

# Angående Läkaresällskapetets nya riktlinjer för livsuppehållande behandling: Låt hittills rådande etiska bedömningar få fortsätta gälla

Läkaresällskapetets nya riktlinjer för livsuppehållande behandling innebär att man lättar på inbyggda restriktioner. Detta oroar artikelförfattaren, som menar att det inte finns någon anledning att ändra på rådande etiska bedömning.

**A**r 1970 bildade Svenska Läkaresällskapet Delegationen för medicinsk etik, med uppdrag att främja intresset för etiska frågor inom medicinen. Delegationen består av 13 ledamöter från Läkaresällskapet, Medicinska forskningsrådet respektive allmänheten. Delegationen ska dels yttra sig i etiska frågor som läkare möter i sitt dagliga arbete, dels utarbeta riktlinjer inom området. Den har däremot inte makt att ändra befogenheterna för läkare i deras yrkesutövning, vilket man dock ibland förefaller tro, åtminstone att döma av artikeln »Nya riktlinjer ger läkare rätt att hjälpa patient som vill dö« [1].

**Delegationens ordförande** är sedan 2003 Niels Lynöe. Han har sin bakgrund inom socialmedicin och är sedan 2004 professor i medicinsk etik vid LIME (institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska institutet). Lynöes forskningsintresse har gällt empiriskt studium av sk informeratsamttycke, särskilt när det gäl-



**SUSANNE RINGKOG VAGNHAMMAR**  
överläkare, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm  
susanneringskogvagnhammar@msn.com

ler patienter som rekryteras till klinisk forskning eller donerar material till biobanker.

Anledningen till att dessa bakgrundsfakta belyses relativt utförligt här är att just begreppet »beslutskapabel« är så centralt i Lynöes plädering för patienters rätt att avstå från erbjuden behandling: »Läkaren bör respektera en beslutskapabel och välinformerad patients önskan om att livsuppehållande behandling inte inleds och att redan inledd behandling avslutas« [2].

Fredrik Leijerstam [3] uttrycker med rätta sin oro inför dessa riktlinjer. Han menar att de innebär läkarassisterat självmord, vilket är åtalbart enligt svensk lag. År 1977 hade vi ett rättsfall i ett sådant ärende. Efter att Hedeby givit en MS-sjuk dödande läkemedel dömdes hon till ett års fängelse, medan den förskrivande läkaren Toss dömdes till åtta månaders fängelse. I båda fallen var brottsrubriceringen dråp.

**För att motivera** varför läkare ska kunna avbryta livsuppehållande behandling menar Lynöe att det inte finns någon »etiskt relevant skillnad« mellan att avbryta en dialysbehandling och att avbryta en respiratorbehandling. Lynöe resonerar enligt följande [4]:

1. Eftersom patienter i kronisk dialysbehandling »alltid« haft rätten att avbryta sin behandling,

2. så ska också en beslutskapabel respiratorvårdad individ ha rätt att avbryta sin behandling.

3. Men eftersom patienterna, när respiratorn stängs av, på ett plågsamt sätt skulle kvävas, anser Lynöe att det är oetiskt att inte samtidigt erbjuda palliativ sedering.

Det här känns som en glidning i argumentationen, där det första svaga argumentet underbygger nästa, lika svaga. I argumentationens tredje led är det plötsligt »oetiskt« att inte erbjuda sedering för att underlätta döendet. Är avsikten alltså att åstadkomma patientens död? Vad skiljer i så fall detta förfarande från läkarassisterat självmord?

**Lynöes begrepp** »beslutskapabel« speglar en förenklande, reduktionistisk människosyn, dvs en syn på människan som en alltigenom rationell varelse. Frågan om att välja döden – som det ju här egentligen handlar om, utan att använda eufemismen »avstå från erbjuden behandling« – är alltför allvarlig för att reduceras till enbart logiskt kalkylerande. Individen måste också vara psykologiskt kompetent, alltså i mental balans, som Herbert Hendin påpekar [5]. I ett val mellan liv och död spelar så mycket mer än information och klart intellekt in. Det kan vara allt från påverkan från och psykodynamisk interaktion med omgivningen (närstående och sjukhuspersonal), till psykisk obalans, ambivalens, läkemedelspåverkan och sjukdom. Ja, till och med vårdsituationen i stort, med sviktande lands-tingsekonomi, vårdplatsbrist och tröttkörd personal. Livsviljan är dessutom något som fluktuerar över tid, vilket t ex



Foto: BODENHAM, LTH NHS TRUST/SCIENCE PHOTO LIBRARY

**Vem ska avgöra om en behandling inte »gagnar« patienten?**

Chochinov och medarbetare visat i sin stora studie av 200 inläggande terminalt sjuka [6]. Begreppet »beslutskompetent« framstår i detta sammanhang som ett alibi för att kunna acceptera att en patient vill upphöra med sin livsuppehållande behandling.

**Som särskilt intresserad** av självmordsproblematik fäster jag mig vid att Delegationen för medicinsk etik också formulerat hur läkaren etiskt ska betrakta självmordsförsök. I Sverige utförs uppskattningsvis 20 000–30 000 självmordsförsök varje år, varav de flesta inte kommer till sjukvårdens kännedom. I delegationens riktlinjer står det att läkaren vid självmordsförsök ska avstå från att respektera patientens önskan att dö »till dess en psykiatrisk bedömning skett«. Och sedan? Hur tänker sig delegationen den fortsatta handläggningen av en sådan patient?

Vidare säger man: »Vid oviss prognos ska livsuppehållande behandling alltid inledas, men avbrytas om den visar sig inte gagna patienten.« Hur och vem avgör om

behandlingen »inte gagnar« patienten? En retrospektiv studie [7] av 40 patienter med PVS (persisterande vegetativt tillstånd) – deras neokortex var utslaget, men de hade kvar fungerande hjärnstam och vegetativa reflexer med vakenhets-/sömnrytm, och de kunde tillgodogöra sig sondmatning – visade att 17 av dem hade feldiagnostiserats.

Reet Arnman återger också flera till synes hopplösa fall, bl a en patient med svår leukemi som flera gånger ville dö, men idag 14 år senare är glad över att han inte fick någon dödshjälp [8]. Diagnostik är en svår konst och inget man kan förlita sig på när det gäller att avgöra huruvida ett fall är utsiktslöst eller inte.

**Jag frågar mig** av vilket skäl Läkareallskapets delegation tagit fram dessa nya riktlinjer för att göra det lättare att avbryta livsuppehållande behandling. Är det på grund av publiciteten kring den svenske patient, som 2006 reste till en självmordsklinik i Schweiz, där han fick sitt liv avslutat? I Schweiz har assisterat självmord varit tillåtet ända sedan början av 1900-talet. Vem som helst kan assistera, och förfarandet är inte straffbart så länge som inte någon har vinning av att hjälpa individen till självmord (artikel 115 i den schweiziska strafflagen). År 2001 genomfördes i Schweiz 124 fall av assisterade självmord [9]. Det nämnda svenska fallet är heller inte unikt utan har föregåtts av andra, liknande fall.

**När det gäller frågor** kring livsuppehållande behandling finns det ingen anledning att ändra den hittills rådande etiska bedömning som både Läkarförbundet, Socialstyrelsen och den svenska lagstiftningen delar. En olycklig dynamik kan skapas om restriktionerna lättar i dessa avseenden. Många grupper har tidigare uttryckt otrygghet inför sådana här signaler som Svenska Läkareallskapets etiska delegation nu sänder.

Det gäller bl a barn, äldre, fysiskt och psykiskt funktionshindrade och/eller representanter för dessa, liksom arbetslösa, hemlösa eller andra som är beroende av samhällets stöd. Det är inte utifrån teoretiskt resonering, utan med dessa konkreta patientgrupper för ögonen, vi som läkare ska utforma vår yrkesetik.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REPLIK:**

## Etisk argumentation och klinisk verklighet kan med fördel förenas

**Innehållet i riktlinjerna har inte förändrats; det är formuleringarna som är nya. Riktlinjerna ska alltså underlätta för läkaren att hantera etiskt svåra överväganden i kliniska sammanhang.**

**S**yftet med att revidera Läkareallskapets riktlinjer för att avbryta livsuppehållande behandling var bl a att koncentrera dem för att göra dem mer tillgängliga, lättlästa och överblickbara. Innehållsmässigt är det inga stora skillnader mellan de gamla och de nya riktlinjerna, men det finns några punkter som givit upphov till reaktioner och i några fall till missförstånd.

Olycklig rubriksättning i olika tidningsartiklar har va-

**REFERENSER**

1. Nilsson J. Nya riktlinjer ger läkare rätt att hjälpa patient som vill dö. *Dagens Medicin*. 2007;(14):9.
2. Örn P. Delegationen för medicinsk etik ändrar riktlinjerna. Beslutskapabel patient i respirator bör få läkarhjälp att avsluta sitt liv. *Läkartidningen*. 2007; 104;1120-1.
3. Leijerstam F. Nya riktlinjer stödjer läkarassisterat självmord! *Läkartidningen*. 2007;104:1343.
4. Lynöe N. Beslutskapabel patient bör ha rätt att tacka nej till fortsatt behandling. *Läkartidningen*. 2007;104:1343.
5. Hendin H. Suicide, assisted suicide and medical illness. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(suppl 2):46-52.
6. Chochinov HM, Tattaryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. *The Lancet*. 1999; 354:816-9.
7. Andrews K, Murphy L, Munday R, Littlewood C. Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit. *BMJ*. 1996;313:13-6.
8. Arnman R. Lagförslag om dödshjälp noggrant granskat och avvisat av brittiska överhuset. *Läkartidningen*. 2007;104:934.
9. Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying. *Swiss Med Wkly*. 2002;132 (37-38):527-34.

rit en anledning. Delegationen har uttalat sig om respekten för en beslutskapabel patients rätt att inte inleda livsuppehållande behandling respektive att avsluta en redan inledd sådan. Att respektera patientens rätt att avsluta livsuppehållande behandling med den förutsedda konsekvensen att patienten avlider, är emellertid inte detsamma som att hjälpa en patient att dö.

Ringskog tar upp frågan om att avbryta livsuppehållande

behandling enligt Läkareallskapets riktlinjer skulle innebära att man accepterar läkarassisterat självmord. Som illustration till att läkarassisterat självmord i Sverige skulle vara straffbart använder Ringskog ett känt rättsfall från 1977. Med detta exempel antyder Ringskog att den som följer Läkareallskapets nya riktlinjer kommer att bli straffad. Vi menar att de nya riktlinjerna *inte* innebär att läkarassisterat självmord är accepterat.

**Hur kan då avbrytandet** av livsuppehållande behandling uppfattas som läkarassisterat självmord? Även i de tidigare riktlinjerna från 1991 fördes en diskussion om den etiska likheten mellan att avstå från att inleda och att avsluta livsuppehållande behandling som inte gagnar patienten. Har man godtagit denna likhet, bör den också tillämpas på beslutskapabla patients rätt att avstå från livsuppehållande behandling, även i de fall då fortsatt behandling kan gagna patienten. Ett exempel på detta är Jehovas vittnen, som inte önskar inleda en operation som förutsätter blodtransfusion. Att avstå från att tvångsbehandla ett beslutskapabelt Jehovas vitt-

**GUNNAR ECKERDAL**  
överläkare, Kungsbacka  
närsjukhus  
gunnar.eckerdal@lthalland.se

**INGEMAR ENGSTRÖM**  
överläkare, Psykiatriskt  
forskningscentrum, professor  
i barn- och ungdomspsykiatri,  
Örebro universitet

**ULF KRISTOFFERSSON**  
överläkare, klinisk genetik, Lund

**RURIK LÖFMARK**  
överläkare i hjärtsjukvård,  
docent i medicinsk etik, Centrum  
för bioetik, Karolinska institutet,  
Stockholm

**KARL SALLIN**  
AT-läkare, Karolinska  
Universitetssjukhuset, Solna

**HANS THULESIUS**  
distriktsläkare, med dr, Växjö

**HÅKAN BENTGSSON**  
medicinjournalsist, Stockholm

**LARS-ÅKE JOHNSSON**  
stf generaldirektör och  
ordförande i HSAN

Samtliga är ledamöter av Svenska Läkareallskapets delegation för medicinsk etik

ne uppfattas alltså inte som läkarassisterat självmord.

Är då det refererade rättsfallet ett uppenbart fall av läkarassisterat självmord? En förutsättning för ett sådant är ju att läkaren förskriver läkemedel som patienten sedan själv intar med syftet att dö. Villkoren i övrigt är att patienten ska vara beslutskapabel, väl-informerad, själv begära åtgärden vid upprepade tillfällen etc. Att skriva ut läkemedel som patienten själv inte förmår att ta, utan som förutsätter aktiv medverkan av annan person, uppfyller sålunda inte kriterierna för läkarassisterat självmord.

**Ringskog problematiserar** också begreppet »beslutskapabel«. Ordet kan naturligtvis ifrågasättas, och man kan ställa upp mer eller mindre kvalificerande kriterier för när en människa verkligen anses vara beslutskapabel. Det kan, som Ringskog anger, finnas både psykologiska och filosofiska kriterier. Ju högre man lägger ribban, desto färre av oss är det som kan sägas vara beslutskapabla.

Därför måste det tydligt betonas att patienter som önskar hjälp med att avsluta livsuppehållande behandling ska undersökas noga med beaktande av både kognitiva funktioner, psykologiska aspekter och livssituationen.

Vi är medvetna om att det är svårt att hjälpa sådana patienter, och vi anser inte heller att vi föreslagit något lättsinigt förfarande. I lagens mening råder det inget tvivel om att det är förbjudet att tvångsbehandla människor. Undantagen är mycket noga reglerade.

**Självordsnära patienter** är en annan fråga som Ringskog tar upp. Här anger riktlinjerna att man i sådana fall bör avstå från att respektera patientens autonomi och koppla

in psykiater. Ringskog undrar hur vi tänkt oss den fortsatta vården efter det att den psykiatriska bedömningen gjorts. Syftet med de allmänna riktlinjerna är att de olika berörda specialiteterna ska kunna formulera specificerade riktlinjer anpassade till den egna verksamheten. De gamla riktlinjerna försöker kommentera några berörda specialiteters problem, men vi har avstått från detta eftersom intensivvårdsläkare, allmänläkare, pediatrikers, psykiatriers, lungläkare, neurologers med fleras verklighet och speciella erfarenheter varierar så mycket. Det vore inte rimligt att i de allmänna riktlinjerna beskriva hur psykiater bör värdera patienters önskan att dö, risken för suicid, tillämpligheten av LPT osv.

Diskussionen om en livsuppehållande behandling gagnar eller inte gagnar en patient är inte ny, och vi har härvidlag inte ändrat riktlinjerna från 1991. Vad som är meningslös eller meningsfull behandling är en grannliga uppgift att försöka precisera, men även här är det viktigt att sådana överväganden sätts in i sitt rätta kliniska sammanhang.

**Ringskog frågar sig** varför Läkaresällskapet tagit fram nya riktlinjer och anger som förklaring den massmedialt uppmärksammade patient som åkte till Schweiz. Delegationens uppdrag är bland annat att belysa sådana medicinsk-etiska frågor som aktualiseras i samhället – det är inget konstigt med det. Ringskog anser att de nya riktlinjerna innebär att redan inbyggda restriktioner lättas, vilket leder till att äldre, barn, fysiskt och psykiskt funktionshindrade, arbetslösa, hemlösa eller andra som är beroende av samhällets stöd skulle komma att känna sig otrygga. Argumentet om »det sluttande planet« känns igen.

Men skulle verkligen respekten för en enstaka svårt funktionshindrad och svag, men ändå beslutskapabel patients rätt att säga nej till fortsatt livsuppehållande behandling kunna leda till att alla de nämnda grupperna i framtiden skulle känna sig otrygga? Vi tror inte det.

Att man efter adekvat klinisk bedömning skulle kunna få hjälp att avsluta en livsuppehållande behandling innebär ju inte att alla individer under likartade villkor också kan förväntas begära hjälp med att stänga av respiratorn. Bara för att några enstaka dialyspatienter säger nej till fortsatt behandling känner väl inte alla andra dialyspatienter ett tryck att också säga nej? Nuvarande erfarenheter talar alltså emot att så skulle vara fallet.

Vi anser att en läkare måste vara beredd att efter klinisk bedömning respektera en patients rätt att tacka nej till erbjuden behandling – det gäller även livsuppehållande behandling.

**Delegationen för medicinsk etik** betonar i sitt arbete läkares grundläggande åtagande i förhållande till patienten. Målet att förlänga och bevara liv och förbättra/bevara livskvalitet kan inte ställas mot ambitionen att respektera patientens frihet att själv besluta om förhållanden som rör det egna livet. Lagen är tydlig på denna punkt och förbjuder därför tvångsvård utanför strikt reglerad vård vid smittfarlig sjukdom samt allvarlig psykisk sjukdom.

Vi menar att formuleringarna i de nya riktlinjerna för livsuppehållande behandling utgör ett stöd för läkare i det kliniska arbetet. Vår förhoppning är att Läkaresällskapets sektioner följer upp med anpassade kliniska riktlinjer och att beslutsprocessen i livsavgörande kliniska situationer med stöd i dessa blir respektfull, tydlig och medmänsklig.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Bollen är rund

■ Att läkekonsten är en konst och inte enbart en vetenskap bekräftas av följande utlåtande som gjordes av landslagsläkaren Magnus Forssblad före EM-kvalmatchen mot Danmark i DN den 2 juni 2007):

»För Anders Svensson kan det bara bli bättre. Eller sämre, det är svårt att känna. Han måste känna själv.«

Det är möjligt att man måste lägga ut lite dimridåer ibland av taktiska skäl, men jag anser nog ändå att detta läkarcitat är i samma nivå som andra klassiska fotbolls-grodor av typen »Hela bollen måste ligga still innan frisparken får tas.«

**Bengt Fadeel**  
leg läkare, Stockholm  
Bengt.Fadeel@ki.se

### REPLIK:

## Tro inte på allt som står i tidningen ...

■ Jag lärde mig tidigt i livet att det som står i tidningarna inte alltid är rätt återgivet. Under mina år som landslagsläkare har detta bekräftats och tyvärr även förstärkts.

Men hur som helst tycker jag det är ganska kul att bidra till några nya så kallade grodor. Och apropå dimridåer så vann vi i alla fall matchen, om än på ett märkligt sätt!!

**Magnus Forssblad**  
läkare för svenska fotbollslandslaget  
Magnus.Forssblad@capio.se