Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Sederingsterapi som förkortar livet – dråp eller adekvat behandling?

Illustrationer: Ewa Knutsson

Gällande straffrättslagstiftning och dess ansvarsfrihetsregel ger inte grund för att begränsa tiden för när sederingsterapi kan och bör erbjudas.

Svenska Läkaresällskapet har just presenterat sina nya etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. I riktlinjerna betonas att villkoren för att inleda sederingsterapi är att patientens förväntade överlevnad är mycket kort, högst upp till två veckor. Det är oklart varför man satt gränsen till en till två veckor. Vi vill argumentera för att det straffrättsligt, med hänsyn till där gällande ansvarsfrihetsregel, inte finns hinder för att sederingsterapi kan inledas tidigare. Om patientens symtom är behandlingsrefraktära kan det till och med bedömas som försummelse att inte erbjuda sederingsterapi även om patientens förväntade överlevnad är till exempel två månader.

Enligt svensk straffrätt är det förbjudet och belagt med straff att förkorta en annan människas liv, det betecknas efter omständigheterna som mord, dråp eller vållande till annans död. Detta gäller oavsett om förkortandet av livet sker på en patient som befinner sig i livets slutskede och oberoende av om det sker på patientens uttryckliga begäran. Straffrättslagstiftningen gör här ingen skillnad på personer som arbetar inom hälso- och sjukvården och personer som inte gör det.

MADELEINE LEIJONHUFVUD, professor emerita i straffrätt, Stockholms universitet

NIELS LYNØE, professor i medicinsk etik, Karolinska institutet, Stockholm
niels.lynoe@ki.se

Det finns dock situationer, både inom och utom sjukvården, där man med hänvisning till speciella omständigheter inte begår något brott om man medvetet kortar en annan människas liv. I straffrätten finns ett antal så kallade ansvarsfrihetsgrunder, varav den mest välkända är nödvärnsrätten. En annan är nödrätten, som kan åberopas när det inte handlar om att (som vid nödvärn) hindra ett våldsbrott eller ett otillåtet inträngande utan till exempel om att skada egendom för att rädda någon från att brinna inne. Det finns också en oskriven ansvarsfrihetsgrund som gäller inom sjukvården och som förklarar varför man där straffritt får genomföra exempelvis riskfyllda operationer och ge behandlingar med förutsedda riskfyllda biverkningar. Den ansvarsfrihetsregeln har använts för att anpassa straffrätten till den verklighet man möter i sjukvården då det inte längre är fråga om att bota utan att lindra.

Om en symtomlindrande behandling leder till att en patients liv kortas kan det vara försvarbart (straffritt) om alternativet innebär ett outhärdligt lidande för patienten. Om det i den aktuella situationen inte finns något handlingsalternativ eller tid för att testa alternativ befinner man sig i en medicinsk nödsituation. Vi kan se det som en nödrätt, men man kan egentligen mera adekvat beskriva det så att i en situation när ingen kurativ behandling finns är läkarens uppgift inte längre att uppehålla livet, utan att lindra outhärdligt lidande.

Om en patient i livets slutskede utvecklar kramper i samband med avveckling av en livsuppehållande behandling är behandling med tiopental det mest effektiva. Men tiopental har också den kända biverkningen att patientens andning kan påverkas och livet därmed förkortas. Att avstå från att ge tiopental i en sådan situation skulle kunna medföra att patienten blev utsatt för ett outhärdligt lidande den sista tiden i livet. Det finns i den situationen inget tidsutrymme för att testa andra behandlingsalternativ, och för att undvika att patienten ska lida kan man alltså med hänvisning till nödsituationen ge tiopental.

Det man som läkare gör i en situation som denna är att man balanserar risken att patienten ska lida outhärdligt mot risken att de vidtagna åtgärderna ska förkorta patientens liv. Ansvarsfrihetsgrunden innebär att man utan att begå brott kan ge behandling i en sådan omfattning att risken för att patienten ska lida har eliminerats. Att i denna situation ge för lite tiopental – exempelvis för att inte bli anklagad för dråpförsök – är inte bara oetiskt. Sjukvårdens uppgift har ju övergått till att lindra, och att medvetet avstå från den möjlighet härtill som finns kan vara att bedöma som försummelse enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) (efter 1 januari 2011 patientsäkerhetslagen).

Vi ska inte gå in på det rimliga eller orimliga i att läkare tvingas balansera på en ibland ganska smal väg mellan risk för åtal och försummelse samt eventuellt behov av en reglering av området. Det vi ska diskutera särskilt är huruvida ansvarsfrihetsregeln är tillämpbar i samband med så kallad sederingsterapi. Vanligtvis aktualiseras sederingsterapi om en patient som befinner sig i livets slutskede lider outhärdligt trots försök med olika symtomlindrande behandlingar. Man talar om att patientens symtom är behandlingsrefraktära, vilket innebär att det endast återstår sederingsterapi som alternativ till ett outhärdligt lidande. Om patienten har några veckor kvar i livet kan sederingsterapin indirekt tänkas korta patientens liv.

De läkemedel som används vid sederingen kan endast i undantagsfall tänkas förkorta livet, men när patienten sederas kan han/hon inte längre ta till sig vätska eller föda och kan som följd av detta få livet förkortat något. Har patienten aktivt bett om att vätska eller näring inte ska tillföras (parenteralt) kan även detta begränsa handlingsalternativen och därmed aktualisera ansvarsfrihetsregeln och påverka vad som i situationen utgör sjukvårdens uppgift.

Straffrättens ansvarsfrihetsregel säger ingenting om hur lång tid före förväntad död som sederingsterapin kan och bör erbjudas patienten. Det som avgör

frågan om tidpunkten är graden av lidandet och förekomsten av handlingsalternativ. Finns inga handlingsalternativ till sederingsterapi så bör en patient kunna erbjudas sådan behandling i princip flera månader före förväntad död. Att avstå från det kan inte motiveras med hänvisning till straffrätten.

En speciell situation för tillämpningen av sederingsterapi är när en beslutskapabel patient som befinner sig i livets slutskede inte kan acceptera en speciell behandling som erbjuds – exempelvis på grund av biverkningarna. En patient har rätt att tacka nej till erbjuden behandling, även en livräddande eller livsuppehållande behandling – jämför exempelvis Jehovas Vittnen. Om man som läkare ska ta en patients önskemål om att avstå från en viss symtomlindring på allvar (annat skulle kunna uppfattas som somatisk tvångsbehandling) så kan man säga att vi då befinner oss i en ny situation där patientens symtom, allt taget i beaktande, är behandlingsrefraktära.

Behandlingsalternativet är alltså också i denna situation endast sederingsterapi, som även här kan och bör erbjudas patienten med stöd av ansvarsfrihetsregeln.

Den gällande straffrättslagstiftningen och dess ansvarsfrihetsregel ger alltså inte grund för att begränsa tiden för när sederingsterapi kan och bör erbjudas, liksom inte heller något hinder mot att erbjuda sederingsterapi i fall där en patient tackar nej till en erbjuden symtomlindring och sederingsterapi framstår som enda behandlingsalternativet. Avgörande måste vara bedömningen av om det finns ett medicinskt behov eller inte. Om läkarens främsta plikt, att bota, inte längre är aktuell är uppgiften att lindra lidande. Sederingsterapi kan då utgöra den adekvata åtgärden.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

apropå! Huruvida tvångsåtgärder per definition alltid är en avvikelse som ska analyseras

»Vi vill föra fortsatt dialog«

Socialstyrelsen tänker om.

Undertecknad skickade i maj 2010 tillsammans med min kollega Karl-Otto Svärd ut en skrivelse med rubriken »Frihetsberövande, tvångsåtgärder och tvångsbehandling ska ske med stöd av lag« till landets samtliga sjukvårdshuvudmän. Grunden för skrivelsen var att Socialstyrelsen i sin tillsyn av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården funnit en rad brister vad gäller regelefterlevnad. Bland annat har uppmärksammats frihetsberövanden utan laga stöd, felaktig begäran av polishandräckning, otillåtna tvångsåtgärder, något som naturligtvis är helt oacceptabelt. Om detta upplystes i skrivelsen. Därutöver framfördes också, såsom myndighetens åsikt, att frihetsberövande åtgärder och tvångsbehandlingar alltid utgör en avvikelse samt att hälso- och sjukvården i sitt system för avvikelsehantering alltid ska analysera vad som ledde fram till händelsen och klargöra om den kunde ha undvikits genom olika andra förebyggande åtgärder.

I en replik i Läkartidningen 39/2010 (sidan 2338) vidhöll vi vår uppfattning beträffande att tvångsåtgärder alltid ska ses som en avvikelse samt att vården i sitt system för avvikelsehantering alltid ska analysera vad som ledde fram till händelsen. Skrivelsen har väckt en rad frågor, och diskussioner förs både i Läkartidningen och på andra håll. Undertecknad och Karl-Otto Svärd har följt diskussionen, och vi inser efter att ha tagit del av allt som förts fram i denna fråga att vi inte hade förutsett samtliga möjliga konsekvenser av den linje vi förespråkat.

Låt mig vara väldigt tydlig, vi hyser stor respekt inför det svåra uppdrag som alla ni som arbetar med psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård har, och om någon har känt sig kränkt av vår skrivelse så beklagar vi det.

Syftet med vårt resonemang är i grunden enkelt, även om vår argumentation synes ha bidragit till det motsatta. Det vi vill uppnå är att det kommer till stånd ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete kring tvångsåtgärder i syfte att om möjligt minska dess användning samt minska risken för negativa upplevelser och andra negativa effekter för patienten. Vår uppfattning är att det – för att på sikt uppnå en varaktig minskning av tvångsåtgärder inom hälso- och sjukvården – kan vara lämpligt att använda samma metod som ska användas när avvikelser utreds, det vill säga att alltid ställa frågan: Vad ledde fram till XX (i detta fall tvångsåtgärd), hade XX kunnat undvikas på något sätt och vad hade i så fall krävts? Jag inser att svaret väldigt ofta torde bli Nej, det fanns tyvärr inget rimligt alternativ. Men jag vet också, mot bakgrund av den erfarenhet som myndigheten har från sin tillsyn, att det också finns tillfällen där tvångsåtgärder hade kunnat undvikas samt tillfällen då tvångsåtgärder medfört vårdskador. Det är dessa händelser som vi vill att hälso- och sjukvården systematiskt ska identifiera, analysera och sprida kunskap om. Vi har i vår ursprungliga skrivelse och även i inlägget i Läkartidningen anvisat vårdgivarnas avvikelsesystem som en lämplig plattform för detta arbete.

Det har i debatten framförts många goda argument för att avvikelsesystemet är en mindre lämplig plattform och för tanken att det är fel att kalla alla tvångsåtgärder för en avvikelse. Vi tar till oss av detta och ber i stället att få föra en fortsatt dialog med företrädare för professionen kring hur vi på bästa sätt med gemensamma ansträngningar kan åstadkomma eftersträvad effekt, det vill säga så få och så patientsäkra tvångsåtgärder som möjligt. Ett lämpligt sådant forum är Svenska Psykiatriska föreningens möte i mars 2011, dit myndigheten redan är inbjuden. Ytterligare forum är givetvis det arbete som inletts av Sveriges Kommuner och landsting efter överenskommelse med regeringen kring metodutveckling för ökad kvalitet i den psykiatriska heldygnsvården samt pågående samarbete med Svenska psykiatriska föreningen angående kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård. En skrivelse med likalydande innehåll som denna artikel kommer att tillställas samtliga sjukvårdshuvudmän.

Per-Anders Sunesson
avdelningschef, tillsynsavdelningen, Socialstyrelsen