

Nya riktlinjer stödjer läkarassisterat självmord!

■ Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, under professor Niels Lynöes ledning, har lagt fram »Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling« [1]. Titeln förefaller gravt missvisande, eftersom innehållet – såsom det redovisats i Läkartidningen – handlar om något helt annat.

Man talar om att respektera en beslutskompetent patients önskemål om att avsluta sitt liv. Finns det ett tydligt sådant önskemål, antingen direkt från patienten eller indirekt via anhöriga, skall läkaren kunna ge sederande läkemedel och sedan stänga av livsuppehållande apparatur. I slutet av artikeln hävdas att detta inte skulle innebära läkarassisterat självmord, som ju under svensk lag inte är tillåtet. Jag kan, med studier i både juridik och medicin, inte uppfatta Niels Lynöes scenario som något annat än just ett läkarassisterat självmord.

Han hävdar vidare att en läkare som följer de nya riktlinjerna knappast riskerar att anmälas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Jag vill inte bara hävda motsatsen – att man skulle riskera en anmälan till ansvarsnämnden – man riskerar dessutom åtal under Brottsbalkens (BrB) 3:e kapitel om brott mot liv och hälsa. Anhöriga som assisterat vid självmord har tidigare åtalats och fällts för brott.

Handlingen uppfyller de rekvisit som krävs för att fälla en person för brott, och frågan om objektiv ansvarsfrihet under 24:e kapitlet BrB är i sådana fall omdebatterad. Med vilken kompetens uttalar sig en professor i medicinsk etik om att sjukvårdspersonal skulle slippa motsvarande konsekvenser?

Bara häromveckan kunde vi i Läkartidningen läsa om studerade effekter av lagar om läkarassisterat självmord [2]. Palliativ lindring av smärta och andra symtom minskade i svallvågorna av den nya lagstiftningen. Läkare i Holland såg ofta läkarassisterat självmord som en utväg vid otillräcklig symtomlindring, men ändrade attityd till dödshjälp se-

dan de fått utbildning i grundläggande palliativ vård.

Denna komplicerade fråga avgörs lämpligtvis inte av en liten delegation i en enskild intresseorganisation, utan i en parlamentarisk utredning. Där kan man väga in olika samhällsintressen, inte bara det medicinska perspektiv som vi läkare kan ge. En ändring av behandlingsriktlinjerna riskerar att sätta press på svårt sjuka människor att acceptera dödshjälp. Hur kommer det att påverka deras självsyn? Var i delegationens riktlinjer finns överväganden om långsiktiga konsekvenser av de aktioner läkare vidtar i enskilda patientfall?

Replik:

Beslutskapabel patient bör ha rätt att tacka nej till fortsatt behandling

■ Delegationens utgångspunkt har varit att beslutskapabla patienter har rätt att själva avgöra om de vill ha en erbjuden behandling eller inte – och det gäller även livsuppehållande behandling. Rätten att avstå från erbjuden behandling har varit praxis sedan länge när t ex beslutskapabla personer av religiösa skäl inte vill ta emot blod som i vissa situationer är en förutsättning för ett livräddande operativt ingrepp.

Om man redan har inlett en livsuppehållande behandling ska den beslutskapabla patienten också kunna få hjälp att avsluta en sådan behandling. Patienter i kronisk dialysbehandling som vill avsluta behandlingen har alltid haft den möjligheten och har även fått hjälp med palliativ behandling den sista tiden.

Delegationen anser att det inte finns någon etiskt relevant skillnad mellan att respektera en beslutskapabel dialyspatients rätt att tacka nej till fortsatt behandling och att respektera en beslutskapabel respiratorberoende patients rätt att tacka nej till fortsatt behandling.

Delegationen har betonat att det är fråga om att hjälpa en patient att avsluta en livsuppehållande behandling, även om den förutsedda konsekvensen blir att patienten avlider. Gäller det exempelvis en beslutskapabel patient i respiratorbehandling som önskar att få hjälp att avsluta behandlingen, är det också förutsebart att patienten utan palliativ sederade skulle kvävas; därför anser vi att

Jag arbetar dagligen med palliativ vård, och skulle inte känna mig bekväm med att följa dessa riktlinjer.

Fredrik Leijerstam
leg läkare, fil kand,
specialist i allmänmedicin, Uppsala
fredrik.leijerstam@lul.se

REFERENSER

1. Örn P. Delegation för medicinsk etik ändrar riktlinjerna. Beslutskapabel patient i respirator bör få läkarhjälp att avsluta sitt liv. Läkartidningen. 2007;104:1120-1.
2. Arnman R. Lagförslag om dödshjälp noggrant granskat och avvisat av brittiska överhuset. Läkartidningen. 2007;104:934.

det skulle vara oetiskt att inte erbjuda en sådan patient palliativ sederade.

Delegationen har uppmärksammat även de juridiska aspekterna på sådana åtgärder och kommit fram till att om man inte skulle tillmötesgå en beslutskapabel patients önskemål om att få avsluta exempelvis respiratorbehandling skulle det innebära somatisk tvångsvård, vilket är i strid med svensk grundlag (Regeringsformen 2 kap 6 §) och även med sjukvårdslagstiftningen (Hälso- och sjukvårdslagen 2 och 2a §§).

Beträffande Leijerstams andra synpunkt att en parlamentarisk utredning och inte Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik borde utreda dessa frågor kan vi delvis hålla med. De frågor som berör vetenskap och beprövad erfarenhet kan nog hanteras i Läkaresällskapets eller Socialstyrelsens regi.

Men om det skulle vara så att det finns juridiska oklarheter – vilket vi inte anser i det här sammanhanget – så håller vi med om att det skulle behövas en parlamentarisk utredning om vård i livets slutskede. En sådan utredning skulle kunna beakta både patientens rätt att tacka nej till livsuppehållande behandling och även beakta i vilken omfattning patienter har rätt att kräva vissa typer av åtgärder i livets slutskede.

Niels Lynöe
ordförande i delegationen för medicinsk etik, Svenska Läkaresällskapet
niels.lynoe@ki.se

Skapa »tatueringfri« stickkanal

■ Rickard Eitrem har i *Läkartidningen* 13/2007 (sidan 1062) skrivit ett intressant och högaktuellt inlägg angående injektioner genom tatueringar. Inom anestesi har frågan blivit alltmer aktuell beroende på att ett ökat antal gravida kvinnor med lumbala tatueringar erhåller neuroaxial anestesi i samband med förlossning.

Precis som Rickard Eitrem skriver finns det få vetenskapliga belegg för att deponering av tatueringfärger i centrala nervsystemet kan ge upphov till neurologiska problem. I en fallbeskrivning 2004 härleddes en övergående lumbal vävnadsreaktion till deponering av tatueringsfärgämne [1].

Vid stick med ihåliga nålar (både med och utan mandräng) följer det med vävnadsfragment till de djupare vävnaderna, s k coring [2, 3]. I *Lancet* publicerades 1956 en rapport där fem barn utvecklade epidurmöjda tumörer i epidurala och i subaraknoidala rummet till följd av multipla spinala injektioner av anti-biotika [4].

Teoretiskt blir det därför lätt att tänka sig att man kan deponera färgämnespigment från tatueringen i epidural-, subdural- eller subaraknoidalarummet om man sticker genom en tatuering. Hur denna eventuella deponering av tatueringfärg på sikt påverkar vårt centrala nervsystem är inte känt. Teoretiskt kan man tänka sig besvär som uppkommer efter lång tid, t ex araknoiditer eller neuropatier, sekundärt till en inflammatorisk reaktion [5, 6].



Foto: IBL

Tatueringar – ett mode som kan vara problematiskt när behov av anestesi uppkommer.

I praktiken borde det vara möjligt att undvika att sticka igenom en lumbal tatuering. Om det inte låter sig göras kan man istället göra en liten hudincision eller, alternativt, använda en grövre förstickare genom huden och då skapa en »tatueringfri« stickkanal [7], där man kan gå igenom med sin epidural- eller spinalnål.

Per Flisberg
överläkare, med dr
per.flisberg@skane.se

Katarina Levin
specialistläkare; båda vid
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Universitetssjukhuset i Lund

REFERENSER

Läs mer Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Det måste väl ändå vara ett skämt ...?

■ Jag läser med stigande förvåning vad aktade svenska läkare skriver om en del av sina äldre kolleger som hänger porträtt på Svenska Läkaresällskapet. De besökare som kommer till sällskapets hus på Klara Östra Kyrkogata i Stockholm är alldeles säkert en väl utbildad skara och naturligtvis förtrogna med rökningens skadeverkningar.

Att med den motiveringen attackera våra kulturhistoriska minnesmärken och konstskatter och försöka förpassa dem till tavelförråd och – ännu värre – föreslå överpensling av de rökverk som de gamla kollegerna håller i händerna kan väl inte tas annat än som skämt?

Vi får väl inte glömma bort att det var en annan tid dessa kolleger levde i. Rökverken ska/skulle naturligtvis inte ses som någon sorts uppmuntran för andra att börja röka, utan snarare ses som en sorts statusförhöjande symbol – likt en monokel – och vanligt »à l'époque«.

Nej, var litet rimliga – konstverken avbildar framstående kolleger och kan tjäna som förebilder, inte hatobjekt.

Många av oss/er skulle nog vara inte så litet stolta att själva få hänga som porträtt i dessa ärevärdiga lokaler!

Ingemar Blomgren
plastikkirurg, konstvän, Stockholm
info@kirurgcentrum.com

En tavla på Läkaresällskapet

■ Trots att det gått några veckor sedan Yngve Hofvander skrev sitt illvilliga aktstycke i *Läkartidningen* (12/2007, sidan 964) känns det angeläget för mig som Adolf Lichtensteins dotter att gå i svaromål.

YH borde ha försökt erinra sig vilken tidsanda och vilken livsstil som rådde under 1900-talets första hälft och vilka trender som var förhärskande då, innan han skrev ner sina funderingar. Det hade varit snyggare om han insett att sådant som då var gångbart inte är lika acceptabelt idag. YH borde ha tänkt efter före.

När YH och jag för flera decennier sedan samtidigt arbetade med u-hjälp på Sida bibringades jag den uppfattningen att YH var positivt inriktad gentemot sin omvärld och gjorde en uppskattad insats. År 2007 är bilden en annan. Jag har svårt att se någonting försonande i påhoppet på min far.

Det hade också varit på sin plats om YH hade kunnat dra sig till minnes att många konstnärer under tidigt 1900-tal gärna avbildade sina modeller med något som var signifikativt just för den personen.

Jag var flera gånger närvarande då Bo Beskow målade porträttet av vår far i vårt föräldrahem. Och jag kan försäkra att varken BB eller AL hyste några »tobakstankar« i det sammanhanget. Det var bara helt enkelt så att rökning var vedertagen på den tiden.

Se på andra rökande personer från den här epoken, läkare eller icke läkare. Vem skulle ha drömt om att exempelvis ge sig på och nedvärdera yrkesmän och yrkeskvinnor här eller utomlands för att de var rökare?

Det förefaller mig både ovederhäftigt och förolämpande att mer än ett halvsekel senare hänga ut en syndabock och göra en jämförelse mellan gårdagens uppfattning och dagens. Man måste faktiskt försöka se tingen i deras rätta sammanhang.

Annika Lichtenstein Elmberg
Stockholm

*

Nästa vecka: Yngve Hofvander svarar sina kritiker.

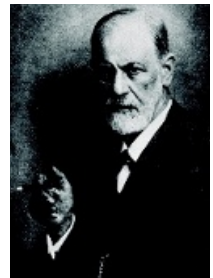


Foto: IBL

Även Freud rökte.