara kunna befintlig lagstiftning, utan även kunna utvärdera och i vissa situationer rentav tolka förordningarnas innebörd mer allmänt. Han kan behöva väga intressen mellan olika bestämmelser. Situationen kompliceras av behovet av att läkaren måste informera patienten tillräckligt och få hen att förstå både sitt eget intresse och hur åtgärden potentiellt påverkar andra parter. Utgångspunkten måste dock alltid vara patientens bästa och en konfidentiell patient-läkarrelation.

I läkarutbildningen är det av största vikt att uppmärksamma frågor kring juridifiering av läkararbetet och ge läkarna verktyg för att lösa dessa. ■

Läs mer:

Wrede S, Olakivi A, Fischer N, Sigfrids A. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkärin näkökulmasta. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5119/sll_autonomia_raportti_30012017.pdf

WMA Declaration on the Relation of Law and Ethics (2008) 2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-council-resolution-on-the-relation-of-law-and-ethics/>

WMA Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence (2008) 2018. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>

Läkaren, offentliga uppträdanden och sociala medier

Läkaren ska iaktta läkaretikens, kollegialitetens och tystnadsplikstens gränser och principer i sociala medier, även under offentliga uppträdanden och i sociala medier.

Läkare och läkarstuderande ska, då de uppträder i offentligheten eller använder sociala medier, minnas att de överallt där deras yrke är känt även som privatperson representerar läkarprofessionen för andra människor.

Information som delas på sociala medier bör alltid ses som helt offentlig information. Det är bra för en läkare att i stor utsträckning utnyttja sociala medier för att dela hälsoinformation och främja hälsa.

LÄKAREN OCH OFFENTLIGA UPPTÄDANDEN

Läkaren är en specialist som kan och ska använda sin kunskap för att främja befolkningens hälsa och för patienternas bästa. I sin expertroll blir läkaren också ofta ombedd att kommentera frågor kring medicin i medier.

Enligt läkarens etiska regler ska läkaren vid offentliga framträdanden iaktta noggrann urskillning och undvika att framhäva sin egen person i onödan. På grund av tystnadsplikten kan läkaren inte kommentera en enskild patients hälsotillstånd utan patientens samtycke. I allmänna kommentarer om patienter måste läkaren förhålla sig med respekt gentemot patienterna. Läkaren ska basera sina ställningstaganden på medicinsk kunskap och erfarenhet.

I egenskap av expert har läkaren makt att påverka befolkningens uppfattningar om medicin i allmänhet, men även i fråga om behandling av enskilda sjukdomar. Denna makt måste läkaren utöva klokt och i enlighet med de etiska reglerna. Utlåtanden som läkaren gör i offentligheten ska grunda sig på objektiva iakttagelser som läkaren gjort och på fakta. De uttryck som används får inte skapa orealistiska förväntningar hos patienterna om hur en behandling, ett läkemedel eller en annan medicinsk produkt fungerar och verkar. Risker och potentiella biverkningar måste lyftas fram sanningsenligt. (Se [Marknadsföring av läkartjänster](#))

LÄKARE I SOCIALA MEDIER

Med sociala medier avses kommunikationsmiljöer på webben där användarna kan vara både aktiva innehållsproducenter och passiva mottagare. Syftet med det producerade innehållet är

att skapa och upprätthålla kontakter till andra användare via webben. Via sociala medieapplikationer kan man dessutom sammanställa och dela med sig sina egna hälsouppgifter samt upprätthålla sociala kontakter till andra yrkespersoner, vänner och släktingar. Sociala medier kan också användas för spridning av yrkesrelaterad information, för att söka medicinska råd och för olika typer av kamratgruppsverksamhet. Sociala medier kan användas inom forskning, hälsofrämjande, undervisning och marknadsföring.

Sociala medier ersätter inte läkarkonsultationer i enrum, men kan ge vissa patienter eller grupper bredare och lättare möjligheter att anlita hälsovårdstjänster och få hälsokunskap. Ur läkarens synvinkel ger de en möjlighet att dela hälsoinformation och nå vissa patientgrupper (till exempel ungdomar) bättre än tidigare på ett sätt och språk som är lämpligt för målgruppen. Sociala mediekkanaler gör det möjligt att lyfta fram läkarens och hälso- och sjukvårdens perspektiv mer allmänt i samhällsdebatten. Deltagandet i debatten kan också påverka medborgarnas åsikter om hälsofrågor och rätta till missförstånd. Genom ovanstående åtgärder är det möjligt att främja befolkningens hälsa.

De lagar, regler och professionella beteendekoder som reglerar läkarens sociala umgänge gäller också i de sociala medierna. Det är inte lämpligt för en läkare att i sociala medier, eller vid ett annat offentligt uppträdande, kommentera andra människors fysiska egenskaper eller hälsotillstånd, eller kritisera patienter. Läkaren måste minnas lojalitetsplikten mot arbetsgivaren samt en saklig behandling av kolleger.

Innehåll som lagts ut i sociala medier finns ofta på en offentlig server och kommer att finnas kvar på webben för gott. Enskilda individer har inte alla gånger möjlighet att kontrollera hur den information de laddar upp via applikationer kommer att spridas. Man bör alltid förhålla sig till information i sociala medier som till offentlig information. Av detta skäl får läkare inte publicera identifierbara journalhandlingar på sociala medier, inte ens via kanaler avsedda för slutna grupper. Det är förmodligen möjligt att finna informationen årtionden senare och den kan då bedömas av andra och från andra utgångspunkter än vad den ursprungliga användaren hade önskat. Intresserade aktörer, såsom nuvarande eller eventuella framtida arbetsgivare, försäkringsbolag och kommersiella aktörer kan följa de sociala mediernas sidor av många orsaker, till exempel för att bättre förstå sina kunders behov och förväntningar, för att profilera arbetssökande eller för att förbättra sina produkter eller tjänster.

Läkare och läkarstuderande ska, då de uppträder i offentligheten eller använder sociala medier, minnas att de överallt där deras yrke är känt även som privatperson representerar läkarprofessionen för andra människor. Då kan kommentarer som är avsedda som privata åsikter tolkas generellt så att de gäller läkarkåren. Allt detta understryker vikten av att uppträda ansvarsfullt och i överensstämmelse med yrkesrollen i sociala medier. Det kan vara svårt att uppskatta och avgränsa publiken, och att återta ett inlägg i sociala medier. I extrema fall kan läkarens åsikt läsas av alla som har nätuppkoppling.

Kontakter som i sociala medier knutits med patienter kan förändra patient-läkarrelationen i en mer oprofessionell riktning och resultera i att någonderas personliga uppgifter avslöjas, med eventuella problematiska konsekvenser. Det kan vara ett allvarligt problem på vissa medicinska delområden. (Se **Särskilda frågor i vården av personer med mentala problem**)

Den ökande användningen av sociala medier har ökat osaklig kommunikation och hatpropaganda. Om patienter eller utomstående parter betar sig olämpligt mot en läkare eller kommer med vilseledande påståenden på sociala medier måste läkaren bedöma om verksamheten är värd en reaktion eller huruvida det är sakligt att reagera på den. Felaktig information kan korrigeras med iakttagande av tystnadsplikt. Dessutom har läkaren tillgång till alla juridiska kanaler, såsom att göra brottsanmälan. Ett olaga hot är när någon hotar en annan med ett

brott så att den hotade personen har en legitim anledning att anta att hens personliga säkerhet eller egendom utsätts för allvarlig fara. Olaga hot har år 2020 föreslagits att genom en lagändring bli föremål för formellt åtal om det riktas till en person på grund av hens arbete eller offentliga förtroendeuppdrag (HE 226/2020). På arbetsplatsen kan saken utvärderas med kolleger och chefen. Arbetsgivaren är skyldig att åtgärda faktorer som äventyrar arbetstagarens hälsa eller säkerhet. Arbetsgivaren har också rätt att polisanmäla olaga hot mot en anställd.

Internationella och nationella läkarorganisationer, däribland Finlands Läkarförbund, har gett anvisningar för läkares agerande i sociala medier. De gäller primärt de problem som uppstår om integritetsskyddet kränks. Syftet med anvisningarna är att hjälpa läkarna att använda sociala medier på ett sätt som inte strider mot de professionella, kollegiala och etiska krav som ställs på läkare. ■

Läs mer:

Lääkärien ja toimittajien yhteinen tiedotussuositus, 2013. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4893/tiedotussuositus_140108.pdf

Social media, ethics and professionalism; BMA guidance: <https://www.bma.org.uk/media/1851/bma-ethics-guidance-on-social-media-2018.pdf>

Matikainen J, Huovila J. Sosiaalinen media terveyden edistämisessä. *Duodecim* 2017;133(10):1003-7

Suomen Lääkäriliiton ohje sosiaalisen median käytöstä. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/sosiaalinen-media/>

Helve O, Kattelus M, Norhomaa S, Saarni S. Terveystieto ja sosiaalinen media. *Duodecim* 2015;131(21):2003-8.

WMA Statement on the Professional and Ethical Use of Social Media: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-professional-and-ethical-use-of-social-media/>

WMA Guidelines on Promotional Mass Media Appearances by Physicians, 2015: <https://www.wma.net/policies-post/wma-guidelines-on-promotional-mass-media-appearances-by-physicians/>

Läkarens arbetsförmåga, läkaren som patient

Om en läkare observerar att en kollegas arbetsförmåga är nedsatt eller patientsäkerheten hotad på grund av missbruk, sjukdom eller annan orsak, är läkaren enligt Läkarförbundets kollegialitetsregler skyldig att ingripa. Läkaren bör samtala med parten och erbjuda hjälp att ordna vård eller annan hjälp.

Om en läkares arbetsförmåga försvagas är arbetsgivaren eller en överordnad som företräder arbetsgivaren, läkarstationens ansvariga läkare eller tillsynsmyndigheten, det vill säga Valvira, juridiskt skyldig att ingripa.

Läkare har rätt att vara patient. En läkare kan söka hjälp hos företagshälsovården. Utöver läkare i anställningsförhållande kan också läkare som arbetar som yrkesutövare ingå ett eget avtal om köp av företagshälsovårdstjänster.

Läkarförbundet har grundat ett förtroendeläkarnät vars läkare fått utbildning i att hjälpa sina kolleger i frågor som gäller hälsa och arbetsförmåga.

SÄRDRAG I LÄKARARBETET

Läkare har ett betydande ansvar för andra människors liv och hälsa. En läkare måste vara duktig på att ställa diagnos, hen ska kunna göra ingrepp med stor skicklighet och vara både en empatisk botare och objektiv expert.

En god läkare vinner patientens, hens anhörigas och samhällets förtroende. Hen stärks av positiv patientrespons och kan ta emot kritisk respons. Inom arbetsgemenskapen måste läkaren kunna samordna sin ställning och sitt personliga patientansvar, vara kritisk men kollegial och värdesätta sina arbetskamraters och andra yrkesgruppers arbete.

Läkarens arbetsförmåga kräver tillräcklig fysisk och psykisk handlingskraft samt god yrkesskicklighet och sund professionell självkänsla. Läkare har en mycket hög tröskel för att bli sjuka och ta patientens roll. Detta avspeglas i läkarnas skiftande förhållande till sin egen arbetsförmåga. Läkaren har ofta svårt att se gränserna för sin egen prestationsförmåga, unna sig sjukledighet trots att hen är sjuk eller medge att hen behöver hjälp av en annan läkare.

CHEFENS, ARBETSKAMRATERNAS OCH KOLLEGANS SKYLDIGHETER

Om en läkare har problem med sin arbetsförmåga och inte själv reagerar på det är det andras skyldighet att ingripa. Tidig intervention innebär att arbetsgivaren på ett så tidigt stadium som möjligt ingriper då en läkares arbetsförmåga är hotad eller vid tidiga symtom på detta och tar upp frågan med den berörda läkaren och företagshälsovården. Då kan det fortfarande vara möjligt att återställa arbetsförmågan eller att vid behov anpassa arbetet efter läkarens återstående arbetsförmåga.

Läkarförbundet har en rekommendation om kriterier för en bra arbetsplats. I enlighet med dessa får läkaren arbetshandledning om hen vill, där man kan ta itu med de problem som uppstått, såsom med etiska konfliktsituationer. Genom arbetshandledning kan man stödja ork i arbetet och undvika uppkomsten av allvarigare problem med arbetsförmågan. Också

yrkesinriktad rehabilitering kan bli aktuell. På grund av kostnaderna för arbetsförmåga och patientsäkerheten ligger det både i individens, arbetsgivarens och samhällets intresse att med hjälp av olika medel ta itu med problemen.

Om arbetsförmågan har försämrats betydligt och bestående är dock invalidpension ett bättre alternativ än att förlänga en process som riskerar patientsäkerheten och kan förstöra läkarens rykte.

Läkarens chef bör som representant för arbetsgivaren aktivt ta förändringarna i läkarens arbete på tal. Enligt arbetsavtalslagen (55/2001) kan arbetsgivaren av grundad anledning kräva att en läkare ger en utredning om sin arbetsförmåga. I så fall är det arbetsgivaren som bekostar utredningen, som i praktiken vanligen inleds inom den egna företagshälsovården. Tillsynsverket Valvira är berättigat att av grundad anledning bestämma att en läkare ska genomgå en utredning av arbetsförmågan. Detta gäller även privata yrkesutövare.

Om en läkare observerar att en kollegas arbetsförmåga är nedsatt eller patientsäkerheten hotad på grund av missbruk, sjukdom eller annan orsak är läkaren enligt Läkarförbundets kollegialitetsregler skyldig att ingripa. Läkaren bör samtala med kollegan och erbjuda hjälp till exempel med att ordna vård. Om detta inte hjälper ska läkarens överordnade eller Läkarförbundet informeras och i allvarliga fall anmälas även till Valvira. Detta är etiskt motiverat redan med tanke på patientsäkerheten.

I praktiken kan det vara svårt att ingripa på grund av integritetsskyddet eller sociala omständigheter på arbetsplatsen. Att ta saken på tal kan skjutas upp också på grund av att den är känslig, varvid kollegans svårigheter inte kommer att vara sig noteras eller skötas. I värsta fall kommer problemen fram först då egenvårdsförsök, självdestruktivitet, rädsla och skam får den professionella självkänslan att kollapsa eller då relationen till patienterna och arbetskamraterna blir oprofessionell. Då man begrundar hur frågan ska tas upp är det klokt att tänka på hur man själv skulle vilja bli bemött i en liknande situation.

LÄKAREN SOM PATIENT

En läkare har svårt för att iklä sig patientens roll. Hen kan vara rädd för att förlora sin självbestämmanderätt eller för att hens hälsouppgifter läcker till utomstående. Läkarna utbildas att uthärda även svåra prövningar, och tröskeln för att be om hjälp av kolleger är därför ofta hög. Å sin sida måste man minnas att en läkare har samma rätt till undersökning och vård som alla andra.

Hälsovårdsorganisationerna bör ha fastslagna procedurer för läkarnas plötsliga sjukfrånvaro. I frågor som gäller arbetsförmågan är företagshälsovården en naturlig och fungerande organisation för samordnande av nödvändiga undersökningar och samarbete mellan specialiteter.

Att sköta tillfälliga besvär på egen hand eller genom kollegial konsultering kan anses som en acceptabel möjlighet som läkarens utbildning möjliggör. (Se [Journalhandlingar](#)) Läkaren bör dock förstå att vård på egen hand är förknippad med en allvarlig risk för att symtomsakerna inte undersöks, och att hen kan bli utan adekvat vård. Undersökningar har visat att läkare skriver ut läkemedel åt sig själv också vid svåra sjukdomar. Detta är problematiskt på många sätt. Vid kroniska sjukdomar gör läkaren klokt i att anlita företagshälsovården eller andra hälso- och sjukvårdstjänster, där hen har möjlighet till en egen konfidentiell patient-läkarrelation. Detta gäller även användning av HCI-läkemedel.

Å sin sida beror de etiska problemen kring vården av en läkarpatient i stor utsträckning på att sådana patienter att hen kan ha svårt att bli neutralt betjänad på sin hemort. En läkare ska

ha rätt att vara och bör också våga vara en ”vanlig patient” och byta yrkesrollen mot patientens roll med därtill hörande rättigheter och skyldigheter. Möjligheten att skapa en saklig vårdrelation kan ofta begränsas av bekantskap och att man är arbetskamrater. Läkaryrket bör beaktas i vårdrelationen, och då en läkare kommer till en kollegas mottagning som patient är det klokt att diskutera saken öppet, ifall en god vårdrelation inte kan skapas på annat sätt. Vårdrelationen bör vara strikt konfidentiell.

LÄKARNAS FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Läkare i tjänste- och arbetsförhållanden omfattas av arbetsgivarens lagstadgade förebyggande företagshälsovård. Läkaren kan i arbetet utsättas för särskilda påfrestningar – till exempel röntgenstrålning, radioaktiva isotoper, nattarbete eller våldshot – för vilka hen behöver lagstadgade hälsokontroller. Många arbetsgivare bekostar förutom de lagstadgade tjänsterna också behandling av sjukdom. Det lönar sig att informera läkarna om dessa tjänster redan i arbetshandledningen.

Självständiga yrkesutövare kan ingå avtal om företagshälsovårdstjänster med en producent av sådana tjänster. När en självständig yrkesutövare tvingas lämna sitt arbete på grund av sjukdom betalar Fpa efter en karenstid sjukdagpenning som bestäms enligt FöPL-försäkringen. Försäkringsbolagen erbjuder läkare som arbetar som företagare försäkringar för avbrott i mottagningsverksamheten. Läkare som i sin huvudsyssla arbetar som yrkesutövare ska komma ihåg att sköta sitt eget pensionsskydd (FöPL).

En viktig uppgift för företagshälsovården är att stödja arbetshälsan och arbetsförmågan. Läkarna anlitar dessa tjänster endast obetydligt. Att följa läkarnas arbetsförmåga och erbjuda dem preventiv hälsovård kräver aktivitet och specialexpertis av företagshälsovården. Också arbetsgivarna och läkarna som ansvarar för verksamheten förväntas vid behov ingripa tidigt då eventuella problem observeras. En gravid läkare kan ha ett behov av ändrade arbetsuppgifterna och kan vid behov ha rätt till specialmoderskapspenning.

I Läkarförbundets rekommendation om läkarnas företagshälsovård konstateras att producenten av företagshälsovårdstjänster administrativt och socialt bör stå utanför läkarens verksamhetsenhet så att man kan garantera professionell oavhängighet, en fungerande vårdrelation och ett tillförlitligt integritetsskydd inte bara vad datasyttemen beträffar, utan i hela verksamheten. Konfidentialiteten måste vara ovillkorlig. En överordnad kan aldrig vara sina underordnades företagshälsovårdsläkare. I många fall är det med tanke på såväl läkarna som företagshälsovårdens personal klokt att utkontraktera läkarnas företagshälsovård.

LÄKARNAS MÖJLIGHETER TILL REHABILITERING

Då arbetsförmågan är hotad och krafterna tryter kan en läkare ha nytta av rehabilitering, även utan tidigare sjukledigheter. Problemen med att orka måste beskrivas verbalt för Fpa för att motivera rehabiliteringsbehovet. Fpa, arbetspensionsanstalterna, arbetsgivarna, Valvira och enskilda läkare har i flera års tid samarbetat för att utreda läkarnas arbetshälsa och möjligheter att få rehabilitering. Tillsammans med arbetsplatsernas personalförvaltning har man skapat särskilda ”konditionsveckor” för enskilda yrkesgrupper och arbetsplatser samt längre program som tar sikte på att förbättra arbetshälsan och som genomförs i flera etapper.

Kiila-kurserna är medicinsk rehabilitering och bekostas av Fpa. Deltagande kräver personlig ansökan och ett utlåtande av arbetsgivaren och företagshälsovården. Information om

kurserna finns både på Läkarförbundets och på Fpa:s webbplats. Om en läkare uppenbart riskerar att förlora arbetsförmågan kan hen ha rätt till yrkesinriktad rehabilitering. För läkare stöds denna rehabilitering i allmänhet av pensionsförsäkraren (Keva eller privata pensionsförsäkringsbolag).

FÖRTROENDELÄKARNÄTET

Tröskeln till att söka vård för hälsoproblem har visat sig vara hög bland läkare. En normal patient-läkarrelation kan vara svår att bygga upp för bägge parter. För att göra det lättare att söka vård har Läkarförbundet grundat ett förtroendeläkarnät vars läkare fått utbildning i att möta läkarpatienter och hjälpa dem i frågor som gäller hälsa och arbetsförmåga. Mer information om förtroendeläkarnas arbete och kontaktuppgifter ges i Läkartidningen och på Läkarförbundets webbplats. I praktiken erbjuder förtroendeläkarnätet högst tre besök på en förtroendeläkares mottagning. ■

Läs mer:

Hammaslääkärien työhyvinvointi -seurantatutkimus. https://www.hammasmaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/jasensivusto/tyoelama_ja_edunvalvonta/hyvatyopaikkaopas_2012_verkkoon.pdf

Hyvä työpaikka -opas. https://www.hammasmaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/jasensivusto/tyoelama_ja_edunvalvonta/hyvatyopaikkaopas_2012_verkkoon.pdf

Suomen Lääkäriliitto: Hyvän työpaikan kriteerit. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/tyohyvinvointi/hyva-tyopaikka/>

Suomen Lääkäriliitto: Lääkärintyöhyvinvointi -raportti. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4841/tyohyvinvointityoryhman_tiiivistelma.pdf

Som läkare till en anhörig

En anhörig har rätt till god vård och det mentala stödet från en närstående läkare. Det är skäl för läkaren att avstå från mer krävande behandling av en anhörig.

För vård av anhöriga gäller samma etiska och juridiska regler och föreskrifter som för behandling av andra patienter.

En läkare ska inte skriva ett läkarutlåtande till en anhörig för att få viss förmån eller rätt.

Läkaren ska inte ordinera HCI-läkemedel till sig själv, utan uppsöka en annan läkare för behandling.

Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har en läkare rätt att ordinera läkemedel, genomföra undersökningar och ge behandling till vilken patient som helst. Förutom i nödsituationer och förstahjälpsituationer är det nödvändigt för en läkare att bedöma situationen noggrannare om den person som behöver behandling eller ett läkarutlåtande är en anhörig eller annan närstående, eller om hen avser att behandla sig själv.

Patient-läkarrelationen är professionell och definieras av en lång tradition av etiska regler och professionen. Personliga känslor måste hållas åtskilda från yrkesrollen. Ett emotionellt band till patienten stör objektiviteten och kan leda till sämre behandling eller felaktiga beslut. Särskilt vid krävande operationer kan läkarens känslomässiga band till patienten snedvrída bedömningen och försämra fokus. Därför rekommenderas, att läkaren inte opererar en anhörig. Det är bättre att överföra vårdansvaret till en kollega. Det finns goda grunder till att skilja på yrkes- och privatlivets roller.

Läkaren kan behandla en närståendes vardagliga mindre sjukdomar, symtom och till exempel vanliga infektioner. Det är bra att komma ihåg att anhöriga eller närstående också har rätt till god vård och det mentala stöd som läkaren ger som anhörig. Nödvändiga laboratorieundersökningar eller bilddiagnostiska undersökningar får inte lämnas ogjorda. Det är bättre att behandla kroniska sjukdomar på mottagningen än hemma i köket.

Det finns skäl att ta hand om psykiatriska sjukdomar och medicineringar på ett adekvat vårdställe. I synnerhet när man ordinerar HCI-läkemedel till en anhörig måste man vara avhållsam och följa tillsynsmyndigheternas rekommendationer. Vid tillsynen av yrkespersoner uppdagas fall där anhöriga pressat en läkare att ordinera osakliga läkemedel.

För vården av anhöriga gäller samma etiska och juridiska regler och föreskrifter som för behandling av andra patienter. Vård av anhöriga kräver även en noggrann anamnes, förtroget med den tidigare sjukberättelsen och tillräcklig utredning av klinisk status.

Anteckningar i journalhandlingar bör göras även om de gäller vård av ett eget barn eller en granne. Detta är nödvändigt med tanke på patientsäkerheten och läkarens rättsskydd. Utan anteckningar i journalhandlingarna syns inte uppgifterna i Mina Kanta-arkivet heller.

Alla patienter är problematiska att behandla utan tidigare patientdata. Om följden är ett vårdfel eller en patientskada vågar eller vill kanske inte en anhörig ansöka om ersättning.

En legitimerad läkare har omfattande rättigheter och autonomi. Men när man behandlar anhöriga måste man komma ihåg jävsfrågor och god administrativ praxis. Detta är nödvändigt särskilt i fråga om ekonomiska intressen och/eller tillståndsfrågor. En läkare bör avstå från att skriva ett läkarutlåtande till en anhörig till exempel för en pension, en skjutvapenli-

cens, ett intressebevakningsutlåtande, sjukledighet, ett försäkringsuttalande eller liknande. I praktiken kan en myndighet eller arbetsgivare vägra att godkänna ett medicinskt utlåtande som en läkare skrivit om en anhörig. (Se [Läkarens jäv](#))

Läkaren har rätt att sätta sig i patientens position och få undersökningar, behandlingar och kontroller i enlighet med behandlingsrekommendationerna, så det är skäl att behandla hens egna sjukdomar på ett adekvat vårdställe. (Se [Läkarens arbetsförmåga, läkaren som patient](#)) Så kallade korridorconsultationer bör inte användas vid behandling av allvarliga eller kroniska sjukdomar, vare sig det är fråga om kollegor, familjemedlemmar eller en själv. Läkaren ska inte ordinera HCI-läkemedel till sig själv, utan uppsöka en annan läkare för behandling. ■

Tillsynen över läkarverksamheten

Läkarnas verksamhet övervakas regionalt av regionalförvaltningsverken och på nationell nivå av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira.

Myndigheterna övervakar att läkarna följer lagen i sin yrkesutövning. Centrala stadganden är lagen (559/1994) och förordningen (564/1994) om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och förordningen om journalhandlingar (298/2009). Målet med tillsynen och styrningen är att garantera en högklassig hälso- och sjukvård och patientsäkerhet.

Finlands Läkarförbunds och Finlands Tandläkarförbunds medlemmar förbinder sig att följa gemensamt överenskomna regler och anvisningar. De viktigaste med tanke på tillsynen är förbundens etiska regler, anvisningarna om utfärdande av läkarintyg samt kollegialitets- och marknadsföringsreglerna. Förbunden övervakar att reglerna åtföljs.

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården definierar de yrkesetiska skyldigheterna så här: ”Målet för yrkesutövningen i fråga om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar samt bota sjuka och lindra deras plågor. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som hen hela tiden ska försöka komplettera. I samband med yrkesutövningen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter den medför för patienten.”

Dessutom ska läkare och tandläkare enligt sina yrkesetiska skyldigheter alltid hjälpa människor i behov av akut vård. Andra särskilda skyldigheter är bland annat skyldigheten att upprätta och förvara patientjournaler, tystnadsplikten, skyldigheten att anmäla inledande av självständig yrkesutövning hos regionalförvaltningsverket samt skyldigheten att teckna nödvändiga försäkringar. Läkaren och tandläkaren ska i sin verksamhet också beakta patientens rättigheter, varav de centralaste är rätten till god vård, till en vårdplan och till vård i samförstånd samt rätten att få information och att se patientjournalen.

TILLSTÅNDS-, STYRNINGS- OCH TILLSYNSMYNDIGHETER

Regionförvaltningsverken (de tidigare länsstyrelserna) svarar för den regionala myndighetstillsynen. Den nationella myndighetstillsynen sköts av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Syftet med tillståndsförvaltningen, styrningen och tillsynen är att främja en högklassig hälso- och sjukvård och säkra patientsäkerheten. Tillståndsförvaltningen utövar föregripande tillsyn som inkluderar bland annat legitimering och registrering av yrkespersoner inom vården och skydd och registrering av deras yrkesbeteckningar, tillstånd och koncessioner för den privata hälso- och sjukvården samt registrering av självständiga yrkesutövare. Valvira styr hälso- och sjukvårdens enheter och yrkespersoner samt regionförvaltningsverken till exempel med hjälp av nationella tillsynsprogram som syftar till att skapa en enhetlig riksomfattande praxis.

Valvira och regionförvaltningsverken övervakar såväl vårdorganisationerna som enskilda yrkespersoner. Då en enskild yrkespersonens verksamhet granskas ska myndigheterna beakta praxis och ledningens anvisningar i den organisation där personen arbetar. Inom patientsäkerheten spelar systemperspektivet en central roll.

Tillsynsärenden kan aktualiseras till exempel av klagomål från patienter eller deras anhöriga eller av anmälningar som gjorts av överordnade, apotek, andra myndigheter eller domstolar. Valvira kan även på eget initiativ ta sig an att utreda ett fall på basis av uppgifter som publicerats i offentligheten. Dessutom ger Valvira och regionförvaltningsverken på begäran utlåtanden i tillsynsärenden till andra myndigheter, såsom till riksdagens justitieombudsman eller justitiekanslern, eller till polisen om en rättsmedicinsk dödsorsak måste utredas.

Merparten av klagomålen behandlas vid regionförvaltningsverken. Valvira behandlar klagomål om vård som lett till att patienten blivit invalidiserad eller avlidit. Valvira behandlar också klagomål som väcker principiella frågor och frågor med vittgående följder. Sedan ändringarna av förvaltningslagen trädde i kraft år 2014 har Valvira i allt högre grad hänvisat klagomål till hälso- och sjukvårdsenheten för behandling som påminnelser. Valvira utvärderar de klagomål som skickats till myndigheten antingen på basis av journalhandlingar eller genom att dessutom kontakta ledningen för den berörda vårdenheten och begär en utredning av de yrkespersoner som deltagit i behandlingen av patienten. Av vårdenhetens ansvariga chef för medicinsk verksamhet begär Valvira dessutom en redogörelse för händelseförloppet, personalens handlande och enhetens interna anvisningar. För att kunna bedöma ärendet begär Valvira vid behov även ett utlåtande av den aktuella sektorns permanenta expert.

Patienter eller deras anhöriga gör relativt ofta anmälningar till Patientförsäkringscentralen för att få ekonomisk ersättning. (Se **Patientskador, menliga behandlingseffekter och vårdfel**) Vid både Patientförsäkringscentralen och Patientskadenämnden behandlas ersättningsärendet självständigt, separat från regionförvaltningsverkets eller Valviras eventuella utredning. Information utbyts på grundad begäran.

Valvira svarar också för tillsynsärenden som bedömer en läkares eller tandläkares hälsotillstånd och professionella arbetsförmåga eller yrkesskicklighet. För att utreda frågan har Valvira möjlighet att beordra en yrkesperson inom hälso- och sjukvården att genomgå en utredning av hälsotillståndet och professionella arbetsförmågan eller yrkesskickligheten. Valvira kan också beordra regionförvaltningsverket att göra en inspektion av yrkesutövarens mottagning. Vid inspektionen kan man granska till exempel ett utdrag ur patientjournaler. Valvira har också rätt att få uppgifter om läkemedel som läkaren ordinerat eller blivit ordinerad från Fpa:s receptcentral. I tillsynsärenden kan Valvira begära uppgifter från Patientförsäkringscentralen om ersättningsansökningar som centralen tidigare behandlat och som den berörda läkaren har varit delaktig i.

Antalet klagomål och övriga tillsynsärenden växer kontinuerligt. År 2019 tog Valvira emot dryga 1 000 klagomål, varav nästan hälften i enlighet med arbetsfördelningen överfördes till regionförvaltningsverken. Andra tillsynsfrågor, såsom tillsyn av yrkesutövare, hade ca 500 fall under behandling. Av dessa överförde Valvira en del till regionförvaltningsverken och en del för att genomföras med självkontroll. I synnerhet tillsynsärenden som väckts med en anmälan har blivit fler. De vanligaste enskilda skälen till tillsynsfall är yrkesutövarnas egna rusmedels- och missbruksproblem samt psykiska problem. Yrkesutövarens osakliga yrkesverksamhet och vårdpraxis till exempel vid ordinerings av läkemedel är också ofta förekommande teman.

EGENKONTROLL

Social- och hälsovårdens verksamhetsfält blir allt mer invecklat och tillsynsmyndigheterna kan inte med sina begränsade resurser bedriva förebyggande och kontinuerligt uppdaterad tillsyn. Patientsäkerheten och verksamhetens ändamålsenlighet måste bygga på vårdenheter- nas egen systematiska processhantering, patientsäkerhetsarbete och självkontroll.

Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården uppgöra en plan för kvalitetsledning och för hur patientsäkerheten tillgodoses. Detta inkluderar också systematisk tillsyn över den egna verksamheten. En likadan skyldighet ingår i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990). Privata serviceproducenter som bedriver verksamhet vid flera verksamhetsställen ska enligt lagen utarbeta en plan för egenkontroll. Egenkontrollen gäller alla de procedurer med vilka organisationen säkerställer att patienterna får adekvat och säker vård, från personalrekryterings metoder och vårdprocessernas förlopp till hur informationen överförs till patientens följande vårdställe. Tillsynsmyndigheterna betonar organisationernas egenkontroll, det vill säga arbetsgivarens åtgärder för att säkra patientsäkerheten i realtid och i ett så tidigt skede som möjligt om det framkommer problem.

ADMINISTRATIV STYRNING, SÄKRINGSÅTGÄRDER OCH DISCIPLINÄRA ÅTGÄRDER

Tillsynsmyndigheterna kan ge yrkesutövare administrativ styrning (uttrycka sin åsikt, fästa uppmärksamt eller ge en anmärkning) då yrkesutövaren har handlat olämpligt eller felaktigt i sitt yrke. Tillsynsnämnden för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården, som tillsätts av Valvira, kan som en disciplinär åtgärd ge en skriftlig varning då det är fråga om brott mot en författning, felaktigt förfarande eller en försummelse. När det är fråga om att patientsäkerheten hotas kan tillsynsnämnden som en säkringsåtgärd begränsa eller dra in personens yrkesrättigheter. Nämnden beslutar också om att återge rättigheterna eller att upphäva begränsningarna.

Säkringsåtgärder vidtas då de är nödvändiga för att garantera patientsäkerheten ifall man i en yrkesutövares verksamhet upptäckt brister antingen i yrkesskickligheten eller i förmågan att utöva yrket. I detta fall är arbetsgivarens egenkontroll otillräcklig eller otillgänglig och yrkesutövaren förstår inte själv att hans yrkesverksamhet äventyrar patientsäkerheten. Vid avgörandet av ärendet ber Valvira yrkesutövaren om en utredning av personen själv och ofta av hans chef samt den behandlande parten. Därtill kan yrkesutövarens mottagning inspekteras, personens yrkesskicklighet eller hälsotillstånd och yrkesmässiga funktionsförmåga utredas till exempel genom att beordra personen till sjukhusundersökningar. Valvira

hör alltid den berörda yrkesutövarens före sitt beslut. Ett beslut om säkringsåtgärder kan gälla tills vidare, men kan också vara tillfälligt om patientsäkerheten kräver ett snabbt ingripande i yrkesutövandet medan utredningarna fortfarande pågår. Yrkesutövaren kan ansöka om att begränsningarna hävs eller att rättigheterna återställs. I så fall måste hen kunna påvisa att den omständighet som lett till det ursprungliga beslutet har korrigerats.

Omkring en tredjedel av klagomålen och anmälningarna som blir vid Valvira har lett till administrativ styrning, såsom ett uppmärksammande eller en anmärkning om kommande yrkesverksamhet. Också regionförvaltningsverken kan på motsvarande sätt ge yrkesutövare administrativ styrning.

Ordföranden för Valviras tillsynsnämnd för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården är Valviras överdirektör. Nämnden har fyra andra medlemmar, varav en företräder medicinsk och en juridisk expertis, en företräder vårdssystemet och en den yrkesgrupp till vilken den berörda personens ärende hör. År 2011 avgjorde tillsynsnämnden 201 ärenden, varav 74 gällde läkare och 13 tandläkare. År 2019 avgjorde tillsynsnämnden 227 ärenden, varav 71 gällde läkare och 7 tandläkare. 15 läkare fick varningar, 30 läkares rättigheter till yrkesutövande begränsades och 10 läkares rättigheter drogs in. Läkarna fick totalt drygt 50 anmärkningar av Valvira och regionförvaltningsverken. Anmärkningar och skriftliga varningar samt begränsningar eller indragande av rättigheter till yrkesutövande registreras i Valviras Terhikki-register över hälso- och sjukvårdens yrkesutövare. Anmärkningar och skriftliga varningar syns i registret i tio år. I registrets webbaserade offentliga datatjänst (JulkiTerhikki) syns bara begränsningarna av yrkesrättigheter som en begränsningsanteckning, medan återgivna rättigheter syns så att personen inte längre ingår i registret. I grunddatabasen finns alla uppgifter.

LÄKAREN SOM TILLSYNSOBJEKT

Nästan varje läkare blir i sin yrkeskarriär tvungen att svara på något klagomål eller besvär. Att bli stämd i rätten är dock mindre vanligt. Det är nyttigt att känna till stadierna i processen om den drabbar en själv.

Processen inleds ofta med en begäran om utredning från Valvira i fall där patienten eller en anhörig framfört ett klagomål om vården. Ibland får tillsynsmyndigheten en anmälan från en annan enhet som misstänker olämplig behandling. Polisen kan också begära ett utlåtande om lämpligheten i patientens vård, till exempel i samband med utredning av en rättsmedicinsk dödsorsak eller ett misstänkt brott.

Valviras begäran om utredning måste besvaras. Det är värt för läkaren att skriva det begärda utlåtandet omsorgsfullt. I utlåtandet berättar läkaren om den behandling hen har gett från sin egen utgångspunkt och motiverar de lösningar hen har gjort. Vid behov ger Valvira på basis av utredningar och expertutlåtanden polisen ett eget utlåtande om huruvida behandlingen varit lämplig eller inte.

Den rättsliga process som möjligen följer på utredningen av ärendet är belastande och fortgår i värsta fall i flera år. Detta kan till exempel leda till rädsla för fel i kliniskt arbete. I arbetsgemenskapen spelar chefen en viktig roll när det gäller att undvika en beskyllande atmosfär. Vid olika stadier av processen kan läkaren prata med Läkarförbundets advokater. Situationen kan även diskuteras med Läkarförbundets konfidentiella läkare, som kan ge stöd.

FÖRBUNDENS EGEN TILLSYN

Finlands Läkarförbunds uppgift är att främja läkarprofessionen, vars väsentliga egenskaper är en solid moralisk värdegrund. Begreppet profession omfattar självreglering. Självregleringen är viktig särskilt med tanke på yrkesskickligheten och läkarnas yrkesetiskt acceptabla uppträdande. Finlands Läkarförbund har fastslagit läkarnas centrala etiska värden och principer samt utarbetat kollegialitetsregler i syfte att styra läkarnas beteende. En central princip är kollegialitetsreglernas och förbundets regler om att upprätthålla en värdig anda och ett gott kamratskap inom landets läkarkår. Denna regel har bibehållit sin aktualitet och styrande karaktär under förbundets mer än hundraåriga historia. (Se **Professionalism och kollegialitet**)

Förbunden har också andra regler som de förutsätter att deras medlemmar följer. Till exempel övervakas marknadsföring av läkartjänster av tillsynsnämnden för marknadsföring av läkartjänster. (Se **Marknadsföring av läkartjänster**) Marknadsföringsreglerna och de etiska reglerna gäller även tandläkare. Uppförande enligt Läkarförbundets övriga regler övervakas i sista hand av kollegialitetsrådet, som tillsatts av delegationen.

Läkarförbundet övervakar efterlevnaden av sina regler och kan som disciplinär åtgärd utfärda en varning eller en offentlig varning till sin medlem, eller i sista hand säga upp förbundsmedlemskapet. En offentlig varning avser publicering av varningen och dess motiveringar i Finlands Läkartidning. Bestämmelserna om disciplinära åtgärder finns i kodexen för Finlands Läkarförbunds kollegialitetsorgan. Tandläkarförbundet ansvarar för motsvarande åtgärder i fråga om tandläkare.

Exempelfall

*Diskussionsforumen på webben kan locka kolleger att beskriva situationer och personer i färgade ordalag som de aldrig skulle använda då de uppträder offentligt. Förbundets FiMnet-diskussionstavlor är i princip begränsade till sina användare, men bör ses som offentliga då man lätt kan ta till exempel en skärmdump av dem, eller av vad som helt i sociala medier, för den delen. Enligt kollegialitetsreglernas första paragraf ska läkaren "uppträda tolerant och visa god vilja" gentemot sina kolleger. Detta gäller även diskussionsforum. Kollegialitetsrådet (tidigare förtroenderådet) har ibland varit tvunget att vidta åtgärder i denna fråga. (Se **Läkaren, offentliga uppträdanden och sociala medier**) ■*

Läs mer:

Mitä tapahtuu, kun lääkäri saa syyteen vakavasta hoitovirheestä? Mitä kannattaa tehdä? <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/rdquo-kerro-esimiehelle-ja-hanki-hyva-asianajaja-rdquo/>

Tillsyn över hälso- och sjukvården. Valvira. <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/tillsyn-over-halso-och-sjukvarden>

Social- och hälsovård. Regionförvaltningsverket. <https://avi.fi/sv/om-oss/vara-uppgifter/social-och-halsovard>

Läkare, patient och tredje part

De flesta läkarna arbetar inom olika vårdorganisationer och allt färre som helt självständiga yrkesutövare. Hälso- och sjukvården organiseras numera på flera olika sätt och gränsen mellan den privata och den offentliga sektorn har blivit mer diffus, bland annat till följd av utlokalisering, köptjänster samt bildandet och bolagiseringen av kommunala affärsverk. Läkarna arbetar också allt oftare med olika sakkunniguppdrag utanför vårdbranschen, och inte alls med patienter. Patienten och läkaren kan rätt sällan enbart sinsemellan besluta om de behandlingar patienten får eftersom de allt oftare måste beakta också olika "tredje parter" och deras åsikter. När läkaren sköter patienter är läkaretikens grundprinciper desamma oberoende av organisation. Olika organisationer ställer dock olika ramvillkor för verksamheten.

I takt med att privatiseringen och andra liknande sätt att organisera verksamheten blir allmännare inom hälso- och sjukvården ökar behovet av att ge akt på frågan om läkarens eventuella jäv. Att läkarna är opartiska är viktigt med tanke på vårdsystemets trovärdighet och för att garantera rättvisan. När läkaren fungerar som sakkunnig, till exempel då hen skriver utlåtanden, framhävs kravet på läkarens opartiskhet.

I det här avsnittet behandlas de förändrade relationerna mellan det privata och det offentliga vårdsystemet, läkarens jäv, förhållandet till läkemedelsindustrin, marknadsföring av läkartjänster samt principerna för hur man skriver utlåtanden. Av de olika verksamhetssektorerna granskas läkarna inom försäkringsbolagen, företagshälsovården, fångvården och Försvarmakten.



Privat och offentlig vård

En läkare bör använda sig enbart av metoder vars nytta bekräftats av medicinsk forskning och erfarenhet, oberoende av om hen arbetar inom offentlig eller privat hälso- och sjukvård.

Läkarnas etiska förpliktelser är desamma oberoende av sektor. Ekonomiska drivfjädrar, organisationens resurser och patienternas önskemål kan emellertid orsaka olika etiska utmaningar i olika sektorer.

Inom sitt arbete inom olika sektorer måste den enskilda läkaren se till att trots olika sporrar handla etiskt.

Hälso- och sjukvården kan till sin finansiering, organisation och produktion vara antingen offentlig eller privat. Den finska lagstiftningen förutsätter att finansieringen och organisationsansvaret för Finlands hälso- och sjukvård huvudsakligen är offentliga men ger frihet i fråga om produktionen. I det övriga Europa produceras framför allt primärvården vanligen privat, och i många länder också den specialiserade sjukvården, trots att samhället noggrant reglerar deras organisering och finansiering.

Inom det finländska vårdssystemet har det av tradition funnits en klar uppdelning mellan den offentliga kommunala sektorn och den privata sektorn, vars tjänster delvis ersätts via sjukförsäkringen. Den privata sektorn har dels kompletterat den offentliga sektorns tjänster, dels producerat en betydande andel av de tjänster som vissa specialiteter tillhandahåller, såsom gynekologi, ögonsjukdomar, psykiatri och munhälsovård. En del av de läkare som arbetar inom den offentliga sektorn har privatpraktik på deltid. Men situationen håller på att förändras: det är inte längre lika tydligt och enkelt att skilja åt den privata och den offentliga sektorn från varandra, då samarbetet mellan de två hela tiden ökar.

En läkare som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvården är oftare än tidigare antingen anställd av ett privat företag eller en självständig yrkesutövare, eftersom den kommunala serviceproducenten hyr arbetskraft av privata företag. Kommunen kan till exempel utlokalisera hälsocentralen till ett privat företag, eller kan i och med sitt arrangörsansvar erbjuda servicesedlar för att köpa tjänster som produceras privat. Inom den offentliga hälso- och sjukvården växer tendensen att skilja beställar- och utförarfunktionerna från varandra. Produktionen av hälsovårdstjänster blir också alltmer bolagiserad och organiserad i företagsform. Dessutom har offentliga producenter inrättat produktionsenheter i företagsform. Till dessa hör bland annat ledprotesföretaget Coxa Oy och Hyksin Oy, som också tillhandahåller privatfinansierade tjänster till försäkringsbolag eller självbetalande patientklienter.

I regeringens förslag till social- och hälsovårdslagstiftning som gavs till riksdagen i december 2020 (RP 241/2020) definieras detaljerade allmänna villkor för köptjänster inom social- och hälsovård. Förslaget ålägger välfärdsområden att till exempel ta arrangörsansvar, ansvar för uppgifter inom offentlig förvaltning samt ansvar för dygnetrunttjour, och dessa kan inte köpas av en privat tjänsteleverantör.

Det är ändamålsenligt att tala skilt om organisation, finansiering och produktion beroende på vilka av dessa verksamheter som är offentliga och vilka som är privata. Inom den offentliga vården fastställs den andel patienten betalar själv i allmänhet på basis av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. En producent är offentlig om den i huvudsak är offentligt ägd.

Vårdsamarbetet mellan privata och offentliga producenter har många etiska utmaningar, som förmodligen kommer att öka ytterligare i takt med att samarbetet och konkurrensen mellan aktörerna ökar. Konkurrensen förväntas förbättra vården, öka patienternas valfrihet och skapa ett mångsidigare utbud av tjänster.

Genom att privata företag som producerar vårdtjänster allt oftare övergår i utländska investerares ägo ökar också vikten av etiska reflexioner.

ETISKA UTMANINGAR INOM DET OFFENTLIGA OCH DET PRIVATA VÅRDSYSTEMET

Läkarens juridiska förpliktelser varierar i viss mån, beroende på om hen tjänstgör inom offentlig eller privat vård, eller fungerar som tjänsteman, privat yrkesutövare eller anställd vid ett privat företag. De etiska förpliktelserna förblir desamma, men möjligheterna att leva upp till dem kan variera.

Läkaren måste i sitt arbete använda sig enbart av metoder vars nytta bekräftats av medicinsk forskning eller erfarenhet. För läkaren är det en etisk utmaning att både inom den privata och den offentliga vården följa de vårdindikationer som ingår i de nationella vårdrekommendationerna. De sistnämnda gäller samtliga patienter. (*Se Vetenskaplig evidens och vårdbeslut*) I enskilda vårdbeslut har läkaren klinisk autonomi att handla för sin patients bästa, och får inte vara tvungen att av ekonomiska skäl välja oändamålsenliga behandlingsalternativ. Oavsett var läkaren jobbar bör hen hålla fast vid sin rätt att självständigt fatta beslut om de undersökningar och behandlingsmetoder hen i enlighet med sin yrkesetik anser nödvändiga. Det är viktigt att ge akt på att varken läkarens, hens arbetsgivares eller övriga intressegrupper ekonomiska intressen på ett ändamålsenligt sätt får styra vårdprocessen. Inom den privata vården kan dock patientens begränsade betalningsförmåga orsaka etiska utmaningar.

Den offentliga vårdens resurstryck kan leda till att man av kostnadsskäl begränsar tillgången till vård. Läkaren kan råka i en etisk konfliktsituation, om hen inte längre kan vårda sina patienter så bra som hen vill och inte så bra hen anser korrekt ur samhällelig rättvisesynpunkt. (Se [Läkaren och patienten i ett föränderligt samhälle](#)) Den offentliga vården måste sträva efter att trygga tillräckliga vårdresurser. Dessa är emellertid alltid begränsade inom både den offentliga och den privata sektorn, och därför är man alltid tvungen att beakta dessa externt definierade ramvillkor på något sätt inom vårdarbetet. (Se [Prioritering i vården](#))

Inom den offentliga vården kan patienternas påtryckningar och personalens rädsla för att göra fel locka till onödiga undersökningar och överbehandling, då det inte blir dyrare för patienten. Inom privat vård har den enskilda läkaren moralisk skyldighet att hålla sig till medicinskt motiverade vårdindikationer och en hög vårdkvalitet, även om antalet patientbesök påverkar inkomstflödet för läkaren, hens arbetsgivare och läkarcentralen. Det är oetiskt att göra onödiga undersökningar, åtgärder och patientbesök, även om det skulle tillfredsställa både patienten, läkaren och arbetsgivaren. Krav på jämlikhet och rättvisa tvingar också läkaren att beakta de konsekvenser hans beslut har för kostnaderna och deras fördelning. Det här är viktigt inte bara på grund av den sociala rättvisan utan också med tanke på både läkarkårens och de två sjukvårdssystemens trovärdighet samt hela sjukförsäkringssystemets hållbarhet. Detsamma gäller även den vård som ersätts av privata sjukförsäkringar. I vissa länder har man på grund av onödig konsumtion av vårdtjänster på olika sätt försökt begränsa både läkarnas och patienternas autonomi. I Finland kan denna förhoppningsvis undvikas genom att läkarna alltid agerar medicinskt motiverat, etiskt korrekt och med beaktande av ovan nämnda principer.

En etisk principfråga är om patienten ska ha rätt att på egen bekostnad köpa medicinskt onödiga undersökningar och behandlingar. Detta anses ojämnt och slösar med hälso- och sjukvårdens resurser samt leder till onödig utveckling av medikalisering. Den saken blir alltmer krävande då privatiseringen av hälso- och sjukvården sker allt mer enligt marknadens krav och människans autonomi upphöjs till den etiskt viktigaste principen. Den här utvecklingen är inte förenlig med vare sig medicinens målsättningar eller läkaretiken, och läkarna bör inte främja den med sin egen verksamhet. (Se [Konsumism, Medikalisering](#))

Den offentliga och privata vården förhåller sig olika också till rättvisan. Den offentliga vården har som mål att jämlikt erbjuda samtliga medborgare de tjänster de behöver, på lika villkor. Inom den privata vården finns i princip inget sådant mål, då tjänsterna bygger på att patienter frivilligt uppsöker behandling. I praktiken är skillnaden inte så tydlig, då de offentliga tjänsterna inte alltid är tillräckliga. Därtill binder sjukförsäkringsersättningarna delvis samman den privata vården med offentligt finansierad vård. För patienten är privata vårdtjänster betydligt dyrare än offentliga, vilket gör att de fördelar sig mer ojämnt mellan olika socioekonomiska grupper. De är också geografiskt mer ojämnt fördelade. Eftersom vårdtjänster kan betraktas som en del av människans nödvändiga bastjänster är det etiskt motiverat att de är så jämlikt fördelade som möjligt.

KONKURRENSEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Inom den offentliga vården har uppkomsten av en konkurrenssituation hämmats av att offentliga aktörer, såsom kommuner eller samkommuner, ofta samtidigt agerar både arrangör, finansör och producent. I praktiken har den offentliga vården varit en regional monopolaktör. Situationen håller emellertid på att förändras i takt med att värdet av medborgarnas självbestämmanderätt betonas alltmer. Patientens valfrihet ökas, man tar i bruk servicesedlar,

rollerna som beställare och producent av offentliga tjänster lär snart ska skiljas åt inom kommunalförvaltningen och tjänsterna lär utlokaliseras allt mer. Konkurrensen inom den offentliga serviceproduktionen lär öka ytterligare. Den ekonomiska konkurrensen mellan producenterna har också intensifierats inom företagshälsovård och privatfinansierad sjukvård.

På grund av vårdtjänsternas speciella natur är den ökade konkurrensen mellan tjänsteproducenterna förenad inte bara med fördelar utan också med vissa specialproblem som berör både privata och offentliga serviceproducenter. Hälsotjänster kan inte utan vidare jämföras med andra produkter och tjänster på den fria marknaden, emedan

- Patientens förtroende för läkaren bygger på att läkaren moraliskt förbinder sig att använda sin yrkesskicklighet till patientens bästa och inte i första hand tänker på sina egna intressen eller den organisation hen representerar.
- Vårdtjänsterna är tjänster som för människor kan vara livsviktiga och vars tillgång kan anses höra till de mänskliga rättigheterna.
- En betydande del av utgifterna för vårdtjänsterna täcks med offentliga medel.
- Hälsö- och sjukvården är en sektor med höga säkerhetskrav, där tjänster av dålig kvalitet potentiellt kan ha väldigt negativ inverkan på patienternas hälsa.
- Vårdprocesserna ofta är långvariga och förutsätter ett friktionsfritt samarbete mellan flera olika tjänsteproducenter.

Om konkurrenstänkandet drivs till sin spets inom vården finns det en risk för att det föds etisk snedvridning som försämrar vårdens kvalitet och effektivitet. Det här kan synas till exempel i form av överproduktion av tjänster och onödiga tjänster. Men konkurrensen kan leda till dålig eller otillräcklig service och undermålig vård också då strävan efter vinst gör att man blir alltför angelägen om att minimera kostnaderna. Vårdens kontinuitet och rätten att välja sin läkare kommer i andra hand, om man alltid väljer den producent som erbjuder de billigaste patientbesöken. Patienternas förtroende för läkarna och läkarnas engagemang i sitt arbete undergrävs ifall endast ekonomiska aspekter är – eller ens förefaller vara – det viktigaste motivet. Därför måste konkurrensen inom vårdsystemet bygga på vårdens grundläggande värderingar och inte enbart på kostnadsaspekter eller strävan efter vinst.

Syftet med de kollegialitets- och marknadsföringsregler som Finlands Läkarförbund har antagit är att motverka osund konkurrens. Marknadsföringsreglerna har antagits även av Tandläkarförbundet. Avsikten med reglerna är att trygga överenskomna regler för rent spel och gemensamt överenskomna konkurrensbegränsningar. ■

Läs mer:

Pasternack A. Lääkärintyö muuttuu – miten käy profession? Duodecim 2003; 119:689–90.

Saarni S, Vuorenkoski L. Terveysthuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Duodecim 2003;119(10):993–1000.

Finlands Läkarförbund: Läkarens kollegialitetsregler. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5371/lakarens_kollegialitetsregler_991211.pdf

Finlands Läkarförbund: Lääkäreitä ja lääkärinpalveluja koskevat markkinointiohjeet.

Läkarens jäv

Varje läkare som deltar i behandling av förvaltningsärenden är förpliktad att i första hand själv bedöma om hens ställning eller verksamhet vid sidan av hens tjänsteälligganden inom den offentliga hälso- och sjukvården är av sådan natur att det kan äventyra hens opartiskhet i den offentliga tjänsteutövningen.

Jäv innebär inte bara en skyldighet utan också en rättighet att avstå från ett uppdrag där läkaren kan vara jävig. Om läkaren har en ledande ställning med resultatansvar kräver jävsfrågorna särskild uppmärksamhet.

Utbudet av vårdtjänster har under de senaste åren vuxit och blivit mångsidigare, och läkarna arbetar inom olika typer av arbetsgemenskaper och organisationer. De kan ha en fast tjänst inom stat eller kommun, ha ett arbetsavtalsförhållande, vara en självständig yrkesutövare, stå i ett köptjänstförhållande eller fungera som konsulterande läkare. Läkarna håller av tradition privatmottagning vid sidan av sin egentliga tjänst, och kan också ha övriga bisysslor. Kopplingar till läkemedels- eller konsultföretag eller andra kommersiella aktörer kan till exempel förutsätta granskning av läkarens status och objektivitet. Det är därför naturligt att läkaren allt oftare ställs inför situationer där hen måste bedöma jäv eller tillhörande problem. Bedömningen av jäv har både etiska och juridiska dimensioner.

Förutom direkt jäv är det också skäl att bedöma bindningar till olika parter eller på annat sätt verksamhet som kan väcka kritik. Därför är det utöver jäv också en god idé att fästa uppmärksamhet vid att anmäla bindningar vid utbildningar och andra framträdanden. Detta bygger upp förtroende och skingrar eventuella misstankar.

Finlands Läkarförbund har regler om jäv, men också anvisningar om hur man arbetar med kommersiella företag. Anvisningarna lämpar sig även för tandläkare. Dessutom har olika aktörer egna anvisningar och rekommendationer för anmälan av bindningar. Det är en bra idé att bekanta sig med dem alla i förväg, även innan eventuellt jäv uppstår.

I denna artikel behandlas jävsfrågan ur förvaltningslagens (434/2003) synvinkel. Syftet med jävsbestämmelserna är att garantera att den som innehar ett offentligt ämbete eller uppdrag är opartisk och oberoende i sitt värv. I juridisk mening avses med en läkares jäv att läkaren är jävig i de administrativa uppgifter som hör till hans tjänsteälligganden. Med jäv avses att läkares relation till det ärende som behandlas eller till berörda parter i ärendet är sådan att hans neutralitet kan ifrågasättas.

Varje läkare som deltar i behandling av förvaltningsärenden är förpliktad att i första hand själv bedöma om hans ställning eller verksamhet vid sidan av hans tjänsteälligganden inom den offentliga hälso- och sjukvården är av sådan natur att det kan äventyra hans opartiskhet i den offentliga tjänsteutövningen.

Jäv kan aktualiseras i flera olika situationer och det ankommer i första hand på läkaren själv att bedöma sin position och opartiskheten i sin verksamhet. I en oklar situation är det värt att i första hand jäva sig själv eller be om andras bedömning av saken. Speciell uppmärksamhet krävs då läkaren har en ledande ställning med resultatansvar.

JÄVSREGLERNA I FÖRVALTNINGSLAGEN

Även om en läkare som innehar en offentlig tjänst är tjänsteman, inbegriper normalt läkararbete såsom det definieras i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) relativt få sådana förvaltningsmässiga beslut för vilka man direkt borde tillämpa förvaltningslagens jävsbestämmelser (ett undantag är till exempel beslut om vård i enlighet med mentalvårdslagen). Jävsreglerna har betydelse om läkaren har en tjänst till vilken det hör att bruka offentlig makt, till exempel i ekonomiska frågor.

- Enligt förvaltningslagen får en tjänsteman ifall hen är jävig inte delta i behandlingen av eller beslut om ett ärende.
- En jävig tjänsteman får inte heller medverka i beredningen av ärendet, till exempel genom att begära utlåtanden eller utredningar.
- Jävsreglerna gäller även medlemmar i olika organ och andra som deltar i ärendets behandling.
- En jävig person får inte närvara i de beslutsfattande organ som bereder ärendet eftersom detta kan påverka de övriga medlemmarnas ställningstaganden.

Jäv uppstår om en person, eller någon av hans närstående, berörs av ett ärende på ett sådant sätt att ett avgörande i frågan kan förväntas medföra synnerlig nytta eller skada för personen i fråga. Det kan handla om ett tjänsteförhållande eller ett uppdrag, medlemskap i en styrelse eller motsvarande organ, position som verkställande direktör eller något annat som kan äventyra ifrågasvarande persons neutralitet.

Förvaltningslagen innehåller detaljerade bestämmelser om jävsgrunder och om vad som avses med närstående personer. Ju närmare släktskapsförhållande, desto strängare jävsregler.

Tjänstemannen avgör vanligtvis själv om hen är jävig. Då det gäller medlemmar eller föredragande i ett kollegialt organ beslutar man om jäv inom ifrågasvarande organ. Frågor om jäv bör avgöras utan dröjsmål.

BISYSSLA OCH JÄV

Jävsfrågorna kan bli aktuella till exempel på grund av läkares bisysslor. Det kan exempelvis handla om att bisysslan kan åsamka arbetsgivaren skada. Enligt lagen om kommunala tjänsteinnehavare (304/2003) får en tjänsteinnehavare inte ta emot eller inneha en bisyssla som kräver att arbetstid används för uppgifter som hör till bisysslan, om inte arbetsgivaren på ansökan beviljar tillstånd därtill. Tillstånd kan beviljas också för viss tid och begränsat. Det kan återkallas om det finns skäl därtill. Om bitjänsten inte sköts under arbetstid behövs inte tillstånd för bisyssla, men tjänsteinnehavaren bör anmäla om det till sin arbetsgivare.

När man överväger beviljande av tillstånd till bisyssla bör man beakta att tjänsteinnehavaren inte på grund av bisysslan får bli jävig i skötseln av sina tjänsteåligganden. Bisysslan får inte heller äventyra förtroendet för tjänsteinnehavarens opartiskhet i sitt arbete, eller på annat sätt inverka menligt på behörig skötsel av tjänsten. Som bisyssla får man inte utöva sådan verksamhet som i egenskap av konkurrerande verksamhet uppenbart skadar arbetsgivaren. I sista hand bedömer man från fall till fall om verksamheten kan äventyra förtroendet eller åsamka arbetsgivaren skada.

Traditionell privatpraktik som bisyssla är av den karaktären att den inte orsakar jäv, och arbetsgivaren har därför i allmänhet ingen orsak att förbjuda sådan.

Det finns dock särskild anledning att fästa uppmärksamhet vid situationer där läkare deltar i förvaltningsbeslut eller verksamhet med resultatansvar, till exempel när man beslutar om köptjänster. En läkare får inte vara medlem i en styrelse, förvaltningsråd eller därmed jämförbart organ och inte heller vara verkställande direktör eller inneha motsvarande position i ett företag som kontinuerligt erbjuder tjänster till ett sjukhus eller en hälsocentral.

Jävsfrågan kan aktualiseras också då en läkare med befolkningsansvar eller annan offentlig tjänst remitterar patienter till vård. En läkare får inte remittera patienter till en privatmottagning på ett sätt som står i konflikt med hens tjänsteåligganden. Patienten bör emellertid ha rätt att välja sin behandlande läkare. Huruvida det i en sådan situation uppstår en intressekonflikt måste bedömas från fall till fall. Även intagning av en patient på sjukhus eller poliklinik bör organiseras enligt principen om att vårdbehovet bör tillgodoses för alla på lika villkor, så att ingen läkare deltar i beslut om att ta in patienter hen själv har remitterat till vård.

Om jävet är bestående måste läkaren på eget initiativ avstå från en sådan position eller sådana uppdrag utanför sin tjänst eller sina ordinarie arbetsuppgifter som ger upphov till jäv. I oklara fall måste läkaren reda ut frågan med sin chef eller med sjukhusets eller hälsocentralens ledning.

Patientfall

En samkommun inom ett större sjukvårdsdistrikt konkurransutsätter röntgenundersökningarna. Radiologen har sin huvudtjänst på det lokala centralsjukhuset och arbetar på deltid som privatläkare vid en läkarcentral. Bägge lämnar in en offert. Om den privata läkarcentralen vinner tävlingen, kan radiologen fortsätta jobba där och ses detta som konkurrens med tjänstarbetsgivare? ■

Läs mer:

Lääkäreiden esteellisyysohje. Finlands Läkareförbund: <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareiden-esteellisyysohje/>

Läkarutlåtanden

Den som avger ett utlåtande ska opartiskt presentera sina egna observationer och slutsatser, oberoende av vem som har bitt om utlåtandet och för vilket syfte det avges. Läkaren ansvarar alltid för att de uppgifter hen gett är riktiga och att de slutsatser som presenteras är hållbara.

Då en patient på basis av en vårdrelation ber om ett utlåtande i syfte att erhålla en lagstadgad förmån är läkaren i allmänhet skyldig att ge honom detta, förutsatt att läkaren har den professionella kompetens som krävs för att skriva ett dylikt och att läkaren kan basera utlåtandet på sina egna observationer och tillförlitliga dokument som hen har tillgång till.

Här används för klarhetens skull det allmänna uttrycket läkarutlåtande för alla dokument som läkaren bevittnar. Samma principer gäller också då man skriver läkarintyg. Att skriva uttalanden kombinerar utmaningar kring å ena sidan patientens rättskydd och å andra sidan organisationen av läkarens arbete. För att skriva ett uttalande krävs därför utöver tillräcklig kompetens även tid att göra uttalanden på ett sätt som uppfyller de kriterier som fastställs för dem. Om utlåtandet blir av dålig kvalitet kan det leda till en felaktig lösning på basis av utlåtandet.

Ett läkarutlåtande krävs vanligen för att konstatera sjukdom, lyte eller skada, och för ansökningar om förmåner på grund av dessa. En läkare kan dock också vara tvungen att avge ett utlåtande till exempel då en patient ansöker om att avbryta havandeskap, att få tillstånd att bära skjutvapen eller rätt att köra bil, eller av någon annan anledning ber om en granskning av sitt hälsotillstånd. Läkaren bör helst känna till de bestämmelser som gäller i sammanhanget, så att hen å ena sidan kan förstå de förväntningar och krav patienten har och å andra sidan kan göra ett så bra utlåtande som möjligt med tanke på ärendet och beredningen av beslutet. Finlands Läkarförbund har gjort upp regler för hur man utfärdar läkarintyg och läkarutlåtanden. Bland reglerna ingår både generella principer och detaljerade rekommendationer för hur läkarutlåtanden ska skrivas. Reglerna lämpar sig även för tandläkare.

Ett läkarutlåtande ska till form och innehåll vara korrekt gjort och motsvara sitt syfte. Uppgifterna i utlåtandet bör vara så uttömmande att man inte skilt behöver höra vare sig läkaren eller patienten för att fatta beslut i ärendet. Ett läkarutlåtande i föreskriven form, det vill säga försäkrat genom heder och samvete, kan ersätta utlåtande under edlig förpliktelse i domstol eller i myndighetsförfarande.

ATT SKRIVA ETT UTLÅTANDE

Ett läkarutlåtande måste bygga på uppgifter vilkas riktighet läkaren själv är övertygad om. En läkare kan också behöva utvärdera avgivande av ett läkarutlåtande enbart på basis av journaler eller distansmottagning.

I sitt intyg ska läkaren uttryckligen ange vilka informationskällor uttalandet grundar sig på, om uppgifterna är likriktade och vilken risk det finns för felaktiga källor. Det får inte bygga enbart på uppgifter av den som ber om utlåtandet gett utan måste huvudsakligen bygga på läkarens egna uppgifter: egna observationer, laboratorie- och röntgenundersökningar och uppgifter från patientjournalerna. Utlåtandet bör innehålla all väsentlig information som

behövs för att tillåta de dragna slutsatserna. Uppgifter som kan påverka besluten får inte medvetet uteslutas. Det är dock viktigt att minnas att uppgifter som är irrelevanta för beslutsprocessen också kan inverka negativt på den.

Patientfall

En person som skadat sig på natten kommer till läkarens mottagning på morgonen. Vid utredningen av förhandsuppgifter framkommer det att patienten vid tidpunkten för olyckan var berusad och att berusningen med största sannolikhet bidrog till olyckan. Patienten förefaller fortfarande berusad. Bör hen alkoholtestas? Bör alkoholbruket nämnas i sjukintyget? Vems intresse företräder läkaren, i vilken roll ska hen skriva sjukintyget? Står rollerna som expert och patientens hjälpare i konflikt med varandra?

Då en läkare skriver ett utlåtande fungerar hen som sakkunnig i ett ärende som berör många olika parter med olika och ibland rentav motsatta intressen; dessa parter kan förutom patienten vara bland annat myndigheter, rättsväsendet, försäkringsbolag och arbetsgivaren. Läkaren måste alltid handla opartiskt i sin uppgift, oavsett på vems uppdrag eller i vilket syfte utlåtandet avges. Hen redogör i utlåtandet för sina egna observationer och slutsatser, vilka enligt hen är av betydelse för beslutsfattandet. Men det är inte läkaren som fattar själva beslutet. Det skriftliga utlåtandet är bara ett av de dokument som krävs för beslutsfattande gällande huruvida en viss förmån som patienten ansöker om ska beviljas eller avslås.

Patienten kan ha orealistiska uppfattningar både om sitt eget tillstånd och om de förmåner som hens sjukdom, lyte eller skada berättigar honom till. Ifall de fynd läkaren konstaterat inte överensstämmer med de lagstadgade grunder på vilka förmånen beviljas måste läkaren ha modet att klart säga detta åt sin patient. Det blir sedan patientens sak att besluta om hen vill ansöka om förmånen eller inte. Det ligger i patientens intresse att läkaren ger sin opartiska expertåsikt även om den inte motsvarar patientens förväntningar. Då kan man förhindra en mångårig process av klagomål, bitterhet och störningar i vårdrelationen. Läkaren avger sitt utlåtande som expert och inte som patientens jurist. Samtidigt bör man minnas att den medicinska kunskapen ofta är osäker och öppen för tolkningar, vilket gör att man utgående från samma observationer kan dra olika slutsatser. Den som avger utlåtandet och de som fattar besluten om förmåner kan också ha olika uppfattningar om hur man ska tolka lagstiftningen och försäkringsvillkoren.

Då en läkare avger ett utlåtande för en rättegång bör hen beakta också motpartens rättskydd. I vårdnadskonflikter bör läkaren alltid vara objektiv och opartisk: i sitt utlåtande ska en läkare alltid klart och tydligt uppge om det hen skrivit bygger på att hen hört och undersökt bara den ena parten eller om hen hört också andra berörda parter.

Läkarens uppgift som utfärdare av olika intyg är förknippad med etisk-moraliska förpliktelser inte bara mot patienten utan också mot samhället och andra medborgare. Då läkaren vårdar en patient är hen skyldig att verka för patientens bästa. Men då hen skriver ett utlåtande kan hen bli tvungen att framföra också sådant som inte motsvarar patientens intressen eller förhoppningar. Läkaren måste kunna lita på man i behandlingen av ärendet förhåller sig till hens omsorgsfullt gjorda utlåtande med det allvar frågan förtjänar.

Ifall en patient får ett beslut som skiljer sig från hens egen eller läkarens uppfattning kan läkaren hjälpa hen genom att ge råd om hur den ska söka ändring i beslutet. Detta är en väsentlig del av patientens rättsskydd. Läkaren kan då vid behov skriva ett nytt utlåtande som

underlag för ändringsansökan. Man får emellertid inte avsiktligt göra ändringar i utlåtandet enbart för att få till stånd ett avvikande beslut.

FÖR VEM GÖRS UTLÅTANDEN?

Om det är någon annan än patienten som ber om ett utlåtande kan ett sådant avges enbart med patientens uttryckliga samtycke eller med stöd av en speciell lagföreskrift. En sådan situation kan uppstå till exempel då ett försäkringsbolag vill ha uppgifter om patientens hälsotillstånd. Sådana kan begäras antingen i form av ett utlåtande eller ett utdrag ur patientjournalen. Enligt Finlands Läkarförbunds rekommendationer bör information till försäkringsbolagen vanligen ges i form av läkarutlåtanden, om inte speciell lagstiftning anger något annat. Till utlåtandet ska då alla uppgifter som är väsentliga för beslutet bifogas. Ifall begäran gäller kopior ur patientjournalerna måste läkaren avlägsna alla andra uppgifter ur dokumenten än de som behövs för behandlingen av ifrågavarande ärende. Ansvaret för överlåtelsen av uppgifterna vilar på den läkare som gett uppgifterna, eller gett tillstånd till detta.

KAN LÄKARE VÄGRA AVGE ETT UTLÅTANDE?

I vår lagstiftning finns det inga entydiga regler om skyldigheten att avge utlåtanden, med undantag för dödsattester och vissa andra myndighetsuppgifter. Enligt 22 § i hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen se till att en invånare i kommunen eller en patient på en hälsovårdscentral får ett intyg eller utlåtande om sitt hälsotillstånd, när ett sådant behövs enligt lag eller är nödvändigt med tanke på invånarens eller patientens vård, försörjning eller studier eller av någon annan jämförbar orsak.

Då en patient inom ramen för en vårdrelation ber om ett utlåtande för att få en viss lagstadgad förmån är läkaren vanligen skyldig att ge hen detta. Det förutsätter att läkaren har den professionella kompetens som krävs för uppgiften och kan bygga sitt utlåtande på egna observationer och tillförlitliga dokument hen har tillgång till.

Läkaren kan också konstatera att det inte finns någon motivering för det begärda utlåtandet, eller att det inte räcker till för att patienten ska få den förmån hen ansökt om eller att utlåtandet ur patientens synvinkel rentav är ogynnsamt. Om patienten efter att ha fått en dylik redogörelse ändå anser sig behöva ett utlåtande bör läkaren skriva det, även om hen anser det onödigt. Läkaren beslutar dock om intygets innehåll och patienten har ingen rätt att påverka läkarens slutsatser. Läkaren bör i sitt utlåtande redogöra både för sina egna observationer och sin uppfattning om patientens tillstånd. Ifall läkaren inte på basis av sina egna observationer och den information hen har tillgång till anser sig kunna avge det begärda utlåtandet, kan hen hänvisa patienten till en annan instans som eventuellt har tillgång till de uppgifter som behövs.

Inom läkarkåren har det förts en livlig debatt om att läkarna allt oftare förväntas skriva intyg och utlåtanden i frågor som de inte kan bekräfta på sin mottagning eller för vilka det nödvändigtvis inte krävs en läkares yrkesskicklighet. Det vore därför viktigt att läkarna aktivt deltar i samhällsdebatten kring hur man på bästa sätt kan tillvarata läkarkårens yrkesskicklighet, både samhället och patienterna till förmån. ■

Läs mer:

Finlands Läkarförbunds anvisningar om utfärdande av läkarintyg (2016), rekommendation om överlåtande av patientuppgifter till försäkringsbolag (2016) och rekommendation för distansmedicin (2016).
Tiililä U. Auttajista lausuntoautomaateiksi? Lääkäreillä keskeinen rooli etuuksista päätettäessä. *Duodecim* 2008;124(8):896–901.

Läkaren och industrin

Öppenhet i samarbetet mellan läkarna och industrin är av största betydelse för att förtroendet för läkaren som en god vårdare av sina patienter och som en rättrådig samhällsaktör inte ska rubbas.

Finlands Läkarförbund har publicerat en instruktion om läkares relation till kommersiella företag. Det är viktigt att utbildning som stöds av läkemedelsindustrin har ett oberoende program som satts ihop för att möta läkarnas yrkesmässiga behov.

Ett gott förhållande mellan läkarna och industrin är av betydelse för att garantera att forskningen och produktutvecklingen kommer patienterna till godo. Läkarna blir alltmer beroende såväl av den moderna läkemedelsindustrin som av instrument- och implantatindustrins produkter för att kunna hjälpa sina patienter. Industrin har också en framträdande roll som finansiär av kurser avsedda för läkarnas fortbildning och specialisering.

Förhållandet mellan läkaren och industrin kan av många orsaker vara förenat med etiska problem. Läkarkåren är en central målgrupp för både utveckling och försäljning av industrins produkter. Medicinens delområdets ledande experter är en speciellt viktig målgrupp. Det finns då en risk för att marknadsföringen påverkar läkarens behandlingspraxis på ett sätt som inte är medicinskt motiverat. Undersökningar har visat att marknadsföring påverkar föreskrivningspraxis för läkemedel och att små gåvor har betydelse. Såväl enskilda läkares som hela yrkeskårens ställning och trovärdighet kan bli lidande ifall läkarna som en del av marknadsföringen tar emot alltför frikostiga förmåner. Läkare som arbetar inom läkemedelsindustrin kan också ställas inför lojalitetskonflikter och jävsproblem.

Öppenhet är viktigt för samarbetet mellan läkaren och industrin för att inte rubba förtroendet för läkaren som en god vårdare av sina patienter eller för hans roll som rättrådig samhällsaktör. Karaktären av samarbete och finansiella förbindelser mellan läkare och läkemedelsföretag bör tåla offentlig granskning. Att dölja samarbete och finansiella relationer skapar lätt misstro mot läkarkårens neutralitet.

Enligt instruktionen om läkares relation till kommersiella företag är det skäl att anmäla ekonomiska intressen i samband med bland annat publikationer och föreläsningar.

I enlighet med Lääketeollisuus ry:s etiska regler dokumenterar och offentliggör läkemedelsföretagen för närvarande ekonomiska förmåner som de riktar till vårdbranschens organisationer och yrkesverksamma. En gång i året publicerar läkemedelsföretagen uppgifter på individnivå om finansiella förmåner som givits under året innan.

När ett läkemedelsföretag ger en ekonomisk förmån ska företaget begära förmånsmottagarens samtycke till att lämna ut informationen. Det finns ingen anledning att vägra sam-

tycke förutom i mycket exceptionella situationer. I offentligheten kan ett nekande av publicering tolkas som en signal om att det finns problematiska element i en enskild fördel eller, mer allmänt, i relationen mellan läkarkåren och läkemedelsindustrin. Om en läkare bedömer att utlämnandet är problematiskt bör hen överväga ändamålsenligheten i att ta emot den ekonomiska förmånen.

LÄKARE OCH MARKNADSFÖRING

Industrins marknadsföring är för läkarna en viktig källa till information om nya produkter. Ifall en läkare inte förhåller sig tillräckligt professionellt och kritiskt till marknadsföringen och den information industrin erbjuder, finns det risk för en omotiverad ökning av läkemedelskostnaderna. De nya och dyrare preparaten är inte nödvändigtvis väsentligt bättre än de tidigare. Bruket av läkemedel kan också öka utan medicinsk grund, eller så kan läkemedel börja användas för indikationer där de inte är nödvändiga. En läkare bör förhålla sig kritiskt till försök att utvidga det medicinska verksamhetsområdet, och till att man erbjuder medicinska lösningar också på problem som kan lösas på annat sätt. (Se [Medikalisering](#))

Läkaren måste med utgångspunkt i sin utbildning noga överväga och bedöma tillförlitligheten i marknadsföringen och nyttan av nya produkter för patienten. Läkarens vårdbeslut bör alltid fattas enbart med patientens bästa för ögonen, och information om effekten av nya läkemedel och andra nya produkter ska alltid inhämtas från oberoende källor. Även priset bör beaktas i beslutet. Att använda vårdsystemets knappa resurser på de nyaste och dyraste läkemedlen är inte alltid det bästa sättet att hjälpa patienterna. Läkaren bör se till patienten som helhet och minnas att företagets marknadsföring av naturliga skäl är primärt inriktad på läkemedel och olika instrument.

Finlands Läkarförbund har klara regler för samarbetet mellan läkarna och industrin. I reglerna har man definierat de praktiska villkoren för uppläggnings- och utbildningsevenemang som arrangeras av läkemedelsindustrin. Liknande spelregler för samarbetet finns också i läkemedelsindustrins egna marknadsföringsregler och i läkemedelslagen (395/1987) och läkemedelsförordningen (693/1987), enligt vilka läkaren också har ett juridiskt ansvar som föremål för olämplig marknadsföring. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea övervakar marknadsföringen inom läkemedel, såsom bland annat dess målgrupp och korrekta informationsinnehåll, samt rimligheten av gästfrihet.

Enligt förbundets regler får läkaren ta emot företagsgåvor om gåvan inte är relaterad till ett receptbelagt läkemedel, om den har ett ekonomiskt obetydligt värde för mottagaren och primärt anknyter till läkarens yrkesutövning. Gåvans syfte får inte vara att läkaren ska ordinera ett visst läkemedel, använda vissa hjälpmedel eller material eller att läkaren som motvikt börjar remittera till en viss vårdplats. Läkaren bör förhålla sig kritisk till alla gåvor som erbjuds.

Läkemedelsindustrins marknadsföringsregler stipulerar bland annat att man åt personal inom hälso- och sjukvården inte får erbjuda eller på annat sätt ge ekonomiska incitament eller lockbeten, varken öppet eller dolt. Det är också förbjudet att stödja fritidsverksamheten för personal inom hälso- och sjukvården eller deras organisationer.

Läkemedelsindustrins roll för läkarnas fort- och specialiseringsutbildning är fortfarande mycket viktig, även om förordningen från 2003 om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003) ålägger arbetsgivaren att svara för fortbildningen. Läkaren bör därför fästa särskild uppmärksamhet vid utbildningens kvalitet och oberoende. En oberoende utbildning ger förutsättningar för en oberoende yrkeskår. Det är oroväckande om fortbildningen inom en organisation i betydande utsträckning bygger på utbildning som kommer-

siella krafter direkt eller indirekt finansierar. Stödet för läkarnas kompetensutveckling (Pro Medico) har strävat efter att förbättra utbildningens kvalitet och oberoende, och har gett en rekommendation i frågan.

LÄKAREN I INDUSTRIENS TJÄNST

Läkare som är anställda inom läkemedelsindustrin kan ställas inför besvärliga lojalitetskonflikter ifall det uppstår konflikter mellan det kommersiellt och det hälsomässigt goda, och mellan företagets verksamhetskultur och läkaretiken. Läkarens etiska förpliktelser gäller samtliga läkare, oavsett arbetsgivare.

En läkare kan fungera som en konsult för ett privat företag, som en utbildare eller som en medlem av en delegation, ifall verksamheten inte äventyrar läkarens objektivitet och inte står i konflikt med läkarens förpliktelser gentemot sin patient. Man bör vid behov alltid uttömligt och öppet redogöra för sina kopplingar till privata företag, till exempel i samband med föreläsningar, artiklar och rapporter. Konsulteringsreglerna anges mer detaljerat i de etiska reglerna som Läkemedelsindustrin har uppgjort. De medicinska tidskrifterna har varit föregångare när det gäller att kräva att artikelförfattarna redovisar sina ekonomiska bindningar. (Se Medicinska publikationer)

Läkare som arbetar med resultatansvar blir allt oftare tvungna att fatta eller bereda stora köpbeslut för den organisation de företräder. Läkaren måste då verka utgående från sin roll som medicinsk expert och samtidigt beakta att hen kan vara jävigt: hen kan inte samtidigt företräda både säljare och köpare. (Se Läkarens jäv) En läkare får givetvis aldrig, varken åt sig själv eller andra, kräva särskilda förmåner som villkor för ett köpbeslut.

LÄKAREN SOM FORSKARE

Läkarna kan påverka produktutvecklingen av läkemedel, implantat och instrument inte bara genom att vara anställda inom industrin, eller genom att delta i kliniska läkemedelsprövningar, utan också genom sina praktiska erfarenheter och genom att göra förbättringsförslag. För att utvecklingen av nya produkter som är till nytta för patienterna ska vara så effektiv som möjligt måste relationerna mellan läkarna och industrin vara fungerande och goda. Å andra sidan kan ett forskningsprojekt också medföra etiska problem. Till de viktigaste hör valet av forskningsobjekt, forskningens mål och publiceringen av resultaten. Då man inte kan undersöka allting måste man i forskningen koncentrera sig på centrala frågeställningar inom hälso- och sjukvården.

Så kallade marknadsföringsundersökningar är problematiska. Deras syfte är, åtminstone delvis, att öka kännedomen om och bruket av ett visst preparat. Om man inte öppet redogjort för forskningens syften, kan marknadsföringsundersökningar i värsta fall innebära slöseri med hälso- och sjukvårdens resurser och vilseleda patienterna. Det är oetiskt att av marknadsföringsskäl hemlighålla resultaten av en undersökning. ■

Läs mer:

Eturistiriitojen tunnistaminen ja ratkaiseminen lääkärin täydennyskoulutuksessa. ProMedico. www.duodecim.fi
Hietanen P, Lahdenne P, Mäkelä M. Sidonnaisuusien ilmoittaminen uudistuu. *Finlands Läkartidning* 2010;37:2909–10.

Lääketeollisuuden eettiset ohjeet 2019. www.laaketeollisuus.fi

Instruktion om läkares relation till kommersiella företag. Finlands Läkarförbund 2006. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5371/instruktion_om_l_kares_relation_till_kommersiella_f_retag.pdf

Parkkila-Harju M. Syytä ylpeyteen. Finlands Läkartidning 2017;22:1399.

Statement Concerning the Relationship Between Physicians and Commercial Enterprises. WMA 2009. www.wma.net

Marknadsföring av läkartjänster

Marknadsföring av läkartjänster är tillåten inom gränserna för professionens självreglerande riktlinjer. En läkare bör inte överbetona sig själv och sin expertis inom sin marknadsföring.

Information som ges till patienten måste vara sådan att hen inte får en falsk bild eller orealistiska förväntningar om resultatet av behandlingen. Marknadsföringen bör inte i onödan öka efterfrågan på vårdtjänster.

En läkare kan marknadsföra sina tjänster på ett sakligt sätt, men marknadsföringen får inte sammankopplas med läkemedelsreklam eller produktmarknadsföring.

Till läkarprofessionens uppgifter hör att säkerställa självreglering genom att utfärda olika riktlinjer som professionens medlemmar förbinder sig till. Producenter av vårdtjänster är ofta hårda konkurrenter. Vårdtjänsters karaktär skiljer sig vanligen från konsumentprodukters och konsumenttjänsters karaktär. Därför måste professionen fästa särskild uppmärksamhet vid att marknadsföra sina tjänster sakligt. Marknadsföringsreglerna för läkartjänster hör till professionens mer detaljerade självreglering i branschen, trots att den grundar sig på allmän lagstiftning (såsom konsumentskyddslagen), myndighetsvägledning samt officiella juridiska tillsynsmekanismer (såsom konsumentombudsmannen och marknadsdomstolen). Marknadsföringsreglerna som utarbetats av Finlands Läkarförbund, Finlands Tandläkarförbund och Lääkäripalveluyritykset ry (LPY) har godkänts som en uppförandekod i vårdtjänstbranschen. Detta ger en bild av reglernas betydelse.

Marknadsföringsreglerna för läkartjänster gäller alla läkare, tandläkare och läkartjänstföretag vars verksamhet förutsätter tillstånd inom den privata hälso- och sjukvården eller anmälningsplikt enligt lagen om privat hälso- och sjukvård. Marknadsföringsreglerna tillämpas oavsett vilken medie- eller marknadsföringskanal som används i marknadsföringen vid respektive tidpunkt. Även om tjänsteleverantören, oavsett om det är läkaren själv eller ett företag som erbjuder tjänsterna, utlokaliserar sin marknadsföring till en tredje part, är den alltid själv ansvarig för marknadsföringens saklighet.

När marknadsföringen av läkartjänster riktas till patienter som är konsumenter är det viktigt att given information är korrekt och tillförlitlig. Marknadsföringen måste stödja patienternas möjligheter att få lämplig information om syftet med den erbjudna tjänsten och måste därför bygga på tillförlitlig medicinsk kunskap och erfarenhet. Patienterna måste få stöd för sin valfrihet när de uppsöker behandling. Marknadsföring får inte i onödan öka efterfrågan på vårdtjänster.

I sin marknadsföring bör läkarna inte betona sig själva och sin kompetens med överord eller osakligt kritisera en annan läkares eller tandläkares verksamhet. Om man vill använda sig av en jämförelse måste den ha objektiva externa och tillförlitliga kriterier som baserar sig på data.

Information som ges till patienten måste vara sådan att hen inte får en falsk bild eller orealistiska förväntningar om resultatet av behandlingen. Man bör inte ge garantier för att behandlingen kommer att lyckas. Patienten måste även upplysas om riskerna med medicinska ingrepp.

En läkare kan marknadsföra sina tjänster på ett sakligt sätt, men marknadsföringen får inte sammankopplas med läkemedelsreklam eller produktmarknadsföring. Hen bör inte heller agera som säljagent för ett kommersiellt företags produkter. (Se *Alternativa terapier*)

Priset är ofta en viktig konkurrensfördel. Konsumentmyndigheterna förutsätter att marknadsföring alltid visar priset på den tillhandahållna tjänsten och vad den omfattar. Patienten måste ha tillgång till prisuppgiften innan sitt beslut om att köpa en läkartjänst.

LÄKARENS YRKESTITLAR OCH SPECIALITETER

I marknadsföring kan man lyfta fram läkarens utbildning, expertis och erfarenhet som läkare. Detta måste göras korrekt och genom att använda allmänt accepterade akademiska grader, rättigheter eller behörigheter samt tjänsterelaterade titlar inom den verksamhet som marknadsföringen avser.

Marknadsföring kan också ge mer detaljerad information om den egna specialiteteten. Specialiteter kan dock inte vara självutnämnda, utan måste påvisas på ett tillförlitligt sätt. Specialiteter skiljer sig också från en läkares egna intressen. Det är inte lämpligt att marknadsföra sig som expert på tiotals olika kompetensområden.

Om läkaren inte ännu har specialisträttigheter får hen inte uppträda som specialist eller ge en sådan bild av sig själv. I marknadsföring måste man alltid nämna separat om läkaren är specialiserad. En specialist måste vara registrerad vid branschens specialistutbildningsprogram och ha minst två års utbildning inom specialiteteten, som avlagts antingen inom ett gemensamt utbildningsavsnitt eller som yrkesinriktad utbildning.

TILLSYN ÖVER MARKNADSFÖRING

Utöver allmänna konsumentmyndigheter övervakas läkare och marknadsföring av läkartjänster av Lääkäripalvelujen markkinoinnin valvontalautakunta, 'Tillsynsnämnden för marknadsföring av läkartjänster' bestående av representanter från Finlands Läkarförbund, Finlands Tandläkarförbund, Lääkäripalveluyritykset ry, Finlands Ögonläkarförening och Plastikkirurgiska Föreningen i Finland. Tillsynsnämnden ger varningar och sanktioner gällande marknadsföring som strider mot marknadsföringsreglerna samt handledning om rätt slags marknadsföring. ■

Läs mer:

Lääkäreitä ja lääkäripalveluja koskevat markkinointiohjeet. Suomen Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareita-ja-laakarinpalveluita-koskevat-markkinointiohjeet/>

Försäkringsmedicin

Till objekten för försäkringsmedicinsk bedömning hör bedömning av arbets- och funktionsförmåga, förhållandet mellan orsak och verkan samt risk och skada.

En försäkringsläkare är en oberoende expert som tar ställning till beviljande av förmåner enligt lagen eller försäkringsvillkor. Försäkringsmedicinska lösningar bygger på medicin och etablerad beslutspraxis vid respektive tidpunkt.

Den försäkringsmedicinska expertisens syfte är att garantera opartiska beslut. Sanningsenliga bedömningar är grundvalen för försäkringsmedicinen. Ekonomiska intressen får inte inverka på försäkringsläkarens beslut.

Patienten har rätt att få veta vilka grunderna för beslutet är.

FÖR VAD BEHÖVS FÖRSÄKRINGSLÄKARE?

Den som beviljar en förmån har enligt allmänna rättsprinciper rätt att försäkra sig om att ersättningen är motiverad. Detta gäller såväl vid ansökan om försäkring som vid utbetalning av ersättning och i lika hög grad den offentliga socialförsäkringen som den privata försäkringsverksamheten. I försäkrings- och ersättningsbeslut utgörs parterna av försäkringssökanden, den försäkrade eller den som lidit skada samt försäkringsinrättningen. Den behandlande läkaren och försäkringsläkaren är sakkunniga. Försäkringsinrättningens eller försäkringsbolagets beslut grundar sig på lagar och försäkringsvillkoren och är i sista hand juridiskt.

Genom arbetsfördelningen mellan den behandlande läkaren och försäkringsinrättningens sakkunniga läkare försäkras man sig om att den behandlande läkaren inte tvingas byta roll mellan att vara patientens talesman och den som avgör patientens försäkringsförmåner. Försäkringsläkarens uppgift är att ställa den medicinska informationen i relation till de bestämmelser som i ifrågavarande fall ska tillämpas.

Försäkringsbranschen behöver medicinsk information som grund för sina beslut. Även om den behandlande läkaren har de bästa förutsättningarna att bedöma sin patients medicinska tillstånd och vård, varken kan eller behöver hen behärska alla försäkringsfrågor. Försäkringsläkare som har specialiserat sig på olika försäkrings- och ersättningsformer är däremot förtrogna både med de bestämmelser som tillämpas och med etablerad beslutspraxis. De kan därför utifrån den information de fått av den ansvariga läkaren ge ett sakkunnigt utlåtande. På så sätt tryggar man en jämlik behandling av kunderna.

VAD ÄR FÖRSÄKRINGSMEDICIN?

Inom försäkringsmedicinen tillämpas medicinsk kunskap på rättsbegreppen inom lagstadgad och frivillig försäkring. Regelverken är komplicerade och försäkringsläkarna är vanligen specialiserade på ett visst slag eller vissa slag av försäkringar. Inom sina respektive försäkringsgrenar bedömer de fyra helheter: arbets- och funktionsförmåga (arbetsoförmåga), orsakssam-

band (skadeförsäkring), risk (sjukkostnads- och livförsäkring) samt skador (olycksfalls- och trafikförsäkring).

HUR UTBILDAS FÖRSÄKRINGSLÄKARE?

Försäkringsinrättningarna är hänvisade till kunnande inom medicinska specialiteter för att ha en grund för enhetlig beslutspraxis. Den kunskap som behövs beror på försäkringsgrenen. Till exempel inom olycksfallsförsäkringen är merparten av försäkringsläkarna ortopedier eller traumatologer. I bedömningen av arbetsförmåga behövs ofta sakkunskap inom flera olika specialområden. Företagshälsovårdens roll får en växande betydelse i och med att man med lagstiftningens metoder strävar efter att bättre utnyttja resterande arbetsförmåga och förlänga det yrkesaktiva livet. Varje försäkringsgren har sina särdrag och dessa måste läkarna vid försäkringsinrättningarna göra sig förtrogna med i sitt arbete.

Finlands Läkarförbund har sedan år 1994 tilldelat läkare som utbildat sig inom försäkringsmedicinen specialkompetens i området i syfte att fördjupa specialistläkarnas kunnande inom försäkringsområdet.

LÄKARNAS ARBETE VID FÖRSÄKRINGSANSTALTER

Samma etiska principer som för andra läkare gäller för läkare som jobbar i försäkringsinrättningar. Försäkringsläkaren fungerar som sakkunnig i försäkrings- och ersättningsprocesser. Beroende på försäkringsklass och sjukdomens eller invaliditetens svårighetsgrad kan den medicinska expertisens betydelse vara synnerligen avgörande och den officiella beslutsfattarens roll närmast formell. Då arbetsförmågan orsakas av svår sjukdom eller invaliditet, är försäkringsbeslutet inte i nämnvärd grad beroende på tillämpningen av någon lagparagraf och i dessa fall uppstår vanligen inte heller meningsskiljaktigheter mellan vårdinstanserna och försäkringen. Likaså kan Folkpensionsanstaltens läkemedelsersättningar i huvudsak avgöras på medicinska grunder, även om bestämmelserna kan avvika från exempelvis God medicinsk praxis-rekommendationerna.

Läkarens uppgift inom försäkringsväsendet är att se till att besluten följer medicinskt etablerad beslutspraxis, det vill säga att samma fakta i olika fall leder till samma beslut. Denna specialkompetens behövs särskilt när också andra än medicinska omständigheter inverkar på beslutet, såsom fallet är vid bedömning av arbetsförmåga.

HUR TRYGGAS OBEROENDET?

Jävsbestämmelserna i förvaltningslagen (434/ 2003) och andra författningar gäller också försäkringsläkarna. (Se [Läkarens jäv](#)) För att trygga objektiviteten i besluten får en läkare inte delta i beslut som gäller läkarens egna patienter och inte heller i handläggningen av besvär som anförts mot läkarens beslut vid organen för begäran av rättelse. Läkaren bör förklara sig jävig om hen antar sig vara jävig eller bedömer att en utomstående kunde anse det.

I början av 2020 trädde en ändring av hälso- och sjukvårdslagen (1236/2010) i kraft, som syftar till att öka oberoendet i medicinska expertutlåtanden. Enligt nya § 68a ansvarar de sjukhusdistrikt som driver ett universitetssjukhus gemensamt för att ge de medicinska expertutlåtanden som begärts av domstolen. Det finns en expertgrupp som ger utlåtanden, vars verk-

samhet administreras av Norra Savolax sjukvårdsdistrikt. Verksamhetskostnaderna betalas med statliga medel.

OSYNLIGA FÖRSÄKRINGSLÄKARE

Större delen av försäkringsläkarna arbetar på deltid, då de därtill arbetar i kliniskt arbete. Det är vanligen inrättningens överläkare som besvara sökandes frågor. En diskussion med den behandlande läkaren kan föras endast med försäkrades samtycke. Den som söker en förmån kan, om hen så önskar, erhålla namnen på de läkare som medverkat till beslutet samt kopior på anteckningarna i fallet. De interna förhandlingarna vid besvärinstanser och domstolsbehandlingar är sekretessbelagda, men alla medverkandes namn tillkännages i beslutet. Negativa beslut motiveras så noggrant som möjligt.

TRANSPARENS SOM MÅL

I fall där det krävs en övergripande bedömning bestäms avgörandet av lagstiftning och etablerad beslutspraxis. Förfarandet regleras även av besvärinstansernas och domstolarnas beslut. Lagstiftningen och dess grundvalar finns tillgängliga för alla, men för en utomstående är det svårt att känna till beslutspraxis. I ett samhälle som strävar efter öppenhet är detta ett problem. Grunden till försäkringsmedicinska beslut kan verka otillfredsställande om beslutens rättsliga grunder och praxis inte är bekanta. Den stora andelen avslagna beslut speciellt i ansökningar om invalidpension upplevs som ett samhälleligt problem och ofta också som en konflikt mellan läkare. Man har försökt underlätta situationen bland annat genom att utveckla bedömningsprocessen för arbetsoförmåga, motiveringarna till avslag och rehabiliteringsmöjligheterna. Genom alltmer detaljerade bestämmelser och lagrevisioner har man dessutom strävat efter att öka transparensen och begripligheten i beslutsprocesserna. Hösten 2020 behandlades regeringens proposition (RP 213/2020) om ändring av vissa försäkringslagar i riksdagen. Förslaget förespråkade mer detaljerade bestämmelser än tidigare om det sätt på vilket försäkringsanstaltarnas sakkunnigläkare förutsätts ta ställning till de medicinska utredningar som lämnats in till anstalterna för behandling. Ställningstagandena borde utarbetas tydligt och på ett enhetligt sätt så att försäkringsanstalterna på det sätt som föreskrivs i olika förmånslagar ska kunna använda dem som motivering till beslut som grundar sig på medicinska omständigheter. Därtill föreslog regeringen att sakkunnigläkarens ställningstagande ska bestyrkas med orden «i enlighet med befintlig information, min sakkunskap och mitt samvete».

ARBETSFÖRDELNINGEN MELLAN BEHANDLANDE LÄKAREN OCH FÖRSÄKRINGSLÄKAREN

Försäkringsmedicinen kritiseras för brist på transparens. Enligt kritiken ställer försäkringsystemet den behandlande läkaren och försäkringsläkaren mot varandra. Den läkare som undersöker och vårdar patienten har de bästa förutsättningarna att konstatera och dokumentera sjukdom, invaliditet och därmed förknippade funktionshinder. Noggranna anteckningar om medicinska observationer är nödvändiga för kliniskt läkararbete. Avsikten med ett läkarutlåtande är att i förhållande till ett konkret behov sammanfatta existerande information

utan att yppa sådant som inte är av direkt relevans. På basis av denna dokumentation tillämpar försäkringsläkaren informationen på den beslutspraxis som gäller för ifrågavarande försäkringsgren och anpassar den.

För bedömning av arbetsförmågan beskriver den behandlande läkaren patientens sjukdomar och invaliditet samt funktionsnedsättningsgraden. Försäkringsläkarens uppgift är att relatera informationen till den beslutspraxis som gäller i liknande fall och som grundar sig också på annan information än den medicinska. Arbetsförmåga definieras i olika lagar på omkring sju olika sätt och därför kan även de juridiska grunderna för besluten variera även för samma medicinska status. Ett allt vanligare tillvägagångssätt har blivit att den kliniska specialistläkaren beskriver sjukdomen och funktionsbegränsningarna som den orsakar utan att ta ställning till arbetsförmågan. Arbetsförmågan bedöms därefter inom företagshälsovården, som tar ställning till förhållandet mellan de sjukdomsbetingade begränsningarna och möjligheten att anpassa arbetet samt behovet av professionell rehabilitering. Ett egentligt utlåtande som förordar beslut om arbetsförmåga skrivs först efter att rehabiliteringsmöjligheterna har utretts. Då kan varje läkare koncentrera sig på sitt eget specialkunnande, och då blir resultatet ofta det bästa möjliga också för sökanden.

UTMANINGAR I TILLGÅNGEN TILL INFORMATION

I den lagstadgade socialförsäkringen har försäkringsinrättningen en likaså lagstadgad rätt att för sina beslut erhålla nödvändig information. Inom privatförsäkringen är det däremot i vissa fall svårt för försäkringsinrättningarna att få information. I sådana situationer förefaller rätten till information att stå i konflikt med patientens rättigheter och läkarens tystnadsplikt. I synnerhet när det gäller försäkringar för sjukdomskostnader uppstår svåra situationer, när en patient söker ersättning för en sjukdom som inte angetts då försäkringsavtalet ingicks. I denna form av försäkringar är det inte ovanligt att tidigare sjukdomar glöms då försäkringen tas, speciellt då man vet att en anteckning om dem skulle begränsa hur täckande ersättningarna blir eller rent av leda till att försäkringsansökningen förkastas. Om man starkt begränsade försäkringsinrättningens rätt till information skulle det bli omöjligt att bevilja denna typs försäkringar. Liksom i så många andra samhällsliga frågor måste man också i detta fall väga två viktiga rättigheter, sekretess och tillgång till information, mot varandra. Något entydigt svar finns inte.

BESLUTENS KVALITETSKONTROLL

Förmånslagstiftningen tillhör social- och hälsovårdsministeriet. På ministeriets webbplats finns information om tillsynen av försäkringsverksamheten. Försäkringsläkare är vårdproffs, vars tillsyn i allmänhet är på Valviras och regionalförvaltningsmyndigheternas ansvar.

Försäkringsläkarnas uppdragsgivare är försäkringsinrättningarna, inte vårdsystemet eller den försäkrade. År 2014 slog Högsta förvaltningsdomstolen fast att namnen på försäkringsläkare är offentliga. Försäkringsbolagen måste på sökandens begäran uppge namnen på sina specialistläkare.

Försäkringsbolagen och försäkringsinrättningarna har egna system för kvalitetskontroll för att följa med den interna verksamheten. Avancerade datasystem möjliggör intern övervakning i och med att besluten finns dokumenterade och kan bedömas i efterhand. Särskilt övervakas klagomål och ansökningar om ändring.

Också i besvärnämnderna och försäkringsdomstolen är läkare engagerade och arbetar då under domared. I denna egenskap deltar de till fullt i hela beslutsprocessen. De berörs då också bland annat av de bestämmelser om jäv som gäller för domare. Samma läkare får exempelvis inte avgöra ett ärende både vid en försäkringsinrättning och i besvärinstanser. Tolkningen av jäv har skärpts så att den som medverkar till ett beslut inte ur ett objektiva perspektiv ens får framstå som jävig. Det rör sig här om en för sökanden väsentlig rättsprincip, men i överdriven form kan den försvåra möjligheterna att engagera expertis i fallen. ■

Läs mer:

Juntunen J m.fl. Syrjäytyneet kansalaiset vakuutuslääketieteen näkökulmasta. *Finlands Läkartidning* 2002;57:5207–13.

Högsta förvaltningsdomstolens beslut: <https://www.kho.fi/fi.index/paatoksia/vuosikirjapaatos/vuosikirjapaatos/1400242517419.html>

Takala, Aro ym. Vakuutusratkaisut potilaan tukena. *Kustannus Oy Duodecim* 2019.

Tiililä U. Auttajista lausuntoautomaateiksi? Lääkäreillä keskeinen rooli etuuksista päätettäessä. *Duodecim* 2008;124:896–901.

Läkare i företagshälsovården

En läkare inom företagshälsovården arbetar inte enbart med den enskilda patienten och hans hälsoproblem utan måste också befatta sig med patientens arbete och arbetsplats.

Om läkaren bedömer att arbetstagarens hälsa är hotad i arbetet bör åtgärderna alltid primärt gälla själva arbetet, inte arbetstagaren.

Etiska konflikter kan uppstå om den enskilda arbetstagaren, arbetsgivaren eller arbetsgemenskapen intressen står i konflikt med varandra.

En läkare inom företagshälsovården har tystnadsplikt i frågor som gäller patienten och kundföretagen, men å andra sidan informationsplikt på arbetsplatsen i ärenden som rör hälsa och arbetsförmåga.

ALLMÄNNA UTGÅNGSPUNKTER

Det lagstadgade syftet för företagshälsovården är att värna om arbetstagarens hälsa. Detta försöker man uppnå såväl genom att förebygga risker i arbetet som genom att i sjukvården ta hänsyn till hur arbetet påverkar sjukdomens utveckling och konvalescens. I bästa fall upprätthåller företagshälsovården arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga, vilket i sin tur stöder personalens produktivitet och verksamheten på arbetsplatsen. För läkare som arbetar inom företagshälsovården och samtidigt ska agera både på individ- och arbetsplatsnivå medför arbetet både yrkesmässiga och etiska utmaningar.

Inom företagshälsovården finns det vid sidan av läkaren och patienten alltid också en tredje part, arbetsgivaren, som ställer egna förväntningar på företagshälsovården. Trots att arbetsgivaren står för kostnaderna har arbetsgivaren ingen rätt att blanda sig i den service enskilda arbetstagare får, så länge det handlar om någonting som ingår i uppgjorda avtal. Enligt lagen får inte heller anställningens karaktär (deltidsarbete eller tidsbunden anställning) eller en arbetstagares hälsoproblem i sig inverka på rätten att anlita företagshälsovårdens tjänster.

Företagsläkaren ska endast vidta evidensbaserade åtgärder som främjar arbetstagarens hälsa och rehabilitering. Ibland ställs det krav på företagshälsovården om att minska utgifterna för sjukledigheter och invalidpensioner genom att reducera dessa. Likaså kan det hända att en patient eller någon tredje part försöker få en läkare att skriva ett sjukintyg, även om sjukskrivningen inte vore medicinskt motiverad.

Företagshälsovården kan ordnas inom ramen för företagets egen verksamhet. Härmed får företagsläkaren sin lön av den arbetsgivare vars arbetstagare hen ska vårda. I anställningen är det viktigt att försäkra sig om att läkaren ges rätt att bruka sin kompetens i enlighet med lagen om företagshälsovård. Detta innebär att hen är yrkesmässigt oberoende av arbetsgivaren, arbetstagarna och deras företrädare.

Ekonomiska intressen får inte gå före medicinska argument i vården av patienten, vare sig det handlar om att maximera företagshälsovårdens ekonomiska resultat eller minimera kundföretagets kostnader. Företagsläkaren måste följa evidensbaserade vetenskapliga rekommendationer i sin verksamhet. Om patienten inte kan behandlas inom företagshälsovården är det läkarens uppgift att se till att patienten får nödvändig vård på annat håll, till exempel inom den offentliga sektorns specialistvård.

SAMARBETE INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

Samhället har förväntningar på att företagshälsovården kunde bidra till längre yrkesaktivitet, då karriären avslutas i förtid genom en invalidpension. Både arbetsgivare och företagshälsovård bör följa följande samarbetsprinciper:

Informationsprincipen förutsätter att företagshälsovården aktivt förmedlar information utan att bryta mot dataskyddet. Både den enskilda arbetstagaren, chefen och arbetsgemenskapen har rätt att av företagshälsovården erhålla sakkunnigutlåtanden i frågor som rör hälsa och arbetsförmåga.

På gruppnivå kan hälsoinformation utan enskilt samtycke utnyttjas i den mån uppgifter om en enskild arbetstagare inte indirekt framkommer till exempel genom angivande av personliga egenskaper. Etiska problem uppstår bland annat när en individs försvagade arbetsförmåga orsakar fara eller belastning för andra på arbetsplatsen och individen inte samtycker till att man informerar om denna eller behandlar problemet på arbetsplatsen. Även om det inte är möjligt att till en chef säga något om en medarbetares hälsotillstånd, kan man ändå på allmänt plan ge hen stöd för åtgärder i en situation där en medarbetare har försvagad arbetsförmåga eller inte kan utföra sitt arbete.

Principen om att kunna möta potentiella personrisker inbegriper företagshälsovårdens hälsofrämjande åtgärder samt modeller för stöd och tidigt ingripande gällande anställdas arbetsförmåga. En företagsläkare måste känna till arbetsplatsen och dess fysiska och psykosociala krav och möjligheter. För att säkerställa effektiva projekt som främjar hälsa och arbetskapacitet rekommenderas att inkludera företrädare både för anställda och för arbetsgivare i planeringen och genomförandet av projekten.

Delaktighetsprincipen förutsätter att både arbetsgivaren och företagshälsovården i enlighet med ovanstående modeller gemensamt deltar i planeringen och genomförandet av arbetsrelaterade åtgärder när en arbetstagares arbetsförmåga är försvagad eller riskerar att försvagas. I sådana fall är det viktigt att definiera arbetsgivarens och företagshälsovårdens roller. Företagshälsovårdens metoder ska stöda arbetstagarens rehabilitering. Till företagshälsovårdens uppgifter hör effektiv vård eller koordinering av behandling som sker utanför företagshälsovården, observation under långvarig sjukledighet, planering av återgången till arbete vid rätt tidpunkt och förslag till nödvändiga ändringar av arbetsförhållandena. Att försumma dessa kan ses som en oetisk negligering av yrkesansvaret inom företagshälsovården.

EVIDENSBASERAD FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Den medicinska behandlingen inom företagshälsovården avviker inte från annan hälsovård. Yrkessjukdomar och arbetsrelaterade sjukdomar utgör bara en liten del av alla behandlade sjukdomar. Som en av många faktorer kan arbetet dock inverka på hur många allmänna sjukdomar bryter ut, utvecklas eller ger sviter och skador. Många sjukdomar inverkar dessutom på arbetsförmågan. Därför bör även andra läkare än företagsläkare ta hänsyn till patientens arbete vid planering av behandlingar och rehabilitering.

Den vetenskapliga dokumentationen om förebyggande verksamhet är i regel sparsam. Härmed måste nyttan av verksamheten ofta bedömas utifrån praktiska erfarenheter. Vid sidan av statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis (708/2013) förutsätter också läkaretiken att man inom företagshälsovården utvecklar verksamheten och, med indikatorer som på förhand överenskommit med klienten (arbetstagaren eller arbetsplatsen), följer vilken inverkan åtgärderna har.

Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) bör arbetsgivaren se till att personalen inom företagshälsovården erhåller tillräcklig kompletterande utbildning. Läkarens etiska skyldighet är att upprätthålla sin yrkesskicklighet oberoende av arbetsförhållandets art och form, vare sig hen är yrkesutövare på en läkarcentral eller anställd som enda läkare vid en liten företagshälsovårdsenhet. Då en utomstående sällan kan bedöma läkarens yrkesskicklighet blir utmaningen att själv lokalisera bristerna i det egna kunnandet och möjligheterna till förkovran.

I många fall handlar det om icke-medicinska problem när företagshälsovården konsulteras eller vård söks. Detta ställer yrkesutövaren inför två utmaningar. Hur ska man i sina ställningstaganden begränsa sig till sådana frågor vilkas lösning kräver och tillåter företagsläkarens sakkunskap? Hur ska man å sin sida undvika en medikalisering av problem som gäller patientens arbete och privatliv som kan fördröja eller omintetgöra en praktisk lösning i och med att uppmärksamheten avleds från det egentliga problemet?

Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska företagshälsovården grunda sig på ett tvärvetenskapligt och yrkesövergripande verksamhetssätt. Ofta löses problem inom arbetslivet inte enbart med den kompetens som läkaren och företagshälsovården kan erbjuda. Därför borde läkaren kunna anlita såväl annan vård som andra yrkespersoners kompetens och vid behov ta lärlingens roll.

LÄMPLIGHETSBEDÖMNING PÅ BASIS AV HÄLSOTILLSTÅND

Företagshälsovården har en etisk plikt att stödja sysselsättning och fortsatt arbete för alla i arbetsför ålder. Arbetsgivarnas målsättning att sänka kostnaderna orsakade av arbetsoförmåga har lett till krav på hälsokontroller inom företagshälsovården med vilka man kunde gallra ut personer med förhöjd risk för arbetsoförmåga och förhindra deras sysselsättning. Vetenskapliga rön stöder inte denna typ av selektiv utgallring. Orsaken till eventuell arbetsoförmåga är i allmänhet någon annan än något ärende som framkommit vid anställningskontrollen. Också diskrimineringsbestämmelserna inom arbetslivet förbjuder att utan motiverad anledning utesluta någon från arbete på grund av hens hälsotillstånd.

Selektiva anställningskontroller är problematiska inte bara kliniskt och juridiskt utan också etiskt sett. Är det rätt att förvägra en människa arbete bara till följd av att hen många år senare kan tänkas ha en högre risk att insjukna och den vägen bli arbetsoförmögen? Om arbetet som sådant inte medför en förhöjd risk bör var och en ha rätt till arbete om det nuvarande hälsotillståndet så tillåter. Dessutom står arbetsoförmågan alltid i relation till den förväntade arbetsprestationen, och en anpassning av förväntningarna kan därför minska risken för arbetsoförmåga.

Särskild uppmärksamhet ska fästas vid narkotikatesterna inom företagshälsovården. Lagen om integritetsskydd i arbetslivet (759/2004) beskriver i detalj de betingelser under vilka en arbetsgivare kan kräva testning i samband med inledningen av ett arbetsförhållande och under arbetsförhållandet. I sådana fall bör arbetsgivaren ha ett program mot drogmisbruk på arbetsplatsen som uppgjorts i samråd med personalen. Enligt lagen om företagshälsovård är det likaså möjligt att genomföra narkotikatester som en del av hälsokontrollerna. Härmed har arbetsgivaren endast rätt till ett utlåtande om lämplighet för arbete, men inte till data om narkotikatestets resultat.

Enligt lagen om integritetsskydd i arbetslivet får arbetsgivaren inte kräva att arbetstagaren deltar i en genetisk undersökning och har inte heller rätt att få veta om en anställd har genomgått en sådan. Däremot är det inom företagshälsovården fortfarande möjligt att i samband med hälsokontroll höra sig för om sjukdomar inom den närmaste slakten och utnyttja denna information i valet av hälsofrämjande åtgärder. ■

Läs mer:

Suositus terveyslääkäarin toimintaperiaatteista. Suomen Työterveyslääkäriyhdistys ry. <https://www.stly.fi/yhdistyksesta/yhdistys/suositus-terveyslaakarin-toimintaperiaatteista.html>

International code of ethics for occupational health professionals, 3rd edition, International Commission on Occupational Health ICOH, 2014 http://www.icohweb.org/site/multimedia/code_of_ethics/code-of-ethics-en.pdf

Bedömning av arbetsförmåga

Att ordinera sjukledighet är en etisk angelägenhet ur två synpunkter: dels är det en fråga om jämlikhet och patientautonomi, dels om att producera nytta och undvika skada.

En sjukdom innebär inte arbetsförmåga även om den försvagar funktionsförmågan. Eventuell arbetsförmåga beror förutom på den återstående funktionsförmågan också på arbetets karaktär och möjligheterna att justera arbetskraven.

Sjukledighet är en del av vården, med specifika indikationer, avigsidor, kontraindikationer, innehåll, riktig dosering och förväntat vårdresultat. God vård omfattar planering av arbetstagarens återgång till arbetet.

Ju längre sjukledighet det handlar om, desto viktigare är det att väga sjukledighetens för- och nackdelar mot varandra. Patienten ska inte behöva hamna utanför arbetslivet enbart för att den behandlande läkaren inte är tillräckligt förtrogen med existerande alternativ och de möjligheter socialskyddssystemet erbjuder.

Det är så alldagligt för läkaren att bedöma behovet av sjukledighet att hen inte alltid dryftar frågans samband med arbetsförmågans utveckling desto djupare. Sjukledighet är en del av vården, med specifika indikationer, avigsidor, kontraindikationer, innehåll, riktig dosering och förväntat vårdresultat. God vård omfattar planering av arbetstagarens återgång till arbetet. Särskilt utdragna sjukledigheter har menliga effekter och vid sidan av det kliniska tillfrisknandet borde fortsatt arbete vara en målsättning för vården. Med tanke på vården och rehabiliteringen är det ofta bättre att den anställda är i arbete, om arbetet kan anpassas så att skadliga och alltför belastande arbetskedan minskas.

I Finland har man vant sig vid att se arbetsförmåga svartvitt: en arbetstagare är antingen arbetsförmögen eller arbetsförmögen. Under de senaste åren har verksamhetsmodeller tagits fram för sjukfrånvaron och för att tidigt stöda arbetsförmågan på arbetsplatserna. Modellerna gör det möjligt för en sjukskriven arbetstagare att återvända till arbetet eller att i en lindrigare och anpassad form fortsätta arbetet, när detta inte riskerar eller kanske rent av främjar konvalescensen eller hälsan. Också i kollektivavtalen har man infört möjligheten till så kallat ersättande arbete i situationer där arbetstagarens arbetsförmåga i viss mån har försvagats. Återgången till arbetet kan främjas genom partiell sjukdagpenning eller arbetsprövning i enlighet med arbetspensionssystemet.

När läkaren tar ställning till arbetsförmågan berörs många parter. Läkarens bedömning är ett kliniskt ställningstagande med betydelse för såväl nationalekonomin som den enskilda arbetsgivarens och patientens ekonomi. I synnerhet utdragna sjukledigheter kan fördröja tillfrisknandet, något som kan leda till varaktig arbetsförmåga och i värsta fall till socialskyddsproblem.

Varje läkare ska känna till socialskyddssystemets grunder. Arbetsförmåga enligt sjukförsäkringslagen, det vill säga i mindre än ett år, bedöms i relation till arbetstagarens eget arbete, medan man däremot i bedömningen av rätten till invalidpension beaktar arbetstagarens resterande förmåga att skaffa sig inkomster också med annat arbete av sådant slag som man skäligen kan förutsätta av hen.

BALANSERING AV FÖRDELAR OCH NACKDELAR

Sjukledighet är nödvändig om sjukdomen helt hindrar arbete eller om ledigheten behövs för vård eller rehabilitering. Vid bedömning av sjukledighetsbehovet och ledighetens längd bör man förutom sjukdomens skede och den behandling sjukdomen förutsätter även beakta arbetets karaktär och möjligheterna att anpassa arbetet eller ändra arbetsuppgifterna.

Med tanke på behandlingen och rehabiliteringen är det ofta bättre att den anställda är i arbete, om arbetet kan anpassas så att skadliga och alltför belastande arbetsskeden undviks. Vid sjukdomar i rörelseapparaten kan till exempel ett lämpligt rörligt arbete vara ett gott alternativ med tanke på vården och rehabiliteringen. Vid psykiatriska störningar eller missbruksproblem är patientens arbetsförmåga ofta försvagad särskilt i fråga om arbetets kognitiva krav, men frånvaro från arbetet kan förvärra situationen.

Läkaren och patienten har skäl att tillsammans begrunda olika alternativ redan då sjukledigheten verkar dra ut på tiden. Är det sannolikt att patienten kan återgå till sitt tidigare arbete? Om pension söks, är det troligt att den beviljas? Är patienten verkligen färdig att avstå från arbetslivet, eller föredrar hen att hitta ett nytt arbete? Om pension inte beviljas, vilka möjligheter har då den anställde att få tillgång till arbetspensionsanstaltens eller Fpa:s rehabiliteringar, eller till att få TE-tjänster.

PATIENTENS AUTONOMI

När behovet av sjukledighet bedöms eller återgången till arbete planeras, blir det nödvändigt att reflektera över gränserna för patientens självbestämmanderätt. Det är viktigt att lyssna på patienten och se till att hen har tillräcklig information till stöd för sina beslut. Klart är att patientens autonomi inte inbegriper rätten att kräva sjukledighet av en viss längd. Rehabiliteringen kan däremot ske snabbare än väntat och patienten kan då avbryta sin sjukledighet. Den lagstadgade olycksfallsförsäkringen gäller då på normalt sätt.

Arbetstagarna har ofta uppfattningen att arbetet har bidragit till deras sjukdom, vilket höjer tröskeln för att återgå till arbetet. Företagshälsovårdens uppgift är att rätta till uppfattningar, lindra ogrundade rädslor eller att tillsammans med arbetsgivaren skrida till åtgärder för att förbättra arbetsförhållandena.

Oron kan även gälla en negativ inställning hos en chef eller hos arbetskamraterna om patienten efter återgången till arbetet inte genast är förmögen till full arbetsinsats. Etiskt problematiska situationer uppstår, då patienten borde fortsätta sin sjukledighet för att kunna trygga full arbetsinsats trots att det kan resultera i förlängd konvalescens, försvåra återgången till arbetet och göra att patientens ekonomi blir lidande.

JÄMLIKHET

En läkare som skriver ett utlåtande om arbetsförmåga för sjukledighet och i synnerhet för pensionsansökan bör vid sidan av sin roll som vårdansvarig även agera som en opartisk sakkunnig. Det är inte alltid lätt att förena dessa två roller. Enligt studier varierar praxis för ordinerings av sjukfrånvaro avsevärt mellan olika läkare. Detta är problematiskt med avseende på en jämlik behandling av både arbetstagare och arbetsgivare. Problemet framhävs av att det inte finns några officiella rekommendationer om sjukfrånvaros längd vid olika diagnoser. God medicinsk praxis-rekommendationen ger allmän vägledning om vilka frågor som ska beaktas vid bedömningen av behovet av sjukfrånvaro. Patienterna är också i övrigt i olika lägen när de

insjuknar, beroende på om de har ett gällande anställningsförhållande, hur väl deras företagshälsovård fungerar och i hur hög grad arbetsgivaren är färdig att satsa på arbetsarrangemang.

Enligt sjukförsäkringslagen ska orsaken till sjukfrånvaron ligga i ett besvär, en skada eller en sjukdom som konstaterats av läkare. Sjukledighetsintyg av andra skäl bör undvikas. Också friska människors arbetsförmåga varierar av olika orsaker. En komplicerad fråga är om försvagad arbetsförmåga i sig räcker som indicium för ett tillstånd som berättigar läkaren att skriva ut sjukledighet. Denna diskussion har förts framför allt med fokus på kriser i privatlivet eller på arbetet. Behovet av sjukledighet kan exempelvis utlösas av en konflikt på arbetsplatsen, som likväl inte kan lösas genom sjukfrånvaro. Om det på arbetsplatsen inte har överenskommit om möjlighet till betald frånvaro vid kriser i privatlivet begärs ett frånvarointyg av läkaren. För den jämlika behandlingen av alla arbetstagare utgör det ett problem om somliga vid personliga krissituationer använder sig av semester eller oavlönad fritid, medan andra utnyttjar sjukledighet.

LÄKARENS SAKKUNSKAP OCH DEN KLINISKA AUTONOMIN

Bedömningen av arbetsförmåga kräver vid sidan av kliniskt kunnande också kunskap om arbetsförhållandena och socialskyddslagstiftningen. En klinisk specialisläkare är sakkunnig på sitt eget område och man kan inte anta att hen i detalj är förtrogen med patientens arbete och arbetsförhållanden. En företagsläkare bör däremot känna till patientens arbetsförhållanden, hens arbetsplats, möjligheter till arbetsarrangemang, modeller för att stödja arbetsförmågan samt socialmedicinska förmåner. Samarbetet mellan företagsläkare och andra specialisläkare blir allt viktigare. Rätten till sjukdagpenning efter 90 ersatta dagar förutsätter ett utlåtande av företagsläkaren om resterande arbetsförmåga. Utlåtandet ska åtföljas av en utredning om arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetet.

Det är vanligen på patientens begäran som läkaren skriver ett utlåtande till stöd för en pensionsansökan. Även om läkaren och patienten kan vara av olika åsikt är ett läkarutlåtande ett professionellt ställningstagande som av läkaren intygas på heder och samvete. Läkaren är inte patientens advokat utan hen ska basera sitt ställningstagande på medicinska fakta om patientens funktionsförmåga. Situationen förenklas om läkaren kan motivera sitt ställningstagande, redogöra för andra alternativ patienten har eller ge information om ställen där patienten kan få rådgivning. Det är alltid möjligt för en läkare att i sitt utlåtande avstå från att ta ställning till arbetsförmågan. Viktigast är dock att vården oavsett pensionsansökan är så effektiv som möjligt. (Se [Läkarutlåtanden](#)) ■

Läs mer:

Bedömning av behovet av sjukfrånvaro. God medicinsk praxis-rekommendation. Duodecim 2021. <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00041>

Finlands Läkarförbund: Direktiv för utfärdande av läkarintyg. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5371/direktiv_for_utfardande_av_lakarintyg.pdf

Fängesläkare

En läkare som behandlar fängslade patienter är alltid primärt sin patients läkare och skyldig att respektera patientens rättigheter såsom alltid inom hälso- och sjukvården. Utan en separat lagstadgad uppgift ska hen inte delta i beslutsfattandet om straffrättsliga påföljder eller straff.

Läkare som utför sinnesundersökningar och gör bedömningar av våldsbenägenhet är inte i denna position behandlande läkare utan fungerar som rättssakkunnig såsom fastställs i lagen.

Under de senaste åren har det dagliga fångantalet för de finländska fängelserna varit ungefär 3 000 fångar. Av dem är 40 procent dömda till mindre än tre månaders fängelse. Av förstagångsförbrytarna hamnar en dryg tredjedel i en ond cirkel av upprepade fängelsestraff. Över hälften av fängslade fångar är flerfaldiga återfallsförbrytare. Majoriteten av alla som hamnat i fängelse tillbringar största delen av sitt liv utanför fängelserna. I detta hänseende utgör en fånges hälso- och sjukvård bara en kortvarig del av de hälso- och sjukvårdstjänster hen behöver och vanligen arrangeras i hens hemkommun. Många fångar saknar sektorsövergripande tjänster, vilket tillsammans med de hälsorisker som är förknippade med fångenskap framhäver fånghälsovårdens betydelse.

Återkommande fängelsekunder hör till den sjukligaste och mest utslagna delen av befolkningen. Enligt en hälsoundersökning bland fångarna 2005–2007 led nästan 90 procent av ett livslångt missbruksproblem och ca två tredjedelar av någon form av personlighetsstörning. Hos ca tre fjärdedelar konstaterades en signifikant mental störning och hos dryga 90 procent en livslång mental störning. Olika utvecklingsrelaterade och förvärvade neurologiska och neuropsykiatriska problem är också vanliga. Över 40 procent av fångarna hade hepatit C, medan nästan tio procent hade hepatit A och något färre hade hepatit B. En procent av fångarna var HIV-positiva.

De vanligaste enskilda dödsorsakerna hos frigivna fångar är självmord, missbruk och trafikolyckor. Dödsrisken hos fångar frigivna åren 1993–2002 var under det första året efter frigivningen i genomsnitt åttafaldig jämfört med den övriga befolkningen i motsvarande ålder. De frigivna fångarna avled i en genomsnittsalder på klart under 50 år.

GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER

Enligt lagen ska hälso- och sjukvården för fångar ordnas så att dessa har samma möjligheter som andra att främja sin hälsa och förebygga sjukdomar och samma rätt till tillräckliga vårdtjänster. En läkare som sköter häktade och fängslade personer är alltid primärt sin patients läkare, en god praktiker som högaktar patientens rättigheter på samma sätt som i vilken som helst annan patient-läkarrelation.

De administrativa strukturerna kan hota läkarens autonomi, och benägenheten att identifiera sig med den organisation där arbetet sker ställer i vissa fall yrkesidentiteten på svåra prov. Fångvårdsledningen och patienterna ställer ofta motstridiga förväntningar på en fängesläkare. Även patienternas personlighetsstörningar, de antipatier deras brott väcker och den mångfasetterade medicinska problematiken är en ständigt utmaning för fängesläkarens professionalism och yrkesskicklighet. Därför är det mycket viktigt att en läkare som arbetar med

hälso- och sjukvård vid ett fängelse känner till vårdens etiska principer, stöder sig på dessa och noga ser till att bibehålla sin yrkesskicklighet och intellektuella oavhängighet, men också att hen får tillräcklig handledning i sitt arbete.

SÄRSKILDA UTMANINGAR FÖR FÄNGELSELÄKARE

Läkaren är skyldig att övervaka att de fängslades yttre miljö och de frihetsbegränsningar eller straff som utmäts inte skadar deras fysiska eller psykiska hälsa. Läkaren bör även sörja för att fångarna utan onödigt dröjsmål får den sjukvård de behöver. Läkaren får under inga omständigheter delta i beslut om eller medverka till att en frihetsberövad människa utsätts för omänsklig, förnedrande eller grym behandling. En läkare får inte medicinera sin patient utan hens vetskap eller mot hens vilja, exempelvis för att underlätta utvisning ur landet eller i liknande situationer.

Ovillkorlig konfidentialitet är en hörnsten i hälso- och sjukvården för fångar. Då myndigheter eller fängelsepersonal ber om utlåtanden eller annan information måste läkaren minnas sin tystnadsplikt. Utan patientens samtycke är det inte möjligt att ge utlåtanden eller information, med undantag för noggrant underbyggda och lagfästa undantag från denna regel. En läkare vars utlåtande lett till isolering, bestraffning eller uppskjuten frigivning av en fånge har en dålig utgångspunkt för att skapa eller fortsätta en förtroendefull vårdrelation.

En läkare (närmast rättspsykiater) som gjort en sinnesundersökning och en bedömning av en fånges våldsbegäret arbetar inte som patientens behandlande läkare, utom på sin höjd i tillfälligt i tvingande lägen. Vid utförande av dessa undersökningar och bedömningar fungerar läkaren som sakkunnig för domstolen. Det är inte läkarens uppgift att ge utlåtanden om huruvida en fånge förmår bära sitt straff eller inte. Läkaren ska inte heller medverka vid beslut som gäller fångars förmåner eller straff. Läkaren bör avstå från att ge utlåtanden om enskilda fångar som inte förutsätter medicinsk sakkunskap.

En läkare kan inte heller utan att äventyra den terapeutiska relationen vidta medicinska åtgärder i annat syfte än att bedöma, värna om eller förbättra patientens hälsotillstånd. Sådana åtgärder är bland annat undersökning av kroppshålor under kroppsbesiktning enligt tvångsmedelslagen (450/1987) eller att utföra och tolka röntgen- och laboratorieundersökningar. Fängesläkaren ska inte heller delta i övervakningsmässiga drogkontroller i fängelset på ett sätt som rubbar patienternas tillit till sin behandlande läkare.

Åtgärder som inskränker patientens självbestämmanderätt eller syftar till detta får vidtas endast på samma grunder som vid behandling av andra patienter, exempelvis vid en psykisk störning eller en allmänfarlig smittsam sjukdom. Om en fånge försöker driva sin sak genom att vägra äta eller inta mediciner ska läkaren på det sätt som fastställts i Världsläkarförbundet WMA:s Tokyo- och MaltadeklARATIONER försäkra sig om att patienten har tillräcklig information om följderna av sitt beslut och är kapabel att själv fatta beslut i frågan. Patienten har dock rätt till nödvändig medicinsk observation och annan medicinskt motiverad vård om hen så önskar. Endast läkaren kan besluta om det finns förutsättningar för och behov att vidta åtgärder i syfte att vårda patienten mot dennes vilja.

FÄNGELSET OCH DET ÖVRIGA SAMHÄLLET

Många personer som hamnar i fängelse betar sig riskfyllt i fråga om sexuellt eller via blod överförda smittsamma sjukdomar, särskilt hepatiter och HIV-infektion. Fängelsemiljön och

dess begränsningar kan dessutom gynna riskbetende. Läkaren bör se till att fångarna har samma möjlighet som andra människor att skydda sig mot smittsamma sjukdomar och att de som smittats har samma rätt som andra att hemlighålla detta.

Om en fånge behöver anlita en utomstående sjukvårdsenhet ledsagas hen vanligen av polis eller en fångvaktare. Dessa ledsagare är utomstående med hänsyn till den terapeutiska relationen. Själva undersökningssituationen bör, vid behov genom samråd med ledsagarna, utformas så att inte förtroligheten i patient-läkarrelationen äventyras. I praktiken innebär detta att undersökningen ska ske utom hörhåll och om möjligt även utom synhåll för ledsagaren. Sekretessbelagd information om patienten får lämnas till ledsagare endast med patientens samtycke. Om det av säkerhetsskäl behövs en annan person i undersökningssituationen bör en företrädare för vårdpersonalen närvara, inte en företrädare för fängelset eller polisen.

Fångar och andra frihetsberövade personer har inom medicinsk forskning ansetts utgöra en särskilt sårbar grupp, då det är en utmaning att säkra ett genuint samtycke. I WMA:s Helsingforsdeklaration samt i lagstiftningen om medicinsk forskning redovisas de principer som måste iaktas för att dessa personer ska kunna delta i kliniska läkemedelsprövningar eller annan medicinsk forskning.

Centrala avisningar och etiska riktlinjer för vård av fångar finns i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Dessutom har frågan behandlats till exempel i rapporter och deklARATIONER av Världsläkarförbundet (WMA), Europeiska kommittén mot tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CPT) och Europarådets ministerkommitté. Nelson Mandela-reglerna som definierats av FN definierar minimireglerna för fångvård i form av en 122-punktslista för att säkerställa en så människovärdig behandling av fångar som möjligt. Man vill även värna om rättigheterna för denna sårbara grupp genom Istanbulprotokollet. Det är en internationell manual för medicinsk och juridisk utredning och dokumentation av tortyr och tortyrskador samt annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

I Finland övervakar både Valvira och regionförvaltningsverken noggrant fångelsernas hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det nationella besöksorganet mot tortyr som avses i det fakultativa protokollet till FN:s konvention mot tortyr (OPCAT, Optional Protocol to the Convention against Torture) är riksdagens justitieombudsman, som inspekterar omständigheter för och behandling av personer som berövats sin frihet. På justitieombudsmannens webbplats finns nyttiga, redan lösta fall som kan användas för att styra det etiska beslutsfattandet i svåra situationer. ■

Läs mer:

Istanbulprotokollet. Utrikesministeriet 2015.

Kidutetun kohtaamiseen tarvitaan koulutusta. Finlands Läkartidning 2016;71:866.

Nelson Mandela-reglerna. www.rikosseuraamus.fi

OPCAT. https://www.oikeusasiamies.fi/sv_SE/web/guest/nationella-besoksorganet-opcat

Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment or Punishment: Adopted by the General Assembly of the United Nations by its resolution 37/194 of 18 December 1982. www.un.org

Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Council of Europe 1998.

Worldwide Prison Health Research & Engagement Network. <https://wephren.tghn.org/>

WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers. (1991) 2017.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>

WMA Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment (1975) 2006. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>
WMA Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment (2003) 2007. <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/>

Läkare, krig och Försvarsmakten

Ett särdrag inom försvarets hälso- och sjukvård ligger i att det är möjligt att lagenligt utan den tjänstgörandes samtycke överlämna uppgifter om hens hälsa till ansvarig överordnad, såvida detta är nödvändigt till exempel med hänsyn till tjänstgöringens uppläggning så att den inte medför någon hälsorisk för den tjänstgörande.

Alla personer som behandlar hälsouppgifter vid Försvarsmakten måste följa tystnadsplikt.

I krigssituationer är läkare opartiska medicinska experter som ska följa samma etiska principer som under fredstid.

Läkaren är skyldig att ge en skadad person behövlig vård oberoende av vilken stridande part personen tillhör.

LÄKARE INOM FÖRSVARSMAKTEN

Värnpliktiga som tjänstgör inom försvaret ska få särskilt skydd av samhället i det avseendet att allt görs för att öka säkerheten i tjänsten. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna förutsätter att en stat då den ålägger sina medborgare att göra värnplikt måste vidta alla nödvändiga åtgärder för att skydda individens liv.

Säkerheten under tjänstgöring omfattar även högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster under iakttagande av gällande etiska regler. Enligt värnpliktslagen (1438/2007) ska den som gör sin värnplikt alltid vara hälsomässigt tjänstduglig, det vill säga förmögen att utföra den uppgift hen tilldelats. Fullgörandet av värnplikt eller tillförordnad tjänstgöring får inte äventyra den värnpliktiges hälsotillstånd, och en risktagning på denna punkt är inte heller godtagbar, inte ens om den värnpliktige själv så önskar.

Samhället har i lag ålagt kommunerna och Försvarsmakten att ett antal gånger kontrollera den värnpliktiges tjänsteduglighet innan tjänstgöringen inleds för att garantera säkerheten såväl för den värnpliktige själv som för hens tjänsteomgivning. Likaså har militärmyndigheterna beviljats omfattande rätt till information bland annat om den värnpliktiges hälsotillstånd. Enligt 35 § i lagen om behandling av personuppgifter inom Försvarsmakten (332/2019)

kan hälsouppgifter trots sekretessbestämmelserna lämnas ut med en teknisk anslutning eller som en datamängd. I allmänhet utförs hälsokontroller som föregår uppbyggnaden eller vid uppbyggnaden av kommunala tjänsteläkare. Läkaren ska ha tillgång till objektiva och tillräckliga förhandsuppgifter om de värnpliktiga. Speciellt viktigt vore att läkare som sköter unga eller unga vuxna i det civila i sin bedömning av patientens funktions- och arbetsförmåga också tar ställning till tjänstedugligheten. Om tjänstedugligheten förefaller hotad är det i patientens intresse att läkaren meddelar militärmyndigheterna om vilka begränsningar som föreligger eller kan misstänkas. Hälsouppgifterna om värnpliktiga, även dem som kallas till uppbyggnad, ska behandlas individuellt och konfidentiellt.

Det ligger i värnpliktstjänstgöringens och också i kvinnornas frivilliga tjänstgörings natur att den tjänstgörande till en del avstår från sin integritet och sin självbestämmanderätt. Som soldater är de både i tjänst och på fritiden föremål för strängare handlings- och uppföranderegler än i det civila. Tjänstgöringsförhållandena sätter också sina gränser bland annat på kontakten med utomstående. Eftersom det under värnplikten finns enbart begränsade möjligheter att använda hälsovårdstjänster utanför Försvarsmakten kan den tjänstgörande i ringa grad välja behandlingsställe. Primärvård ges oavsett patientens hemkommun eller bostadsort vid garnisonen och specialiserad sjukvård vid sjukhuset i närmaste sjukvårdsdistrikt. Likaså är det svårt för anhöriga att närvara vid behandlingssituationer. Av läkaren kräver detta stor yrkesskicklighet för att en fungerande vårdrelation ska kunna garanteras.

Inom värnpliktstjänstgöringen används numera flexibla förfaranden vid mindre besvär. Primär praxis är så kallad flexitjänst, där den överordnade på daglig basis tillsammans med beväringen avtalar om tjänstelättnad. Det bör noteras att förfarandet inte är vårdrelaterat och att mötet inte behandlar hälsouppgifter. I något oklara fall, vanligen när beväringen själv trots sina besvär vill delta i normal tjänst skickas hen till mottagningen. Dessutom har beväringen alltid rätt att få en bedömning av vårdpersonal om hen så önskar. Behandlingsbehovet bedöms både via telefon och fysiskt på mottagningen och de flesta behandlingsmötena genomförs av andra yrkesgrupper än läkare. Även om en utmärkt vaccinationstäckning och effektiva hygienåtgärder har minskat epidemierna vid garnisoner, finns det fortfarande ibland många beväringar vid mottagningarna. Att hitta de allvarligt sjuka i den stora mängden patienter kräver ett öppet sinne och god klinisk blick av läkaren.

En läkare som arbetar vid Försvarsmakten ska inte bara sörja för sina patienters hälsa, utan också främja en effektiv verksamhet inom försvaret. Denna dubbelroll kräver stor objektivitet i utlåtanden och beslut som gäller värnpliktiga och frivilligt tjänstgörande personer. Även om hälso- och sjukvården alltid sker i samförstånd med patienten bör läkaren minnas objektiviteten även i situationer där patienten själv exempelvis övervärderar sitt eget hälsotillstånd eller sitt tillfrisknande. Förkortade tjänstgöringstider och den därmed effektiviserade värnpliktsutbildningen tillåter inte lång frånvaro från tjänsten, och vissa värnpliktiga kan dölja eller underskatta sina symtom. Läkaren är skyldig att även oberoende av patientens egen vilja på medicinska grunder begränsa patientens rätt att delta i tjänstgöringsuppdrag även när patienten är av annan åsikt. Tjänstgöringen måste avbrytas om tjänstgöringsdugligheten har äventyrats under en längre tid på grund av skada eller sjukdom. Med en längre tidsperiod avses i regel ett över en månad långt avbrott i tjänstgöringen.

Det är inte ändamålsenligt att utan tillräckliga kriterier framställa dem som förhåller sig motsträvt till militärtjänstgöringen som sjuka. Lika olämpligt är det att utifrån en alltför lättvindigt ställd diagnos rädsla någon undan disciplinära åtgärder eller längre tjänstgöringstid. Eftersom en del av problemen under tjänstgöringen är av annan än medicinsk karaktär bör läkaren fungera i nära kontakt med socialkuratorer och militärpastorer för att finna lös-

ningar. Bevärings som avbryter sin tjänstgöring ska läkaren remittera till behövlig fortsatt vård i det civila.

Ett särdrag i Försvarsmaktens hälso- och sjukvård är att uppgifter om en tjänstgörandes hälsa utan vederbörandes samtycke lagenligt kan ges till truppförbandets kommandör eller annan ansvarig överordnad. En förutsättning är att detta är nödvändigt för att exempelvis avbryta tjänstgöringen eller ordna den på ett sätt som inte äventyrar hälsan. Alla som inom försvaret handlägger uppgifter om beväringars hälsa har tystnadsplikt på samma sätt som övrig vårdpersonal, och det är skäl att betona detta. För att sekretessen inte ska bli lidande måste kontinuerlig utbildning i sekretessfrågor ordnas. Man ska då minnas att militärläkarna av utbildningsmässiga orsaker assisteras av beväringar som kanske har mycket kort sjukvårdsutbildning och som ännu inte har tillägnat sig den yrkesidentitet som tystnadsplikten förutsätter. Om läkaren anser sig vara skyldig att till en patients överordnade meddela om åtgärder som patientens sjukdom fordrar ska hen för att bevara förtroendet först informera patienten själv om detta.

I synnerhet i fredstid bör läkaren se till att läkarmottagningen arrangeras så att ett tillitsfullt förhållande mellan patient och läkare kan upprätthållas. Patientens ställning som värnpliktig eller soldat upphäver inte rätten till informationsåtkomst eller principen om samråd med patienten inför planerade undersökningar och behandlingar. Endast när undantagstillstånd råder kan man behöva rucka på dessa principer.

LÄKARE OCH MILITÄR KRISHANTERING

Läkare tjänstgör vid Försvarsmakten även i samband med militär krishantering. Dessutom kan civil krishantering skötas av utbildade läkare. Kriserna har i hög grad ändrat karaktär och blivit asymmetriska: parterna är starka eller svaga statsmakter och grupperingar som för ett slags gerillakrig eller terroristgrupper. Under krishanteringsoperationer finns i krisområdena dessutom en välutrustad och teknologiskt ofta överlägsen krishanteringsstyrka. Inom den region där styrkan verkar finns inte nödvändigtvis någon politisk myndighet eller förvaltning, utan samhället bygger på strukturer av släkt- eller klankaraktär. Krishanteringsuppgifterna blir alltmer utmanande och risken för att råka i stridskontakt har ökat avsevärt.

Till följd av bland annat krisernas asymmetriska natur har krigets internationella rättsliga principer fördunklats. I dagens konflikter har det gjorts medvetna insatser för att störa och förstöra sjukvård och personal. Trots att krishanteringsstyrkan binds av bland annat Genèvekonventionerna och Genèvebestämmelserna om behörighet, behöver detta inte gälla för krisens olika parter, som oaktat skyddsförpliktelsen kan använda militärt våld gentemot sjukvårdspersonalen inom krishanteringsstyrkan. Sjukvårdspersonalen kan rentav framstå som ett frestande mål, eftersom också de stridande förbandens prestationsförmåga försvagas om sjukvårdsstyrkan skadas. I vissa områden och lägen är sjukvårdspersonalen bättre skyddad om sjukvårdssymbolen, vanligen ett rött kors, inte markeras på fordon eller personal.

Under krishanteringsoperationer uppstår ofta en klar skillnad i levnadsstandard mellan krishanteringstrupperna och den lokala befolkningen. Krishanteringsstyrkan har stora sjukvårdsresurser och till och med oansenliga åkommor sköts väl, ibland rentav bättre än i hemlandet. Styrkan förfogar över vårdstrukturer på centralsjukhusnivå och evakueringsmöjligheter till hemlandet. Hälso- och sjukvården inom det omgivande samhället kan däremot vara fullständigt förstörd och befolkningen kanske saknar de mest elementära hälsovårdsresurserna. Läkarens uppgift är likväl i första hand att inrikta sig på att upprätthålla krishanterings-

personalens hälsa. Detta tryggar styrkans verksamhet och därigenom befolkningens säkerhet på området.

Av säkerhetsskäl kan krishanteringsstyrkans direkta möjligheter att hjälpa den lokala befolkningen vara obefintliga. Sjukvårdspersonal har dock, i den mån säkerhetssituationen tillåtit det, strävat efter att vid sidan av arbetet inom den egna styrkan också stödja det omgivande, ofta outvecklade samhället. Detta har varit påkallat då större delen av offren vid konflikter i allmänhet är civila. Ställvis används sjukvårdsresurserna också för positiv kommunikation till befolkningen i området.

Den militära krishanteringen resurser används även i allt högre grad för att lindra andra humanitära kriser. Betydelsen av medicinska insatser och räddningsinsatser framhävs särskilt i efterdyningarna av naturkatastrofer.

LÄKARE OCH KRIG

Vad gäller krigens berättigande står läkaren inför samma etiska problem som vem som helst som begrundar förlusten av människoliv i jämförelse med den nytta som kriget eventuellt medför. I läkareden lovar läkaren att ha aktning för liv och mänsklighet. En del läkare anser att det inte finns någon acceptabel motivering för att ta livet av en annan människa. Fredsrörelsen har också långa traditioner inom läkarkåren. Vanligtvis har det dock inte rört sig om en pacifistisk vägran att acceptera någon som helst form av våld, utan om en strävan att förebygga väpnade konflikter som orsakar stort mänskligt lidande.

Ett flertal internationella avtal har ingåtts för att hindra inhumana handlingar till följd av krigföring och förbättra rättssäkerheten för krigets offer:

- Centrala är de fyra generella överenskommelser som antogs i Genève år 1949 och gäller sårade i krig till lands eller till sjöss samt krigsfångar och civilbefolkning. Överenskommelserna garanterar sjukvårdspersonalens neutralitet och skydd. Sjukvårdspersonal får inte tas som krigsfångar eller tvingas tjänstgöra för motparten mer än vad värden av krigsfångar kräver.
- Detaljerade regler för läkares verksamhet ingår i Världsläkarförbundet WMA:s riktlinjer för tider av väpnad konflikt.
- Röda Korsets internationella kommitté och Världshälsoorganisationen WHO har också ratificerat dessa regler.

En central princip i de internationella avtalen är att sjukvårdspersonal som tjänstgör under en väpnad konflikt bör handla i samma anda av medicinsk etik som i fredstid. Oavsett om en läkare tillhör försvaret eller arbetar för internationella Röda Korset eller någon annan humanitär organisation är hen även på stridsfältet primärt en opartisk medicinsk yrkesperson. Läkaren ska följa samma etiska regler som i fredstid. Läkarens plikt är att ge sårade nödvändig vård, oberoende av vilken sida de sårade kämpar på. En läkare får aldrig delta i tortyr eller möjliggöra tortyr genom medicinska medel.

Det faller på läkarens lott att i krigsförhållanden ordna och upprätthålla sjukvårdssystem samt behandla sårade och insjuknade. Detta får inte äventyra kontinuiteten för det lokala hälso- och sjukvårdssystemet, då externa parter alltid i något skede lämnar regionen. Den övergripande plikten för läkare som arbetar i krigs- eller kristillstånd är att rädda patienterna till liv och lem. För att maximera antalet patienter som kan räddas måste patientsorteringsprinciper för massvård tillämpas, den så kallade triage-metoden. I krigs- eller kris-situationer

strävar man efter att genomföra vårdåtgärder i etapper, så att man får köpa tid för fortsatt behandling gör endast ett absolut minimum vid varje vårdanstalt. Läkaren måste i förväg vara förberedd på en situation där vissa patienter tillåts dö med en tryggad mänsklighet och försäkrande av människovärdighet.

Världsläkarförbundet WMA och många andra läkarorganisationer samt WHO och Röda Korsets internationella kommitté har klart tagit ställning mot massförstörelsevapen. Kärnvapen, radioaktiva vapen samt biologiska och kemiska vapen har okontrollerbara följder för människors hälsa och för miljön, och kan vara ödesdigra för alla parter. Läkare har fullgoda etiska skäl att bidra till avskaffandet av kärnvapen och andra massförstörelsevapen. ■

Läs mer:

International Committee of the Red Cross ICRC: International Humanitarian Law (IHL) (1949-1997). www.icrc.org

International Committee of Military Medicine ICMM Center of Reference for Education on IHL and Ethics:

Military and Humanitarian Health Ethics(2020). www.melac.ch

Världsläkarförbundet WMA: Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence (2012),

Declaration and Statement on Nuclear Weapons (1998/2008). www.wma.net

ICRC: Health Care in Danger (2011). healthcareindanger.org

ICRC: War Surgery (2010). www.icrc.org

Utbildning och forskning

Läkarens arbete är krävande vad gäller kunskaper, skicklighet och hållning. Allt det ska läkarna lära sig i grundutbildningen. Det är dock inte tillräckligt, eftersom den medicinska vetenskapens ständiga utveckling kräver kontinuerlig kompetensutveckling och livslångt lärande. Att lära sig läkaryrket är en process där kollegial handledning spelar en mycket viktig roll. Likaså är det nödvändigt att patienter deltar i undervisningen, dock inte på bekostnad av vare sig god vård eller patientens rättigheter. För lärandet måste en sporrande och belönande miljö byggas. Kontinuerlig fortbildning för läkare är inte bara läkarnas egen utan också arbetsgivarens skyldighet.

Den medicinska forskningen bildar grundvalen för utveckling av patientvården. Forskning är etiskt ömtåligt i och med att den alltid förr eller senare förutsätter forskning på människor. Deltagande i forskning kan alltid vara förknippat med risker och måste därför byggas på frivilligt, informerat samtycke. Den etiska och juridiska regleringen av den kliniska forskningen är fördelad på ett flertal myndigheter. En forskare måste känna till den lagstiftning och de deklarationer och internationella avtal som styr forskningen. Centralt för tillämpningen av forskningsresultaten är att de publiceras på ett sätt som uppfyller stränga vetenskapliga kriterier. Etiskt högklassig vetenskap slösar inte med forskningsresurser, och dess forskningsresultat är tillförlitliga och publiceras och görs tillgängliga för alla.

Detta kapitel behandlar det medicinska lärandets och den medicinska undervisningens natur under de grundläggande studierna och fortbildningen. Etiska och juridiska synpunkter på klinisk forskning tas upp, liksom god medicinsk publiceringspraxis och de etiska kommittéernas verksamhet i Finland.



Undervisning, lärande och etik

Till de centrala förutsättningarna för professionalism hör läkarens skyldighet att ständigt upprätthålla hög yrkesskicklighet och att undervisa medicine studerande och yngre kolleger.

Principer om undervisning och lärande har allt sedan den hippokratiska eden varit ett centralt inslag i läkaretiken. De ingår även i Världsläkarförbundets Genèvevedeclaration, vår inhemska läkared och i läkarnas etiska regler. Läkare är skyldiga att undervisa medicine studerande och yngre kolleger. Likaså är det läkarens skyldighet att kontinuerligt upprätthålla en hög yrkesskicklighet och bedöma kvaliteten av sitt arbete. I Hippokrates eden uttrycks läkarens särskilda respekt för sina lärare: ”Den som lärt mig min konst ska jag ära lika högt som mina föräldrar, dela med honom vad jag äger och vid behov hjälpa honom”. I Genèvevedeclarationen, som förnyades år 2017, lovar läkaren: ”Jag visar mina lärare, kollegor och studerande den respekt och den tacksamhet som tillhör dem”. (Se **Professionalism och kollegialitet**)

Om läkarstudierna eller den professionella fortbildningen, det vill säga kompetensutvecklingen, av någon orsak inte fungerar eller förhindras, resulterar det i etiska konflikter. De kan bero på bristfälliga resurser eller undervisningens strukturer, lärarnas eller andra äldre kollegers attityder eller på studerandens eller läkarens egen oförmåga eller ovilja att lära sig.

KUNSKAP, SKICKLIGHET OCH ATTITYD

Till läkarutbildningens viktigaste syften hör att utbilda läkare för samhällets behov och att svara för den medicinska forskningens fortbestånd. Utbildningen kännetecknas av en spänning, som föds då vetenskap kombineras med annat för läkaryrket nödvändigt stoff i en och samma examen. Undervisningsarrangemangen och studiemiljöerna måste göras sådana att de gynnar alla de egenskaper som krävs av en god läkare: human inställning, vilja och förmåga att ständigt söka och kritiskt ifrågasätta ny kunskap, god problemlösningsförmåga, god samarbets- och interaktionsförmåga och god klinisk skicklighet. De medicinska lärarna har ett viktigt ansvar för att dessa mål uppnås. De måste förmedla betydelsen av vetenskaplig evidens och beprövad praxis till studerandena.

De medicinska lärarna ska också kunna förmedla den tysta kunskap som tar sig uttryck i en god och etiskt värdig verksamhet som läkare. Läraren visar med sitt personliga exempel och sin attityd för sina studerande hur viktigt det är att inse sina egna begränsningar och inta en ödmjuk hållning i patient-läkarrelationen. Det lönar sig att börja dryfta etiska frågor redan i början av studierna och fortsätta med det genom hela studietiden. Den nuvarande problem-baserade lärandemetoden erbjuder bättre möjligheter till detta i och med att gränsen mellan kliniska och icke-kliniska studier inte är lika skarp som tidigare.

Läkarstuderandenas identifikation med läkarprofessionen sker mycket snabbt: läkarrollen anammas redan under det första studieåret. En stor del av studerandena har valt läkarstudierna redan före gymnasiet och många har en släkting eller närstående som exempel. I den omfattande undersökningen Läkare 2018 uppgav över fyra femtedelar (83 %) av de unga läkarna att intresset för människan påverkade valet av medicinska studier mycket starkt eller ganska starkt. Som följande faktorer nämns yrkets prestige och kallet. Fjärde viktigaste faktor var de mångsidiga arbetsmöjligheterna.

Lärarna och studerandena vid de medicinska fakulteterna har traditionellt haft en mycket nära relation som kunde betecknas som kollegial redan från första början. Yrkeskårens tillväxt sker huvudsakligen via överföring av tyst kunskap från äldre läkare som föregår med gott exempel. Både goda och dåliga rollmodeller hjälper en ung läkare att växa till en medlem i professionen. Dåliga rollmodeller är varnande exempel för en tänkande och kännande studerande.

De medicinska lärarna bör förhålla sig neutralt och respektfullt gentemot alla medicinska specialiteter och gentemot såväl primär- som specialistvården. Hälso- och sjukvård är multiprofessionell verksamhet. Därför är det viktigt att de blivande läkarna redan under studietiden lär sig samarbeta med andra yrkesgrupper.

Under den medicinska utvecklingen har det fötts ett problem inom undervisningen: studierna kan inom utsatt tid omöjligt inkludera all ny kunskap vid sidan av den befintliga. Kärnan i undervisningsplanen måste innehålla det som varje läkare måste behärska. Där ska också definieras vilket lärostoff som inte är nödvändigt för alla läkare och vilket som är bättre lämpat för specialistutbildning. Läkarförbundet har deltagit i ett gemensamt projekt mellan de medicinska fakulteterna där man definierade det centrala innehållet i läkarutbildningen. Den examinerade läkarens kompetensmål godkändes i juni 2020 vid ett möte mellan de medicinska fakulteternas dekaner.

Många läkare är genuint intresserade av att undervisa och får både innehåll och tillfredsställelse i arbetet av det. Fastän somliga tycks vara goda lärare av naturen är det också möjligt att skaffa sig behörighet. Under de senaste åren har pedagogiska meriter getts större vikt vid anställning av professorer och annan undervisningspersonal, trots att vetenskapliga meriter fortfarande väger tungt. Många läkare och tandläkare har utbildat sig pedagogiskt och fått specialkompetens som läkarutbildare eller tandläkarutbildare.

MÄSTARE-GESÄLL -MODELLEN

God kommunikationsförmåga är en väsentlig del av en läkares kliniska skicklighet. Förmågan kan utvecklas, och i utbildningen har man under de senaste åren fokuserat starkt på tidig patientkontakt och systematiska studier i kliniska färdigheter och kommunikativ förmåga. Traditionellt har läkarutbildningen i hög grad byggt på den praktiska mästare-gesäll-modellen. Med växande mängder studerande är modellen hotad, och undervisningspatienterna räcker inte till för alla studerande. I framtiden kan både läkarutbildningens kvalitet och patientsäkerheten äventyras. Då de medicine studerande blivit fler har man börjat använda även andra sjukhus än universitetssjukhusen inom undervisningen. På mindre sjukhus har studerandena möjlighet att bekanta sig med ett mindre selekterat patientmaterial och få mer erfarenhet av olika ingrepp. (Se **Undervisningspatientens ställning**)

Finland har ett i internationellt perspektiv rätt unikt system som gör det möjligt för fjärde årets medicine studerande att vikariera läkare, först vid sjukhus och efter det femte studieåret även vid hälsocentral. Systemet har haft och kommer även i framtiden att ha en viktig betydelse som ett komplement till de egentliga studierna. Läkarvikariat under semestertid och möjligheten att koncentrera sig på väsentligheter ökar också studiemotivationen. Erfarenheten i kombination med äldre kollegers exempel påverkar också starkt de unga läkarnas val av specialisering. Enligt undersökningen Läkare 2018 ämnar 96 procent av de unga läkarna specialisera sig. Enligt studien är positiva arbetserfarenheter under studietiden och kollegornas goda exempel mycket viktiga faktorer vid valet av specialitet.

DEN ETISKA SKYLDIGHETEN ATT UTBILDA SIG

Ett problem inom specialistutbildningen har varit den bristfälliga handledningen av studerandena. På de utbildande enheterna är det varje kollegas skyldighet att ge handledning. Läkare som specialiserar sig är därför skyldiga att tillräckligt djupt sätta sig in i sina arbetsuppgifter, studera och konsultera mer erfarna kolleger.

Utbildarna ska planera arbetsuppgifterna så att de omfattar specialitetens alla centrala områden. Utbildningen ska utvärderas kontinuerligt. Tidigare byggde utvärderingen alltför mycket enbart på den nationella specialisttentamen i slutet av specialistutbildningen. Både den som utbildas och den som utbildar ska till exempel med hjälp av en loggbok eller lärandemapp följa hur målen för utbildningen uppnås. En personlig handledare ska utses för varje läkare i specialistutbildning. Varje läkare i specialistutbildning ska också ha en personlig utbildningsplan och föra regelbundna utvecklingssamtal med sin handledare. När man lär ut en kultur med utvecklingssamtal är målet att införliva utvecklingssamtalen i en läkares yrkesverksamhet.

Förutom enskilda läkarstuderande bör man i utvärderingen av specialistläkarutbildningen mer än idag också utvärdera de utbildande enheterna. Detta har blivit allt vanligare även hos oss, med utländska modeller som förebild.

Till läkarens yrkesetiska skyldigheter hör att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet. Också lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) samt lagen om hälso- och sjukvård (1326/2010) förpliktar till detta. I stället för traditionell fortbildning (CME, Continuous Medical Education) har man även hos oss i större utsträckning börjat använda uttrycket kontinuerlig professionell utveckling (CPD, Continuous Professional Development). Det finns experter som anser att den kontinuerliga professionella utvecklingen bör inledas redan under läkarens grundstudier. ■

Läs mer:

Holmberg-Marttila D, Turunen J-P, Helminen E-E, Pimiä E. Opiskelu ja koulutus. I boken: Lääkäriksi. Pasternack A, Pelkonen R, Eskola K, Haahtela T (red.). Kustannus Oy Duodecim 2007.

Riktlinjer för professionell utveckling och fortbildning – Läkarförbundets rekommendation för läkare. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/ammattillinen-kehittyminen/taydennuskoulutus>

Mattila P, Parmanne P, Aine T, Halila H, Heikkilä T, Heistaro S, Hyppölä H, Kaila M, Kortekangas-Savolainen O, Kosunen E, Kujala S, Kulmala P, Mattila K, Mäntyselkä P, Rellman J, Sumanen M. Lääkäri 2018. Kyselytutkimus vuosina 2007-2016 valmistuneille lääkäreille. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer och promemorior. Ryynänen K. Constructing Physician's Professional Identity – Explorations of Students' Critical Experiences in Medical Education. Doktorsavhandling, Uleåborgs universitet 2002.

Suositus etiikan opetuksesta lääketieteen koulutuksessa <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/ammattillinen-kehittyminen/etiikan-opetus/>

Kontinuerlig professionell utveckling

Kontinuerlig professionell utveckling (CPD, Continuous Professional Development) är varje läkares och tandläkares etiska skyldighet.

Det ankommer på arbetsgivaren att erbjuda tillräcklig och mångsidig fortbildning och att svara för dess kostnader.

Den professionella utvecklingen ska utgå från läkares, hens patienters, arbetsplatsens och samhällets behov. Det är en hälso- och sjukvårdsaktivitet för vilken man ställer upp mål och vars genomförande man övervakar.

Läkarnas kompetens bildar grundvalen för fungerande högklassig medicinsk vård. Det förutsätter kontinuerlig professionell utveckling av såväl yrkesskickligheten som arbetsmetoderna. Utgångspunkten är läkares personliga behov och vilja att utvecklas. Läkarna och tandläkarna har en på lag baserad etisk skyldighet att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet, och läkar-/tandläkarens förpliktar läkarna att utvärdera kvaliteten på sitt arbete. Läkare utvecklas i sitt yrke genom att lära sig i arbetet, med hjälp av respons och genom fortbildning. Utveckling i arbetet är viktig också för läkares arbetshälsa. Professionell utveckling får stöd av ett gott ledarskap.

I kontinuerlig professionell utveckling och dess parallellterm livslångt lärande (*life long learning*) ingår målet att kompetensen och yrkesskickligheten genom hela arbetskarriären ska ökas i riktning mot excellens. Fortbildning (*Continuing Medical/Dental Education*) är ett sätt att utveckla kompetensen. Därtill har studier i vuxeninläring visat att också lärande i arbetet och på arbetsplatsen är viktigt. Kompetensen kan utvecklas på många sätt. En del av utvecklingen utgör grundläggande verksamhet, såsom konsultationer, utvärderingar, utvecklingsverksamhet och nätinläring. Det centrala är att lärandet är målinriktat och att inläringssituationerna är högklassiga.

Fortbildning och yrkesutveckling måste ta hänsyn till mångformigheten i läkares verksamhet. En bra referensram är CanMEDS, som utvecklats i Kanada, där läkares kompetens är indelad i underavdelningar.

Läkarens kompetensområden (CanMeds)

- Medicinsk expert (Medical Expert)
- Akademiker (Scholar)
- Kommunikatör (Communicator)
- Medarbetare (Collaborator)
- Professionell yrkesutövare (Professional)
- Ledare (Leader)
- Hälsofrämjare (Health Advocate and Advocate of Human Rights)

LAGFÄSTA FÖRPLIKTELSE

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) befäste fortbildningens betydelse. Enligt lagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Kontinuerlig professionell utveckling är en nödvändighet för att målet ska uppnås. Hälso- och sjukvårdslagen förpliktar arbetsgivarna inom vården att erbjuda personalen tillräcklig fortbildning så att arbetets svårighetsgrad och uppgifternas innehåll beaktas. Lagen fastslår inga minimiutbildningstider för de olika yrkesgrupperna, men i och med att läkarna är den längst utbildade yrkesgruppen inom hälso- och sjukvården har de också ett klart utbildningsbehov.

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1659/2015) föreskriver följande om läkarnas och tandläkarnas skyldighet att upprätthålla sin yrkesskicklighet: *”En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är skyldig att upprätthålla och utveckla de kunskaper och färdigheter som utövat av yrket förutsätter samt att göra sig förtrogen med de bestämmelser och föreskrifter som gäller yrkesutövningen”*.

Läkarens och tandläkarens arbetsgivare bör övervaka utvecklingen av sina anställda och skapa förutsättningar för att arbetstagaren kan behålla och utveckla sina kunskaper och färdigheter genom att delta i nödvändig kompletterande yrkesutbildning och genom andra metoder för professionell utveckling för att utöva sitt yrke säkert och ändamålsenligt.

Med andra ord föreskrivs fortbildning som en skyldighet såväl för läkarna som för deras arbetsgivare. Skyldigheten gäller även läkare som arbetar som självständiga yrkesutövare.

LÄKAR- OCH TANDLÄKARORGANISATIONERNAS REKOMMENDATIONER

Fortbildningen ska vara tillräcklig. Lagen fastslår ingen minimimängd, men enligt Finlands Läkareförbunds rekommendation

- Ska varje läkare ha möjlighet att på arbetsgivarens bekostnad få årlig fortbildning utanför arbetsstället under minst tio dagar,
- Ska i varje läkares arbetstid ingå minst fem timmar intern fortbildning i veckan, såsom s.k. meetingverksamhet och möjligheter till studier på egen hand

År 2014 publicerade tandläkarorganisationerna (Finlands Tandläkarförbund, Finska Tandläkarsällskapet Apollonia och Föreningen För Tandläkare Vid Hälsovårdscentral) en rekommendation om metodisk utveckling av yrkeskompetensen. Rekommendationen uppdaterades år 2019. Rekommendationen beskriver de etiska och rättsliga kriterierna för upp-

rätthållande av yrkeskunskapen, internationella förfaranden och rekommenderad praxis, såsom utarbetande av en utbildningsplan och systematisk registrering av kompetensutveckling. Rekommendationen tar också ställning till arrangerandet av fortbildning och betonar bedömningen av utbildningens kvalitet och effektivitet samt fortbildningens objektivitet och öppenhet.

Enligt rekommendationen bör tandläkare utveckla sin yrkeskompetens under minst åtta till nio utbildningsdagar per år.

Enligt utredningar som Finlands Läkarförbund och Finlands Tandläkarförbund gjort har dessa minimikrav tyvärr inte uppfyllts hittills.

I februari 2007 grundade tre riksomfattande läkarorganisationer, Finlands Läkarförbund, Finska läkarföreningen Duodecim och Finska Läkaresällskapet föreningen Pro Medico rf för att stödja läkarnas professionella utveckling och fortbildning. Pro Medico gav rekommendationer och anvisningar om deltagande i fortbildning, dess planering och mål, bedömning och finansiering samt om samarbete med läkemedelsindustrin. Pro Medico tog fram redskap för kontinuerlig professionell utveckling med vilka det är möjligt att följa, utvärdera och planera den professionella kompetensens utveckling, såsom Taitoni.fi, ett webbverktyg för att övervaka läkares yrkesutveckling. Pro Medicos verksamhet upplöstes år 2019, men läkarorganisationerna fortsätter verksamheten.

Läkemedelsindustrin och annan medicinsk industri har haft en betydande roll som stöd- jare av medicinsk fortbildning. Särskild uppmärksamhet måste då fästas vid att läkarnas oberoende och professionella autonomi bevaras. Utbildningen ska vara planmässig, transparent och mångsidig. Målet för fortbildningen är att främja hälso- och sjukvården, utveckla den professionella kompetensen och förmedla vetenskaplig kunskap. (Se [Läkaren och industrin](#))

FORTBILDNINGSSKYLDIGHETEN

Den kontinuerliga professionella utvecklingen utgår från läkarens behov och etiska skyldighet, och ska inte regleras med tvång. Erfarenheter från olika länder visar att obligatorisk fortbildning inte förbättrar läkarnas yrkesskicklighet och till exempel inte heller minskar antalet klagomål. Det finns inte heller några internationella belägg för att obligatorisk fortbildning i betydande grad skulle förbättra läkarnas yrkesskicklighet. Av dessa orsaker anser Finlands Läkarförbund att deltagande i fortbildning är en etisk förpliktelse baserad på frivillighet.

I många europeiska länder har man fastslagit en minimimängd för läkarnas fortbildningsskyldighet och i några länder, såsom i Storbritannien, är deltagande i fortbildning eller annan utvärdering en förutsättning för att läkarlicensen ska förnyas, den s.k. recertifikationen. I samband med revideringen av EU:s direktiv om erkännande av yrkeskvalifikationer (2013/55/EC) föreslogs att medlemsländerna förpliktas att ge recertifikationer till läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, men förslaget gick inte igenom. Kompetensfrågorna inom hälso- och sjukvården avgörs inte med tvång, utan genom att hela vårdsystemet och läkarkåren starkt satsar på kontinuerlig professionell utveckling som en del av professionalismen. På så sätt tryggar man högklassiga och säkra hälso- och sjukvårdstjänster. Det förväntas dock att det kommer att komma strängare krav från EU-nivå om att övervaka upprätthållandet av yrkeskunskap hos läkare. Enligt Läkarförbundet och Tandläkarförbundet ska läkaren registrera sin egen yrkesmässiga utveckling och vid behov kunna påvisa denna. ■

Läs mer:

Ammatillisen osaamisen suunnitelmallinen kehittäminen – Hammaslääkärijärjestöjen suositus 2019. www.hammaslaakariliitto.fi/ammattillinenosaaminen

Basel Declaration on Continuous Professional Development, UEMS 2001. https://www.uems.eu/___data/assets/pdf_file/0013/1246/35.pdf

Riktlinjer för professionell utveckling och fortbildning – Läkarförbundets rekommendation för läkare. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/ammattillinenkehittyminen/taydennuskoulutus>

Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille, Promedico 2007. <http://www.promedico.fi>

Suomen Lääkäriliiton suositus työnantajille hyvästä työpaikasta, 2006.

Suositus täydennyskoulutuksesta, Promedico 2007. <http://www.promedico.fi>

Undervisningspatienternas ställning

Den undervisande enheten bör skapa ett system där man förklarar undervisningssituationens karaktär för patienterna och begär deras samtycke att fungera som undervisningspatient. Då upplever patienten att den fritt får välja att ställa upp eller inte och att vården är av samma kvalitet oavsett om den tillåter studerandenas närvaro eller inte.

Undervisningspatienter ska alltid bemötas med respekt och uppskattning för deras deltagande. Positiva erfarenheter säkrar tillgången på undervisningspatienter även i framtiden.

För att vårdkvaliteten ska kunna upprätthållas är det nödvändigt att patienter deltar i den praktiska utbildningen av vårdpersonal. Det är viktigt att informera både allmänheten och patienterna om detta. Medverkan av patienter behövs i läkarutbildningen både vid hälsovårdscentraler och sjukhus. Patientens rättigheter är oförändrade oavsett om hen är en undervisningspatient eller inte. Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) förpliktar till att vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten, och detta gäller även undervisningssituationer. Etiska frågor som då ska beaktas är informerat samtycke, kvalitetssäkring av både undersökning och behandling samt ansvarsfrågor.

SAMTYCKE TILL ATT VARA UNDERVISNINGSPATIENT

Med undervisningspatient avses en patient som medverkar i medicinsk utbildning och vårdutbildning som föremål för undervisningen. I lagen om patientens ställning och rättigheter finns inga specifika bestämmelser om undervisningspatienter. En patient som är föremål för undervisning ska enligt lagen ha gett sitt samtycke till det. Samtycke ska begäras personligen av patienten. Samtycke av en minderårig eller en person som enligt patientlagen har en funktionsnedsättning ska begäras av personens föräldrar eller hans lagliga företrädare, om inte patienten själv kan besluta i ärendet.

Enligt justitieombudsmannens beslutspraxis måste patienten ge sitt informerade samtycke (Dnr 3426/4/11, 3534/4/12, 1349/4/13 och 4435/4/15). När man ber en patient om hens infor-

merade samtycke bör man också notera att det enligt 13 § i patientlagen krävs patientens skriftliga medgivande för att överlämna uppgifter som ingår i journalhandlingarna till en utomstående. Med utomstående avses i denna lag personer som inte vid verksamhetsenheten eller på uppdrag av den deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården. I beslutspraxis vid Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (EIT) har man också konstaterat att närvaron av studerande utan patientens uttryckliga samtycke kränkt patientens integritet (beslut Konovalova v., Ryssland 9.10.2014).

Den som begär samtycke av patienten ska på eget initiativ förklara undervisningssituationens natur och förlopp i huvuddrag samt dess betydelse som ett led i utvecklingen av yrkesskickligheten i vården.

Patienten upplyses om att hen fritt får välja att ställa upp eller inte och att vården är av samma kvalitet oavsett om hen tillåter studerandena att delta eller inte.

Samtycket begärs tillräckligt tidigt i en lugn situation så att studerandena inte kan höra det. Patienten ska ges tid att förbereda sig för undervisningssituationen. Kravet på informerat samtycke gäller både patienter som behandlas på bäddavdelning (studerandedeltagande i läkarronder) och närvaron av studerande i mottagningsituationer för utbildningsändamål. Man måste informera patienten i förväg före mottagningen och begära hens samtycke till närvaro av studerande.

För patienter med bokad tid bör en förfrågan om samtycke till att vara undervisningspatient bifogas till kallelsebrevet. Då kan patienterna på förhand meddela om de godkänner studerandenas närvaro eller inte. Vissa patienter nekar till att vara undervisningspatienter. Av förståeliga skäl är tröskeln att delta i undervisningen högre vid känsligare ärenden, till exempel om patientbesöket är förknippat med sexuell hälsa eller psykiska problem.

Om undervisningssituationen innebär extra påfrestning för patienten eller om patienten har svårt att förstå undervisningens betydelse på grund av till exempel en psykiatrisk eller neurologisk sjukdom, missbruk eller anestesi, ska man vara speciellt noggrann när man begär informerat samtycke. Varje undervisande enhet måste skapa ett system som garanterar att patienterna informeras tillräckligt om undervisningssituationens karaktär och att samtycke begärs av varje patient.

KVALITETSSÄKRING OCH ANSVAR FÖR UNDERSÖKNING OCH VÅRD

I undervisningssituationer ansvarar samma läkare för undersökningarnas och vårdens kvalitet som för patienten i allmänhet. Före ett ingrepp i en undervisningssituation förklaras dels ingreppets betydelse och verkningar, dels undervisningens och studerandenas andel i händelseförloppet för patienten. Detta gäller även ingrepp där patienten är nedsövd.

Den som undervisar ska säkerställa att patienten har gett sitt samtycke och förstått undervisningssituationens förlopp. Läkaren ska dessutom se till att patientens rättigheter inte kränks i undervisningssituationen. De undervisande läkarna är i allmänhet erfarna, och i undervisningssituationerna är det ofta möjligt att sätta sig in i patientens problem på ett djupare plan än vid en vanlig mottagning. De flesta patienterna upplever studerandenas grundlighet som någonting positivt.

BEMÖTANDE AV UNDERVISNINGSPATIENT

Medicinska lärare ska särskilt ge akt på läkaretiken och vinnlägga sig om ett kollegialt uppträdande. Läraren ska bemöta patienten finkänsligt och vänligt, medveten om att hen för sina studerande är en förebild för patient-läkarrelationen. Studerandena ska å sin sida, medvetna om situationens unika karaktär för patienten, respektera patienten och uppföra sig sakligt. Patientens integritetsskydd får inte äventyras av undervisningen.

På grund av stämningen i undervisningssituationerna är det skäl att hålla undervisningsgrupperna tillräckligt små. Läraren avgör hur många studerande det är rimligt att låta undersöka en och samma patient.

Alla medverkande ska med sitt personliga uppträdande bidra till att skapa en positiv bild av undervisningssituationen och visa patienten respekt för hens insats för att utveckla yrkesskickligheten inom vården. Undervisningspatienterna ska också ges möjlighet att ge respons om undervisningssituationen.

STUDIEMATERIAL

Med studiematerial avses fotografier, videor, röntgenbilder o.d. av patienten som används i undervisningen. Också dokument och delar av dokument som beskriver patienten räknas som studiematerial.

Att skapa, använda och förvara studiematerial om en patient förutsätter hens informerade samtycke ifall hen kan identifieras i materialet. Samtycke av en minderårig eller en person som enligt patientlagen har en funktionsnedsättning ska begäras av personens föräldrar eller hens lagliga företrädare, om inte patienten själv kan besluta i ärendet.

Studiematerialet ska behandlas tekniskt så att patientens identifieringsuppgifter inte visas i undervisningssituationen. Det är också skäl att kontrollera inspelningarnas metadata, som kan innehålla information som möjliggör identifiering av patienten. Rätten att använda studiematerialet anses höra till undervisningspersonalen inom vederbörande specialitet. Då studiematerial om patienter lagras i digitala undervisningsmiljöer ska särskild noggrannhet och försiktighet iakttas. Det är bra att komma ihåg att patienten har rätt att se loggdata om vem som har tittat på hens journalhandlingar (inklusive fotografier, röntgenbilder). (Se [Patientjournalen](#)) ■

Läs mer:

Vehmanen M. Opetuspotilas ansaitsee täyden huomion, *Finlands Läkartidning* 2012;67:3784–5.

Etiska principer i klinisk forskning

Genom internationella avtal, nationell lagstiftning och riktlinjer samt rekommendationer från läkarorganisationerna försöker man skydda hälsan och rättigheterna för personer som deltar i forskningsprojekt. I Finland styrs den medicinska forskningen framför allt av lagen om medicinsk forskning och lagen om klinisk prövning.

Den som ska undersökas har rätt att besluta om sitt frivilliga deltagande efter att ha fått en begriplig redogörelse om forskningen. Läkaren är en central person i informationsgången och respekten för försökspersonens rättigheter.

Grunden för modern medicin är vetenskaplig forskning som ger evidensbaserad information för behandling av sjukdomar. Sökandet efter ny kunskap är alltid osäkert. Särskilt interventionsstudier, det vill säga studier med ingrepp på människan, kan också vara förknippade med okända risker och oväntade nackdelar. Därför är det viktigt att definiera de allmänt accepterade sätten att forska, forskningens mål och metoder samt de gränser som behövs för att skydda undersökta personers integritet, rättigheter och hälsa i syfte att säkerställa att den kliniska forskningen är etiskt godtagbar, dess metoder adekvata och dess resultat tillförlitliga.

STYRNING AV FORSKNINGEN: EN KORT HISTORIK

Av de 23 läkare och medicinska forskare som åtalades vid Nürnbergprocessen 1947 dömdes sju till döden och nio till livstidsfängelse för de omänskliga experiment och undersökningar på människor som de utfört i koncentrationslägren. Som en följd av processen fastslogs den så kallade Nürnbergkoden som för första gången internationellt uppställde kravet på informerat samtycke (*informed consent*) av patienten som ett villkor för deltagande i forskning.

På grund av dessa och andra experiment som trampade på de mänskliga rättigheterna på annat håll har man utarbetat internationella deklarationer och fördrag som förutsätter försökspersonernas samtycke. I artikel 7 i Förenta nationernas Konvention om medborgerliga och politiska rättigheter att frivilligt avgivet samtycke är ett villkor för deltagande i ett medicinskt eller annat vetenskapligt experiment. Konventionen föreskriver: ”Ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Särskilt får ingen utan sitt fria samtycke utsättas för medicinska eller vetenskapliga experiment”.

Då Världsläkarförbundet WMA grundades 1947 blev en av dess viktigaste uppgifter att formulera etiska principer för forskning på människor. Principerna godkändes på WMA:s kongress i Helsingfors 1964. Denna så kallade Helsingforsdeklaration har senare justerats flera gånger, och den har blivit ett etiskt rättesnöre för klinisk forskning överallt i världen. Helsingforsdeklarationen är en samling etiska principer. Den ligger till grund för många internationella konventioner som binder de berörda staterna, till exempel Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin från 1997 samt dess tilläggsprotokoll om biomedicinsk forskning. Europarådets konventioner är politiskt bindande för rådets medlemsländer, även om den egentliga bindningen uppstår först i samband med att det nationella avtalet träder i kraft, det vill säga ratificeras. Finland ratificerade den biomedicinska konventionen 2009.

FINSKA FÖRFATTNINGAR SOM ÄR BINDANDE FÖR LÄKARFORSKARE

Enligt forskningslagen ska en forskare ha yrkesmässig och vetenskaplig behörighet som krävs för att genomföra en viss studie. En läkare som ansvarar för medicinsk behandling av försökspersoner måste ha lämplig behörighet eller, vid tandläkarundersökning, vara en tandläkare med lämplig behörighet. I en klinisk prövning ska forskaren vara läkare eller tandläkare med lämplig professionell och vetenskaplig behörighet.

Medicinska forskare verksamma i Finland binds av många lagar, förordningar och andra bestämmelser. De gällande bestämmelserna om kliniska prövningar grundar sig på Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/20/EG om läkemedelsprövning (direktivet om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar rörande tillämpning av god klinisk sed vid kliniska prövningar av humanläkemedel). I Finland har direktivet om läkemedelsprövning verkställts huvudsakligen genom lagen om medicinsk forskning (488/1999, forskningslagen) och läkemedelslagen (395/1987). Direktivet om läkemedelsforskning har ersatts av 2014 års förordning om läkemedelsforskning (536/2014, om kliniska prövningar av humanläkemedel och om upphävande av direktiv 2001/20/EG). Förordningen om läkemedelsforskning är direkt tillämplig lagstiftning i EU:s medlemsstater. I skrivande stund har förordningen om läkemedelsforskning ännu inte trätt i kraft, då den centrala portalen där läkemedelsforskningsprojekten registreras ännu inte är i bruk. I och med förordningen måste vi ändra den nationella lagstiftningen på så sätt att reglering som överlappar EU-förordningen upphävs och andra ändringar som krävs enligt EU-förordningen görs. Lagen om klinisk prövning och ändringarna av forskningslagen behandlas som bäst av riksdagen (RP 18/2020). Avsikten är att anta lagarna samtidigt med förordningen om läkemedelsforskning.

Lagar som ska följas i medicinsk forskning är utöver de ovannämnda patientlagen (785/1992), läkemedelslagen (395/1987) och dess ändringar, patientförsäkringslagen (948/2019), dataskyddslagen (1050/2018), gentekniklagen (377/1995) och motsvarande förordning (928/2004), biobankslagen (688/2012) samt lagen om användning av mänskliga organ och vävnader för medicinska ändamål (vävnadslagen 101/2001) biobankslagen (688/2012) samt lagen om sekundär användning av personuppgifter (552/2019). Därtill övervakar Fimea kliniska prövningar och har utfärdat en föreskrift för dessa (8/2019 Kliniska läkemedelsprövningar).

Bindande författningar för internationella medicinska forskare utgörs av Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin samt EU:s direktiv och förordning om kliniska prövningar av läkemedel samt EU:s allmänna dataskyddsförordning ((EU) 2016/679) som bägge införlivats också i vår nationella lagstiftning. Helsingforsdeklarationen är en etisk ryggrad och rekommendation för läkare. Därtill finns också övriga internationella rekommendationer och föreskrifter, såsom av CIOMS (*Council for International Organizations of Medical Sciences*), som verkar i anslutning till WHO. CIOMS har gett vägledning i forskningsetiska frågor som ska beaktas i epidemiologiska och biomedicinska studier, inklusive kliniska prövningar i tillväxtländer.

Aktuell information om författningar om forskning ges på webbplatserna för Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea), Nationella kommitténs för medicinsk forskningsetik (TUKIJA) och universitetssjukvårdsdistriktens etiska kommittéers hemsidor. (Se [Etiska kommittéer och delegationer](#))

ETISK KLINISK FORSKNING

Läkare som bedriver medicinsk forskning måste skydda försökspersonens liv, hälsa, integritet och människovärde. I forskningen ska allmänt godtagna vetenskapliga principer följas och forskningen ska grunda sig på vetenskaplig litteratur eller andra adekvata informationskällor, tillräckliga (prekliniska) laboratorieprov på förhand och vid behov även på djurförsök.

Klinisk forskning på människor kan genomföras endast om dess syfte och förväntade nytta är viktigare än de eventuella risker och den påfrestning som försökspersonen utsätts för. Medicinsk forskning på människor är etiskt berättigad endast ifall den förväntas kunna leda till bättre hälsa för människan. Vetenskapligt undermålig forskning är inte etiskt motiverad, då den utsätter försökspersonerna för onödiga risker och slösar med begränsade forskningsresurser.

I forskningen måste man särskilt ge akt på försökspersoner som inte själva förmår ge sitt samtycke till att delta i undersökningen eller som är särskilt mottagliga för yttre påverkan. Till dessa specialgrupper räknar Finlands forskningslagstiftning minderåriga, handikappade, gravida och ammande kvinnor samt fångar och rättspsykiatriska patienter. Med handikappad avser lagen en person som på grund av mental störning, utvecklingsstörning eller av någon annan motsvarande orsak saknar förmåga att på giltigt sätt samtycka till forskning. Lagen har också särskilda bestämmelser om forskning på foster och embryon samt nödlägesundersökningar. Särskilt mottagliga för yttre påverkan är bland annat personer i en mycket svår ekonomisk ställning eller personer som på något sätt står i ett beroendeförhållande till forskaren. Sådana beroendeförhållanden kan uppstå till exempel mellan en chef och hans medarbetare eller mellan en lärare och hans elev. Också en allvarlig sjukdom kan skapa ett beroendeförhållande där patienten upplever sig vara beroende av sin läkare. Särskilt problematiska situationer kan framkomma för personer med varierande och föränderlig beslutsförmåga, såsom dementa äldre och ungdomar i puberteten. Frågor som gäller beroende och kapacitet är individuella och det är viktigt att gå igenom den redan på planeringsstadiet.

UTLÅTANDE AV ETISK KOMMITTÉ

Innan medicinsk forskning på människor kan inledas måste den få ett förhandsutlåtande från den behöriga etiska kommitté där forskningsprojektet förordas. Till utlåtandansökan ska bifogas bland annat forskningsplanen, en sammanfattning av denna, det meddelande som ges till dem som undersöks (patientinformation) samt en samtyckeshandling. De etiska kommittéerna gör också en bedömning av huruvida metoderna vid rekryteringen av försökspersoner är korrekta samt huruvida försäkringarna är tillräckligt täckande.

Fimea och Nationella kommittén för medicinsk forskningsetik TUKIJA har publicerat detaljerade anvisningar om hur kliniska läkemedelsprövningar ska genomföras. Tillstånd till kliniska läkemedelsprövningar beviljas av Fimea. En förutsättning för tillståndet är att den etiska kommittén ger ett positivt utlåtande. Prövningen får inte inledas förrän det fått tillstånd av forskningsenhetens direktör. EU:s förordning om kliniska prövningar av humanläkemedel ändrar bedömningen av kliniska prövningar i vissa avseenden. Arbetsfördelningen mellan Fimea och den etiska kommittén föreskrivs i lagen om medicinsk forskning. Fimea utvärderar alla aspekter av del I i utredningsrapporten, medan den etiska kommittén därtill utvärderar faktorer som särskilt rör bedömningen av undersökningens förväntade terapeutiska fördelar och folkhälsofördelar samt riskerna och skadorna för försökspersonen. Den etiska kommissionen bedömer även de faktorer som hänför sig till del II eller de så kallade nationella övervägandena, och enligt den kommande lagstiftningen skulle Fimea kunna kommentera

tera dessa till kommittén. Det nationella beslutet om godkännande av forskningsansökan fattas av Fimea.

Inom universitetssjukvårdsdistrikten finns behöriga etiska kommittéer enligt lagen om medicinsk forskning, som granskar forskningsplanerna med fokus på försökspersonernas rättigheter. Vid tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira verkar dessutom Nationella kommittén för medicinsk forskningsetik TUKIJA, som har behandlat begäranden om utlåtande om kliniska läkemedelsprövningar eller delegerat behandlingen av dessa till de regionala kommittéerna. Europaparlamentets och rådets förordning om kliniska prövningar av humanläkemedel medför ändringar i utvärderingen av kliniska prövningar. I och med den nya lagstiftningen kommer en ny medicinsk forskningsetisk sektion att ersätta TUKIJA genom att bedöma alla kliniska läkemedelsprövningar, medan sjukvårdsdistriktens etiska kommittéer kommer att bedöma andra medicinska studier. För ett negativt utlåtande om forskningsplanen skulle man enligt framtida lagstiftning kunna ansöka om rättelse från den nya medicinska forskningsetiska sektionens separata avdelning för ändringssökande, och för dess utlåtande kunde man söka ändring hos förvaltningsdomstolen.

Forskaren och en etisk kommitté kan diskutera om huruvida informationen till försökspersonerna är förståelig och om patienternas rättigheter uppfylls i just den patientgrupp där man ämnar utföra forskningen. I dessa utvärderingar står i synnerhet de etiska kommittéernas lekmannamedlemmar för en värdefull insats. Att utarbeta ett meddelande till den som ska undersökas är en krävande uppgift, där också den forskningsansvariga, erfarna läkarens aktiva insats behövs. Meddelandet bör inte vara för långt och bör belysa väsentlig information om beslutsfattandet kring deltagandet i prövningen, till exempel prövningens syfte, anledningen till att försökspersonen rekryteras, prövningens arrangör och finansier, vilka uppgifter som samlas in, var dessa lagras och vart de distribueras. Detaljerade anvisningar om prövningens förlopp kan bifogas som separat handbok eller i ett tilläggsmeddelande. Arbetet underlättas av god planering och vid behov genom konsultation med den etiska kommittén eller sjukvårdsdistriktets stödorganisation för forskning.

Utöver att den etiska kommittén har till uppgift att försäkra sig om att undersökningen uppfyller lagens krav är kommitténs huvuduppgift att utvärdera forskningens etiska aspekter. Den etiska kommittén bedömer forskningsplanen på förhand utgående från dokument. Ansvar för att genomföra studien enligt etiska principer ligger hos forskaren.

Om väsentliga ändringar görs i forskningsplanen krävs ett positivt utlåtande av den etiska kommittén även för dessa. Allvarliga biverkningar vid läkemedelsprövningar måste rapporteras till Fimea.

INFORMERAT SAMTYCKE

Medicinsk forskning på människor får inte utföras utan försökspersonens skriftliga informerade samtycke. Om försökspersonen inte själv är kapabel att ge sitt samtycke kan en nära anhörig, någon annan närstående eller en laglig företrädare för personen göra det.

En försöksperson ska ges tillräcklig information i begriplig form om sina rättigheter, om prövningens syfte, karaktär och metoder, eventuella risker och olägenheter samt om andra eventuella behandlingsalternativ. Försökspersonen kan när som helst häva sitt samtycke utan några negativa följder.

Ibland litar patienterna så mycket på sin läkare att de inte sätter sig in i problemen kring en klinisk prövning. När forskarläkaren ber om patientens samtycke är det viktigt att betona att försökspersonen själv är den bästa experten på sitt eget liv och den som bäst förmår bedöma

hur prövningen påverkar hens liv. Likaså är det viktigt att betona att det i en klinisk prövning alltid förekommer okända, oförutsägbara omständigheter och eventuellt även risker. Syftet med prövningen är att ta fram ny kunskap och ge svar på frågor. Särskild försiktighet krävs om den ombedda försökspersonen vårdas av forskarläkaren. I mån av möjlighet är det då motiverat att överväga om någon annan läkare eller något annat hälso- och sjukvårdsproffs hellre borde begära samtycket.

I många uppföljande undersökningar där man använt sig av vävnads- eller blodprover från tidigare kliniska studier har etiska dilemman aktualiserats. Vid planeringen av ett forskningsprojekt är det viktigt att på förhand fundera på vad som ska utredas i det undersökta vävnadsprovet och vad som kunde bli aktuellt att studera i en eventuell senare uppföljning av projektet. Att begära nytt samtycke flera år senare kan vara mycket besvärligt både för forskaren och försökspersonen. Biobankslagen och lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården är avsedda att främja användningen av mänskliga prover i forskningssyfte och att trygga integritetsskyddet då prover behandlas. (Se [Utnyttjande av patientuppgifter](#))

GOD VETENSKAPLIG PRAXIS

Vid publicering av forskningsresultat måste man vara ärlig, de får inte förfalskas. Om de etiska principerna inte har följts eller forskningsresultaten förfalskas kan en studie inte godkännas för publicering. Ofta är det emellertid svårt att upptäcka sådant på förhand, varför både forskarnas etik och efterhandssanktioner får stor betydelse. Organisationen för medicinska tidskrifters chefredaktörer ICMJE har utfärdat anvisningar för hur man ska korrigera fel som upptäcks i redan publicerade studier. Ett oavsiktligt fel korrigeras med en adekvat rättelse. Om man har starka skäl att misstänka oredligt förfarande beträffande en artikel som redan publicerats eller skickats in för publicering är det tidskriftens skyldighet att se till att misstanken utreds på lämpligt sätt vid forskarens eget forskningsinstitut. Studier som gjorts med ohederliga medel ska ogiltigförklaras genom en publicerad dementi (retraction). I lindrigare fall kan tidskriften publicera ett tillkännagivande (expression of concern) där den meddelar att den inte kan garantera att den ifrågakvarande studien till alla delar är tillförlitlig eller korrekt.

År 2002 (uppdaterade år 2012) publicerade undervisnings- och kulturministeriets forskningsetiska delegation (TENK) i samarbete med det finländska forskningssamhället forskningsetiska anvisningar om god vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den. Syftet med anvisningarna är att förebygga vetenskaplig ohederlighet i alla organisationer som bedriver vetenskaplig forskning. Hela forskarsamhället har frivilligt förbundit sig att följa anvisningarna. Anvisningarna delar in avvikelser från god vetenskaplig praxis i försummelse av god forskningspraxis respektive egentlig oredlighet i vetenskaplig verksamhet. Oredlighet framträder enligt anvisningarna som fabricering, förfalskning, plagiering och stöld. Misstankar om avvikelser från god vetenskaplig sed ska handläggas enligt den procedur som forskningsetiska delegationen angivit. Misstanke om oredlighet undersöks inom den organisation där studien genomförs eller har genomförts. Om den misstänkte eller den som framför misstanken är missnöjd med proceduren kan den begära ett utlåtande i ärendet av forskningsetiska delegationen. Det går inte att se mellan fingrarna på en forskarkollegas oredlighet eller annars otillbörliga förfarande. Brott mot god vetenskaplig praxis försvagar allmänhetens tillit till vetenskapen och dess utövare. Därför är det viktigt för hela forskarsamhället att fallen behandlas på behörigt sätt. Oredligt förfarande vilseleder dessutom

andra forskare och skadar deras arbete. Kollegialiteten gentemot hela forskarsamhället bör vara starkare än mot en enskild forskarkollega.

Forskarens bindningar till finansärer eller andra aktörer samt ekonomiska intressen som är förknippade med forskningen kan orsaka etiska problem. Tobaksbolagens och läkemedelsindustrins finansiering till medicinska forskare har fått stor publicitet även i finländska medier. År 2008 gav Nationella kommittén för medicinsk forskningsetik TUKIJA anvisningar om hur ekonomiska omständigheter i samband med medicinsk forskning ska rapporteras till de etiska kommittéerna och de personer som deltar i undersökningen. Enligt lagen om medicinsk forskning bör den etiska kommittén få en tillräcklig utredning av ett forskningsprojekts ekonomi. Enligt Helsingforsdeklarationen ska också de som undersöks informeras om undersökningens finansiering. Den etiska kommittén ska utifrån utredningarna kunna bedöma om ersättningarna till forskningspersonalen är skäliga med hänsyn till den arbetsmängd som undersökningen kräver. Forskarens arvode får inte leda till oetisk rekrytering av försökspersoner eller till att en person hålls kvar i undersökningen mot sin vilja. Finansieringen ska garantera att undersökningen slutförs. EU:s förordning om kliniska läkemedelsprövningar förpliktar till att ge en utredning om finansieringsarrangemangen för läkemedelsstudier.

Frågor kring finansieringen av beställda undersökningar är dock bara en del av problematiken kring forskningens ekonomiska bindningar och intressekonflikter. De som undersöks bör upplysas om varför undersökningen genomförs. Det är helt klart att kliniska prövningar genomförs för att få ut nya läkemedel på marknaden. Forskarna är inte enbart ute efter att främja folkhälsan, behandla sjukdomar eller samla medicinsk kunskap, utan har också andra intressen, såsom att meritera sig och få extra inkomster.

ICMJE har gjort en betydande skärpning av sina anvisningar om anmälning av ekonomiska bindningar och andra intressekonflikter inom medicinsk publikationsverksamhet. Samma anvisningar används också i Finland bland annat vid utarbetandet av God medicinsk praxis-rekommendationerna. Varje medicinsk forskare gör klokt i att bekanta sig med ICMJE:s anvisningar och dryfta vad de betyder för hans forskningsarbete. Den anmälan om ekonomiska bindningar som krävs förutsätter mycket information från flera år bakåt i tiden. Publiceringen kan uppskjutas eller äventyras om forskaren inte har förberett sig på att göra anmälningen. ■

Läs mer:

Fimea: Kliniska läkemedelsprövningar. https://www.fimea.fi/web/sv/overvakning/kliniska_lakemedelsprovningar
www.tukija.fi

Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. WMA 1964, senast uppdaterad år 2013. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS): International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans. CIOMS 2016. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies. CIOMS 2009. <https://cioms.ch/shop/product/international-ethical-guidelines-for-epidemiological-studies/>

ICMJE. Disclosure of Financial and Non-Financial Relationships and Activities, and Conflicts of Interest. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/author-responsibilities--conflicts-of-interest.html>

Medicinska publikationer

Medicinska publikationer och enskilda artiklar ska vara vetenskapligt vederhäftiga, objektiva och ärliga. Forskningsrön ska presenteras så att läsaren kan bedöma undersökningens upplägg, slutsatsernas riktighet och resultatens faktiska betydelse.

En skribent i en medicinsk tidskrift ska informera chefredaktören om sina ekonomiska bindningar och andra relationer som kan ha betydelse för artikeln.

Publikationer spelar en central roll då ny och viktig medicinsk kunskap presenteras och sprids. Att kunna tillägna sig ny information och uppdatera gammal är en nödvändig förutsättning för att läkarna ska kunna upprätthålla och ständigt utveckla sin yrkesskicklighet. Därför måste publikationsverksamheten uppfylla de etiska kraven.

Medicinska publikationer och enskilda artiklar ska vara vetenskapligt vederhäftiga, objektiva och ärliga. Forskningsrön ska presenteras så att läsaren kan bedöma undersökningens upplägg, slutsatsernas riktighet och resultatens faktiska betydelse. Vid behov ska läsaren också ha möjlighet att i samma publikation framföra en motiverad avvikande mening om undersökningen och dess konklusioner.

En god vetenskaplig undersökning är objektiv och obunden av förhandsförväntningar och förhandsaspirationer. Forskningsartikelns sammandrag och diskussion får inte överdriva resultatens betydelse eller dra slutsatser som inte bygger på studiens faktiska resultat. I inhemska medicinska tidskrifter är de flesta artiklar översiktsartiklar. I dem är det viktigt att kunskapen presenteras på ett balanserat och täckande sätt utan påverkan av ekonomiska eller andra intressen.

Fallbeskrivningar är en undertyp av medicinska artiklar och patientexempel kan också presenteras i översikter. I dem måste patientens anonymitet säkras genom att stryka all information som gör det möjligt att identifiera patienten, medräknat information som inte är nödvändig för det medicinska innehållet och artikelns relevans. Om det finns ens en liten möjlighet till identifiering ska man begära tillstånd av patienten att använda hans bilder och uppgifter. I princip ska tillstånd alltid begäras för fallbeskrivningar.

För att garantera medicinska artiklars kvalitet använder publikationerna kollegial granskning (peer review) där obundna experter bedömer en artikel avsedd för publicering. En utomstående expert ska inte bedöma ett manuskript om hen inte upplever att hen är obunden eller neutral i relation till skribenten eller ämnet.

VANLIGA PROBLEM INOM PUBLICERINGSVERKSAMHETEN

Kopiering och publicering av minsta publicerbara enhet (salami publication), där resultaten av en enda studie splittras i små portioner för att kunna producera så många publikationer som möjligt, är vanliga problem inom medicinsk publiceringsverksamhet. Man får inte publicera ens egna texter som sådana någon annanstans om man överlåtit upphovsrätten till den tidigare publiceraren. Ganska vanliga är också konflikter beträffande vem som skrivit artiklarna.

Referenser till tidigare publicerade artiklar ska följa god publiceringssed. Citat kan utnyttjas som ett hjälpmedel för att motivera det egna vetenskapliga synsättet eller som föremål för vetenskaplig kritik. En tumregel är att andras texter citeras endast i den omfattning som krävs

för att utveckla det egna resonemanget. En artikel som till stor del består av citat eller ensidiga lån från andra texter strider mot god publiceringssed. Citaten måste också klart skiljas från skribentens egen text. Citatets omfattning i relation till källtexten och till den egna texten som skrivs avgör om det är fråga om lån eller plagiat.

Att samtidigt erbjuda ett manuskript med samma eller i stort sett samma innehåll till olika tidskrifter är inte tillåtet i fråga om vetenskapliga publikationer. Dubbelpublikation avser publicering av samma resultat eller en artikel som är mycket lik en tidigare publicerad artikel minst två gånger i olika tidskrifter. Det är endast tillåtet i undantagsfall, till exempel om återutgivningen riktar sig till en annan läsarkrets än originalet. Tack vare detta kan resultaten från en nationellt betydelsefull studie som ursprungligen publicerats i en internationell tidskrift publiceras även i en inhemsk tidskrift. Detta kräver tillstånd från bägge tidskrifterna och vid återutgivning måste man tydligt ange var artikeln tidigare publicerats.

Ofta har medicinska artiklar fler än en författare. Författarna ska då komma överens om i vilken ordning deras namn nämns. Vem som helst som deltagit i forskningsarbetet och rapporteringen uppfyller dock inte kriterierna för medförfattare. De vanligaste accepterade kriterierna har fastställts av International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

1. En författare ska delta med en betydande insats i initieringen och planeringen av forskningsprojektet, insamlingen och analysen av materialet och tolkningen av resultaten;
2. En författare ska delta i publikationens skrivprocess;
3. En författare ska godkänna den slutliga manuskriptversionen för publicering;
4. En författare ska åta sig ansvaret för artikeln som helhet och vara medveten om vilken författare som gjorde vilken del av studien.

Forskningsetiska delegationen har också publicerat rekommendation ”Att komma överens om upphovsmannaskapet till vetenskapliga publikationer”. Det är värt att komma överens om publiceringsförfarandet och upphovsmannaskapet redan i studiens planeringsskede.

Chefskap eller överordnad ställning i forskargruppen utan betydande arbetsinsatser är inte ett tillräckligt skäl för att nämnas som författare. Spökskrivare hör inte heller till etisk publikationsverksamhet. Detta innebär att man inte nämner en person som är inblandad som skribent, till exempel en professionell författare, något som forskningsfinansiärer ibland har erbjudit forskarna. Om sådan hjälp har mottagits men den professionella skribenten inte har deltagit i något annat än att skriva, bör detta uttryckas till exempel i tackavsnittet i slutet av artikeln.

En gästförfattare (guest author) är vanligtvis en berömd expert som ombeds ge sitt namn till författarlistan för ett manuskript skrivet av en spökskrivare för att säkrare få manuskriptet publicerat. Ibland kan författarskap användas för byteshandel med journalhandlingar, laboratorietjänster eller andra tjänster och gentjänster. Dessa förfaranden utgör också missbruk av upphovsmannaskapet.

REGISTRERING AV UNDERSÖKNINGAR

Det är viktigt att forskningsrönen publiceras även då de inte motsvarar förhoppningarna. Den internationella medicinska publikationsverksamheten har varit snedvriden i och med att alla undersökningar inte publiceras. Lättast får sådana undersökningar publicitet som visar att en ny behandling är bättre än jämförelsebehandlingen. Också finansiärerna har kunnat påverka hur lätt vissa forskningsrön publiceras. Undersökningar som visar att nya behandlingar inte

ger bättre resultat än gamla har svårast att hitta en publiceringskanal. När vårdpraxis bygger på insamlad publicerad kunskap förvränger selektiviteten vårdrekommendationerna.

För att förhindra detta och öka transparensen kräver ICMJE att terapeutiska undersökningar ska registreras offentligt då de påbörjas. Flera medicinska tidskrifter kräver registrering för att ens ta emot studiemanuskrivet för utvärdering. De viktigaste registren är ISRCTN-registret (www.isrctn.com), som rekommenderas av WHO och ICMJE, samt ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) i Förenta staterna.

Det är också bra att komma ihåg att många människor som deltar i medicinska studier räknar med att deras deltagande gynnar sjuka människor och samhället. Om resultaten inte publiceras, bryter forskarna försökspersonernas förtroende, då de kan uppleva att de i onödan utsatts för potentiella skador av forskningsbehandlingarna.

ANMÄLNING AV BINDNINGAR

Publicerade artiklar påverkar ofta rådande behandlingspraxis och har således stor ekonomisk betydelse. För att ge läsarna en möjlighet att bedöma omständigheter som kunde påverka artikelns innehåll kräver de flesta medicinska tidskrifter att skribenterna uppger sina bindningar då de erbjuder ett manuskript. I denna tid då en stor del av den kliniska forskningen finansieras av industrin är det särskilt angeläget att öka all slags transparens.

Skribenterna förväntas uppge undersökningens finansiärer och även sina övriga ekonomiska kopplingar till aktörer som kan tänkas vara intresserade av ämnet som behandlas i artikeln. I osäkra fall uppmanas skribenterna att hellre uppge en bindning än låta bli. Bindningarna är inte alltid ekonomiska, utan kan också ha att göra med personliga relationer, akademisk konkurrens, ideal, kopplingar eller anställningsförhållanden bland forskarens familjemedlemmar. ■

Läs mer:

ALLEA. The European code of conduct for research integrity. ALLEA 2017. <https://allea.org/code-of-conduct/>
COPE. Journals' Best Practices for ensuring consent for publishing medical case reports: guidance from COPE. <https://publicationethics.org/node/30816> (utarbetad 12/2016)

EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org>

ICMJE. Defining the role of authors and contributors. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

ICMJE. Disclosure of financial and non-financial relationships and activities, and conflicts of interest. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/author-responsibilities--conflicts-of-interest.html>

ICMJE. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. <http://www.icmje.org/recommendations/> (uppdaterad 12/2019).

Louhiala P, Saloheimo P, Launis V. Kuka on kirjoittaja? *Duodecim* 2014;130:198–9.

Pasternack A. (toim.). Kliinisen tutkimuksen etiikka. *Duodecim* 2015:143–8.

Saloheimo P. Tutkimustulosten julkaisemisen etiikkaa. Kirjassa: Keränen T, Pasternack A, toim. Kliinisen tutkimuksen etiikka. *Duodecim* 2016.

Saloheimo P. Kenelle kunnia kuuluu? *Finlands Läkartidning* 2017;72:96.

Saloheimo P. Sidonnaisuudet, seuraava askel. *Finlands Läkartidning* 2017;72:2279.

Saloheimo P. Viritettyä viestintää. *Finlands Läkartidning* 2019;74:357.

Saloheimo P. Sitä saat mitä mittaat. *Finlands Läkartidning* 2020;75:1653.

Att komma överens om upphovsmannskapet till vetenskapliga publikationer. Forskningsetiska delegationens rekommendation. Forskningsetiska delegationens publikationer 6/2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_suositus_tekijyys.pdf

Etiska kommittéer och delegationer

Under de senaste årtiondena har ett stort antal etiska grupper grundats inom den finländska hälso- och sjukvården. En del av dem är lagstadgade, medan andra är förvaltningsorgan som inrättats för att stödja verksamheten inom ett yrke eller en organisation. En del behandlar forskningsetiska frågor, medan andra behandlar kliniska frågor och frågor kring vårdssystemet.

Det är viktigt att det i samhället förs en bred diskussion om frågor kring hälso- och sjukvård samt medicinsk forskning.

I Finland finns flera nationella delegationer för etiska frågor inom hälso- och sjukvård och vetenskap. Deras uppgift är att följa verksamheten, utvecklingen och forskningen inom sitt område och att ta ställning till därmed sammanhängande etiska frågor. De samarbetar både med varandra och med regionala och internationella organ. Delegationerna arrangerar seminarier och andra evenemang och kan ge utlåtanden och rekommendationer. Dessa är inte bindande, men de nationella delegationernas syn och ställningstaganden har ofta en stark experteffekt.

Varje universitetssjukvårdsdistrikt har en etisk kommitté för medicinsk forskning. Ett utlåtande av dessa kommittéer som förordar en undersökning är en förutsättning för att den beviljas tillstånd. Kommittéerna kan bedöma också annat än medicinsk forskning. Därtill har universitet och forskningsinstitut grundat egna etiska men inte lagstadgade kommittéer för bedömning av annan än medicinsk forskning. Dessutom har vissa sjukvårdsdistrikt inofficiella grupper vars roll å ena sidan är att utbilda yrkespersoner inom hälso- och sjukvården och å andra sidan att bedöma beslut som fattats eller ska fattas i svåra fall ur ett vårdetiskt perspektiv.

RIKSOMFATTANDE ETISKA DELEGATIONEN INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN (ETENE)

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) grundades år 1998. Om delegationen stadgas i patientlagen (785/1992) och om delegationens uppgifter i förordningen om denna (667/2009).

År 2009 utvidgades ETENEs uppgiftsfält till att omfatta även socialvården, då också dess namn ändrades till delegationen inom social- och hälsovården. ETENE skrevs även in i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000).

ETENE behandlar etiska frågor kring social- och hälsovården och patientens ställning ur principiell synvinkel och ger rekommendationer om dessa frågor. Den kan också ta initiativ och ge utlåtanden och rekommendationer om etiska frågor inom social- och hälsovården samt väcka samhällelig debatt om dessa frågor. Delegationen bistår med expertis när hälso- och sjukvården och vårdlagstiftningen utvecklas. Därtill samlar och förmedlar den information om etiska frågor och för internationell debatt inom området samt om den vårdteknologiska utvecklingen och dess koppling till etiska spörsmål.

Medlemmarna i delegationen är bland annat yrkespersoner inom social- och hälsovården, representanter för patientorganisationernas och socialvårdens klienter, anordnare av social-

och hälsovårdstjänster, forskare från andra områden, såsom juridik, samhällsvetenskaper och social- och hälsovård, samt riksdagsledamöter.

NATIONELLA KOMMITTÉN FÖR MEDICINSK FORSKNINGSETIK (TUKIJA)

ETENEs medicinska forskningsetiska sektion (TUKIJA) bildades år 1999. År 2010 ombildades den till en separat nationell kommitté för medicinsk forskningsetik underställd Valvira. Om kommitténs verksamhet stadgas i lagen om medicinsk forskning (488/1999) och förordningen om kommittén (820/2010).

TUKIJA är ett expertorgan i forskningsetiska frågor och följer, styr och samordnar handläggningen av forskningsetiska frågor. Dessutom stöder kommittén de regionala etiska kommittéerna i principiella frågor kring medicinsk forskning och arrangerar utbildning om dem. Kommittén deltar också i internationellt samarbete och befrämjar medborgardebatt kring forskningsfrågor.

Kommittén gör etiska bedömningar av kliniska läkemedelsprövningar om den inte överläter uppgiften på en regional etisk kommitté. Dessutom ger kommittén på begäran utlåtanden om undersökningar som fått ett nekande utlåtande av en regional etisk kommitté.

I skrivande stund behandlar riksdagen regeringens proposition (RP 18/2020) med förslag till lagändring gällande prövning av läkemedel, då den europeiska förordningen om läkemedelsforskning ska träda i kraft. Enligt förslaget skulle man inrätta en ny nationell forskningsetisk kommitté med uppgiften att etiskt bedöma alla kliniska prövningar som genomförs i Finland. I samband med förändringen skulle TUKIJA upphöra att fungera i sin nuvarande form. Därtill skulle man även ändra förfarandet för hur uppdragsgivaren skulle ha möjlighet att överklaga ett negativt utlåtande från den regionala etiska kommittén. Rättelse kunde sökas hos ett separat utskott för överklaganden vid den nya nationella etiska kommittén. Den nationella kommitténs utlåtande kunde överklagas hos förvaltningsdomstolen.

FORSKNINGSETISKA DELEGATIONEN (TENK)

Den 1991 grundade forskningsetiska delegationen är ett expertorgan som behandlar etiska frågor inom alla slag av vetenskaplig forskning. TENK:s uppgift är att göra framställningar och ge utlåtanden till myndigheterna om lagstiftningsfrågor och andra frågor inom sitt eget uppgiftsområde, att fungera som expertorgan vid utredning av forskningsetiska problem, att väcka initiativ som gagnar forskningsetiken samt att främja den forskningsetiska debatten i Finland. Dessutom följer delegationen den internationella utvecklingen på området, deltar aktivt i internationellt samarbete och sprider information om forskningsetiska frågor.

Delegationen har bland annat publicerat anvisningar om god vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den. Därtill ordnar delegationen seminarier och väcker initiativ i syfte att främja den akademiska och samhälleliga debatten.

DELEGATIONEN FÖR BIOTEKNIK OCH GENTEKNIKNÄMNDEN

Delegationen för bioteknik grundades år 1992 för att främja samarbetet mellan forskare, myndigheter och andra aktörer inom bioteknik, att följa bioteknologins utveckling och dess

effekter på miljö och hälsa samt att utveckla forskning, information, utbildning och internationellt samarbete inom bio- och genteknik.

Finland har också en gentekniknämnd som bland annat handlägger forskningsplaner och beviljar forskningstillstånd för undersökningar som använder sig av genteknik. Syftet är en för människor, djur och miljön säker och etiskt hållbar användning av genteknik. Nämnden fungerar även som samarbetsorgan med Europeiska unionen, vars direktiv om bioteknik reglerar användningen av bioteknik i EU:s medlemsstater.

LÄKARNAS ETISKA KOMMITTÉER

Finlands Läkarförbunds långvariga utskott för etiska principfrågor omvandlades 2011 till en etisk delegation med medlemmar också från Finska läkarföreningen Duodecim, Finska Läkaresällskapet och Finlands Tandläkarförbund.

Delegationens uppgift är att följa etiska principfrågor inom läkaryrket och hälso- och sjukvården i Finland och internationellt. Den avger ställningstaganden, framlägger förslag till hur läkaretiken bör utvecklas och läkarnas etik gynnas, främjar utbildning på området och följer den samhällsdebatten. Delegationen svarar också för uppdateringen av boken Läkaretik.

Finlands Tandläkarförbunds etiska utskott har varit aktivt sedan år 2002. Till dess synligaste uppgifter hör anordnandet av en årlig etisk utbildningsdag för förbundets medlemmar. Utöver etiska frågor kring tandläkararbetet behandlar utskottet även frågor kring kvalitetsstyrning.

Läkarorganisationerna har också grundat webbtjänsten Läkarnas etiska forum, till vilket läkare kan skicka beskrivningar av problematiska fall. Fallen granskas av en arbetsgrupp engagerad i etiska frågor. Läkarnas etiska forum har publicerat ett sammandrag av frågorna och forumets reflektioner i Läkartidningen, och sådana fall har också tagits upp under Läkardagarna på en kurs som arrangerats av forumet.

REGIONALA ETISKA KOMMITTÉER

Lagstiftningen förutsätter att kliniska läkemedelsprovningar och forskningsprojekts etiska godtagbarhet utvärderas på förhand och att den etiska kommittén gett ett utlåtande som förordar forskningen innan projektet inleds. (Se [Etiska principer i klinisk forskning](#)) De etiska kommittéernas storlek, sammansättning och uppgifter är lagstadgade. Kommittéernas medlemmar arbetar under tjänsteansvar och tystnadsplikt.

För bedömning av kliniska läkemedelsprovningar och andra forskningsplaner som inte ingår i medicinsk forskning har många universitet och forskningsinstitut grundat egna etiska kommittéer. Då det är möjligt och ändamålsenligt, följer de principerna i lagen om medicinsk forskning beträffande sammansättning och verksamhet.

Vissa sjukvårdsdistrikt har grundat regionala vårdetiska delegationer med uppgift att diskutera vårdetiska problem inom regionen. De kan också ge rekommendationer och anvisningar om patientvård samt dryfta enskilda fall. Därtill finns det på några orter etiska diskussionsgrupper som möts regelbundet för att diskutera vårdetiska frågor. Grupperna är inofficiella och deltagandet bygger på frivillighet och personligt intresse.

INTERNATIONELLA KOMMITTÉER

Många länder har grundat nationella kommittéer som behandlar frågor inom hälso- och sjukvård och bioetik. Kommittéerna sammanträder regelbundet för att diskutera gemensamma angelägenheter. Bland andra Europakommissionen, WHO och Europarådet ordnar gemensamma möten. Det är snarast fråga om diskussions- och umgängesmöten där kommittéernas medlemmar och aktörer kan utbyta tankar och berätta för varandra om sitt arbete. Också Europeiska gruppen för etik inom vetenskap och ny teknik (EGE) är underordnad Europakommissionen. Unesco har en bioetisk kommitté (IBC). De nordiska länderna har också Nordisk kommitté för bioetik. Inom genetik finns både en europeisk och en internationell organisation: ESHG (European society of Human Genetics) och IFHGS (International Federation of Human Genetics Societies). ■

Läs mer:

ETENE: www.etene.fi

TUKIJA: www.tukija.fi

TENK: www.tenk.fi

BTNK: www.btnk.fi

GTLK: <http://www.geenitekniikanlautakunta.fi>

Finlands Läkarförbunds etiska delegation: www.laakariliitto.fi

Läkarnas etiska forum: http://www.duodecim.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.koti?p_sivusto=69

Regionala etiska kommittéerna: <https://tukija.fi/sv/regionala-etiska-kommitteerna>

EGE: http://ec.europa.eu/bepa/european-group-ethics/index_en.htm

NEC Forum: <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=1305>

IBC: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/international-bioethics-committee/>

ESHG: <https://www.eshg.org/>

IFHGS: <http://www.ifhgs.org/>

NCBIO: <https://ncbio.org/>

WHO: <http://who.int/ethics/en/>



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund