

Nokre legar, særleg yngre, synest å orientere seg mot jusen for å møte dei krava som blir stilt til den moderne legerolla

Treng vi profesjonsetikk når vi har jus?

Tradisjonelt har den medisinske profesjonen vore einherskande i det medisinske huset. I omgrepet profesjonell autonomi ligg at legeprofesjonen har kontroll med faglege og etiske standardar, med organisering av medisinsk praksis og med utdanning av legar (1).

Ein levande profesjonsetikk, vilje til å opne praksis for innsyn og kritikk og høg moralsk standard er vilkår for profesjonell autonomi. Det må ikkje vere tvil om at dei vala både enkeltlegar og Den norske lægeforening gjer, er styrt av omsyn til pasientar og samfunn og ikkje av eigeninteresser. Når det blir reist tvil om dette, oppstår også behov for ytre kontroll med medisinsk praksis.

I dag er medisinsk praksis utsett for press frå mange aktørar. Dei nye helselovene, tilsynsmyndigheitene og auken i rettssaker og erstatningssaker pregar på ulikt vis alle legar og gjer at kjennskap til helsejus er heilt nødvendig. Pasientombod, pasientforeningar og enkeltpasientar påverkar også medisinsk praksis. Til sist legg helsebyråkratar og økonomisk tenking stadig større føringar på klinisk verksemd i ei grad som kan true sjølve verdigrunnlaget for medisinen: At legen skal lækje, lindre og trøste (2, 3). Det er grunn til å minne om at hovudmålet for legen ikkje er – og ikkje skal vere – å skape økonomisk balanse (2, 3).

Legen er altså ikkje lenger einaste premissleverandør i medisinsk praksis. Dette er ei naturleg og god utvikling. Pasientorganisasjonar og pasientrettar kan sikre nødvendig demokratisering av medisinen og tilsynsmyndigheitene betre pasienttryggleik og rettferd. Men endringane har ein pris. Mykje tyder på at mange legar føler seg pressa, frustrerte og misforstått og angrar på val av yrke (4, 5). Dette er ei trist utvikling. Korleis skal då legane og Legeforeningen stille seg til denne utviklinga? Kan auka vekt på jus lette presset på legen og gjere arbeidet med profesjonsetikk unødige?

Profesjonsetikken har hatt som mål å slå ned på uetisk praksis og å auke medvitet om viktige medisinsk-etiske spørsmål blant legar. Kritikarar har hevda at profesjonsetikken først og fremst tener som ein glasur eller som eit vern mot åtak utanfrå for å oppretthalde makt og status (6). Denne kritikken kan vi ikkje heilt avvise (7, 8).

Tidlegare var medisinsk etikk for mange synonymt med legeprofesjonen sin etikk. I dag er filosofar og teologar viktige innan medisinsk etikk og profesjonsetikken berre ein liten del av den medisinske etikken (9). Ikkje berre legerolla, men såleis også profe-

sjonsetikken, er komen under press. Også denne utviklinga kan forklarast med at legar ikkje har vore flinke nok til å rydde i det medisinske huset. Ei anna forklaring er at medisinen er vorten så teknisk. Profesjonsetikken, drøftinga av verdispørsmål i faget og problematisering av uheldige sider ved medisinsk praksis har blitt fortrenget til fordel for tekniske og strengt biomedisinske spørsmål (10). Legar er i aukande grad opptekne av om det dei gjer verkar, og det er sjølvsagt nødvendig, men dette må ikkje fortrenge dei overordna spørsmåla om kva legar skal drive med og kvifor.

Jusen kan gi svar på kva som ikkje er lov og kva som er minimumsløysingar. Pasientar fryktar legar som ikkje held seg innanfor krava til forsvarleg praksis. Dette er det jusen og tilsynsmyndigheitene si oppgåve å definere. Men få av oss ønskjer legar som nøyer seg med minimumsløysingar. Ein praksis bygd på «ryggen fri-medisin» for å unngå søksmål blir unødige ressurskrevjande – kanskje til og med for risikofylt for pasienten. Den medisinske etosen er tufta på engasjement for pasient og samfunn, på vitenskapleg kunnskap tilpassa den einskilde pasienten sin situasjon og på tydelege verdival. Her blir juridiske minimumsløysingar ufullstendige og kalde. Jusen regulerar kva som er rett og kva som er gale med lover som gjeld for alle. Den medisinske etikken skal fremje det gode der møtet med den individuelle pasienten, og eit godt medisinsk og etisk skjønn må vere styrande. Engasjement, tillit, empati, omsorg og respekt for den einskilde pasienten er sentrale profesjonsetiske ideal og viktig for dei fleste pasientar. Dette er kvalitetar som ikkje kan lovfestast. Dei må fremjast i utdanninga ved at legar tener som gode rollemodellar. Bevisstgjeringa om kva som er viktig i møtet mellom pasient og lege, må utviklast av standen sjølv. Vi må vere leiande i viktige prinsipielle diskusjonar om verdispørsmål. Dette må bli reflektert i utdanning, i Legeforeningen, i dei einskilde lege-pasient-møta og ved at legar forsvargar svake pasientgrupper. Og legane må ha evne og vilje til å rydde opp i egne rekker.

Framleis trur mange legar at nok ressursar til helsevesenet og gode nok biomedisinske kunnskapar sikrar kvaliteten av faget og trivsel i yrket. Eg trur at denne haldninga er ein minst like stor trussel mot profesjonell autonomi som ytre kontroll er det.

Etiske retningslinjer er eit signal om fag-etisk standard både for legane sjølve og for

resten av samfunnet. Dagens medisin er potent og grip inn i mange område av menneskelivet. Legar har makt. Utan sjølvdisiplin er behovet for ytre kontroll med medisinsk praksis stort. Når mange i og utanfor legestanden er bekymra for at for mykje av helsetenesta er kontrollert av økonomar og politikarar, er ikkje svaret resignasjon og klaging over at legar blir redusert til funksjonærar og lydige reiskap for pasientar og styresmakter. Svaret er at profesjonsetikken må styrkast.

Reidun Førde

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Reidun Førde (f. 1950) er forsker ved Legeforeningens forskningsinstitutt og professor II i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Hun er leder i Legeforeningens råd for legeetikk.

Litteratur

1. Koehn D. The ground of professional ethics. London: Routledge, 1994.
2. Rasmussen K. Det umulige valget. Dagbladet 26.7.2000.
3. Lian OS. Mellom Hippokrates og Adam Smith. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for sosiologi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Tromsø, 1999.
4. Landvik T, Aasland OG, Botten G. Arbeidsforholdenes betydning for anbefaling av legeyrket blant leger med sykehusbasert spesialitet. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4371–4.
5. Edward N, Karnacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ 2002; 324: 835–8.
6. Freidson E. Professionalism reborn: theory, prophecy and policy. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
7. Rothman DJ. Medical professionalism – focusing on the real issues. N Engl J Med 2000; 342: 1284–6.
8. Rothman DJ. Strangers at the bedside – a history of how law and bioethics transformed medical decision making. New York: Basic Books, 1991.
9. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
10. Pellegrino AD, Relman AS. Professional medical associations. Ethical and practical guidelines. JAMA 1999; 282: 984–6.