

I skuggan av Astrid Lindgren-fallet:

Ingen motsättning mellan medicinsk etik och straffrätt

Diskussionen kring Astrid Lindgren-fallet har lett till osäkerhet om gränsdragningen mellan det medicinskt etiskt försvarbara och det straffbara. Det är enligt artikel författaren olyckligt om denna osäkerhet leder till att medicinskt motiverade åtgärder underläts.



Foto: Sara Holmve och IBL Bildbyrå

Det blev en friande dom i det sk sk Astrid Lindgren-fallet. I skuggan av målet har emellertid debatten fortsatt om gränsdragningen mellan det medicinskt etiskt försvarbara och det straffbara. Målet handlade nu inte om detta, utan om ett påstående från åklagaren om att det var fråga om något som skulle kunna betecknas som ett barmhärtighetsmord, men som åklagaren inte lyckades bevisa. Men det hindrar inte att inte minst publiciteten kring utredningen skapat oro och osäkerhet i läkarkåren.

Den fråga som i vart fall inledningsvis diskuterades flitigt var om det kan vara så att åtgärder som en läkare gör enligt de normer och värderingar som råder inom läkarkåren ändå kan vara straffbara bedömda enligt straffrätten. Med reservation för extrema undantagssituationer är det inte så, enligt min uppfattning. Det som är medicinskt etiskt försvarbart måste normalt sett också vara tillåtet enligt straffrätten.

Frågan är ändå rättsligt komplicerad och inte reglerad i lagstiftningen. Läst enligt sin bokstav skulle kroppsliga ingrepp som görs inom sjukvården kunna bedömas som misshandel. Men så kan det naturligtvis inte vara, eftersom syftet inte är att skada utan att hjälpa. Även om det inte finns någon uttrycklig regel om detta är det för straffrättsjurister självklart att straffrätten måste tolkas utifrån sitt samhälleliga sammanhang. Om det finns ett starkt mot-

stående intresse, som är fallet inom sjukvården, får straffrätten vika. Inom straffrätten kallas detta ibland för social adekvans.

Det har av och till diskuterats om inte straffrättens gränser inom sjukvårdsområdet tydligt borde lagregleras. Frågan har framför allt debatterats i anknytning till frågor om aktiv dödshjälp. Lagstiftaren har emellertid hittills avstått från reglering, bl a av det skälet att en sådan lagstiftning är mycket svår att formulera. Det rör sig om existentiella frågor som inte utan vidare låter sig fångas i lagtext. Med denna utgångspunkt får vi lita på praxis. Här måste läkarvetenskapen och rådande etiska uppfattningar inom den samlade läkarkåren väga tungt. Även om exempelvis riktlinjerna från Socialstyrelsen om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede inte är formellt bindande, är det svårt att tro att en domstol skulle finna ett förfarande straffbart om dessa riktlinjer följs.

Den situation som har diskuterats särskilt i debatten kring det aktuella målet är smärtlindring och ångestdämpning i livets slutskede. Enligt vad jag hört sägas har oron för att göra något otillåtet lett till att åtgärder som tidigare bedömdes som etiskt riktiga nu underläts. Jag har ingen medicinsk sakkunskap, men så mycket kan sägas att det skulle vara mycket olyckligt om åtgärder som kan vara lindrande för patienter nu underläts, särskilt om de ligger inom ramen för vad som tidigare varit vedertaget.

Situationen har behandlats i den juridiska litteraturen. En grundläggande regel är att åtgärder vars enda syfte är

»Det som är medicinskt etiskt försvarbart måste normalt sett också vara tillåtet enligt straffrätten.«

att orsaka en patients död aldrig är tillåtna. Om syftet är att lindra smärta, ångest eller andra symtom är situationen annorlunda. När det inte finns något annat sätt att nå ett väsentligt omvårdnadsmål, såsom smärtlindring, måste en medicinering eller annan åtgärd kunna sättas in även om den som en biverkan påskyndar döden och även om läkaren är helt medveten om att så kan bli fallet. Man kan säga att det är fråga om ett tillåtet risktagande i förhållande till en okontrollerad död. Här är det uppenbart att det motstående intresset av god omvårdnad väger över och gör att förfarandet blir tillåtet, också bedömt enligt straffrätten. Det är således svårt att se att en situation där en läkare vidtar åtgärder av detta slag, på ett sätt som ligger i linje med vad som bedöms som etiskt önskvärt eller rimligt inom läkarkåren, skulle kunna leda till rättsliga åtgärder inom straffrätten.

Som ett utflöde av granskningen av Astrid Lindgren-målet har det nu inletts ett samarbete mellan Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen och Åklagarmyndigheten. Samarbetet, som är mycket välkommet, bör bl a leda till att oklarheter av de slag som jag berört undanröjs. Den yttersta konsekvensen av ett alltför försiktigt förhållningssätt kan annars bli att patienter inte får den lindring i livets slutskede som de bör få.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



FREDRIK WERSÄLL
president, Svea hovrätt;
fd riksåklagare
Fredrik.Wersall@dom.se

apropå! Neurosedynkatastrofen

Fortfarande föds barn med Neurosedynskada

■ Det är nu mer än 50 år sedan man började använda läkemedlet talidomid, som i Sverige såldes under namnet Neurosedyn. Det var verksamt mot oro och illamående och användes ofta av gravida. Snart visade det sig att talidomid kunde orsaka svåra fosterskador. Barn föddes med typiska extremitetsförändringar, men även en mängd andra organ som hjärta, öron, ögon, njurar, könsorgan, anus och centrala nervsystemet skadades. Omkring 10 000 barn med talidomidembryopati föddes runt om i världen. I slutet av år 1961 och under 1962 drogs läkemedlet in för att, som vi hoppades, aldrig mer komma tillbaka.

Då talidomid bland annat har antiangiogenetiska och immunmodulerande egenskaper kom det snart att återregistreras i många länder för behandling av olika sjukdomar som lepra, cancer, HIV och svåra hudsjukdomar, allt under stor försiktighet och med noggrann födelsekontroll. Brasilien med flera länder återinförde talidomid redan 1965.

Efter det att talidomid åter börjat användas upptäcktes nya fall av talidomidembryopati. 1996 beskrev Castilla och medarbetare 34 barn födda efter 1965 från tio sydamerikanska länder [1]. Den brasilianska föreningen för talidomidskadade (Associação Brasileira de Portadores da Síndrome de Talidomida, ABPST) hade år 2009 registrerat 465 personer, varav 317 var födda före 1966 och 144 mellan 1966 och 1998.

Under 2000-talet har man funnit ett antal nya fall av talidomidembryopati i Brasilien. Detta kunde jag själv

»Medicinen kan komma att användas av fertila kvinnor, som ofta får den i andra hand. Kvinnorna har inte informerats om faran av att äta preparatet vid graviditet.«

konstatera då jag deltog i den första internationella talidomidkongressen i São Paulo 2009 och såg dessa skadade små barn. I Brasilien används talidomid i stor utsträckning för behandling av erythema nodosum leprosum och multipelt myelom. Medicinen kan komma att användas av fertila kvinnor, som ofta får den i andra hand. Kvinnorna har inte informerats om faran av att äta preparatet vid graviditet.

Nyligen presenterades tre nya barn (egentligen fyra, då ett barn i ett tvillingpar med typiska skador avlidit kort efter födseln och inte räknades med), födda 2005 och 2006 [2]. En av mödrarna hade använt talidomid periodvis sedan tre år tillbaka för sin erythema nodosum leprosum. Av de två andra mödrarna hade den ena ätit av sin mans talidomidmedicin, som han hade för behandling av erythema nodosum leprosum. Den andra, en 17-årig kvinna med en önskad graviditet, hade använt sin mors tabletter, som denna fått för behandling av multipelt myelom.

I juli 2011 publicerades resultat från en studie i Brasilien, där man försökt identifiera barn med talidomidembryopati födda 2000–2008 [3]. Man använde sig av ett latinamerikanskt missbildningsregister där typiska extremitetsmissbildningar för talidomidembryopati rapporterats. De barn med rapporterade skador som föddes

2007–2008 genomgick en utökad »proaktiv« klinisk undersökning, och man tog hjälp av foton, röntgenbilder och ett strukturerat frågeformulär. I studien undersökte man endast förekomsten av extremitetsmissbildningar, inte skador på andra organ. Man fann 109 barn med missbildningar som överensstämde med talidomidembryopati. Vid den utförligare undersökningen fann man 16 misstänkta fall, varav två gällde barn med mer säkerställd diagnos. Det är svårt att få exakta och tillförlitliga uppgifter om tablettintag hos mödrarna, varför säker diagnos är mycket svår att ställa.

Förmodligen är dessa fall toppen av ett isberg. Det föds med stor sannolikhet fler talidomidskadade barn varje år runt om i världen. Det är därför viktigt att på nytt uppmärksamma talidomids starka fosterskadande verkan för att förhindra att nya barn föds med dessa fosterskador som helt går att förebygga.

Kerstin Strömland
ögonläkare, professor emerita, Göteborg
kerstin.stromland@vgregion.se

REFERENSER

1. Castilla EE, Ashton-Prolla P, Barreda-Mejia E, Brunoni D, Cavalcanti DP, Correa-Neto J, et al. Thalidomide, a current teratogen in South America. *Teratology*. 1996;54:273-7.
2. Schuler-Faccini L, Soares RC, de Sousa AC, Maximino C, Luna E, Schwartz IV, et al. New cases of thalidomide embryopathy in Brazil. *Birth Defects Res A*. 2007;79:671-2.
3. Vianna FS, Lopez-Camelo JS, Leite JC, Sanseverino MT, Dutra Mda G, Castilla EE, et al. Epidemiological surveillance of birth defects compatible with thalidomide embryopathy in Brazil. *PLoS One*. 2011;6(7):e21735. Epub 2011 Jul 6.

Läsarkommentarer

Läkartidningens intervju med den nu friade narkosläkaren i Astrid Lindgren-fallet har väckt stor uppmärksamhet bland våra läsare, i andra massmedier och på myndighetsnivå. Här återges utdrag ur inlägg som i sin helhet finns att läsa på Lakartidningen.se/debatt.

Förnedring

Nu har hela läkarkåren fått en otäck beskrivning, genom en av våra kolleger, av vad som pågår på institutioner långt från våra mottagningar och sjukhus. Något som vi aldrig kunnat ana innan. Vad säger justitieministern; får människor behandlas så?

Gerhard Kjellén
överläkare, docent

Ansvar borde ha delats

Felet som gjorts är att man utsett en ensamansvarig läkare. Så säger lagen men i ett fall som detta med känd prognos pessima med förnekande anhöriga och långvarigt förlopp borde ansvaret ha delats av hela kliniken. Detta kunde ha skett genom upprepade protokollförda konferensbeslut med närvarande chefer. Att missbruka PAL på detta sätt är upprörande.

Lars Hetta
f d sjukhusläkare,
pensionerad

Hur stödjer vi vår kollega?

Den juridiska processen var nödvändig i detta fall med allvarliga anklagelser. Granskning borde förstas göras om den polisiära och juridiska handläggningen var optimal. Det viktigaste är dock att bygga upp en kanal/system för att kunna stödja en kollega som råkat illa ut. Är vi tillräckligt kollegiala för detta? Finns det förslag (exempelvis från den drabbade) om hur praktiskt gå till väga?

Michael Matousek
läkare, Västra Frölunda

Läs mer Fler utdrag ur läsarkommentar finns på sidan 109.