

Läkares medverkan vid utfärdande av transportabilitetsintyg:

Vad säger den medicinska professionens etiska auktoriteter?

Vi behöver en interkollegial bedömning av etiken kring läkares intygande att barn med uppgivenhetssymtom är »transportabla«. Genom intygen kan nödvändig vård inledd i Sverige avbrytas utan att någon tar ansvar för den fortsatta vården.

I november 2009 ordnade Vänsterpartiet en hearing i Riksdagshuset för att belysa den aktuella situationen för barn som insjuknat, och insjuknar, i uppgivenhetssymtom – de apatiska barnen. Ett flertal barn i asylprocessen hade änyo utvecklade svåra uppgivenhetssymtom och skulle utvisas då familjerna inte beviljats uppehållstillstånd.

Problematiken kring transporten av de svårt sjuka barnen stod i centrum: barn avvisas utan att man kan garantera att en pågående behandling inte avbryts eller att kontinuiteten i vården säkras.

Kontinuitet uppstår inte alls bara för att det principiellt finns möjlighet till vård i det land som familjen avvisas till. Tillgängligheten kan vara omöjliggjord på grund av de här familjernas villkor i det samhälle de flytt ifrån.

Fortsatt vård kan upprättas bara om de ekonomiska aspekterna säkras. Migrationsverket har inget ansvar för detta. Migrationsverket kan heller inte förmedla den medicinska kunskapen kring det sjuka barnet då det skulle

kunna äventyra familjens säkerhet inför myndigheterna i det land som familjen lämnat.

Både Migrationsverkets rättschef Mikael Ribbenvik och byråchef Anders Prinz, Socialstyrelsen, var ense om att rutinerna och regelverken kring avvisande av minderåriga sjuka asylsökande för närvarande är förenade med avsevärda praktiska och principiella svårigheter.

I november 2009 fanns avvisningsbeslut för ett tjugotal familjer med barn med svåra uppgivenhetssyndrom. Det kunde således ifrågasättas om det formellt var korrekt och därför alls möjligt att avvisa dessa barn då nödvändig kontinuitet i vården inte kunde garanteras. Den frågan blev tydligt formulerad vid mötet, men inte besvarad.

Det är vanligt att läkare städslas av Migrationsverket för att intyga att barnet kan transporteras – att barnet är transportabelt. Det är inte medicinskt etiskt korrekt att utfärda transportabilitetsintyg som är insnävade på enbart den frågeställningen och som inte tar ställning till det vidare medicinska perspektivet för det sjuka barnet – främst att nödvändig vård inte avbryts [1].

Då denna problematik aldrig prövats av någon svensk tillsynsmyndighet fann jag anledning att göra en anmä-



Foto: Mark Earthy/Scampix

Barn kan utvisas utan att man kan garantera att en pågående behandling inte avbryts eller att kontinuiteten i vården säkras. Rätt?

lan till Socialstyrelsen av en kollega som intygat att »Vid en samlad bedömning ser jag inget medicinskt hinder för att XX i sitt nuvarande hälsotillstånd kan genomföra en resa till K-n med flyg. Vid transporten får man beakta att det finns tillgång till belysare (vilket i och för sig kan vara familjemedlem såsom nu är fallet) och möjlighet finns till transport av liggande person (bärmöjlighet)«.

XX var en pojke med ett allvarligt uppgivenhetssyndrom som sedan mer än ett år krävt sondmatning och där familjen skulle avvisas till en centralasiatisk f d sovjetisk folkrepublik.

Läkaren hade åtagit sig Migrationsverkets uppdrag att bedöma om det »är möjligt för XX att i nuvarande hälsotillstånd genomföra en resa till K-n med flyg/ambulansflyg«. Läkaren hade i intyget bortsett från att bedöma möjligheten till sådan kontinuitet i vården som medicinsk etik kräver när en svårt sjuk människa måste transporteras till annan ort.

Läkarens intyg medverkade alltså till att avbryta en nödvändig behandling. Läkaren hade inte sett till att nå-

gon medicinskt kompetent person (eller någon alls) skulle ta över ansvaret för vården efter transporten.

Var detta en korrekt handling av en legitimerad läkare i Sverige? Är det för övrigt korrekt att en svensk myndighet ger sådana uppdrag till en läkare att denne måste bryta mot medicinskt etiskt basala principer för att kunna genomföra uppdraget?

Socialstyrelsen förklarade i sitt beslut av den 29 juni 2010:

»Socialstyrelsen har vid granskning av det intyg som läkaren NN utfärdat inte funnit skäl till någon kritik utifrån de bestämmelser som reglerar utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården. Intyget utgår från det uppdrag och de frågeställningar som NN fått av Migrationsverket ... De övriga frågeställningar som anmälnaren tagit upp, det vill säga det etiskt lämpliga/korrekta i att som läkare åta sig vissa uppdrag, utreds inte inom Socialstyrelsens tillsyn. Anmälnaren har själv konstaterat att denna fråga givetvis skall bedömas av den medicinska professionens etiska auktoriteter. Det hör inte heller till Socialsty-



GÖRAN BODEGÅRD
med dr, f d chefsöverläkare, BUP-kliniken Nordvästra sjukvårdsområdet, Stockholm
goran.bodegard@comhem.se

relsens uppdrag att granska åtgärder som vidtas inom andra myndigheter.»

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) ger alltså formell rätt för läkare att göra avsteg från medicinsk etik och de principer som Världsläkarförbundet (WMA) dikterar. En läkare kan utföra ett begränsat uppdrag – av den typ som här beskrivits – för en myndighet trots att det inte är medicinskt etiskt korrekt.

Det föreligger dock ingen plikt för en läkare att åta sig sådana uppdrag. Regelverket kräver heller inte att det alls ska finnas ett läkarintyg för att Migrationsverket ska verkställa en avvisning av en sjuk person [2]! Detta är inte tillräckligt känt; intygen har blivit praxis och kan i värsta fall tjäna ett »gisslansyfte«.

Migrationsverket har heller inte några krav på sig att garantera kontinuitet i pågående vård för en sjuk person som avvisas. Det är alltså inte ett villkor för att en avvisning ska kunna ske att gängse medicinskt etiska normer efterlevs. Initiativet att söka fortsatt vård för t ex ett sjukt barn i hemlandet åvilar enbart barnets föräldrar (vårdaren), och Migrationsverket har inga skyldigheter att sörja för kostnader som möjliggör kontinuitet i vården.

Det är tydligt att den principiellt viktiga frågan om läkares medverkan vid utfärdande av transportabilitetsintyg måste bedömas av den medicinska professionens etiska auktoriteter – särskilt som det gällande regelverket inte integrerar den medicinska etiken.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Gustafsson L.H. Flyktingbarnen och läkaretiken: Rapporteringsplikt när läkare gör fel bör införas och gå före kollegialiteten. Läkartidningen. 2005;102: 322-3.
2. Bodegård G. Läkare ska inte vara utredare åt Migrationsverket. Läkartidningen. 2005;102:324.

»Behandlingsmetod vid kronisk smärta bör utvecklas av patienterna«

■ Det finns många behandlingsmetoder för akut smärta, bland annat farmakologiska eller fysikaliska, men nästan ingen metod som är anpassad för långvarig (kronisk) smärta med mer än tre månaders varaktighet.

Vid vår smärtbehandlingsenhet i Piteå använder vi sedan ett tjugotal år en metod för behandling av långvarig smärta. Metoden är i grunden den som professor Janet Travell introducerade i USA i början av 1960-talet efter behandling av president J F Kennedy, vilken ska ha lidit av kronisk smärta.

Vidareutveckling av Travells metod har skett kontinuerligt men speciellt det senaste decenniet med hjälp av innovativa patienter, så att man nu kan få bestående effekt vid de flesta långvariga smärttillstånd.

Forskningen om långvarig smärta har i organiserad internationell form bedrivits sedan början av 1970-talet. En mängd data har utvunnits som förklarar fenomenet, men kunskapen når inte fram till vårdpersonalen. Dels saknas ämnet kronisk smärta i stort sett på läkarutbildningen, dels är smärta enligt definitionen inte mätbar, och det är psykologiskt svårt för personal att arbeta med symptom som inte syns.

Man kan få uppfattningen att patienten antingen överdriver eller underdriver sina besvär, och det är lika svårt att förstå när patienten känner sig frustrerad, delvis nöjd eller botad.

Det finns enstaka patienter som egentligen inte är motiverade att bli botade utan önskar intyg på att de är sjuka för att uppnå vissa syften i till exempel ekonomiska ärenden, asylärenden och så



Foto: Colourbox

Kronisk smärta kan med fördel behandlas med en metod där patientens del av behandlingen är utvecklad av patienten, anser Tomas Ekström.

vidare, eller för att få vissa läkemedel.

Vid smärta går det varken att bevisa eller motbevisa att symtomet finns, är kvar eller har försvunnit. Det är svårt för personalen att värja sig från att vissa patienter ibland har oklara syften med konsultationen. Fenomenet att kommunikationen filtreras via personalens kunskaper och erfarenheter gör alltså situationen komplicerad.

En behandlingsmetod för kronisk smärta bör kunna neutralisera eventuella för-

troendeproblem mellan patient och personal. Behandlingen kan lämpligen delas upp i två delar. Den ena svarar läkaren för, den andra delen svarar patienten för om han eller hon vill, och resultatet beror av patientens kunskap och motivation.

Patientens del i behandlingen bör vara utvecklad av patienter för att kringgå nämnda interaktion. Därför behöver patienterna ha större inflytande över smärtsjukvården i framtiden än de har i dag.

Det låter kanske oseriöst att det fungerar på allt, men i praktiken är det bara några få procent av patienterna som provar metoden, trots att den är så enkel och harmlös. Det beror på att det verkar svårt för vissa att ändra sin frisk-sjukidentitet.

De patienter som är motiverade att bli besvärsfria har visat att det går, och de finns i båda grupperna myofasciella respektive neuropatiska smärtor.

Tomas Ekström

leg läkare, specialist i smärt-
lindring och internmedicin,
Smärtkliniken, Piteå
tomas@ekstrom.com

Hets mot folkgrupp (rökarna)?

■ Jag vill till alla delar instämma i Jörg Carlssons argumentering i debattartikeln »Fel att schablonmässigt neka rökare sjukvård» (LT 29–31/2010, sidan 1752). Rökning och rökare är förvisso en plåga för sin omgivning.

Inte desto mindre är det synd om rökarna. De torteras av sitt sug efter nikotin. Och de har fortfarande sitt människovärde och sin mänskliga integritet. Kampen mot rökningen är vällovlig men den

får inte urarta till hets mot folkgrupp [1].

Bo Norberg

docent, mMedicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus,
Umeå; redaktör för Rondellen/
The Rondel, www.rondellen.net
bo.norberg@vll.se

REFERENS

1. Norberg B. Geschäft i ohälsa – svenskt snus och svensk vapenhandel [hälsa]? Rondellen 2010:30. URL: <http://www.rondellen.net>