

Ge skadestånd åt offer för utdömda behandlingsmetoder!

Frågan om och när en behandling (exempelvis lobotomi och sterilisering) skadar mer än den gagnar är inte enbart en teknisk och faktabaserad fråga. Det beror också på ändringar i grundläggande värderingar. Ju mer intimt förankrad en behandling är i paradigmet desto svårare är det att medge dess eventuella skadeeffekter och därmed att utge skadestånd.

I analogi med patientskadeförsäkringen föreslås en paradigmskadeförsäkring. Denna skulle innebära att man kunde betala ersättning till dem som lobotomerats, förutsatt att de skadats mer än de gagnats.

Ska lobotomerade få ersättning även i Sverige, frågar Per Mindus i Läkartidningen [1]. Han har ställt frågan med anledning av att man i Norge 1996 beslöt att ge 100 000 nkr till lobotomerade patienter.

Frågan om skadestånd tycks vara intimt förknippad med frågan om ansvar och skuld. Kan man ge skadestånd utan att samtidigt antyda (guilt by association) eller direkt placera ett ansvar och en skuld?

En liknande fråga har nyligen uppkommit i samband med diskussionen kring den tidigare steriliseringspraxisen i Sverige. I det senare fallet har man kränkt individens integritet och autonomi, och det är därför snarare fråga om en psykisk skada.

Frågan om skadestånd är principiellt intressant av flera skäl. Dels aktualiseras frågan om och när läkarkåren som professionellt kollektiv kan medge att en behandling (förebyggande eller terapeutisk) eller en diagnostisk procedur skadar mer än de gagnar, dels om och när ersättning/skadestånd till patienter (eller anhöriga) ska/kan utgå.

Då man introducerar en medicinsk teknologi vägs alltid de gynnsamma ef-

fekterna mot ogynnsamma (risktagandet) och kostnaderna. Denna vägning sker mot bakgrund av den för tiden tillgängliga och kuranta kunskapen samt gällande normer och värderingar.

Är mekanismen och effekten av den medicinska teknologin känd respektive god – och effekten med viss råge överstiger risken för kända negativa effekter samt kostnaden för patienten eller samhället är godtagbar – kan teknologin ifråga ofta accepteras.

Det finns dock ytterligare ett villkor som ska vara uppfyllt innan teknologin accepteras: Teknologin ska vara i överensstämmelse (i alla fall inte vara i strid) med gällande värderingar och normer i samhället i stort. Teknologin i fråga bör inte heller användas på en enskild patient om den strider mot dennes eller den enskilda läkarens normer och värderingar.

Grundläggande värderingar är ofta underförstådda om det i samhället existerar en konsensus rörande dessa. Men värderingarna är inte konstanta. De kan ändras, även om de ofta ändras i långsammare takt än det vetenskapliga faktaunderlaget.

Frågan om ersättning/skadestånd till patienter som har lobotomerats kan sålunda bygga på a) en ändring av faktaunderlaget vad angår relationen mellan goda och dåliga effekter av lobotomi, b) en ändring i värderingsgrunderna vad gäller synen på den psykiskt sjuka människan eller c) en kombination av både a) och b).

Synen på fakta och grundläggande värderingar är viktiga ingredienser vid karakteristiken av ett vetenskapligt paradigm.

Ändringar i värderingsunderlaget

Faktaunderlaget rörande bieffekterna av lobotomi samt möjliga andra behandlingsformer har sedan slutet av 1940-talet och början av 1950-talet ändrats, liksom värderingen av och synen på psykiskt sjuka människor. Synen på individens roll i relation till samhället tycks också ha ändrats till fördel för hänsynen till individen.

Man kan som Per Mindus uppmärksamma inte heller bortse ifrån synen på lobotomibehandling såsom det suggereras fram i Milos Formans film Gökboet. Här förefaller lobotomi inte att användas som behandling, snarare som straff.

Behandlingen framställs som omänsklig eller rättare sagt människo-

DEBATT

”Tidigare hysterektomerades många kvinnor på en i dag tveksam indikation. Ingreppet kan tolkas som psykiatriskt motiverat, och med dagens syn skulle man i efterhand kunna karakterisera operationen som stympning. Skulle dessa kvinnor ha haft skadestånd om de levtt kvar sedan sjukdomsbegreppet ändrades? Ja, varför inte?”

ovärdig. Den lobotomerade uppfattas inte längre som en människa. Ja, vi till och med har sympati med den medpatient som i solidaritet med den lobotomerades tidigare livssyn/projekt kväver hjälten.

Som framgår av Per Mindus kommentar [1] hade lobotomi som medicinsk teknologi en gynnsam verkan om indikationen var adekvat och operationen vällyckad. Men indikationerna var inte alltid adekvata och operationernas resultat inte alltid lyckade, och det kom relativt snabbt varningar mot behandlingen.

Tilldelningen av Nobelpriset för denna behandling kan ha bidragit till att man fortsatte med den även efter det att man fått tillgång till neuroleptika. Efter den tidpunkt då klorpromazin introducerats förefaller indikationen för lobotomi att vara begränsad.

Även om man tar hänsyn till trögheten vid introduktionen av nya medicinska teknologier och trögheten att sluta använda gamla, förefaller lobotomi efter klorpromazinets introduktion vara besvärande för de involverade läkarna och de samhällsinstitutioner som sanktionerade behandlingen.

Även om vi utgår ifrån att både läkarna och de aktuella samhällsorganen hade patienternas bästa för ögonen, måste man också konstatera att resultatet ibland blev det motsatta till vad som avsågs. Med tanke på de kraftiga biverkningarna borde man ha varit snabba med att sluta med lobotomierna och i stället introducera den medicinska behandlingen.

Frågan om skadestånd och när detta kan ges beror självfallet på samhällets

Författare

NIELS LYNÖE
docent, Social-
medicinska institu-
tionen, Norrlands
Universitetssjukhus,
Umeå.

ansvarstagande för dem som drabbats eller deras anhöriga. Huvudmännen för sjukvården i Sverige har gått samman och har en gemensam patientskadeförsäkring, och läkemedelsföretagen har gått samman och tecknat en läkemedelsförsäkring.

Det gäller dock här att en anmälan ska ha gjorts inom tre år efter det att skadan eller biverkningen har observerats. Efter tio år anses ett icke anmält ärende för preskriberat. Formellt sett finns således mot denna bakgrund ingen anledning att idag diskutera skadestånd till lobotomerade.

Om det hade funnits en patientskadeförsäkring eller motsvarande då Semmelweis gjorde sin upptäckt 1847 – borde då de anhöriga till de många tusen kvinnor som dog som en följd av läkarnas bristande hygien ha fått skadestånd?

Före och efter paradigmskiftet?

Före Semmelweis och etableringen av det mikrobiologiska paradigmet ansågs det kanske som en *normal* risk att kvinnan kunde dö då hon födde barn. Man kan ha uppfattat det som naturens gång, något som man inte kunde lasta sjukvården för. Under denna förutsättning fanns det ingen anledning för samhället att ge skadestånd.

Men efter det att läkarkollektivet och sjukvården accepterat det mikrobiologiska paradigmet och därmed också Semmelweis resultat och hygieniska teknologi – borde man då inte ha medgivit att den gamla praxisen hade varit kontraproduktiv och som kompensation tilldelat de anhöriga skadestånd? Om läkarnas arbete var organiserat och accepterat inom ramen för samhällets ansvarstagande hade detta inte varit orimligt.

Som en nutida jämförelse kan man ta introduktionen av neurosedyn/thalidomid. Här fick de drabbade skadestånd om än först efter rättegång.

Tidigare hysterektomerades många kvinnor på en i dag tveksam indikation. Ingreppet kan tolkas som psykiatriskt motiverat, och med dagens syn skulle man i efterhand kunna karakterisera operationen som stympning [2]. Skulle dessa kvinnor ha haft skadestånd om de levte kvar sedan sjukdomsbegreppet ändrades? Ja, varför inte? Ett liknande argument kan anföras då det gäller patienter som av eugeniska skäl hänvisades till (tvångs-)sterilisering.

Behandlingen av patienter med prostatacancer med kvinnliga könshormoner visade sig i sin ursprungliga form vara kontraproduktiv. Progredieringen av prostatacancer inhiberades, men patienterna dog i förtid i hjärt-kärlsjukdom som biverkning av behandlingen [3]. Denna medicinska teknologi belö-

nades liksom lobotomibehandlingen med Nobelpriset. Skulle anhöriga till dessa patienter ha ersättning? Ja varför inte?

Som framgår av de anförda exemplen finns det en skillnad på hur snabbt och dramatiskt respektive långsamt och glidande den medicinska teknologin visar sig ha en icke önskad eller motsatt effekt jämfört med den avsedda.

Är de icke önskade eller oväntade skadeeffekterna 1) dramatiska, 2) relativt snabbt upptäckta och 3) paradigms grundläggande antagande inte står och faller med att teknologin ifrågasätts – då förefaller det mindre problematiskt att medge misstag, att placera ett ansvar och ge de drabbade patienterna eller anhöriga skadestånd.

Om däremot de oönskade effekterna inte går att direkt härleda till den aktuella teknologin/proceduren (även om skadan är dramatisk) och/eller hela paradigmet ifrågasätts – då kan det vara svårt att under samma historiska tid (under en 20–30-års period) medge misstag. Det blir svårt att placera ett ansvar och därför svårt att ge skadestånd.

Frågan om ersättning till lobotomerade ligger någonstans mitt emellan dessa två exempel. Lobotomi som medicinsk teknologi var en del av det psykokirurgiska paradigmet under 1950- och möjligen 1960-talet.

Det är självfallet svårt för de psykiatrer som var med vid denna tidpunkt och omfattade det psykokirurgiska paradigmet att medge att man åtminstone i en del fall gjorde mer skada än gagn. Det ska ett nytt paradigm till för att kunna kritisera det gamla.

Ersättning utan skuldprövning

Man kan jämföra denna problematik med situationer då patientskadeförsäkring aktualiseras – dvs vanligtvis då det gäller olyckor i arbetet, t ex patienter som råkar ut för olycksfall eller biverkningar av en behandling. Infektion som följd av ett operativt ingrepp är en icke helt ovanlig komplikation, och patienten är i sådana fall berättigad till ersättning via patientskadeförsäkringen.

Patienten får denna ersättning utan att den aktuella operatören behöver känna sig anklagad eller känna sig skyldig till försummelse. Vissa missöden är av en sådan karaktär att de inte är möjliga att helt undvika inom sjukvården.

På samma sätt skulle man kunna resonera då det gäller medicinska behandlingar som i efterhand visar sig skada mer än gagna trots att det ursprungliga syftet var det motsatta. Historisk sett tycks detta också vara företeelser som inte går att undvika.

Sjukvården/samhället borde, i analogi med patientskadeförsäkringen, ha en patientskadeförsäkring som ger

ersättning till patienterna så fort ett nytt paradigm och de behandlingar som är knutna till detta har visat sig överlägsna ett gammalt. Representerarna för det gamla paradigmet vet då att detta är spelets regler och kan tolka frågan om ersättning som ett uttryck för att samhället/sjukvården har tagit parti för det nya paradigmet.

På så sätt kan de förstnämnda avlastas från ansvars- och skuldfrågor. Patientskadeförsäkringen borde tecknas av de medicinska fakulteterna och sjukvården, eventuellt i samarbete med läkemedelsproducenter. Preskriptionstiden för när paradigmskadeförsäkring aktualiseras bör relateras till tidpunkten för etablerandet av det nya paradigmet.

Konklusion

En ändring i såväl faktaunderlag som grundläggande värderingar kan beroende av samhällets ansvars känsla och ekonomiska resurser ge anledning till att man kan betala skadestånd till vissa patienter som offrats eller fått en av samhället sanktionerad behandling som sedan visar sig skada mer än gagna.

Eftersom det är en typ av misstag som kan uppstå i samband med introduktionen av nya medicinska teknologier kan ingen enskild person eller läkargrupp (exempelvis psykiatrer) göras ansvarig. I stället kan man säga att samhällets institutioner (exempelvis Läke- medelsverket, Socialstyrelsen, de medicinska fakulteterna m fl) tillsammans med läkarkåren är ansvariga.

Har samhället råd att betala patientskadestånd finns det en del som talar för att man kan göra detta. Villkoren för skadestånd bör dock preciseras.

Då det gäller ersättning till patienter som lobotomerats bör man nyansera frågan på följande sätt: Patientskadestånd bör utgå där behandlingen hade dålig effekt, där indikationen var för vid, där den kirurgiska tekniken var dålig, då patienten dött som följd av behandlingen eller där behandlingen innebar en jämförelsevis ovärdig tillvara och oproportionerlig försämring av livskvaliteten.

Till patienter där lobotomin kan antas ha varit av betydelse för patientens överlevnad och medfört en relativ ökning av livskvaliteten bör man inte utbetala patientskadestånd.

Referenser

1. Mindus P. Ersättning till lobotomerade: även i Sverige? Läkartidningen 1997; 94: 1262.
2. Ehrenreich B. Witches, midwives, and nurses. New York: The Feminist Press, 1973.
3. Blomquist C. Det oetiska i att inte forska. Nordisk psykiatrisk tidskrift 1975; 29: 47–59.