

till sövning om hon anser situationen outhärdlig ur psykologisk eller existentiell synvinkel? Har en 20-åring som gjort flera självmordsförsök och som upplever outhärdligt lidande rätt att sövas? I Holland diskuterar man redan demensdiagnosen som en tänkbar indikation för dödshjälp, eftersom diagnosen skapar ett stort lidande. Att självmord och självmordsförsök är grundade i ett stort existentiellt lidande är också en självklarhet.

3. Att, som det refereras i artikeln, söva en person några veckor före hennes förväntade död, utan vätsketillförsel, kommer att leda till att livet förkortas »något«, enligt författarna. Men om sederings-terapin, som de föreslår, inte tidsbegränsas till några veckor före förväntad död utan i stället till några månader före livets slut (vilket dessutom är svårt att prognostisera med någon större exakthet), torde livet förkortas inte bara »något«, utan snarare med några månader. Exakt hur skiljer sig detta förfarande från dödshjälp, mer än i hastighet?

4. Författarnas förslag till tolkning av vad behandlingsalternativen innebär ter sig kontroversiellt. Dessa föreslås inte bestå av de efter medicinsk bedömning (evidensbaserad, förhoppningsvis) möjliga behandlingsalternativen, utan i stället av de av patienten accepterade behandlingsalternativen.

Således, om patienten vägrar acceptera samtliga av sjukvården föreslagna evidensbaserade och troligtvis lindrande behandlingar, blir patientens symtom enligt detta resonemang behandlingsrefraktärt, trots att möjliga behandlingar inte prövats. Detta torde leda till konsekvenser där patienter själva kan välja sina behandlingar fritt, då icke önskade alternativ »inte räknas«, utan önskade behandlingsalternativ i stället ställs mot obehandlat lidande.

Författarna skriver samtidigt att det avgörande »måste vara bedömningen av om det finns ett medicinskt behov eller inte« som avgör om sederings-terapi ska tillämpas. Det ter sig motstridigt mot tidigare påstående, såvida man inte menar att det är patienten som definierar det medicinska behovet. Ska detta resonemang reserveras till livets slutskede eller appliceras inom hela sjukvården? Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan patienten självklart tacka nej till erbjuden behandling, men har samtidigt inte rätt att kräva en viss behandling. Artikelförfattarnas förslag ter sig inte kongruent med denna lag.

Sammanfattningsvis tycker vi att det finns flera underlig-

gande antaganden i inlägget som författarna undviker att diskutera men som de samtidigt lanserar. Vi föreslår att dessa viktiga frågor i stället bör diskuteras öppet.

- Har patienter rättighet att kräva viss behandling från sjukvården?
- Finns det en etisk skillnad mellan dödshjälp och sederings-terapi utan tillförsel av vätska och nutrition månader (eller längre tid) före förväntad död?
- Hur ser vi hälsoekonomiskt och prioriteringsmässigt på vården av självständiga patienter som sövs med bibehållen nutrition månader före sin död?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Svenska Läkaresällskapets etikdelegation. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. 2010 [citerad 25 nov 2010]. <http://www.sls.se/etik/11767.cs>
2. Leijonhufvud M, Lynøe N. Sederings-terapi som förkortar livet – drap eller adekvat behandling? *Läkartidningen*. 2010;107:2772-3.
3. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2003.
5. Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Balaguer A. The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psycho-oncology*. (Epub 6 sep 2010).
6. Pasman HRW, Rurup ML, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ*. 2009;339:b4362.

Kommentera denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

#### replik:

## Vems värden ska accepteras – den palliativa vårdens eller patientens?

■ Karlsson och Strang framför kritiska synpunkter på vårt debattinlägg »Sederings-terapi som förkortar livet – drap eller adekvat behandling« (LT 45/2010, sidorna 2772-3). Innan vi bemöter synpunkterna vill vi betona att vi diskuterade sederings-terapi till patienter som befinner sig i livets slutskede. Det handlar alltså inte om deprimerade 20-åringar som försökt ta sitt liv.

1. Karlsson och Strang anser att det är ett problem att vi blandar ihop outhärdligt lidande med symtom som är terapi-refraktära. Anledningen till att det skulle vara ett problem är att ett outhärdligt lidande är en subjektiv upplevelse som patienten avgör, medan det är läkaren som avgör om symtomen är terapi-refraktära. Men det är snarare denna uppdelning som är problematisk [1]. Om bedömningen av huruvida lidandet

är outhärdligt är en patientfråga, hur kan då läkaren vara i en bättre position för att avgöra om en symtomlindrande handling har fungerat eller inte? Lidande är något som känns på »insidan«, och i de fall där det inte finns några objektiva mått på en behandlingseffekt är bedömningen av denna också patientens. Alltså bör det vara patienten som avgör både om symtomen är outhärdliga och om de är terapi-refraktära.

Karlsson och Strang anser också att orsaken till ett lidande bör beaktas. Om ångest har somatiska orsaker (exempelvis andningssvårigheter), så kan det vara en indikation för sederings-terapi. Men om orsaken till ångesten är av existentiell karaktär bör man, enligt Karlsson och Strang, inte erbjuda patienten sederings-terapi, allt annat lika.

Vi anser att om en patients symtom är outhärdliga (obe-

roende av om symtomen har existentiella, psykiska eller somatiska orsaker), och inte går att behandla på ett för patienten acceptabelt sätt, så bör en sådan patient kunna erbjudas sederings-terapi.

2. Karlsson och Strang uppfattar vårt debattinlägg som en kritik av Svenska Läkaresällskapets (SLS) nya riktlinjer [2]. Avsikten var dock endast att påpeka problemet med en godtycklig tidsgräns för när sederings-terapi bör inledas. Palliativa läkare brukar vilja begränsa kontinuerlig palliativ sedering till sista dygnet/dygnet före förväntad död. SLS har föreslagit en tidsgräns på 1–2 veckor.

Vi angav 1–2 månader endast för att illustrera att valet av tidpunkt förefaller arbiträrt. Vi anser att det är behovet som avgör om och när sederings-terapi bör inledas. Ett behov av sederings-terapi finns när inga andra

behandlingar kan göra lidandet tolerabelt för en patient som befinner sig i livets slutskede.

Vi påpekade vidare att det kan uppfattas som försumelse att avstå från att erbjuda sederingssterapi med hänvisning till en arbiträr tidsgräns.

**3. Karlsson och Strang frågar** hur vi skiljer på dödshjälp och sederingssterapi om den sistnämnda innebär att patienten avlider veckor eller månader före förväntad död.

Aktiv dödshjälp innebär att en läkare på patientens begäran ger läkemedel som direkt orsakar patientens död.

Sederingssterapi består av två moment: 1) man avstår från att inleda parenteral vätske- och nutritionsbehandling på patientens begäran; 2) man sederar patienten med läkemedel som i sig inte förkortar livet. Patienten avlider som följd av att han/hon tackat nej till parenteral vätsketillförsel och nutrition, något som patienten har rätt att göra. Om sedering i det läget är enda sättet att kontrollera lidandet för patienten i livets slutskede är det straffrättsligt försvarbart (med hänvisning till ansvarsfrihetsregeln) och medicinskt befogat, oberoende av om patientens liv förkortas med timmar eller månader.

Om man är restriktiv med att erbjuda sederingssterapi i syfte att hålla en bred rågång mellan sederingssterapi och vad man tolkar som dödshjälp så är detta bekymmersamt. Sagt på ett annat sätt: Den palliativa vårdens mål att inte förkorta liv [3] kan vara i strid med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning.

**4. Karlsson och Strang frågar** sist om behandlingar ska vara evidensbaserade eller patientaccepterade. De anser att om behandlingar endast ska vara patientaccepterade så öppnar det för att patienter kan kräva alla typer av behandlingar, inklusive sederingssterapi.

Vår utgångspunkt är att behandlingar ska vara både evidensbaserade och värdebaserade. Att en behandling också är värdebaserad innebär att behandlingen även ska kunna accepteras av patienten.

Behandling ska ges i samråd med patienten, och finns det ett behov och resurser så har läkare en skyldighet att informera om och erbjuda patienten eventuella behandlingsalternativ. Det gäller inte minst patienter som befinner sig i livets slutskede. Om en sådan patient med en terapiresistent existentiell ångest föredrar sederingssterapi i stället för exempelvis vårdighetsterapi bör man respektera patientens önskemål.

Vi menar att den här diskussionen är viktig, och vi välkomnar möjligheten att utveckla vår uppfattning ytterligare. Det förefaller uppenbart att det finns en hel del ställningstaganden inom den palliativa vården som är mer värdebaserade än evidensbaserade. I sista instans är det kanske en fråga om vems vården ska accepteras: den palliativa vårdens eller patientens.

Madeleine Leijonhufvud  
professor emerita,  
Stockholms universitet

Niels Lynøe  
professor i medicinsk etik,  
Karolinska institutet, Stockholm  
niels.lynoe@ki.se

REFERENSER

- Juth N, Lindblad A, Lynøe N, Sjöstrand M, Helgesson G. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliat Care*. 2010;9:20.
- Svenska Läkaresällskapet etikdelegation. Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. 2010 [citerad 4 dec 2010]. <http://www.svls.se/cs-media/xyz/000012134.pdf>
- Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med Med*. 2009;23:581-93.

Produktiviteten i sjukhusvården:

# Läkarna är fångar i byråkratiskt system

Marie Wedin och Sjukhusläkarföreningen anser i ett debattinlägg i *Läkartidningen* 45/2010 (sidan 2826) att antalet mottagningsbesök per läkare är ett missvisande och orättvist mått för att bedöma sjukhusläkarnas patientkontakter. Vad som upprör henne är att *Dagens Nyheter* i en ledare i augusti 2010 återigen lyfter fram måttet »2,17 patientbesök per sjukhusläkare/dag« från boken »Den sjuka vården« (2003), som jag är medförfattare till.

Marie Wedins debattartikel är fylld av missuppfattningar och felaktiga slutsatser samtidigt som hon blandar samman mått som är viktiga för patienters tillfrisknande med mått som är viktiga för skattebetalarna. Det är viktigt att kunna ta emot många patienter för att undvika köer och för att det annars åtgär fler läkare än vad som borde behövas.

Antalet patientbesök per läkare är då ett viktigt signalmått eftersom sjunkande produktivitet över tid pekar på att resurser används alltmer ineffektivt. Det allra viktigaste är då att undersöka vad läkarnas tid används till. De tre olika studier som vi redogjorde för i »Den sjuka vården« visade alla att bara mellan 20 och 40 procent av läkares tid används till direkt patientkontakt. Minst hälften av tiden går åt till administration, dokumentation, kommunikation och möten, arbetsmoment där det ofta finns stora effektiviseringsmöjligheter. Det måste ju te sig som enbart irriterande, även för läkare, att tvingas ägna tid åt att leta efter vårdplatser eller kämpa med långsamma icke-kommunicerande datasystem.

Sjukvården brottas fortfarande med stora produktivi-

tetsproblem. I Stockholms läns långtidsutredning (2008) anges att produktiviteten, mått som antalet patientbesök per läkare, sjunkit med 19

procent det senaste decenniet och uppgår till 2,6 besök per dag. I den siffran ingår all sjukvård, det vill säga såväl den mer besöksintensiva primärvården som öppna specialmottagningar utanför sjukhusen. Jämförbar siffra som anges i »Den sjuka vården« för år 2000 för hela riket uppgick till 4 patientbesök per dag. Medelantalet patientbesök per läkare i OECD-länderna är dubbelt så högt som i Stockholms läns landsting.

Det privata näringslivet har under de senaste decennierna lyckats med stora produktivitetshöjningar, till stor del genom implementering av IT. Sjukvården har trots otaliga lokala och regionala IT-satsningar inte lyckats med detta. Felet är förstås det bristande ledarskap som kännetecknar sjukvårdens organisation, struktur, administration och ledning i Sverige.

Marie Wedin verkar uppleva måttet 2,17 patientbesök per dag som personligt kränkande för läkarkåren. Men läkarna ska snarare ses som systemets fångar i byråkratiska landsting och i sjukhus med många dåliga ledare.

Läkare anställda vid den amerikanska sjukvårdsorga-



Marie Wedin borde satsa på annat än att försvara siffran 2,17, anser Monica Renstig.

Illustration: Ewa Knutsson