
Gränser för läkarens autonomi

HEIKKI PÄLVE

Nationalencyklopedin förklarar ordet autonomi på svenska med självständighet, självbestämmande och oberoende. Autonomi är alltså en frihet som någon får av någon. Läkare, och likaså vår profession, måste göra sig förtjänta av den handlingsfrihet som samhället och patienterna ger dem. Men man får ingenting utan att ge något i gengäld. Från läkarnas sida betyder det hög yrkeskompetens, hög etik och hög trovärdighet för enskilda läkare och hela professionen. I vårt moderna samhälle präglad av beroendeförhållanden innebär autonomi framför allt frihet att själv reglera. Om vi som profession inte förmår reglera vår verksamhet så att den vinner acceptans hos samhället, kommer samhället i stället att reglera den för oss. Det finns alltid gränser för vår autonomi och det är bäst om professionen själv kan sätta gränserna på ett tillförlitligt sätt och dessutom övervaka sina gränser.

SKRIBENTEN

Heikki Pälve, medicinalråd, MKD är specialist i anesthesiologi och innehar specialkompetens i akutmedicin och administrativ kompetens. Han har varit verksamhetsledare för Finlands Läkarförbund 2005–2017.

Läkarens och professionens autonomi

I sin mest fundamentala form är sjukdomsbehandling ett möte mellan patient och läkare. För att mötet ska utfalla väl måste läkaren ha nödvändiga verktyg för att undersöka, bestämma och genomföra behandlingen utan att någon utomstående ingriper i de medicinska besluten. Utomstående intervention är nämligen ägnad att störa läkarens autonomi. En läkare kan dock inte fatta beslut helt fristående från de villkor som samhället ställer. Gränserna lever och formas i tiden.

En förutsättning för läkarprofessionens samhälleliga ställning och aktivitet är att yrkeskåren åtar sig att följa de etiska och professionella regler och värderingar som ingår i läkaryrket. Samhället utgår från att professionen dels åtar sig att behandla patienter, dels engagerar sig i samhälleliga uppdrag, exempelvis ägnar sig åt folkhälsoarbete, ger service dygnet runt när det behövs och ser till att verksamheten är kostnadseffektiv. Vi talar här om professionell autonomi som också manifesteras i särskilda rättigheter som professionen tillförs via lagstiftningen.

I en deklARATION framhåller Världsläkarförbundet följande: *The central element of professional autonomy is the assurance that individual physicians have the freedom to exercise their professional judgement in the care and treatment of their patients.*

“As a corollary to the right of professional autonomy, the medical profession has a continuing responsibility to be self-regulating.” (1).

En stor del av vår autonomi är dock oreglerad, och vår profession har under årens lopp förtjänat sin autonomi genom sitt arbete. Det kommer ständigt till nya villkor för den professionella friheten och en del av dem kan mycket väl motiveras i medicinskt, terapeutiskt och ekonomiskt hänseende. Vår profession måste således ha förmåga att tolka samhällets föränderliga förväntningar för att kunna uppfylla dem och bibehålla sin autonomi.

Det finns aktörer i samhället som av förståeliga skäl vill inskränka olika professioners särskilda rättigheter, men också av fullkomligt egoistiska skäl, exempelvis maktpolitiska bevekelsegrunder. Det gäller att känna igen dessa krafter samt deras mål och medel, eftersom läkarens autonomi förändras över tid. Varje läkargeneration måste själv göra sig förtjänt av sin autonomi genom sitt arbete. Det lägligaste tillfället att förändra innebörden i läkarens autonomi sammanfaller med stora organisatoriska reformer. Så gick det när folkhälsolagen trädde i kraft 1972.

Läkarförbundet utlyste 2015 till autonomins temaår med sloganen ”Läkärens autonomi yhteiskunnan palveluksessa” (2), det

vill säga "Läkarens autonomi i samhällets tjänst". Ambitionen var att peka på hur viktigt det är med autonomi för läkarna i behandlingen av patienter både för läkarna själva och för samhälleliga aktörer, inbegripet patientorganisationerna. Det är viktigt att vara medveten om när autonomi bör inskränkas och när inskränkningar gör det svårare att ge patienterna god vård. Informationstekniken, en starkare ställning för patienten och vårdreformen är omständigheter som generellt sett inskränker läkarens autonomi, och dessutom utan att någon avsiktligt eftersträvar inskränkningar.

Autonomi är en viktig faktor som hjälper läkarna att orka med sitt arbete. Det största problemet visavi HVC-läkarnas arbetstillfredsställelse är att det brister i möjligheterna att få kontroll över arbetet, visar en undersökning som gjorts av Läkarförbundet. Delvis hänger detta samman med dåligt fungerande informationssystem och ständigt jäkt och stress, men också med de krav som ställs på läkarna utifrån (3–5). Dessa faktorer har tårt på läkarnas handlingsutrymme i arbetet.

Läkarna lyfter mycket tydligt fram sitt missnöje med den minskade professionella autonomi. Det finns inte längre något utrymme för "art of medicine", utan läkarna har blivit en yrkesgrupp som producerar standardiserade åtgärder för det löpande bandet (6).

Utomstående faktorer som oberoende av yrkeskåren inskränker vår autonomi:

1. *Samhällets ökande roll som aktör och reglerare*
2. *Byråkratisering och bolagisering*
3. *Globalisering och integration*
4. *Informationsteknik*
5. *Nya yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården*
6. *Förändringar i patient-läkarrelationen*
7. *Ekonomi.*

1. Samhällets roll

Under den period som den moderna läkarvetenskapen växte fram från slutet av 1800-talet fram till slutet av 1960-talet och början av 1970-talet gavs läkarna mycket fria händer. När folkhälsolagen infördes 1972 tog det allmänna ett större grepp om hälso- och sjukvården både i ekonomiskt hänseende och vad gäller styrningen av verksamheten. Tidigare

hade de kommunala läkarna haft mycket stor frihet i sitt arbete och sjukhusen leddes av överläkaren i samråd med översköterskan. Någon sådan särställning har vår profession inte längre – och det finns heller ingen anledning att ha det.

Sjukvård är dock inte bara management. För att tillägna sig djup förståelse för framgångsrik vård och behandling krävs det att man förstår själva arbetet. Internationella studier har visat att läkarledda sjukhus ger bättre resultat än sjukhus ledda av professionella ledare (7). Följaktligen har läkarna all orsak att försvara sin roll för ledande positioner inom hälso- och sjukvården.

2. Byråkratisering och bolagisering

Vårt vårdssystem står inför stora omställningar. I Finland har tendensen länge varit att läkararbetet ska införlivas i stora organisationer. På det internationella planet har den öppna sjukvården inom primärvården organiserats utifrån en modell med yrkesutövare. I Finland är läkarna också inom primärvården ett led i en stor organisation med sjukhuskaraktär. I en stor organisation är behandlingen av patienterna bara en komponent i arbetet och läkarprofessionen får en marginaliserad roll i finansieringen, planeringen och ledningen av vården. I den omgivningen krymper läkarens autonomi på ett sätt som minskar förutsättningarna för god vård, försämrar professionens roll för att organisera vården och ökar missnöjet.

Stora organisationer behöver gemensamma verksamhetssystem. De stora offentliga organisationerna inom primärvården och specialistvården och konsolideringen av den privata läkarverksamheten har resulterat i att det uppkommit gemensamma system för styrningen av verksamheten. I den konstellationen urholkas enskilda läkares och yrkeskårens autonomi samtidigt som etoset för personligt ansvar fördunklas.

3. Globalisering och integration

Läkaryrket har alltid varit internationellt och läkarna sprider kunskap om nya behandlingsmetoder så snabbt som möjligt över hela världen. Därmed har vår profession gjort sig förtjänt av sitt internationellt sett goda rykte och samtidigt kunnat stärka sin autonomi. I EU:s grundfördrag ingår sjukvården enligt den så kallade subsidiaritetsprincipen i de frågor som medlemsländerna organiserar på nationell nivå. Tack vare patientrörlighets-

direktivet kan patienter få vård inom EU. När information förmedlas i realtid över alla gränser förändras våra verksamhetsmodeller, och det krävs att den nationella professionen anpassar sig.

4. Informationsteknik

I många studier om läkararbetet lyfts informationstekniken fram som en faktor som medför omställningar i vår arbetsmiljö (3, 5). Det är lätt att förstå att läkaren besitter maximal autonomi så länge patienterna registreras i läkarens eget kartotek och bara för eget bruk. Däremot kan ett sådant system inte vara för patientens bästa, men skyldigheterna att registrera patienter har delvis inkräktat på patientarbetet och gjort att kliniker fått ta på sig rollen som registratorer.

I många hänseenden styrs verksamheten av registreringsarbete snarare än av ett etos för god vård. Den strukturella registreringen påverkar undersökningen av patienter både på gott och på ont. Vid möten med patienter går det åt mer tid att registrera data än att lägga fast behandlingen och upplysa patienterna. Läkarnas terapeutiska autonomi och patienternas tillfredsställelse med uppmärksamheten från läkarens sida har minskat.

5. Andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården

Under efterkrigstiden var det självklart att det var läkaren som svarade för behandlingen. Andra lade sig inte i och patienterna spelade bara en verkställande roll. I dag legitimerar Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) yrkesutbildade personer som arbetar under sjutton olika yrkesbeteckningar och de har huvudsakligen högskoleutbildning. På 1970-talet eftersträvade många yrkesområden med utbildning på institutnivå akademisk status och försökte utmana läkarprofessionens autonomi inom sina delområden.

Deras försök att utmana oss har trängt in i kärnan av vår profession, nämligen till diagnostik och ordination av vård och behandling. Vår profession har getts ensamrätt att ställa diagnos och ge behandling. Bara läkare är utbildade i differentialdiagnostik, sjukdomslära och diagnostik. Vi måste fråga oss i vilket hänseende "bedömning av vårdbehovet" i sista hand skiljer sig från "diagnostik".

Patienterna bokar tid till en läkare, men kommer inte till en läkare på hälsovårdscentralen, om de inte kan övertyga resten av yr-

keskåren inom vården att de behöver få träffa en läkare. Ibland läggs ansvaret för uppenbart diagnostiska åtgärder, rentav diagnostisering av öronsjukdomar hos barn, på vårdpersonalen. För närvarande finns det planer på att införliva nya läkemedelsgrupper i rätten för sjukskötare att förskriva läkemedel. Vi får inte glömma att det alltid krävs en diagnos när en behandling ordineras. Det finns alltid de som gärna tar för sig av läkarens autonomi och tyvärr verkar det som om vår profession i viss mån självmant ger avkall på sin autonomi.

I takt med den medicinska utvecklingen har dörrarna öppnats för nya yrkesgrupper med högskoleutbildning. För att diagnostisera sjukdomar kan det ibland krävas att man är aktiv samtidigt inom flera specialiteter och inom professionen i övrigt, för att inte tala om alla komplicerade diagnostiska åtgärder. Och i slutändan är läkarvetenskapen en balansgång i osäkerhet. Följaktligen räcker det inte längre med att läkaren själv övervakar sitt arbete, utan arbetsgivare, försäkringsbolag och företrädare för systemet vill i allt större omfattning få reda på allt om arbetet och dess art. Det finns ofta en grundad och förståelig anledning till inskränkningar i vår professionella autonomi.

6. Patient-läkarrelationen

Det händer allt oftare att patienterna själva ställer terapeutiska krav på läkaren och att de inte alltid kan motiveras uteslutande medicinskt. Numera är det mer eller mindre en "second opinion" när patienten kommer till mottagningen första gången med sina symtom. Patienten kan ha sökt information på nätet om sina besvär, och i värsta fall kommer patienten bara för att få ett recept eftersom han eller hon är mycket övertygad om att den egna diagnosen är riktig.

Patientens ställning har avsiktligt stärkts. I patientsituationer har läkaren tvingats ge upp sin terapeutiska makt för att behandlingen ska kunna genomföras och patienten följa den ordinerade behandlingen. När patientens andel i behandlingen förbättras, förbättras också behandlingsresultaten. Vill man måna om en god vårdrelation, måste man fundera när det i ett helhetsperspektiv är befogat att gå med på patientens krav.

Autonomi är dock inget nollsummespel. När patienten får en starkare ställning knyts patienten närmare till sin läkare. Den tidigare paternalistiska relationen blir alltså en jämbördig vårdrelation. Patientens stärkta ställning förpliktar patienten att värna om

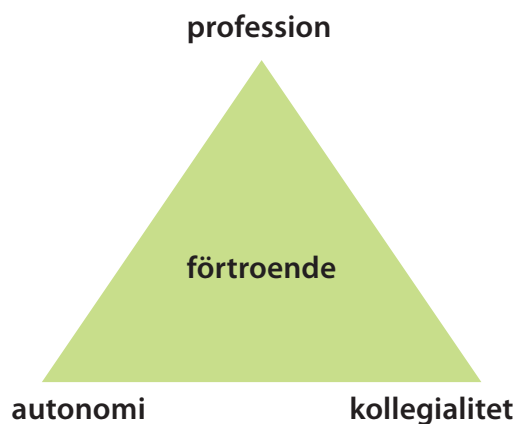
relationen och ger patient-läkarrelationen en bättre samhällelig ställning.

7. Ekonomi

När en läkare beslutar om nödvändiga undersökningar och behandlingar är kostnaderna för behandlingen en central faktor, upp till 70 procent (8). Det är naturligt att samhället följer upp och styr våra beslut eftersom det har åtagit sig att betala för våra beslut. Hur förståeligt detta än är kan det bara ske genom interventioner i läkarens autonomi. Mottagningstiderna för patienterna begränsas i allt större utsträckning och möjligheterna att allokera undersökningar inskränks. Det händer att man lägger sig i medicineringen på ett sätt som i första hand styrs av priset för behandlingen.

Varken läkaren eller professionen har någon anledning att förneka att det behövs ekonomiska restriktioner. De ekonomiska resurserna är begränsade och en euro som slösas på ett ställe betyder en euro mindre på något annat ställe, där man hade kunnat generera mer hälsa. Det ingår dock i läkarens etiska skyldighet att tala om för patienten om det finns ekonomiska orsaker till att behandlingen skjuts fram eller begränsas.

När samhällets ekonomiska bärkraft kräver prioriteringsbeslut, påverkas vår autonomi i



Figur 1. Autonomi är möjligt för en profession som har en erkänd ställning i samhället. En sådan profession kan ges vissa rättigheter via lagstiftningen, under förutsättning att professionen kan övervaka rättigheterna. I den övervakningen är kollegialitet en stor resurs för läkarna. Bakom allt detta döljer sig förtroende: samhällets förtroende för professionen, dess etiska kod och dess medlemmar, medlemmarnas ömsesidiga förtroende och patientens förtroende. Utan förtroende uppstår ett behov av att reglera.

hög grad av innebörden i besluten. Det är viktigt att professionen är involverad i diskussionerna och besluten kring detta. Med avseende på autonomi är det av stor relevans i vilken omfattning samhället och professionen och i vilket hänseende enskilda läkare svarar för att resurserna används på ett rationellt sätt, hur verksamheten övervakas och hur den medicinska behandlingen av patienten påverkas av prioriteringen.

Hot som kommer inifrån professionen

I Läkarförbundets autonomiprojekt (2) kom det fram att läkarna anser att orsakerna till den minskade autonomi ska sökas utanför professionen. Det är emellertid uppenbart att professionen – och rentav enskilda medlemmar – uppför sig på ett sätt som kan leda till att det införs författningar som i betydande grad begränsar autonomi. Autonomi försämras inifrån av följande faktorer:

1. *Fler läkare och större konkurrens*
2. *Fragmentering av professionen*
3. *Ökande individualism och allmänt minskad kollektivism.*

1. Fler läkare

Kollegialitetsanvisningarnas historia fick sin upprinnelse i ett behov av att utfärda föreskrifter om reklam för läkarmottagningar. Redan för mer än hundra år sedan kunde konkurrensen anta former som gav en nedlåtande bild av yrkeskåren. Kopparskyltarna vid dörren blev större och större för att ge läkarna större synlighet och möjlighet att understryka sin egen förträfflighet på andras bekostnad.

I dag utbildar Finland var sextionde i en årskull till läkare. Det är uppenbart att inte alla läkare kan få anställning inom sjukvården samtidigt som vårdsystemet effektivteras i allt större omfattning. När konkurrensen om jobb, konkurrensen på arbetsplatserna och konkurrensen om patienternas gunst hårdnar, kan det hända att någon betar sig på ett sätt som framställer professionens förtroendeställning och respekten för yrkeskåren i en tvivelaktig dager. I sådana situationer kan det finnas skäl att begränsa läkarens yrkesfrihet, men framför allt ger det samhället ett tillfälle eller en förevändning att göra det.

2. Fragmentering av professionen

Lång och mycket intensiv utbildning och mycket stor samsyn kring problematiken i

behandlingen av patienter har av tradition svetsat samman vår yrkeskår. Från att ha omfattat en handfull specialiteter i början av Finlands självständighet har verksamheten utvidgats och läkarna kan nu specialisera sig inom 50 specialiteter. Dessutom kan man gå vidare inom en specialitet och utbilda sig inom små högt specialiserade subområden. Läraryrket är inte på samma sätt längre en förenande faktor för hela kollegiet, och det gör att man kan eftertrakta fördelar för mindre grupper utan att ta hänsyn till hela professionens bästa.

Läkarnas samhälleliga uppdrag består i att behandla patienter utifrån medicinsk kunskap och beprövad erfarenhet. I den hårdnande konkurrensen kan det framstå som lockande att ta till behandlingar som inte ger effekt och är oetiska och enskilda överdrifter kan göra att hela professionen drabbas av restriktioner.

3. Ökande individualism

Tidigare generationer uppskattade kollektivism högt och individen ansågs tjäna samhällets bästa. I dag ses samhället som ett medel för att förverkliga individens bästa. Läraryrket har tappat i värde och det är inte längre lika viktigt att försvara gemensamma värden – och därmed inte heller att värna om autonomin. Autonomi kräver att enskilda läkare är villiga att engagera sig i professionen – läkarskapet förpliktar alltså. På ett diskussionsforum för läkare skriver en kollega: ”Ska en läkare per automatik vara en del av professionen? Och om man inte vill det? Arbetet är bara något nödvändigt ont som man har för att kunna betala familjens räkningar och kanske skaffa något trevligt till sig själv. Jag har aldrig upplevt att jag är mycket nära förbunden med läkarkåren, och jag vet inte om jag ens vill det.” Om många kollegor bara ser läkarprofessionen som ett arbete bland många andra, uppfyller de inte längre de krav som ställs på professionen och följaktligen kan de inte försvara sin rätt till klinisk autonomi.

Läkarförbundet har haft förmågan att representera vår profession i samhällsdebatten på ett legitimt och trovärdigt sätt. Men läkarnas egen förmåga att försvara sin autonomi försämras snabbt, om ett flertal läkare anser att Läkarförbundet, den kollegialitet som det värnar om och läkaretiken inte är till någon personlig nytta för dem eller om de startar konkurrerande smågrupper.

En enda kollega kan med sitt handlande inskränka autonomin mer än någon ut-

omstående kraft. När det kom fram att allmänläkaren Harold Shipman hade tagit livet av äldre, skärptes lagstiftningen om övervakning och utbildning av läkare, trots att det på intet sätt medverkade till att andra med samma tendenser som Shipman senare skulle åka fast. Vi befinner oss alla i samma båt och tillsammans kan vi värna om frågor som är viktiga för professionen.

Sammandrag

Den höga utbildningen ger läkaren exklusiv förmåga att bestämma behandling och ställa diagnos och någon utomstående kan inte på lagstiftningsväg kontrollera detta på ett vettigt sätt. Därmed är professionell autonomi till nytta dels för enskilda läkare, dels för hela samhället.

Det har upprepade gånger konstaterats att hälsa är ett av de viktigaste värdena för människan. I samband med vårdreformen har vi mycket påtagligt kunnat se att läkarens arbete har ett enormt stort ekonomiskt värde och spelar en mycket stor roll i samhället. Det kan inte finnas någon autonomi för läkare utan professionell etik och hög utbildning eller ömsesidig kollegialitet. Tack vare dem kan vi vinna det förtroende som vi behöver från samhällets och patienternas sida för att upprätthålla vår kliniska autonomi år efter år, decennium efter decennium. Utan autonomi är det svårt att föreställa sig kostnadseffektiv hälsovård och stor arbetstillfredsställelse.

I slutändan handlar allt om en kollektiv profession och om ömsesidigt och utomstående förtroende. Läraryrket förenar och förpliktar.

Sammanfattning

Professionen är en yrkeskår där krävande vetenskaplig utbildning, en stark moralisk värdegrund för yrkesutövningen och en etisk kod är gemensamma nämnare. I vissa fall kan samhället ge professionen lagfäst ensamrätt för att ha hand om vissa uppgifter. Läkarna har bland annat lagfäst ensamrätt att diagnostisera sjukdomar och bestämma om behandlingen av dem.

Samhället kan ge professionen mycket stor frihet, alltså autonomi, att ta hand om de uppgifter som ingår i professionen. En stor del av den frihet som varje profession åtnjuter har dock vuxit fram med tiden och är inte reglerad i lagstiftningen. Professionen måste själv kunna reglera sin autonomi på ett sätt som samhället accepterar när tider

och seder förändras. Om professionen inte är kapabel till det, tar samhället bort friheten, alltså autonomin. Autonomi innebär således ett privilegium för professionen att själv reglera och övervaka sin autonomi. Autonomi tjänar samhället eftersom det vore mycket svårt att exakt reglera professionens uppgifter. Å andra sidan betjänar autonomin medlemmarna i professionen eftersom de inte vill att deras arbete ska regleras exakt i och med att det skulle försvåra för dem att uppnå sina mål.

Det finns alltid gränser för autonomin. De lever med sin tid och tydligast ser man att gränsen är nådd, när professionen eller en enskild medlem överskrider den. Då finns det en benägenhet att inskränka autonomin med tydliga lagstiftningsåtgärder. För att behålla sin autonomi måste professionen ha förmåga att se var gränsen går i varje förekommande situation.

För läkarna är professionell autonomi för kliniska beslut ett viktigt led i god behandling, och den garanterar hög arbetstillfredsställelse. För att upprätthålla denna autonomi krävs det att läkarna har hög etik, god kollegialitet och stor sammanhållning. Utan ömsesidigt och samhälleligt förtroende kan den profes-

sionella friheten för läkarkåren komma att inskränkas i hög grad.

Heikki Pälve
heikki.palve@fimnet.fi

Referenser

1. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>
2. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/33076/sll_autonomia_raportti_30012017.pdf
3. Heponiemi T, Vänskä J, Aalto A-M, Elovainio M. Terveyskeskuslääkärien työhön sitoutuminen ja työstälähtöaiheet sekä niihin yhteydessä olevat työn psykososiaaliset riskitekijät. Suomen Lääkärilehti 2012;67:3491–95.
4. Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskeskuslääkärien oman työn hallintaa on parannettava. Suomen Lääkärilehti 2011;66:2423–29.
5. Heponiemi T, Vänskä J, Aalto A-M, Elovainio M. Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010: Potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi: Suomen Lääkärilehti 47/2012;67:3491–95.
6. Reed RR, Evans D. The deprofessionalization of medicine. Causes, effects and responses. Journal of the American Medical Association 1987;258:3279–82. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1987.03400220079041>
7. [http://www.slfs.se/upload/Physicians%20role%20in%20the%20management%20and%20leadership%20of%20health%20care_a%20scoping%20review%20\(003\).pdf](http://www.slfs.se/upload/Physicians%20role%20in%20the%20management%20and%20leadership%20of%20health%20care_a%20scoping%20review%20(003).pdf)
8. Kekomäki M. Miten saada rahat riittämään? Johtaako terveydenhuollossa lääkäri vai taloustieteilijä? Duodecim 2010;126:1610–1.

Summary

The limits of professional autonomy

The central element of professional autonomy and clinical independence is the assurance that individual physicians have freedom to exercise their professional judgment in the care and treatment of their patients without undue influence by outside parties or individuals. Many freedoms are generally accepted but not formally given. It is important that the profession can develop its autonomy to safeguard the trust of society as times change. This requires open dialogue with the society and the ability to strengthen collegiality and trust. Autonomy is in the best interest of not only the physicians but of society and the patients as well.