

# Fokus på rätten att avstå livsuppehållande behandling

Det finns en osäkerhet bland läkare om vad som gäller om en patient begär att få sin respirator avstängd. Riktlinjer som spretar åt olika håll gör inte bilden klarare. Det framgick under Läkarförbundets och Läkaresällskapets gemensamma etikdag den 10 november, som hade etiska riktlinjer som tema.

– Behövde Jocke åka till Schweiz?

Frågan ställdes av Carl-Johan Fürst, docent vid Stockholms sjukhem. Jocke var en totalförslamad man som ville få sin respirator avstängd och som, när han nekades detta i Sverige, reste till Schweiz där han avled genom assisterat självmord 2005.

**Enligt Läkarförbundets** nuvarande etiska regler förefaller svaret vara: Ja, han behövde åka till Schweiz. Reglerna säger att en läkare aldrig får medverka till att aktivt påskynda döden.

En neurolog i publiken riktade sig direkt till Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, och ville veta om han fick lova en ALS-patient som skulle få respirator inkopplad att denne senare kunde ångra sig, eller om det måste betraktas som en oåterkallelig åtgärd.

Thomas Flodin blev svaret skyldig och hänvisade till den föreslagna revisionen av etikreglerna som ska behandlas på förbundsfullmäktigemötet 3–4 december, se ruta nedan. Där föreslås en omformulering som innebär att det tydligare betonas att det är syftet med åtgärden som är avgörande.

Läkaresällskapet slår i sina riktlinjer från 2007 fast att läkaren ska respektera en be-



På Läkaresällskapets etikdag dryftades frågan om vad som gäller om en patient vill få sin respirator avstängd. Foto: Sanpix

slutskapabel patients begäran om att avsluta livsuppehållande behandling. Niels Lynöe, ordförande i Läkaresällskapets etikdelegation, hänvisade till Socialstyrelsen, som i ett brev sagt att riktlinjerna väl sammanfaller med svensk lag. Den uppfattningen delade Elisabeth Rynning, professor i medicinsk rätt vid Uppsala universitet, som menade att det annars skulle kunna röra sig om otillåten tvångsvård.

**En annan fråga** är vad som händer om en läkare inte följer en sådan begäran. Lite eller inget alls, var den allmänna bedömningen.

– Det är inte alls säkert att man skulle ställas till svars för att man inte avslutat en behandling när patienten vill

det, sade Elisabeth Rynning.

Förslaget till revision av förbundets etiska regler var färdigberett redan inför 2008 års fullmäktigemöte. Men genomgången av den stora mängden motioner drog ut på tiden och tvingade mötesordföranden att föreslå att punkten skulle utgå.

Formuleringen om att läkare inte får medverka till att påskynda döden saknar motsvarighet i WMA:s läkarkod, ICME, och ursprungsförslaget från etik- och ansvarsrådet var att helt ta bort den. När frågan bereddes var dock remissinstanserna splittrade. Lika många ansåg att den helt skulle strykas som att den skulle kvarstå oförändrad. Kompromissen blev den föreslagna omformuleringen.

Michael Lövtrup

## Ur Läkarförbundets etiska regler

### Nuvarande lydelse:

»3. Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv samt efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation. Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.«

### CS revisionsförslag:

»2. Läkaren ska besinna vikten av att skydda och bevara människoliv och får aldrig medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden.

3. Efter bästa förmåga ska läkaren bistå människor i medicinsk nödsituation, såvida läkaren inte försäkrat sig om att andra är villiga och kompetenta att ge sådant bistånd.«

## Uppföljning av god vård listas

För att lättare kunna utvärdera hur vården lever upp till målen för god vård har Socialstyrelsen identifierat 24 områden för att följa upp vårdens kvalitet och effektivitet. Områdena rör allt från väntetider och bemötande till läkemedelsanvändning och förekomst av vårdskador.

Uppföljningen ska ske via en uppsättning nationella hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. På vissa av uppföljningsområdena finns redan i dag en eller flera indikatorer, på andra behöver nya utvecklas. Totalt finns i dag 28 hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer definierade. Tillsammans med indikatorerna från de nationella riktlinjerna ska de användas för öppna jämförelser och som underlag för uppföljningar av hälso- och sjukvården. ■

## Minskad polyfarmaci bland äldre

Andelen äldre över 80 år som får tio eller fler läkemedel minskar. Det visar Sveriges Kommuner och landstings öppna jämförelser av äldrevården 2009. Mellan 2007 och 2008 minskade polyfarmacin bland personer över 80 år från 14 till 12 procent. Den kommunala variationen är dock stor, mellan 9 procent i vissa kommuner och hela 21 procent i andra.

Även andelarna med riskfyllda läkemedelskombinationer och minst tre psykofarmaka visar nedåtgående trender. Siffran för oplanerade sjukhusinläggningar bland de äldre har däremot gått upp något, från 495 till 520 per 1 000 invånare. ■

## Även små barn bör vaccineras

Läkemedelsverket rekommenderar i samråd med Socialstyrelsen att även små barn mellan sex månader och tre år vaccineras mot den nya influensan. Rekommendationen bygger på erfarenheterna från vaccinationen av barn mellan 3 och 6 år samt av yngre barn i riskgrupper och på en ny studie på 51 barn under tre år som visar att det inte förekommer andra biverkningar än hos äldre barn.

Beslutet grundas också på det faktum att barn under fyra år drabbas hårdare av influensan eftersom de inte har någon tidigare immunitet och är överrepresenterade bland de smittade som kräver sjukhusvård. Smittspridningen i gruppen är dessutom stor. ■