

Juridik och medicin

Några funderingar kring ett angeläget forskningsfält

Claes-Göran Westrin

Fältet där medicinen möter juridiken är stort och heterogent. Det innehåller många för samhällsutveckling och medicinsk utveckling viktiga frågor. Samtidigt är det ett område där Sverige i motsats till många kulturländer saknar forskningstradition och framför allt den nödvändiga tvärvetenskapliga kompetensen. Viss ökad forskning inom rättsmedicin och rättspsykiatri samt enstaka avhandlingar kring sjukvårdsproblem inom de juridiska fakulteterna är glädjande men förblir sterila tendenser om de inte integreras i en bredare tvärvetenskaplig samverkan.

Nedanstående artikel syftar till en översikt över några angelägna frågeställningar för forskning inom ifrågavarande område.¹

Claes-Göran Westrin är professor emeritus i socialmedicin och verksam vid socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet

Medicin och juridik möts, integreras, repelleras, polariseras på många av samhällets områden. Juridiken skapar ramarna för vården liksom för andra samhällsområden. Den ger läkarna sanktion för de många särdrag som karaktäriserar en professions yrkesutövning och ger i välfärdssamhället också direkt underlag för läkares möjlighet att hjälpa patienter t ex inom försäkringsmedicinen. Omvänt används läkaren som sakkunnig inom juridikens olika arbetsfält, ifrån lagstiftning till dömande och administrativa funktioner.

Det finns t o m ett gemensamt medikolegalt fält som avsatt särskilda medicinska specialiteter, rättsmedicin och rättspsykiatri.

Samverkan liksom motsättningar har funnits mellan de båda områdena så länge land har byggts med lag. I läkarutbildningen ingår särskilt i socialmedicinen en viss författningskunskap och juristerna lär sig så vitt

jag vet i varje fall en viss dos psykiatri. För praktiskt verksamma jurister och läkare växer successivt en tyst kunskap fram.

Mot denna mångskiftande och livaktiga praxis kontrasterar stillheten på det vetenskapliga området, bruten endast av aktiviteter på det ganska speciella rättsmedicinska och rättspsykiatriska området och enstaka juridiska eller rättssociologiska avhandlingar. Sverige är i stort sett ett U-land på det medikolegala fältet där det saknas lärostolar i medicinsk juridik och där ett vetenskapligt samarbete mellan jurister och medicinare förekommer endast tunt och fläckvis. Skillnaden är markant mot förhållandena emot andra länder främst USA men också Tyskland och vad jag vet Holland.

Lägg sedan till något om broarna som byggs i utredningar och om genetik och sådant.

Medicinens och juridikens möten är ofta konfliktladdade och orsakar t ex i försäkringsmedicinen direkta kollisioner (2). Komplexiteten har också ökat när vård har kommit att betraktas som en mänsklig rättighet samtidigt som gränserna för sjukvårdens ansvar blivit allt tydligare.

Några områden, som kan erbjuda ämnen för intressanta studier skall i det följande diskuteras. En mer systematisk granskning med sökning i databaser av indexerade tidskrifter och böcker etc har inte stått till buds. Redan en personlig översikt kan dock ge en uppfattning om att det gäller ett stort och viktigt arbetsområde.

Medicin - etik - juridik

Relationerna mellan etik och juridik borde vara harmoniska men är i verkligheten ganska komplicerade. För eget bruk och för min undervisning i socialmedicin har jag sammanfattat denna problematik i en matrismodell, som har två dimensioner (*figur 1*).

¹ Artikeln är en bearbetning av ett bidrag till en vänbok till Erland Aspelin.

Figur 1. Etiska och juridiska aspekter på medicinska frågor.

		Etiskt riktigt	
		Ja	Nej
Juridiskt korrekt	Ja	1	2
	Nej	3	4

Utifrån den ena dimensionen identifieras vad som kan anses vara etiskt rätt eller fel, utifrån den andra dimensionen vad som är juridiskt korrekt. Olika möjligheter att lösa olika etiska juridiska och politiska problem fördelar sig på modellens fyra fält. I de ideala fallen (*ruta 1 och 4*) sammanfaller de etiska och juridiska dimensionerna. Avvikelser förekommer emellertid i stor utsträckning. Det finns aktiviteter, som är etiskt betänkliga men juridiskt korrekta och där avgörandet överlämnas till en moralisk-etisk bedömning av den enskilde, i ökad utsträckning också till etiska kommittéer och råd (*ruta 2*). Konflikter mellan juridiska och medicin-etiska synsätt kan framför allt uppstå, när det som upplevs som etiskt rätt av den medicinska professionen strider mot vad som är juridiskt korrekt (*ruta 3*). Detta drabbade tyska läkare vid hanteringen av schizofrena m fl i de nazistiska koncentrationslägren. De läkare som agerade efter nazistiska påbud och inte efter medicin-etikens principer dömdes efter kriget som förbrytare. En mildare men ändå otvetydig konflikt av samma typ uppkom härom året, när svenska infektionsläkare ställdes inför möjligheterna av en lag om tvångsmässig testning av HIV-smittade. Företrädare för professionen deklarerade att man hellre ådrog sig laga straff än bröt mot den medicinska etikens krav.

Vilka strategier som tillämpas och bör tillämpas erbjuder ett antal intressant forskningsfrågor. Vad medför att vissa frågor lämnas till en etisk bedömning av den enskilde? När bör detta ske? När bör etiska kommittéer och råd kopplas in? När krävs lagreglering? Vad spelar i så fall denna för roll? Vilka intressenter finns och vilka är deras ställningstaganden?

Begreppsbild - definitionsfrågor

Frågor om begrepp, definitioner och kriterier är grund-

Företrädare för professionen deklarerade att man hellre ådrog sig laga straff än bröt mot den medicinska etikens krav

läggande för såväl juridisk reglering som för medicinsk praxis. Forskning om hur sådana begrepp och regler utvecklats kan ge ökade insikter i våra beslutsprocesser och hur olika system samverkar.

Det finns tecken på att lagreglering kommit att tillämpas i sammanhang som tidigare överlämnats till en professionell bedömning. Detta gäller t ex *lagstiftningen om dödsbegreppet*, där Erland Aspelins insatser vunnit stort erkännande från snart sagt alla håll (3). Dock har den kritiken framförts att en sådan existentiell fråga som definition och kriterier på människans död inte bör avgöras genom lagstiftning. Kritiken drabbar den främst det politiska systemet, som inte kunnat hantera frågan mer flexibelt. Processen och aktörerna i den utveckling, som ledde fram till lagen om människans död, har bl a beskrivits i en aktuell sociologisk avhandling (4) men förtjänar en bredare tvärvetenskaplig analys.

Frågor om hur begreppet sjukdom skall definieras står i centrum på det *försäkringsmedicinska* området. Lagstiftarna har i regel varit försiktiga och i huvudsak överlåtit tolkningar av vad som är sjukdom och därmed rätten till sjukpenning till läkarnas bedömning. I takt med ökad välfärd har härvid gränserna för sjukdomsbegreppet successivt utökats men likväl utifrån vissa intressen bedömts som alltför restriktiva. Kriterierna för förtidspension har därför ökat till att innefatta rent sociala indikatorer t ex om lämpligt arbete kan erbjudas den som har nedsatt försörjningsförmåga. De tidigare pensionsnämnderna med stark representation av medicinsk sakkunskap har ersatts av rent politiskt sammansatta socialförsäkringsnämnder. Samma reducering av den medicinska bedömningens betydelse har gällt sambandsfrågor och frågor om medicinsk invaliditet. Olika regler har dock tillämpats på olika områden när det gällt vad som erfordras för att erkänna ett samband mellan ett sjukdomstillstånd och en eventuell skadlig inverkan, vilket resulterat i en närmast bisarr heterogenitet. I den arbetsskadslagstiftning, som gällde fram till för något år sedan var beviskraven svaga, dvs det krävdes betydligt starkare skäl mot än för ett samband för att man skall kunna avvisa ett ersättningskrav. Skadeståndslagstiftningen liksom äldre yrkesskadslagstiftning och har däremot krävt övervägande skäl för ett samband - och de kraven har nu på nytt införts i arbetsskadslagstiftningen. På motsvarande sätt anar man en tilltagande försväring av sjukdomsbegreppet vid t ex förtidspension. Nämnda försäkrings-medicin-

En viktig klinisk fråga är i vad mån försäkringsbestämmelser kan bidra till utvecklingen av paranoidea reaktioner

ska frågor har studerats såväl från vissa juridiska och rättssociologiska aspekter, t ex genom Lotta Westerhälls och Antoinette Hetzlers studier (5). Dock saknas tvärvetenskapliga studier som är förankrade i såväl samhällsvetenskaplig som medicinsk kompetens.

Närliggande spörsmål gäller orsaker till och effekter av nämnda förändringar, inte minst hur reglerna kommit till uttryck i praxis. Ett annat problemkomplex gäller i vilken utsträckning ändringarna i socialförsäkringen följts av motsvarande ändringar på den privata försäkringsmarknaden. Åter andra frågor gäller möjligheter av att resonera i termer av partiella samband, såsom redan nu sker vid bedömningar av den medicinska invaliditeten.

En viktig klinisk fråga är i vad mån försäkringsbestämmelser kan bidra till utvecklingen av paranoidea reaktioner. Själv har jag i vissa fall haft ett intryck av att svikna förväntningar beträffande skadeersättning blivit en kristallisationspunkt för bitterhet och stelnade upplevelser av att vara motarbetad av 'myndigheterna'. Detta kan bl a inträffa i frågor om ersättning för medicinsk invaliditet, där svåra lidanden kan konfronteras med en fyrkantig praxis, som är konstruerad på antaganden om vad som är "normala" psykiska och fysiska funktioner hos en människa. Så utgör t ex fullständig blindhet 100-procentig medicinsk invaliditet medan fullständig demens, där ändå spår av psykiskt liv finns kvar, når högst 95%. Systemet har en viss logik men till priset av psykologiska absurditeter. Ett tänkbart forskningsfält, eventuellt inklusive interventioner, skulle kunna gälla effekter av att i stället värdera den medicinska invaliditeten i termer av livskvalitetstandard.

Rättsmedicin och rättspsykiatri

De medicinska specialiteterna rättsmedicin och rättspsykiatri har traditionellt integrerat medicinska och juridiska aspekter. Arbetsfälten är som regel begränsade till speciella straffrättsliga problem men viss begrepps-bildning och analysmetoder etc kan sannolikt föras över till mer generella problem i medicinsk verksamhet. Vikten av en ökad rättsmedicinsk forskning har blivit uppenbar i samband med att man uppmärksammat bety-

delsen av våld som ett folkhälsoproblem (6). Inom rättspsykiatri har gamla frågor om villkor för 'straffrörelse' eller 'strafflindring' fått ökad aktualitet. Amerikanska liksom vissa europeiska undersökningar tyder på att psykiatriska patienter i ökad utsträckning hamnar i fängelse efter psykiatrins avinstitutionalisering. Det finns också inventeringar, som visar en skrämmande hög frekvens av psykisk sjuklighet hos ett fåtal klienter.

Med hänsyn till de nämnda problemens ökade vikt är det glädjande att en betydande vetenskaplig upprustning nu tycks pågå inom båda de nämnda disciplinerna.

Patientens rättigheter och skyldigheter

Frågor om patienters rättigheter har länge behandlats utifrån en hippokratisk tradition. Det har ålegat läkaren att göra kliniska och etiska överväganden om vilken behandling, som kan erbjuda patienten största nytta och minsta skada men också att avgöra i vad mån patienten skall informeras om sin sjukdom, om olika behandlingsmetoder, om tänkbar prognos etc. Här har skett radikala förändringar, framdrivna både av den allmänna demokratiska utvecklingen och av mer amerikanska icke-hippokratiska synsätt. Nyckelbegreppet har blivit, att allt skall ske utifrån patientens informerade samtycke. Vi har, egentligen utan större konflikter, gått från en ganska hård paternalism till allt större hänsyn till den enskildes intresse.

Ett klassiskt problemområdet där paternalistisk medicin stått i konflikt med patientens självbestämmande har gällt *tvångsvård inom psykiatri*. Statliga utredningar och lagförslag har duggat ganska tätt men länge utan någon förankring i forskningen. Det senaste decenniet har dock flera stora projekt kommit till stånd som kastat visst ljus över tvångsvårdens omfattning och utformning. Resultaten har visat stora skillnader i förekomst av tvångsvård mellan olika sjukvårdsområden samt att detta delvis orsakas av vårdstrukturen. Det har vidare framkommit att en del patienter i efterhand accepterar tvångsåtgärderna som önskvärda medan andra patienter enbart känner sig djupt kränkta. Viktigast av allt har kanske dock varit en fördjupning av begreppet tvångsvård. Sålunda uppger nära en tredjedel av frivilligt vårdade patienter att de blivit föremål för åtgärder mot sin egen vilja medan nära en tredjedel av de formellt tvångsvårdade inte uppger att de blivit föremål för några tvångsåtgärder (7). Detta visar bl a vilka skillnader som kan finnas mellan vad som for-

Detta visar bl a vilka skillnader som kan finnas mellan vad som formellt och juridiskt registreras och vad som sker i verkligheten

medell och juridiskt registreras och vad som sker i verkligheten - ett förhållande som sannolikt återkommer också på andra fält.

Kraven på att respektera den enskildes autonomi har förändrat synsätt och lagstiftning i *abortfrågan* men också i avvägningen mellan individens, familjens och samhällets intressen när det gäller *organdonation och obduktion*. De lagar som här nyligen antagits av riksdagen arbetades fram efter ett utredningsarbete som fick mycket gott mottagande av de flesta remissinstanser (8-10). Trots detta kom några missgrepp i socialstyrelsens information att orsaka en omfattande debatt i media, där avsikter och utformning av lagstiftningen starkt ifrågasattes. Kritiken baserades, såvitt jag kunnat finna, till stor del på missuppfattningar. Men debattstormen som sådan belyser viktiga känsliga frågor som kan uppstå just i mötet mellan etik, juridik och medicin.

På detta område aktualiseras också ytterligare problem kring var gränsen skall gå för individens möjligheter att påverka vården. Det gäller bl a frågor om *livstestamente, assisterat självmord och eutanasi*. Andra frågor rör hur doktrinen om informerat samtycke skall kunna tillämpas i mötet mellan människors svaga humanbiologiska kunskaper och en alltmer sofistikerad diagnostisk- terapeutisk värld. Svårigheterna kan te sig närmast oöverkomliga beträffande individens möjligheter att utnyttja den *genetiska diagnostikens* snabbt växande potential. Typexemplet gäller diagnostik vid Huntingtons sjukdom, där man nu decennier i förväg kan få en inblick i sitt framtida medicinska öde. Liknande möjligheter kan snart öppna sig när det gäller Alzheimers sjukdom och vissa cancerformer. Det gemensamma för dessa tillstånd är att effektiv terapi ännu saknas men att en tidig kunskap om prognosen kan vara av betydelse t ex för yrkesval, om man skall skaffa barn etc.

Problem av den karaktär som här skisserats ropar efter en tvärvetenskaplig forskning med deltagande av både läkare och jurister men också psykologer, sjuksköterskor, moralfilosofer och samhällsvetare. Behovet av insatser betingas inte minst av risken för att kraven på informerat samtycke byråkratiseras om dessa

krav tillämpas juridiskt-mekaniskt och utan förankring i 'kunskapsbaserad praxis'. Exempel kan hämtas från USA t ex när patienten inför varje litet ingrepp förväntas intyga att de tagit del av flersidiga traktater om alla handa biverkningar. De flesta patienterna kan knappast förväntas fatta vad det hela gäller men om de inte skriver riskerar de att stå utan behandling.

Läkarens ansvar

Läkarnas professionella ansvar har från såväl straffrättsliga som administrativ-juridiska aspekter varit föremål för studier också i Sverige. Centrala frågor gäller vad som kan betraktas som *läkarens kompetens- och maktområden* samt i vilka avseenden ansvar kan utkrävas av läkaren respektive andra befattningshavare i sjukvården. Problemen har senare decennier uppmärksamats i sociologiska och historiska studier och då ofta i ett kritiskt perspektiv på den medicinska professionen.

Även här har *begreppsbildningen* haft sin betydelse. Samhällsvetare har framhållit risker för en 'medikalisering', t ex att sjukdomsmodeller felaktigt användes som förklaringsgrund för vad som 'egentligen' är sociala eller psykologiska problem. Sjukdomsbegreppet har attackerats som ett läkarnas maktinstrument, som givit läkarna makt över sjukvården, tex bestämmanderätten över vilka som kan tas in på sjukhus. Diskussionerna har varit livligast inom psykiatri, där kritikerna också fått ett genomslag t ex i en lagstiftning som utmönstrat det psykiska sjukdomsbegreppet, och ersatt detta med en psykosocial kliché, 'psykisk störning'. Någon närmare analys av denna och liknande begreppsbyggnader, deras bakgrund och effekter har veterligen inte genomförts. Redan deras överlevnadstid kan vara av intresse att få grepp om. Ett exempel är hur termen 'demenser' i författningstexter genom inflytande av psykologiserande rörelser under sjuttioalet ersattes med termen 'äldersdement beteende'. Denna 'avmedikalisering' tycks dock ha drabbats av ett tvärstopp när kunskaper började spridas om att demens i regel kan diagnostiseras som en speciell sjukdom, t ex som Alzheimers sjukdom.

Frågor om läkarens *professionella ansvar* har varit konfliktladdade särskilt i utvecklingen av team-samverkan och när det gäller delegation av läkarens arbetsuppgifter. Motsättningar har uppstått om hur man skall avväga å ena sidan kraven på traditionell patient-läkarsekretess och å andra sidan behovet av att informera och och motivera alla runt patienten för att arbeta

med samma mål. Sekretesskraven har i vissa länder i praktiken blockerat teamsamverkan i primär vård och psykiatri, formellt genom att läkarna återopat sin sekretesstradition, reellt inte sällan för att på detta sätt befäster en professionell monopolsituation (11). Frågor om möjligheten att delegera arbetsuppgifter har framför allt för psykiatriens del varit en följetong i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, delvis avspeglade olika synsätt mellan olika psykiatriska skolor. Även dessa spörsmål väntar emellertid fortfarande på en mer systematisk vetenskaplig beskrivning och analys.

Däremot har frågor om hur ansvar skall utkrävas av försumliga läkare varit föremål för flera studier. Verksamheten i den svenska sjukvårdens ansvarsnämnd har behandlats i en rättssociologisk avhandling (12) men också i analyser av ledamöter av Socialstyrelsens vetenskapliga råd (13). Den amerikanska sociologen Marilyn Rosenthal har gjort intressanta jämförelser mellan det svenska övervaknings- och sanktions-systemet med motsvarande system i Storbritannien och USA (14,15). Hennes slutsatser är bl a att svenska läkare har samma om inte värre svårigheter att hantera fenomenet farliga eller odugliga kollegor. Men hon finner att det formella svenska ansvarssystemet är ett internationellt föredöme genom patientförsäkringen samt integrationen av politiska, juridiska och medicinska bedömningar och ett flexibelt sanktionssystem.

Uppgifter för fortsatt forskning är bl a att studera vilka typer av fel och försummelser som aktualiserats hos olika aktörer i det mångdimensionella svenska systemet (utöver hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd t ex landstingens förtroendenämnder, Socialstyrelsen, olika etiska och professionella råd samt det vanliga straffrättsliga systemet). Följdfrågor gäller likheter och skillnader mellan dessa olika aktörers verksamhet, på vilka kriterier ansvar utkräves och tänkbara effekter av systemet.

Sjukvårdens ledningsfrågor

Betydande förändringar, fram och tillbaka, har de senaste decennierna kommit till stånd beträffande läkares och sjuksköterskors *administrativa* befogenheter. Till en bit in på 1960-talet härskade klinikchefen/överläkaren ganska enhetligt över sin verksamhet. Detta avlöstes av ett system där det fanns flera överläkare varav dock endast en var klinikchef. Hälso- och sjukvårdslagen 1983 innebar att annan än läkare kunde vara klinikchef något som också främst kom att tillämpas ge-

En tänkbar hypotes är att verksamheten i stort löper vidare ganska opåverkad av den legalistiska och politiska retoriken

nom att sjuksköterskor blev chefer i primärvården. Den sk CHÖL-reformen senare under decenniet återförde ett samlat medicinskt professionellt och administrativt ansvar till en chefsöverläkare (CHÖL) vid varje klinisk enhet. Reformen har dock nyligen blivit föremål för en sk återställare.

Återigen står vi inför behov av systematiska studier. Vilka faktorer och vilka aktörer har påverkat alla dessa legala/administrativa förändringar? Vad har förändringarna betytt i praktiken? En tänkbar hypotes är att verksamheten i stort löper vidare ganska opåverkad av den legalistiska och politiska retoriken. Ett sådant antagande finner t ex stöd från internationell forskning om effekterna av lagförändringar på ett så kritiskt område som psykiatrisk tvångsvård. Lagarna har syftat till att än försvåra, än underlätta tvångsvård utan att praxis nämvärt förändrats.

Prioriteringsfrågor och rättighetslagstiftning

Bör man med lagstiftning och juridiska medel påverka fördelningen av vårdens resurser? Dessa frågor har aktualiserats under senare år inför tilltagande diskrepans mellan vårdbehov och vårdresurser. Olika modeller för prioriteringar har lanserats. Huvudinriktningen har hittills varit olika system för etiska analyser och diskussioner. Den fortsatta utvecklingen rymmer dock möjligheter eller, om man så vill, risker för en rent juridisk styrning.

Resursfördelningen och prioriteringen innefattar som regel ett samspel mellan olika typer av styrning: byråkratisk planering, hierarkisk styrning, ett professionellt inflytande, visst inslag av ekonomiska marknadsmodeller, medicinets överväganden men också styrning via lagstiftning (16). I vissa prioriteringsmodeller integreras alla dessa aspekter i försök att göra lagstiftningen till ett sista avgörande moment i styrningen. Det gäller t ex den så kallade Oregon-modellen, där man på grundval av lagregler, tillkomna efter kostnadseffektivitetsanalyser, bestämmer vilka patientgrupper, som skall få del av den federala amerikanska sjukförsäkringen för de fattiga och vilka sjukdomsgrupper, som får bli obehandlade eller finansieras privat.

En annan typ av styrmekanism är att tillförsäkra patienterna absoluta rättigheter till en viss typ av vård. I Sverige har en sådan rättighetslag genomförts inom handikappområdet genom LSS, som tillförsäkrar personer med vissa funktionsstörningar, t ex den absoluta rätten till en stödperson och andra absoluta rättigheter.

Att prioriteringar förekommer är inte i sig något nytt. Politiker, administratörer och överläkare har alltid, var och en på sin nivå, haft makt över vårdens tillgänglighet. Men det har varit en makt som länge kunnat tillämpas genom diplomati och en tyst paternalism. När kraven på insatser överstigit existerande resurser har man dessutom under lång tid kunnat räkna med resurstillskott.

Det radikalt nya är kraven på att allt brutalare prioriteringar skall ske inför öppen ridå. Här skapar den ökande klyftan mellan vad som är medicinskt önskvärt och vad som är ekonomiskt möjligt en svår etisk och juridisk situation, främst för läkarna. På den etiska nivån har de å ena sidan den traditionella medicinska etikens krav på att alltid göra det bästa för den patient de har framför sig. Å andra sidan har de att ta hänsyn till att en av dem ännu osedd patient kan ha ännu större behov av de tillgängliga resurserna. På den juridiska nivån kan de klämmas mellan sitt ansvar att hushålla med huvudmannens resurser kontra det ansvar, som kan utkrävas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, nämligen att läkaren i varje enskilt fall alltid skall agera på bas av vetenskaplig och beprövad erfarenhet.

Problemområdet innefattar forskningsfrågor för statsvetenskapare och jurister (betingelserna för berörda beslutsfattare, tvister, de relevanta lagarnas utformning och bakgrund), moralfilosofer och etiker (etiska beskrivnings- och analysmodeller och frågan om hur olika etiska principer och konflikter hanterats), samhälls- och beteendevetare (den sociala och psykologiska bakgrunden och processen) samt för kliniker, hälso- och sjukvårdsforskare och epidemiologer (effekter på hälso- och sjukvårdssystemet och dess möjligheter att uppfylla sin målsättning).

Man kan vara pessimistisk om möjligheterna att få till stånd kvalificerad tvärvetenskaplig forskning beträffande så komplicerade frågor. Personligen finner jag

ändå detta vara kanske det viktigaste problemkomplex, som behöver studeras med bl a kombinerad medicinsk och juridisk kompetens.

Regler för forsknings- och utvecklingsarbete

Den medicinska forskningen var liksom övrig forskning fram till det senaste decenniet i ringa utsträckning föremål för speciell juridisk reglering, utöver sedvanliga sekretessbestämmelser. Etiska hänsynstaganden har reglerats genom etiska koder och prövningar i etiska kommittéer, valda av forskarsamhället men i regel med representation från de politiska och administrativa systemet. Successivt har en juridisk reglering tillkommit, framför allt vad gällt risker för intrång i den enskildes integritet. Bakgrunden är en alltmer sofistikerad datahantering och möjligheter att få detaljerad information om den enskilde genom samkörning av olika dataregister. Denna juridiska reglering har blivit föremål för de kanske fränaste konflikterna mellan forskarsamhället och juristsamhället. I Sverige har starka sådana motsättningar uppstått, bl a genom agerandet av en tidigare generaldirektör för datainspektionen med föga insikt i forskningens villkor. Motsvarande internationella konflikter har förekommit i Tyskland men också i samband med ett tidigare förslag av Europakommissionen, som innebar sådana restriktioner för forskningen att de beskrivits som "to legislate epidemiology out of existence" (17). En förbättrad dialog har så småningom lett till EU-bestämmelser, som forskningen skulle kunna leva med, i den mån som också nationella lagstiftningar beaktar den rimliga balansen mellan å ena sidan möjligheter till framsteg inom klinisk medicin och folkhälsoarbete och å andra sidan hänsyn till krav på att var och en skall ha rätt att förfoga över uppgifter om sig själv.

Ett område som kan bli föremål för komplicerade medicin-juridiska tvister gäller en eventuell lagreglering av genforskning, såsom bl a föreslagits i diskussioner i Europarådet. Forskarna hävdar gärna att en juridisk reglering kan vara både onödigt och skadlig. Onödigt eftersom forskarna tidigare genom ett självpåtaget moratorium själva klarat riskabla utvecklingsskeden. Skadlig därför att en juridisk reglering ofta medför snedvridningar och låsningar.

Speciella juridiska problem i den pågående kartläggningen av det mänskliga genomet gäller frågor om patient på genetisk kunskap och genbanker. Dessa problem har varit föremål för intensiva men ännu olösta

En typ av styrmekanism är att tillförsäkra patienterna absoluta rättigheter till en viss typ av vård

Skadligt därför att en juridisk reglering ofta medför snedvridningar och låsningar

kontroverser särskilt i USA.

Sammantaget erbjuder den otroligt dynamiska utvecklingen inom främst genetik och datateknik ett viktigt forskningsfält för tvärvetenskapliga medicin-juridiska studier. Sådan forskning behövs för att ge bättre insikter om problematikens karaktär och effekten av olika åtgärder samt för att skapa bästa möjliga dialog mellan forskarsamhället och det övriga samhället. Berörda aktörer behöver också utveckla en gemensam kunskapsbas (18) för att få en balans mellan å ena sidan forskningens och samhällets intressen och å andra sidan skydd för den enskildes och olika gruppers särskilda intressen.

Relationen mellan medicinare och jurister

Ett ytterligare forskningsfält av betydelse för hur medicin-juridiska frågor löses, gäller arten av relationer mellan medicinare och jurister*. Min intuitiva uppfattning är att dessa relationer i vårt land länge präglats av gemensamma värderingar. Jurister och medicinare har ofta förenats i det borgerliga samhällets umgängesnätverk och i en svensk tradition av samhällsanda och paternalism. Signifikant är att mitt eget ämne socialmedicinen fram till 1960-talet hade beteckningen "statsmedicin" och att förebyggande medicinska aktiviteter i Tyskland under 1800-talet och 1900-talets början betecknades såsom "Medizinische Polizei". Detta står i kontrast till utvecklingen i USA med en libertariansk tradition och nära nog juridiska förföljelser av läkare med en våg av anmälningar för 'malpractice' där advokater t o m kan annonsera efter klienter för att få lukrativa mål.

En intressant fråga är i vad mån utvecklingen i Sverige nu går mot en mer amerikansk situation.

Ett exempel är den tidigare beskrivna motsättningen vad gällt registerdataforskning. Ett annat uttryck är att vi på senare år sett advokater med tendenser att odla

upp en amerikansk missnöjespraxis. En sådan utveckling kan komma att befrämjas av en tilltagande misstro mot sjukvården hos olika grupper, bl a avspeglad i ett ökat antal anmälningar till ansvarsnämnden. Även i detta avseende borde en systematisk forskning kunna underlätta en bättre dialog och en mer harmonisk utveckling.

Samverkan mellan medicin och juridik i forskning och praktik

Fältet där medicinen möter juridiken är alltså stort och heterogent och innehåller många för samhällsutvecklingen och medicinens utveckling viktiga frågor.

En konstruktiv lösning av dessa frågor kräver ett integrerat tvärdisciplinärt samarbete. Modeller kan hämtas från Erland Aspelins stora utredningar om dödsbegrepp och organdonation och obduktion. Kännetecknande för dessa har varit att sakkunniga från olika områden - jurister, moralfilosofer, samhälls- och beteendevetare, medicinare från olika specialiteter - under ett par år fick tillfälle att lära sig av varandra och gemensamt analysera de aktuella problemen. Utredningarna har innefattat empiriska studier t ex av människors attityder till åtgärder med döda kroppar, som lagt grunden till forskning i den internationella frontlinjen (19-21). Tyvärr kännetecknas dock inte hela det juridiska utredningsväsendet av denna medvetenhet om behovet av tvärvetenskap och tillgång på medicinsk kulturkompetens. Sålunda har under senare år flera juridiska utredningar och lagförslag av stor betydelse för medicinsk praxis och forskning utarbetats med på sin höjd sporadiska kontakter med medicinsk expertis. Förslagen har också fått en utformning som saknar tillbörlig hänsyn till verkligheten.

Fältet mellan medicin och juridiken är ett område där Sverige mer än många andra kulturländer saknar forskningstradition och därmed också den nödvändiga tvärvetenskapliga kompetensen. Enstaka avhandlingar kring sjukvårdsproblem inom de juridiska fakulteterna är glädjande tecken på ett ökat engagemang (21) men förblir sterila tendenser om de inte integreras i en bredare tvärvetenskaplig samverkan.

* Det är följande område där man historiskt-anekdostiskt kan finna de märkligaste samband. Så har det t ex för mig länge varit en gåta att, i början av 1700-talet, provinsialläkaren för Västergötland och Småland i sin tjänst tillika var assessor vid Göta Hovrätt (1). Varför var det på det sättet? Skötte han alla jobben? Hur orkade han?

En konstruktiv lösning av dessa frågor kräver ett integrerat tvärdisciplinärt samarbete

Vad som enligt min mening behövs är systematiska satsningar på forskningsmiljöer och kunskapscentra av samma typ som t ex Hastings-centrat utanför New York med en permanent stab av läkare, moralfilosofer, jurister samt samhälls- och beteendevetare samt hyggliga resurser för långsiktiga tvärvetenskapliga projekt.

REFERENSER

1. 'Medicin och juridik på kollisionkurs' ett symposium refererat i Strömbäck E. Symposium om olycksfall - orsak eller ursäkt till funktionsnedsättning. Läkartidningen, 1981, 78:3954-3956.
2. Mellgård, B: Provinsialläkarens arbetsfält i den totala hälsovården. Socialmedicinsk Tidskrift 46, 1969;2:90
3. SOU 1984:79. Dödsbegreppet. Liber 1984.
4. Michailakis D: Legislating Death. Socio-legal Studies of the Brain Death Controversy in Sweden. Acta Universitatis Upsaliensis, Studia Sociologica Upsaliensia 40, Uppsala. Almqvist & Wiksell International, Stockholm. 1995.
5. Westerhäll L: Sjukdom och arbetsförmåga - om rätten till sjukpenning (1983) Hetzler A Eriksson KE. Arbetsskadeförsäkringens tillämpning - en rättssociologisk studie (1983).
6. Westrin C-G: Våldet som folkhälsoproblem. Läkartidningen, 1987;7:84:435-36.
7. Kjellin L, et al: Coercion in Psychiatric Care: Problems of Medical Ethics in a Comprehensive Empirical Study. Behavioral Sciences and the Law, 1993;11:323-334.
8. SOU 1989:98. Transplantation - etiska, medicinska och rättsliga aspekter. Allmänna förlaget 1989.
9. SOU 1989:99. Organdonation och transplantation - psykologiska aspekter. Allmänna förlaget 1989.
10. SOU 1991:42. Aborterade foster mm. Allmänna förlaget 1991.
11. Westrin C-G: Primary Health Care: Co-operation between Health and Welfare Personnel. An International Study. Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplement 38, 1986.
12. Karlsson B, Isacson Å: Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Lund 1989. Bokbox. Avhandling.
13. Bergentz S-E, Bauer G: När skydds nätet brister. Lärdomar från sjukvårdens ansvarsnämnd. Studentlitteratur, Lund. 1995.
14. Rosenthal M M: The Incompetent Doctor. Behind Closed Doors. Open Pess University, 1994.
15. Rosenthal M.M (1987): Dealing with Medical Malpractice: The British and Swedish Experience, Tavistock, London; Stacey, M. (1992) Regulating British Medicine: The General Medical Council, Chichester, John Wiley and Sons.
16. Westrin C-G: Hur ransonera sjukvården? Några reflektioner om styrmedel och rättvisa. Vetenskapssamhällets i Uppsala Årsbok, 30, 1993-1994.
17. Westrin C-G: Ethical, Legal and Political Problems Affecting Epidemiology in European Countries. IRB: A Review of Human Subjects Research. 1993;3;15:6-8.
18. Bråkenhielm CR, Hansson M: Livets grundmönster och mångfald. En bok om genetik, etik och livsåskådning, Liber utbildning 1995
19. SOU 1984:81. "Hjärdöd". Psykologiska aspekter. Liber 1984.
20. SOU 1992:16. Kroppen efter döden. Slutbetänkande av transplantationsutredningen. Allmänna förlaget 1992.
21. Sanner M: Den döda kroppen. Psykologiska och socialmedicinska aspekter på organdonation, transplantation och dödsriterier. Akademisk avhandling, Socialmedicinska institutionen i Uppsala, 1991.
22. Rynning E: Samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie. Iustus Förlag 1994.