

**Juridiska Institutionen**

Handelshögskolan vid  
Göteborgs universitet

**PATIENTENS AUTONOMI**  
**enligt svensk rätt**

Ett examensarbete av  
Maria Boshnakova  
20p

MariaBoshnakova

VT 2000  
Jur.kand.-programmet  
Handledare:  
Lotta Vahlne Westerhäll

## Innehåll

|          |                                                            |           |
|----------|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inledning</b>                                           | <b>5</b>  |
| 1.1      | Syfte                                                      | 5         |
| 1.2      | Metod                                                      | 6         |
| <b>2</b> | <b>Överblick över svensk hälso- och sjukvård</b>           | <b>6</b>  |
| 2.1      | Organisation                                               | 6         |
| 2.2      | Etiska principer                                           | 8         |
| 2.2.1    | <i>Människovärde</i>                                       | 8         |
| 2.2.2    | <i>Behov- och solidaritet</i>                              | 8         |
| 2.2.3    | <i>Kostnadseffektivitet</i>                                | 9         |
| <b>3</b> | <b>Patientens bestämmanderätt</b>                          | <b>9</b>  |
| 3.1      | Inledning                                                  | 9         |
| 3.2      | Informerat samtycke                                        | 10        |
| 3.2.1    | <i>Information till patienten</i>                          | 10        |
| 3.2.2    | <i>Informationens innehåll</i>                             | 11        |
| 3.2.3    | <i>Undantag</i>                                            | 11        |
| 3.3      | Skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp                     | 11        |
| 3.3.1    | <i>Allmänt</i>                                             | 11        |
| 3.3.2    | <i>Socialt adekvata handlingar</i>                         | 12        |
| <b>4</b> | <b>Samtyckets beskaffenhet</b>                             | <b>13</b> |
| 4.1      | Inledning                                                  | 13        |
| 4.2      | Allmänna krav                                              | 13        |
| 4.3      | Dokumentation                                              | 14        |
| 4.4      | Samtyckets omfattning                                      | 14        |
| 4.5      | Praxis                                                     | 15        |
| 4.5.1    | <i>Inledning</i>                                           | 15        |
| 4.5.2    | <i>Informationen och samtyckets utformning</i>             | 15        |
| <b>5</b> | <b>Kompetens och behörighet att fatta giltigt samtycke</b> | <b>16</b> |
| 5.1      | Inledning                                                  | 16        |
| 5.2      | Beslutskompetens                                           | 16        |
| 5.3      | Underårigas beslutskompetens                               | 17        |
| 5.3.1    | <i>Barnets omvårdnad</i>                                   | 17        |
| 5.3.2    | <i>Barnets ökade mognad</i>                                | 18        |
| 5.3.3    | <i>Åldersgränser i andra sammanhang</i>                    | 19        |
| 5.3.4    | <i>Begränsningar i vårdnadshavares bestämmanderätt</i>     | 19        |
| 5.3.5    | <i>Rätt att avböja vård</i>                                | 20        |
| 5.3.6    | <i>Abort</i>                                               | 20        |
| 5.3.7    | <i>Transplantation</i>                                     | 21        |
| 5.4      | Legala ställföreträdare                                    | 21        |
| 5.4.1    | <i>God man</i>                                             | 21        |
| 5.4.2    | <i>Förvaltare</i>                                          | 22        |
| 5.4.3    | <i>Betydelsen av ställföreträdares samtycke</i>            | 23        |

|           |                                             |           |
|-----------|---------------------------------------------|-----------|
| 5.5       | Närstående                                  | 24        |
| 5.6       | Fullmäktig                                  | 25        |
| 5.7       | Pågående utveckling                         | 26        |
| <b>6</b>  | <b>Vård utan uttalat samtycke</b>           | <b>26</b> |
| 6.1       | Inledning                                   | 26        |
| 6.2       | Presumerat samtycke                         | 26        |
| 6.3       | Förutsättningar för presumerat samtycke     | 26        |
| 6.4       | Nödrätten                                   | 27        |
|           | 6.4.1 <i>Allmänt</i>                        | 27        |
|           | 6.4.2 <i>Nödsituationen</i>                 | 28        |
| 6.5       | Nödåtgärd mot patientens vilja              | 29        |
|           | 6.5.1 <i>Beslutskompetenta patienter</i>    | 30        |
|           | 6.5.2 <i>Beslutsinkompetenta patienter</i>  | 31        |
|           | 6.5.3 <i>Ställföreträdarens inställning</i> | 32        |
|           | 6.5.4 <i>Självordsförsök</i>                | 32        |
| <b>7</b>  | <b>Behandling enligt sedvana</b>            | <b>33</b> |
| <b>8</b>  | <b>Rätten att kräva vård</b>                | <b>33</b> |
|           | 8.1 Patientstatus                           | 33        |
|           | 8.2 Vetenskap och beprövad erfarenhet       | 35        |
| <b>9</b>  | <b>Transplantation</b>                      | <b>36</b> |
|           | 9.1 Levande donatorer                       | 36        |
|           | 9.1.1 <i>Allmänt</i>                        | 36        |
|           | 9.1.2 <i>Samtycket</i>                      | 36        |
|           | 9.1.3 <i>Beslutsinkompetenta patienter</i>  | 37        |
|           | 9.1.4 <i>Underåriga</i>                     | 37        |
|           | 9.1.5 <i>Psykisk störning</i>               | 38        |
|           | 9.2 Avlidna                                 | 39        |
| <b>10</b> | <b>Speciella åtgärder</b>                   | <b>39</b> |
| <b>11</b> | <b>Avbruten och icke insatt behandling</b>  | <b>40</b> |
|           | 11.1 Patientens bestämmanderätt             | 40        |
|           | 11.2 Livsuppehållande behandling            | 40        |
|           | 11.2.1 <i>Beslutskompetenta patienter</i>   | 40        |
|           | 11.2.2 <i>Beslutsinkompetenta patienter</i> | 41        |
|           | 11.3 Livstestamente                         | 42        |
|           | 11.4 Pågående utveckling                    | 43        |
| <b>12</b> | <b>Palliativ vård</b>                       | <b>44</b> |
|           | 12.1 Allmänt                                | 44        |
|           | 12.2 Avböjande av smärtlindring             | 44        |
|           | 12.3 Högsta prioritet                       | 45        |
|           | 12.4 Utvärdering                            | 45        |
| <b>13</b> | <b>Dödshjälp</b>                            | <b>45</b> |
|           | 13.1 Patientens rätt att bestämma           | 45        |
|           | 13.2 Gränsdragningen för tillåten dödshjälp | 46        |
|           | 13.2.1 <i>Praxis – passiv dödshjälp</i>     | 46        |
|           | 13.2.2 <i>Aktiv dödshjälp</i>               | 47        |

|           |        |                                              |           |
|-----------|--------|----------------------------------------------|-----------|
|           | 13.2.3 | <i>Praxis – aktiv dödshjälp</i>              | 47        |
|           | 13.3   | Beslutskompetens                             | 49        |
|           | 13.4   | Pågående utveckling                          | 49        |
| <b>14</b> |        | <b>Medicinsk forskning</b>                   | <b>49</b> |
|           | 14.1   | Allmänt                                      | 49        |
|           | 14.2   | Information och samtycke                     | 50        |
|           |        | 14.2.1 <i>Informationen</i>                  | 50        |
|           |        | 14.2.2 <i>Samtycket</i>                      | 50        |
|           |        | 14.2.3 <i>Underåriga</i>                     | 51        |
|           | 14.3   | Läkemedelsprövning                           | 51        |
|           | 14.4   | Annan forskning                              | 51        |
| <b>15</b> |        | <b>Inskränkningar i den fysiska friheten</b> | <b>52</b> |
|           | 15.1   | Inledning                                    | 52        |
|           | 15.2   | Frivillig vård                               | 52        |
|           |        | 15.2.1 <i>Senildementa</i>                   | 52        |
|           |        | 15.2.2 <i>Presumerat samtycke</i>            | 52        |
|           |        | 15.2.3 <i>Inlåsnig</i>                       | 53        |
|           |        | 15.2.4 <i>Fastspänning</i>                   | 53        |
|           |        | 15.2.5 <i>Larm</i>                           | 54        |
|           | 15.3   | Psykiatrisk tvångsvård                       | 54        |
|           |        | 15.3.1 <i>Allmänna krav</i>                  | 54        |
|           |        | 15.3.2 <i>Inlåsnig</i>                       | 55        |
|           |        | 15.3.3 <i>Fastspänning</i>                   | 55        |
|           |        | 15.3.4 <i>Isolering</i>                      | 55        |
|           | 15.4   | Utvärdering                                  | 55        |
|           | 15.5   | Annan tvångslagstiftning                     | 56        |
| <b>16</b> |        | <b>Avslutande synpunkter</b>                 | <b>56</b> |
| <b>17</b> |        | <b>Källor</b>                                | <b>58</b> |

## 1 Inledning

Alla har vi någon gång varit i behov av medicinsk vård och behandling. Med andra ord har vi alla, eller åtminstone kommer vi alla någon gång att ha rollen som patient. I denna situation händer det inte sällan att man känner sig utlämnad och maktlös, dels på grund av ens hälsotillstånd men också för att man hamnat i en omgivning som besitter en specialistkompetens på ett område som man inte kan någonting om. I denna situation har man dock fortfarande sina mänskliga rättigheter i behåll, och de i grundlagen stadgade fri- och rättigheterna gäller också då det gäller sjukvården. Det är alltså av yttersta vikt att komma ihåg att man fortfarande står som en suverän människa, oavsett om man begriper det medicinsk-tekniska innehållet eller inte. Detta sista är en av de röda trådar som jag märkte genomgående kom att finnas med då det gällde att fastställa patientens autonomi.

Det har varit oerhört intressant att fördjupa sig i ett område som man annars inte tänker så mycket på – förrän det förr eller senare kommer att beröra en själv eller någon nära. Innan jag bestämde mig för ett ämne hade jag funderingar kring att skriva mitt arbete på uppdrag av någon, det skulle kännas lite mer meningsfullt då, och jag måste tacka min handledare Lotta Westerhäll då det var hon som föreslog ämnet. Genom henne kom jag att skriva detta arbete som en nationell rapport om det svenska rättsläget rörande patientens autonomi, speciellt i livets slutskede, som ett universitet i Tyskland behövde för en konferens under hösten – 99. Att skriva på uppdrag visade sig ha fördelar i det att mycket av dispositionen och problemställningarna redan var utstakade, å andra sidan hade man inte friheten att kanske ändra inriktning eller synvinkel under arbetets gång. Det var i alla fall en utmaning att på ett utförligt och riktigt sätt försöka att besvara och belysa de frågeställningar och problem som uppdraget utgjorde.

Jag hoppas att läsaren av detta arbete kommer att inse de problem som uppstår då den medicinska vetenskapen, och ibland också dess etik, ställs mot varje människas rätt till självbestämmande. I de allra flesta fall finns det ingen mall att följa, utan varje situation och patient kräver ett nytt ställningstagande. Min andra förhoppning är att man i detta arbete också kan finna i vart fall vilka riktlinjerna är då det gäller att komma fram till ett sådant ställningstagande.

### 1.1 Syfte

Jag har redan i inledningen berört lite av själva syftet med arbetet, och som framgår av titeln handlar det om patientens autonomi i livets slutskede. Skall man vara ännu mer exakt är det en redogörelse för vilka lagar och regler som i svensk rätt tillvaratar och skyddar patientens rätt till självbestämmande, och följaktligen även vilka undantagen är. I mina instruktioner inför arbetet fanns en rad problemområden upptagna. Jag har således i särskilda kapitel fokuserat på frågor rörande till exempel avbrytande av behandling, icke insatt behandling, aktiv dödshjälp, tvångsåtgärder, transplantation m m. Vad gäller inom dessa områden avseende patientens autonomi? Är min vilja såsom patient ensam avgörande då det gäller den vård och behandling som sätts in, eller som jag kanske inte vill ta emot? Och vad ställs det för krav på min person för att min vilja skall ha rättslig giltighet? Vad händer om jag

inte kan uttrycka min vilja? Kan någon annan person fatta bindande beslut rörande min vård och behandling, och kan detta ske också emot min vilja?

Detta är bara en del av de frågeställningar som denna uppsats har haft till syfte att belysa och så långt möjligt också att besvara. För att kunna uppnå detta har det emellertid varit nödvändigt att först behandla de grundläggande etiska principerna inom svensk hälso- och sjukvård, och även att ge en allmän bild av hur patientens självbestämmanderätt ser ut i svensk rätt. Inom varje problemområde har syftet varit att belysa det som kan anses vara det gällande rättsläget i Sverige just nu, och även eventuella pågående förändringar. Jag har givit egna kommentarer på vissa ställen, men mina personliga åsikter har som sagt inte varit syftet med uppsatsen. Det avslutande kapitlet har dock tjänat som plats för dessa.

## 1.2 Metod

Det tillvägagångssätt varpå jag har skrivit detta arbete kan enklast beskrivas som traditionell juridisk metod. De klassiska rättskällorna har använts. När det gällde att tyda syftet med en bestämmelse och hur den alltså var ämnad att tillämpas har jag gått till lagförarbetena i form av SOU och propositioner. I de allra flesta fall har jag använt mig av båda parallellt, och jag fann att motiveringen av en bestämmelse ibland var något utförligare i den offentliga utredningen. Oftast sökte jag också upp vad som sagts om propositionen i det aktuella utskottet. Då det gäller doktrin har jag använt mig av både lagkommentarer och annan litteratur på detta område. Jag måste säga att doktrinen i många fall var mer innehållsrik och utförlig än vad jag trodde fanns. Speciellt några böcker hade jag inte klarat mig utan.

Den tredje klassiska rättskällan, praxis, har jag också använt mig av men den har inte varit så central som de två förra. Jag fann att domstolspraxis avseende patientens bestämmanderätt nästan inte finns, och de fall från HSAN som finns upptagna har jag hämtat antingen från doktrin eller en samlingsbok som finns med dessa fall. HSAN fall kan man nämligen inte få tag på genom sökord i någon databas, utan man måste ha numret. Jag har också sökt mig till föreskrifter och författningar lämnade av Socialstyrelsen och uttalanden gjorda av JO. Då det gäller förändringar har jag letat efter direktiv lämnade av regeringen till parlamentariska utredningar rörande de aktuella frågorna.

## 2 Överblick över svensk hälso- och sjukvård

### 2.1 Organisation

Den absolut allra största delen av den svenska hälso- och sjukvården ligger inom den offentliga sektorn, närmare bestämt så är det landsting och kommuner som är huvudmän för denna verksamhet. Landstingen har stor frihet vad gäller organisationen av hälso- och sjukvården, men staten har dock ändå det övergripande ansvaret. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finansieras huvudsakligen genom landstingsskatten. Resterande del utgörs av statsinkomster från arbetsgivaravgifter, skatteutjämningsbidrag och försäkringsersättning, tillsammans med en liten del som patienten betalar själv.

Landstingen bedriver hälso- och sjukvård inom både öppen och slutna vård. Till den slutna vården hör t ex läns- och regionsjukhusen. Vården här gäller främst kroppsligt sjuka, men även den psykiatriska slutenvården ligger inom landstingen. Det är här som den mest avancerade vården finns, med olika specialiteter samlade, och det är här som patientens utredning, diagnostisering och prognosbildning sker. Den öppna vården innefattar främst primärvården och landstingens tandvård. Det är inte främst primärvårdens organisatoriska utseende som är av intresse, utan det att det är en vårdnivå som skall kunna tillgodose befolkningens grundläggande behov av hälso- och sjukvård, vilket för övrigt definieras på samma sätt av Världshälsoorganisationen, WHO.

Öppenvården kan delas in i två nivåer, där den första utgörs av primärvård som innefattar grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Allt detta skall vara tillgängligt utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller

patientgrupper. Detta hindrar naturligtvis inte att vården kan vända sig till olika grupper, så t ex finns avdelningar för vuxenvård, barnavård, mödravård, arbetsterapi, sjukgymnastik m m. En av primärvårdens viktigaste funktioner är att människor skall uppleva en närhet och kontinuitet i vården, där samtalskontakt är en oftast lika väsentlig del som själva den medicinska hjälpen. God kännedom om de lokala förhållandena och individbaserat förebyggande arbete är också kännetecknande för denna vård. Den andra nivån på öppenvården kan man säga har sin grund i den specialiserade sjukvården, och består av insatser som görs av andra specialister än sådana i allmänmedicin, inom såväl både offentlig verksamhet som privat. Övrig öppenvård hör därmed i allmänhet till den sekundära vårdnivån.

I dagsläget har även kommunerna ett huvudmannaansvar för viss hälso- och sjukvård som ingår i primärvården. Det ansvar för vården av gamla som kommuner och landsting delade på brukade vålla problem. Det fanns betydande svårigheter att samordna arbetet, bl a för att synen på den grundläggande inriktningen varierade och man saknade ett gemensamt system avseende ekonomiska prioriteringar. Ett enda huvudmannaskap kunde ge en klar inriktning på vården och ett enhetligt system angående ekonomin skulle bidra till ett sammanhängande system. Landstingen skulle då också kunna renodla sin verksamhet och därigenom höja båda kvaliteten och kostnadseffektiviteten på vården. Genom den reform som kallas Ädel - reformen, har en del av det förut delade ansvaret nu flyttats helt på kommunerna. Dessa skall enligt HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre med behov av särskilt stöd. Detta innefattar t ex människor som bor i sjukhem, ålderdomshem, servicehus och gruppboende för äldre. Med "äldre" avses här den allmänna pensionsåldern, 65 år. Vidare är det kommunerna som ansvarar för vården av de som bor i bostad med särskild service för att de p g a fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför behöver ett sådant boende. Här innefattas även yngre människor med sådant behov. Kommunen skall också bistå med dagverksamhet, t ex dagcentraler som har inrättats för att erbjuda fritidsverksamhet och en träffpunkt för människor, och då inte bara äldre.

Landstingen är fortfarande ansvariga vad gäller läkarinsatserna inom den kommunala verksamheten. Vidare har man tillsammans med kommunerna befogenhet att driva hemsjukvården. I en överenskommelse kan hemsjukvården överlåtas på kommunerna, vilket även i en kvalitativ bedömning skall godkännas utav regeringen. Också annars kan kommunerna bedriva sådan vård, men då är det fortfarande landstinget som bär det odelade ansvaret.

Kommuner och landsting har en stor frihet vad gäller att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar, och tillsynen av hälso- och sjukvården blir ännu viktigare. Den myndighet som har till uppgift att såväl kontrollera samt att följa och stödja verksamheten är Socialstyrelsen. Myndigheten utövar både individtillsyn och verksamhetstillsyn. Med det förre menas att myndigheten bevakar det sätt varpå den enskilde yrkesutövaren fullgör sina åligganden inom hälso- och sjukvården. Vad gäller verksamheten omfattas vårdgivarna av de allmänna bestämmelserna i HSL och TandvL och skyldigheten att bedriva en god vård innebär också ett krav på organisationens utformning. Den måste vara uppbyggd på ett sådant sätt och ha sådana resurser att en god vård skall kunna ges.

En annan myndighet av betydelse är den från Socialstyrelsen fristående Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. Enligt lag skall HSAN pröva frågor om disciplinpåföljd och återkallande av legitimation. Det är samma myndighet som också beslutar om att eventuellt meddela ny legitimation och pröva andra frågor om begränsningar i behörigheten för personalen. Socialstyrelsen kan om den anser att det finns behov av att pröva något sådant ärende anmäla detta till HSAN. Ansvarsnämndens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

De grundläggande lagarna på hälso- och sjukvårdens område är Hälso- och sjukvårdslagen<sup>1</sup>, HSL, som bl a anger de allmänna villkor varpå vården skall ges och vilka som har rätt att få

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL

vård och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, YrkesvL<sup>2</sup>. Den senare lagen trädde i kraft 1 januari 1999 och är en sammanslagning av de bestämmelser som tidigare fanns i skilda lagar, t ex regler om personalens skyldigheter och ansvar, om tillsynen över hälso- och sjukvården m m. Medan HSL stadgar skyldigheter för sjukvårdshuvudmännen, vänder sig YrkesvL till hälso- och sjukvårdspersonalen.

I detta inledande skede är det nödvändigt att också kort nämna några av de viktigaste principerna som genomsyrar den svenska hälso- och sjukvården. Dessa finns säkerligen mer eller mindre likadant utformade i andra länders sjukvårdssystem, men trots det är det viktigt att redogöra för principerna så som de ser ut i Sverige, och framförallt kanske rangordningen dem emellan.

## 2.2 Etiska principer

I juni 1992 startade ett utredningsarbete som syftade till att diskutera hälso- och sjukvårdens roll i välfärdssamhället och att belysa de etiska principer som måste ligga till grund för beslut angående prioriteringar inom vården, såväl på politisk som medicinsk nivå. Denna Prioritetsutredning lade 1993 fram rapporten "Vårdens svåra val", och efter ytterligare mycket arbete presenterades ett slutbetänkande 1995.<sup>3</sup> I sitt arbete med att lyfta fram dessa principer utgick utredningen ifrån de inom medicinsk-etisk litteratur diskuterade normerna och riktlinjerna som vilar på humanismens grundprinciper. Dessa grunddrag innebär i korthet att alla människor har ett lika värde oavsett ålder, kön, hudfärg och hälsotillstånd. Vidare har alla människor rätt att bestämma över sitt eget liv och sina handlingar, även på hälso- och sjukvårdens område. Man bör vidare sträva efter att göra gott - att öka godheten i världen, och man bör inte skada eller åstadkomma lidande. Alltså skall man i en valsituation välja det som kan bedömas gör minst skada. Sist skall man inte genom en handling skada det syfte som man försöker att uppnå - målen helgar med andra ord inte alltid medlen. Kort sagt att göra gott, att inte skada, att vara rättvis och att respektera självbestämmande och integritet. Emellertid fann man dessa formuleringar alltför vaga och vidare var det klart att även de måste ha sina begränsningar. Utifrån detta presenterades då de modifierade varianterna.

### 2.2.1 Människovärde

Människovärdesprincipen förklaras med att "Att alla människor har samma värde är detsamma som att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade och att ingen människa i detta avseende är förmer än någon annan." Det centrala att ha i åtanke här är alltså att det värde man besitter genom att vara människa inte är förenat med den ställning man har i samhället, ens personliga egenskaper eller andra omständigheter utanför själva existensen. Denna princip återspeglar en syn som på många sätt genomsyrar det västerländska samhället, till exempel återfinns liknande formuleringar i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna, och i svensk grundlag.<sup>4</sup>

### 2.2.2 Behov- och solidaritet

Behovs- eller solidaritetsprincipen är en annan grundläggande princip. Om grunden för beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården är människovärdesprincipen tar denna senare princip hänsyn till verkligheten sådan den ofta är. Många gånger räcker inte resurserna till för att alla skall få det som de är i behov av, och dilemman då är att avgöra vart hjälpen skall gå och samtidigt respektera allas lika värde som människor. Denna princip kan formuleras som att "Resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst." En av målsättningarna i HSL anger att hälso- och sjukvården skall syfta till en god hälsa och vård för alla på lika villkor. Denna solidaritetstanke innebär också att man särskilt beaktar behoven hos de svagare grupperna, som kanske inte alltid själva kan göra sig hörda, hit hör till exempel barn, åldersdementa, medvetlösa patienter, svårt psykiskt störda eller förvirrade människor och andra som har svårt att ge uttryck för sin vilja och sina behov.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

<sup>3</sup> SOU 1995:5

<sup>4</sup> SOU 1995:5 s 117, prop 1996/97:60 s 20

<sup>5</sup> SOU 1995:5 s 117 f, prop 1996/97:60 s 20 f



Dessa personer har samma rätt som andra att få vård och att få sin integritet respekterad. Denna princip finns nu inskriven i 2§ st2 HSL.

### 2.2.3 *Kostnadseffektivitet*

Kostnadseffektivitetsprincipen är den tredje viktiga principen. Sjukvården, liksom alla andra verksamheter, har tyvärr endast ändliga resurser till sitt förfogande, och inte sällan ställs man inför ett val mellan olika alternativa vägar beträffande en patient. Som en ledning i detta val har utredningen sagt att ”Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.” Den viktiga frågan här är vilken kostnadsökning som kan anses acceptabel för att man skall få en viss effektökning. I bedömningen gäller det inte att bara ta ställning till ökad effekt gentemot kostnad, utan även hur många patienter med samma sjukdom som kan få hjälp. Effektökningarna i sin tur kan bestå av att behandlingens mål bättre uppfylls eller att biverkningar och komplikationer minskar. Är resurserna begränsade kan det alltså ibland vara rimligt att välja den näst bästa behandlingen. Viktigt att nämna här är också att utredningen ansåg att principen bör tillämpas endast vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom, för att effekterna skall kunna jämföras på ett rättvisande sätt.<sup>6</sup>

Dessa principer kan helt klart komma i konflikt med varandra, och vid en eventuell sådan skall de rangordnas med människovärdesprincipen främst, efterföljd av behovs- och solidaritetsprincipen och sist kostnadseffektivitetsprincipen. Detta innebär att man inte på grund av kostnadsskäl får låta behandling av svåra sjukdomar och svåra försämringar av livskvaliteten komma efter behandling av lindrigare åkommor, även om dessa är billigare. Kostnadseffektivitetsprincipen kan inte rättfärdiga att man avstår från eller försämrar kvaliteten på vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, svårt handikappade och andra som inte anses utgöra en lönsam del av samhället.<sup>7</sup>

Principerna ovan ger uttryck för värdeteorier som utgörs av humanismens grundprinciper, och däribland finns att alla människor skall få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar - även inom hälso- och sjukvården. Men trots att detta är en av grunderna till vårt demokratiska samhälle finns det situationer där inte den egna viljan alltid blir vägledande.

## 3 Patientens bestämmanderätt

### 3.1 Inledning

De etiska principer som redogjorts för ovan skall genomsyra hela sjukvårdssystemet. I 2§ HSL stadgas just att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor, och att vården skall ges med respekt för alla människors värdighet och lika värde. Vad som är ett värdigt liv, eller en värdig död, är någonting som alla har uppfattningar om, men ytterst är det ingen annan än den enskilda personen som kan avgöra vad som är en värdig tillvaro för just henne. Med detta i åtanke kan man tycka att det borde varit så att den enskilde patientens vilja alltid skulle vara avgörande vad avser vården som ges. Verkligheten är dock en annan, och ett sådant system skulle i de allra flesta fall visa sig vara ogenomförbart. I det följande kommer jag att försöka redogöra för hur långt patientens självbestämmanderätt sträcker sig, i diverse olika situationer.

<sup>6</sup> SOU 1995:5 s 119-121, prop 1996/97:60 s 21 f

<sup>7</sup> SOU 1995:5 s 121

I 2a§ HSL stadgas att hälso- och sjukvården skall uppfylla kravet på en god vård, vilket närmare definieras som att den skall vara av god kvalitet, kunna tillgodose patientens behov och vara lättillgänglig. Därefter står att vården skall ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”, något som enligt propositionen avser att understryka vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården. Man betonar vidare att det är patienten själv som bestämmer om vård överhuvudtaget skall ges, och att det är angeläget att patienten görs uppmärksam på detta.<sup>8</sup> En vårdsökande är en medmänniska som alltid har rätt till okränkad värdighet och integritet när hon utnyttjar hälso- och sjukvårdens tjänster.<sup>9</sup> Man kan uppmärksamma att till skillnad från 2§ HSL där bl a människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprinciperna finns inskrivna och som är en målsättningsparagraf, 2a§ står under rubriken ”Krav på hälso- och sjukvården”.

### 3.2 Informerat samtycke

En omständighet som bidrar till att försöka skapa en garanti för patientens autonomi inom hälso- och sjukvården, består i att patienten är införstådd med vårdens innebörd och konsekvenser, och att han/hon därefter godkänner den eventuella behandlingen. Momentet består alltså dels av given information, och dels av ett av patienten givet samtycke. Krav på ett sådant informerat samtycke finns inte explicit uttryckt i lag, men kan utläsas av bestämmelser i HSL och YrkesvL. I 2:2 YrkesvL stadgas att den ansvarige för hälso- och sjukvården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och de behandlingsmetoder som finns, vidare skall vården så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Denna bestämmelse påminner för övrigt om den upplysningsskyldighet som finns för sjukvårdshuvudmannen i 2a§ 3st HSL. I båda dessa lagar finns alltså bestämmelser som rör respekt för patienten, skyldighet att informera och så långt möjligt besluta i samråd med patienten. Den stora skillnaden är att bestämmelsen i HSL vänder sig till sjukvårdshuvudmannen med en skyldighet för denne att organisera verksamheten på ett sådant sätt att kraven kan uppfyllas.<sup>10</sup> Bestämmelserna i YrkesvL vänder sig direkt till personalen.

#### 3.2.1 Information till patienten

Informationen är som sagt en förutsättning för att kravet på patientens samtycke skall ha någon verklig innebörd, och det är en av hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter. Syftet är att patientens behov av information skall tillgodoses så att han skall känna sig delaktig i vården och kunna utöva sin självbestämmanderätt. Plikten gäller den som har det direkta ansvaret för de vårdåtgärder som informationen avser. Personen i fråga kan dock naturligtvis överlåta åt någon annan att upplysa patienten, men bär ändå ansvaret för att detta görs. Informationen måste ges så utförligt och ingående som krävs för att just patienten i fråga skall kunna avgöra om hon/han vill ha behandlingen eller inte.<sup>11</sup> Till exempel så skall enligt 8§ FörvL någon som inte behärskar det svenska språket erbjudas tolkhjälp i sin kontakt med myndigheter. Denna paragraf måste anses vara vägledande också inom den offentliga hälso- och sjukvården. Bestämmelser om tolk finns även i 3a§ 3p HSL och gäller då även den privata sjukvården. Personalen kan inte utgå från att patienten redan äger kunskap om olika behandlingssätt, eventuella biverkningar osv, även om det skulle röra sig om grundläggande förhållanden. I ett delbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation nämns att informationen är av högsta betydelse vad gäller patientens möjlighet att utöva sin självbestämmanderätt och vara delaktig i vården.<sup>12</sup> För att lyfta fram patientens rätt till information föreslogs att denna skyldighet skulle regleras i en egen bestämmelse i HSL. Regeringen föreslog så också i sin proposition 1998/99:4 att en ny 2b§ skulle införas med stadgandet att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Samtidigt gjordes motsvarande preciseringar i 2:2 YrkesvL.

<sup>8</sup> prop 1981/82:97, s 50, 117

<sup>9</sup> A a s 117

<sup>10</sup> A a s 119

<sup>11</sup> se prop 1978/79:220 s 44

<sup>12</sup> SOU 1997:154 s 318

### 3.2.2 Informationens innehåll

Mer konkret skall information lämnas först och främst om vederbörandes hälsotillstånd, tillsammans med andra relevanta uppgifter som t ex svar på provtagningar. Vidare skall patienten upplysas om konsekvenserna av att inget ingripande sker, och om de behandlingsmetoder som finns. Patienten måste också uppmärksammas på syftet med åtgärden, och dess omfattning. Det praktiska tillvägagångssättet skall också förklaras, liksom det faktum att patienten inte på något sätt är tvungen att genomgå de föreslagna åtgärderna.<sup>13</sup> Speciellt denna sista omständighet är oerhört viktigt för att patienten inte skall känna press utöver den som hälsotillståndet orsakar, och det är vidare ett faktum som långt ifrån är självklart för alla, vilket också framgår av uttalandet i propositionen till HSL.<sup>14</sup> Vikten av att informationen ges gör att underlåtelse att fullfölja denna plikt bl a kan medföra disciplinpåföljd för personalen, enl 5:3 YrkesvL.

### 3.2.3 Undantag

Informationsplikten kan falla bort i några fall. För det första kan det vara så att patienten rent faktiskt inte kan upplysas, detta kan bero på att patienten t ex inte är kontaktbar p g a medvetlöshet, utmattning eller också att patienten p g a sitt hälsotillstånd inte kan tillgodogöra sig informationen. I en sådan situation är det inte rättsstridigt att begränsa eller underlåta att upplysa patienten om hans tillstånd m m. Informationen skall då istället lämnas till patientens närstående eller till eventuella legala företrädare. Det kan också vara så att en patient på grund av sekretess bestämmelser inte får informeras. I propositionen till tillsynslagen sägs att om en patient låter förstå att han inte vill veta någonting om sitt tillstånd, denna inställning givetvis måste respekteras.<sup>15</sup> Detta stämmer överens med respekten för patientens integritet, men det är viktigt att man verkligen försäkras sig om att det är så det ligger till och man måste vara uppmärksam på att personen i framtiden kan ändra sin inställning. Det finns dock undantag för hur långt den egna viljan styr, främst då det finns risk för allvarliga konsekvenser vid utebliven behandling, liksom då information måste ges vid organdonation eller sterilisering.

## 3.3 Skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp

### 3.3.1 Allmänt

Redan i Sveriges grundlag finns bestämmelser som kan ha betydelse för patientens självbestämmanderätt. Av direkt betydelse är bestämmelserna om rätten till kroppslig integritet i 2Kap RF. Dessa regler styr förvisso förhållandet mellan det offentliga och individen, något som har betydelse i de fall vården bedrivs i privat form. Kanske kan man dock säga att även i den organisationsformen fortfarande utövas offentlig förvaltning, enligt den möjlighet för privata att göra detta som ges i 11:6 st3 RF, men också annars måste grundlagsskyddet anses vars uttryck för en mera allmän rättsprincip. I RF 2:6 stadgas bl a att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad från påtvingat kroppsligt ingrepp. Tolkningen av ordet *påtvingat* kan diskuteras. Man kan mena att med detta skall förstås varje kroppsligt ingrepp som sker utan samtycke – uttryckligt, tyst, hypotetiskt – från personen själv. Den andra tolkningen skulle vara att endast kroppsliga ingrepp som sker mot personens vilja, uttryckt på något sätt, inryms i skyddet. Som personens vilja måste då uppfattas också viljetryningar från omogna underåriga och psykiskt störda.

I litteraturen har framhållits att det är den senare tolkningen som bör gälla.<sup>16</sup> Detta måste vara det riktiga, då människor som inte kan ge ett rättsligt giltigt samtycke annars aldrig skulle kunna bli föremål för påtvingat kroppsligt ingrepp. Under begreppet kroppsligt ingrepp faller bl a alla slags kirurgiska ingrepp och även olika typer av medicinering, i alla fall om de kan medföra påtagliga in- eller utvändiga kroppsliga förändringar. Vidare räknas läkarundersökning hit. En psykiatrisk läkarundersökning utgör i och för sig kanske inte

<sup>13</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, s 201ff

<sup>14</sup> prop 1981/82:97 s 50, 117

<sup>15</sup> Prop 1978/79:220, s 44

<sup>16</sup> se bl a Wennergren, *Enskilds rättskydd mot påtvingat kroppsligt infrepp*, s 89

något kroppsligt ingrepp enligt paragrafens ordalydelse, men för den enskilde borde en sådan undersökning kunna uppfattas minst lika påfrestande för integriteten som en fysisk undersökning. I praxis har också ansetts att psykiatrisk undersökning omfattas av begreppet kroppsligt ingrepp och i förarbetena avses såväl ett skydd för ingrepp i kroppen som ett mera vidsträckt skydd för den kroppsliga integriteten. Även tagandet av fingeravtryck hänförs till begreppet.<sup>17</sup> Dessa ingrepp får alltså inte vara påtvingade, och även om det inte finns någon exakt definition av vad som anses med ”påtvingat”, är det helt klart att sådana ingrepp som genomförts med våld eller hot om våld ryms inom RF 2:6.

### 3.3.2 Socialt adekvata handlingar

En annan regel av betydelse i detta sammanhang är 2:8 RF som stadgar ett skydd för varje medborgare från frihetsberövande av det allmänna. Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva någon hans rörelsefrihet, det kan till exempel vara fråga om inlåsning eller fastspänning. Dessa grundlagsskydd är inte oinskränkbara och enligt 2:12 st1 RF får de i viss utsträckning begränsas, men detta bara genom lag eller annan författning efter bemyndigande i lag. Detta innebär alltså att man måste ha lagstöd för att kunna genomföra ett kroppsligt ingrepp på en människa som motsätter sig detta. Vidare betyder det att man inte kan åberopa sedvanerätt som giltig grund för begränsning av dessa rättigheter. Som ännu ett skydd sägs att sådan inskränkning bara bör ske för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och att detta aldrig får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett inskränkningen.

Många av de åtgärder som vidtas på hälso- och sjukvårdens område är sådana att de skulle strida mot grundlagens bestämmelser och även komma in under BrB Kap 3 där det stadgas om brotten mot liv och hälsa. Samtycke från patienten är då en grundläggande förutsättning för i princip all sjukvård, men även om samtyckesbestämmelsen i 24:7 BrB förvisso är tillämplig för sjukvården, måste försvarlighetsbedömningen ske utifrån andra utgångspunkter.<sup>18</sup> Man kan säga härom att inom hälso- och sjukvården har tillämpats en oskriven regel i de fall då ett medicinskt ingrepp uppfyllt förutsättningarna för till exempel misshandel och åtgärden inte fullt ut har ansetts vara ansvarsfri bara genom patientens samtycke. Samtycke enligt 24:7 BrB befriar nämligen aldrig från svårare skador och handling som berövar livet, man kan heller inte samtycka till att utsätta sig för risken att detta inträffar.<sup>19</sup> Detta innebär att en i och för sig lyckad operation vartill patienten samtyckt inte kan förklaras ansvarsfri utan ytterligare en ansvarsfrihetsgrund. Det kan också handla om att en läkare genom en lindrande behandling för patientens smärtor samtidigt förkortar dennes liv. Vad gäller åtgärder på hälso- och sjukvårdens område krävs alltså att en annorlunda gränsdragning görs än på privaträttens område, med hänsyn till handlingarnas syfte. Att dessa handlingar inte medför straffansvar beror på att de anses vara *socialt adekvata* eller en *livets regel*. Denna oskrivna undantagsregel framställs som en slags säkerhetsventil, utan vilken det formellt sett inte skulle vara möjligt för t ex en läkare att gå fri från ansvar i sin yrkesutövning.<sup>20</sup>

Efter denna första, grundläggande regel kommer emellertid patientens samtycke att spela en avgörande roll. Man kan säga att en situation där patienten samtyckt inte kommer att innehålla något tvångsmoment. Vård enligt HSL är frivillig, detta gäller också den psykiatriska vård som meddelas enligt samma lag, och den får alltså inte ges med tvång. Ovan har redogjorts för att det finns ett krav på informerat samtycke, och frågan är om detta samtycke måste vara utformat på något speciellt sätt för att anses som giltigt. Vidare finns även situationer där behandling kan komma att ges trots att ett samtycke från patienten inte kan inhämtas just då.

## 4 Samtyckets beskaffenhet

### 4.1 Inledning

<sup>17</sup> se Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling*, s 100 ff, prop 1975/76:209 s 147

<sup>18</sup> prop 1993/94:130 s 40, 43

<sup>19</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära*, s 177 f, Brottsbalken II s 618

<sup>20</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära*, s 181

Som framgått ovan finns det inget uttryckligt krav på samtycke i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I stället stadgas att vården så långt möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten, samt att patienten skall visas omtanke och respekt. (lagrum) Angående tolkningen av dessa bestämmelser sägs i förarbetena att ”det i princip krävs samtycke av patienten till planerade vårdåtgärder.”<sup>21</sup> Vidare sägs i propositionen till HSL om där motsvarande bestämmelser att det är patienten som bestämmer om vård skall ges, och att det är angeläget att de är medvetna om detta.<sup>22</sup> Samtyckeskravet är alltså inte absolut då samråd endast skall ske ”så långt möjligt” och det ”i princip” krävs samtycke. De situationer där kravet efterges skulle kunna vara då samhället ingriper enligt bestämmelser i LVU om t ex vårdnadshavare motsätter sig erfoderlig behandling, eller ibland då psykiskt sjuka patienter motsätter sig vård utan samband med den psykiska sjukdomen, om det är en akutsituation. Det kan också vara så att om patienten inte är kontaktbar och oförmögen att ge ett rättsligt giltigt tillstånd, nödvändig behandling ändå kan genomföras.<sup>23</sup>

#### 4.2 Allmänna krav

Vad skall då samtycket mer exakt ha för kvaliteter för att anses såsom rättsligt giltigt? Inom straffrätten finns samtycke som en självständig ansvarsfrihetsgrund i 24:7 BrB, med lydelsen:

En gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas utgör brott endast om gärningen, med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter, är oförsvarlig.

Denna grund till samtycke kan som sagts inte fullt ut användas som ansvarsfriande inom hälso- och sjukvården endast i sig själv, men förutsättningarna för dess rättsliga giltighet är desamma. Som ett första villkor uppställs att samtycket skall ha lämnats av någon behörig att förfoga över det aktuella intresset. Vad gäller åtgärder som berör liv och hälsa är huvudregeln att i princip ingen är behörig att bestämma över annan än sig själv.<sup>24</sup> Vidare måste den som samtycker vara kapabel att förstå innebörden av ett samtycke. Härvid ges en persons ålder eller psykiska tillstånd ingen självständig betydelse, utan det är den individuella graden av mognad och verklighetsuppfattning som blir avgörande. Även en vuxen frisk person kan ha nedsatt beslutskompetens p g a tillfällig förvirring, utmattning eller svår smärta. Också en omyndig person eller någon med själslig abnormitet kan alltså ge ett giltigt samtycke till t ex läkaringrepp så länge de förstår innebörden av ingreppet. Det måste ske en bedömning i varje enskilt fall, då det inte finns några generella regler.<sup>25</sup> Ännu en förutsättning är att samtycket skall ha lämnats frivilligt och under insikt om relevanta förhållanden. Samtycke som lämnats under fysiskt eller psykiskt våld leder inte till ansvarsfrihet, och villfarelse eller okunnighet angående någon omständighet av betydelse gör samtycket ogiltigt. Slutligen måste samtycket vara allvarligt menat. Vad gäller tidpunkten för samtyckets lämnande krävs att det föreligger då den aktuella handlingen företas.<sup>26</sup>

#### 4.3 Dokumentation

Vad gäller samtycke till vård och behandling finns i Sverige inget generellt krav på att det skall vara dokumenterat. Också inom straffrätten tillämpas istället den s k viljeinriktningsteorin, där det alltså är tillräckligt med ett inre, uttalat samtycke för

<sup>21</sup> prop 1978/79:220 s 44

<sup>22</sup> prop 1981/82:97 s 50

<sup>23</sup> A a s 118

<sup>24</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 173, Brottsbalken II s 616

<sup>25</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 173, Brottsbalken II s 616, Etiska vägmarken 8, *Information och samtycke* s 32, prop 1993/94:130 s 39

<sup>26</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 173. Brottsbalken II s 617, prop 1993/94:130 s 39

ansvarsfrihet.<sup>27</sup> Detta utgör naturligtvis inget hinder för att patienten till exempel skriver under en handling där han förklarar sig samtycka till behandling. Vidare kan det vara lämpligt då det är fråga om en åtgärd som föregåtts av tvekan och ingående samtal med den ansvarige läkaren, att samtycket noteras i journalen. Samma sak gäller i det motsatta fallet, där patienten beslutat att avstå från behandling.<sup>28</sup> I patientjournalagen sägs i 3§ att en patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. I vissa fall föreligger dock lagstadgade specialbestämmelser som skärper kravet på samtycket. Bland annat uppställs i transplantationslagens 6§, angående tagande av biologiskt material från levande, ett ovillkorligt krav på uttryckligt samtycke och i vissa fall skriftligt.<sup>29</sup> Vidare gäller angående aborter att sådana inte får utföras utan att kvinnan själv begär det, i enlighet med 1§.<sup>30</sup> Likaså krävs enligt steriliseringslagens 2§ att åtgärden skall begäras.<sup>31</sup> Vad gäller forskning eller behandling med befruktade ägg förutsätter sådana åtgärder att samtycke lämnats av donatorerna av ägg och sperma.<sup>32</sup> Muntligt samtycke är i och för sig tillräckligt här, men dokumentation rekommenderas.<sup>33</sup> Dessa ingrepp är av särskilt långtgående karaktär, och det har därför ansetts motiverat att samtycket regleras uttryckligt i lag.<sup>34</sup> Så som Rynning dock påpekar känns det inte mindre nödvändigt att ha så tydliga samtyckesregler som möjligt även vad gäller de mer konventionella hälso- och sjukvårdsområdena.<sup>35</sup>

Ett mera vanligt sätt för patienten att ge uttryck för sin inställning är att muntligen, eller till exempel genom en nick, göra klart för personalen om han vill genomgå en föreslagen behandling eller vad det rör sig om. Det allra vanligaste sättet är dock, i alla fall vid mindre ingrepp, det tysta, eller det konkludenta, samtycket. Här visar patienten sin medverkan genom att helt enkelt ställa sig till personalens förfogande, han visar genom sitt handlande om han samtycker eller inte. Detta sätt har sina nackdelar i bevishänseende och det finns en risk för att patientens självbestämmanderätt tas på mindre allvar, men det konkludenta samtycket är ändå tillräckligt för att uppfylla kraven i hälso- och sjukvårdslagstiftningen för giltigt samtycke. Det sägs t ex att det räcker att patienten ”uppträder på ett sådant sätt att det står klart för läkaren att patienten samtycker.”<sup>36</sup> Ett tyst samtycke bör naturligtvis undvikas i fall där det på grund av patientens hälsotillstånd föreligger risk för missförstånd.

#### 4.4 Samtyckets omfattning

När det gäller medicinska åtgärder inträffar inte sällan situationer då personalen måste vidta oförutsedda och icke diskuterade åtgärder. I vilken mån kan man då anse att dessa åtgärder omfattas av samtycket? Som huvudregel måste samtycket anses avse de speciella åtgärder som uttryckligen har angivits i samtycket. Ett sådant specificerat samtycke är det bästa då det förebygger missförstånd och ogrundade antaganden från personalens sida, men i verkligheten är det sällan som ett sådant samtycke kan ges. Oftare får därför samtycket anses innefatta de åtgärder som ingått i informationen och diskuterats, och som inte har undantagits från samtycket. Det får bero på omständigheterna huruvida ett allmänt samtycke räcker eller om det krävs ett mer specificerat. Det allmänna samtycket innebär ofta att samtycke inte bara givits till en viss åtgärd, utan också underförstått till de sidoföråtgärder, risker o s v som anses förbundna med ingreppet, trots att detta inte uttryckligen har diskuterats.<sup>37</sup> Det kan också anses omfatta risker som är så allmänna att patienten borde känna till dem, t ex uppkomsten av ärrbildning och risken för infektion vid operativa ingrepp. Dock förutsätts för giltigt samtycke att patienten är införstådd med det som hon

<sup>27</sup> SOU 1988:7 s 107, Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 168

<sup>28</sup> Sahlin, *Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar* s 48

<sup>29</sup> Lag (1995:83) om transplantation m m

<sup>30</sup> Abortlag (1974:595), se också Karnov 3 s 3624

<sup>31</sup> Steriliseringslag (1975:580)

<sup>32</sup> Lag (1991:115) om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med befruktade ägg från människa

<sup>33</sup> Karnov 3 s 3635, prop 1991/92:52 s 114

<sup>34</sup> se t ex prop 1990/91:52 s 114

<sup>35</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 180

<sup>36</sup> SOU 1984:64 s 176

<sup>37</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 328

samtycker till. Därför kan patienten inte anses ha samtyckt till en åtgärd eller risk som hon hade behövt informeras om.<sup>38</sup>

## 4.5 Praxis

### 4.5.1 Inledning

Vad gäller både informationens och samtyckets omfattning, belyses dessa frågor i ett HD fall från 1990.<sup>39</sup> Händelserna rörde här en kvinna, Kerstin H, som efter en första operation i höften p g a fortsatta besvär genomgick ännu en operation 1970. Problemet här var att man endast informerat henne om att man skulle ”luckra upp” kring en nerv, men under operationen även gjorde en nervavskärning, i syfte att hindra förmedling av smärtimpulser. Kerstin H stämde landstingskommunen och yrkade skadestånd p g a läkarnas vårdslöshet. Landstingskommunen hädade i sin tur att samtycket till själva operationen i sig inneburit samtycke till de åtgärder som visat sig erforderliga under operationens gång. De ansvariga läkarna hävdade vidare att det p g a den ärrvävnad som fyller såret, inte skulle ha varit möjligt att försluta det och efter inhämtat samtycke på nytt gå in och lokalisera en så pass liten nerv. Landstinget åberopade i HD också att situationen som uppstod närmast var att se som en nödsituation, eftersom det skulle vara mycket svårt att göra en ny operation. I målet bad på eget initiativ också Patientskadenämnden om att få yttra sig, och angav därvid en rad åsikter. Bland annat sades att det inte är ovanligt att läkare då patienten är under narkos upptäcker komplikationer som kräver omedelbara och kanske omfattande ingrepp, och att de i dessa fall skulle behöva avvakta ett medgivande av patienten ter sig orealistiskt. Vidare torde det vara sällsynt att information om riskerna verkligen skulle komma patienten att avstå från en medicinskt motiverad och nödvändig åtgärd.

### 4.5.2 Informationen och samtyckets omfattning

Jag kommer först att ta upp frågan om informationsplikten och huruvida samtycket kan anses omfatta även nervavskärningen. HD uttalade att utredningen visade att läkarna före operationen räknat med möjligheten av den aktuella åtgärden, och att det vidare står helt klart att Kerstin H är berättigad till en fullständig information om att en nervavskärning kunde bli aktuell. Det ansågs visat att läkarna före operationen inte hade givit sådan information. Vad gäller gränsdragningen mellan uppgifter som uttryckligen måste lämnas till patienten och de som underförstått kan anses omfattas av informationen, kan sägas att underförstådd information inte kan sägas omfatta andra åtgärder än sådana som antingen kan antas vara kända för patienten, eller sakna betydelse för denne.<sup>40</sup> I sin bedömning stödde sig HD på Socialstyrelsens yttrande, där man sa att det allmänt gäller att den information som ansvarige läkaren har att ge en patient inför en operation dels så tydligt som möjligt skall klarlägga vilken eller vilka operativa åtgärder som operatören avser vidtaga, eller kan komma att behöva ta ställning till, dels informera om vilka risker och senare komplikationer som kan vara förenade med ingreppet, så att patienten skall kunna ta hänsyn till huruvida ingreppet skall genomföras. Två av Socialstyrelsens ledamöter var skiljaktiga i det de tyckte att det är en omöjlighet att före operationen ta upp alla detaljer och att då det gäller åtgärder av liten dignitet, som inte bedöms innebära någon nackdel för patienten, man måste kunna överlämna detta åt kirurgens omdöme. Det är i och för sig riktigt att man inför ett ingrepp inte kan ta upp riktigt *allt* som kan komma att inträffa, men här rörde det sig om en redan förutsedd åtgärd som dessutom bedömdes som ganska tänkbar. Dessutom var en sådan avskärning heller inte riskfri för patienten.

Det är viktigt att förstå att patientens självbestämmanderätt måste respekteras oavsett om åtgärden är medicinskt motiverad och anses ”riskfri”. Som Rynning framhåller är det nödvändigt för självbestämmanderätten att patienten ges tillfälle att samtycka eller avböja en åtgärd, och att ”den läkare som finner det onödigt att inhämta patientens informerade samtycke, med motiveringen att varje förnuftig människa ändå skulle lämnat sitt samtycke ... är föremål för den allvarliga villfarelsen att endast ”förnuftiga” patienters vilja behöver respekteras.”<sup>41</sup> Patientskadenämndens invändning var alltså felaktig, då man har en rätt att få information, även om hälso- och sjukvårdspersonalen antar att man inte skulle motsätta sig åtgärden. HD fann vidare att eftersom ingen information givits, Kerstin H inte kunnat lämna något preciserat samtycke till åtgärden. Angående landstingskommunens invändning anfördes att ett samtycke till en operation inte generellt anses omfatta samtliga medicinskt

<sup>38</sup> A a s 329

<sup>39</sup> NJA 1990 s 442

korrekta åtgärder, som har för avsikt att bota den sjukdom som patienten har. Även om vissa ingrepp måste kunna företas med stöd av ett allmänt samtycke till operation, så HD att samtycket här inte kan anses underförstått ha omfattat nervavskärningen.

## 5 Kompetens och behörighet att fatta giltigt samtycke

### 5.1 Inledning

Som en viktig förutsättning för giltigt samtycke angavs ovan att det skall ha givits av någon behörig att förfoga över det aktuella intresset och vara kapabel att förstå innebörden av det.<sup>42</sup> Vid denna bedömning spelar den civilrättsliga handlingsförmågan ingen självständig roll, och omyndighet, förvaltarekap, rubbad själsverksamhet m m är inte ensamma avgörande.<sup>43</sup> Därför är det inte helt passande att i en redogörelse av vem som kan fatta beslut om medicinska åtgärder utgå från den befintliga modellen av rättslig handlingsförmåga. I det följande kommer jag därför att följa Rynnings indelning av begreppen *beslutskompetens* och *rättslig handlingsförmåga*, då frånvaron av det senare inte utesluter beslutskompetens på hälso- och sjukvårdens område.<sup>44</sup> Med beslutskompetens avses ”den formella och materiella kompetensen att med rättslig verkan ta ställning till frågor rörande vård och behandling, under förutsättning att det eventuella samtycket även i övrigt uppfyller kraven på giltigt samtycke.” Användningen av begreppet rymmer alltså såväl den formella sidan, behörigheten, som den materiella, förmågan att fatta beslut.<sup>45</sup>

### 5.2 Beslutskompetens

Som sagts ovan är huvudregeln att samtycke till vård och behandling, respektive rätten att avböja sådan, i första hand tillkommer den som åtgärden avser, patienten själv. Där annat inte stadgas, kan patienten fatta sådant beslut oberoende av ålder, förmåga att själv förvalta sin egendom eller liknande. Däremot spelar personens förutsättningar för att komma fram till ett välgenomtänkt beslut stor roll. Beslutskompetens förutsätter sålunda att man kan göra ett autonomt val i den konkreta situationen.<sup>46</sup> Vad finns det då för olika sorter av inkompetens? Vad gäller vuxna är huvudregeln att de själva är kapabla att fatta beslut rörande sin kropp och hälsa. Till att börja med finns en rad situationer där man utan större problem kan slå fast att beslutskompetens inte föreligger. Denna så kallade *absoluta* beslutsinkompetens kan t ex föreligga vid medvetlöshet, svår psykisk störning och även beträffande mycket små barn. I ett sådant fall kan patienten inte lämna något rättsligt giltigt samtycke.<sup>47</sup> Mycket svårare att bedöma är de fall då man visserligen kan kommunicera med patienten, men denne inte fullt ut kan anses förstå följderna av sitt beslut. En sådan *relativ* beslutsinkompetens kan bero på psykisk störning men kan också ha sin grund i smärtpåverkan, utmattning, medicinering m m. Då det gäller lite större barn och tonåringar kan denna situation också uppstå. Det är den patientansvarige läkaren som i första hand skall bedöma patientens beslutskompetens<sup>48</sup>, och vid detta avgörande gäller det inte att fastställa om total beslutskompetens eller ej föreligger. Denna kan variera från fråga till fråga, så det gäller att bedöma huruvida patientens kompetens är tillräcklig för det aktuella ställningstagandet eller ej.<sup>49</sup>

Gränsen för vart kompetens övergår till inkompetens kan också förskjutas beroende på om det är fråga om ett samtycke till att följa läkares rekommendationer eller ett avböjande. I det senare fallet kan högre krav komma att ställas på patientens kompetens, om det kan få

<sup>40</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 217

<sup>41</sup> Rynning, *Patientens samtycke - rättsligt relevant eller bara medicinsk-etiskt?* JT s 634

<sup>42</sup> prop 1993/94:130 s 39

<sup>43</sup> SOU 1988:7 s 105

<sup>44</sup> se Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 278 f

<sup>45</sup> A a s t

<sup>46</sup> A a s 280

<sup>47</sup> A a s 282

<sup>48</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvård i kommunerna* s 297, Sahlin, *HSL* s 71, *Hälso- och sjukvårdspersonalens åliggande och ansvar* s 46

<sup>49</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 284



allvarliga negativa följder. Samma sak borde dock gälla också en av läkare föreslagen åtgärd, om den innebär stora risker och är av ingripande natur.<sup>50</sup> Patientens beslut måste vidare på intet sätt vara rationellt, i det att det skall stämma överens med hälso- och sjukvårdspersonalens eller den genomsnittlige patientens uppfattningar om ett förnuftigt beslut. Som patient är man i sin fulla rätt att grunda beslut på egna värderingar och prioriteringar. ”Läkaren har inte vare sig rätt eller förmåga att besluta vad som är ”bäst” för den enskilde patienten.”<sup>51</sup> Det kan naturligtvis föreligga avsevärda svårigheter i att bedöma när en åsikt är patientens egen och när den är utslag för t ex psykisk sjukdom. Till sist är det viktigt att inse att patienten skall fatta ett personligt beslut och inte ett medicinskt, varför den medicinska problematiken inte har en avgörande betydelse. Det som patienten verkligen måste förstå är de konsekvenser som kommer att följa på beslutet.<sup>52</sup>

### 5.3 Underårigas beslutskompetens

#### 5.3.1 Barnets omvårdnad

När man talar om beslutskompetens angående medicinska åtgärder, utgör den underåriges bestämmanderätt ett viktigt område. För en viss ledning i denna fråga kan man börja med att se på FB regler om föräldrarnas ansvar gentemot sina barn. I 6:1 FB stadgas att ”Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling.” Vidare följer av 6:2 st2 att den som har vårdnaden om barnet ansvarar för dess personliga förhållanden och skall se till att barnets behov enligt 1§ tillgodoses. I denna skyldighet att ge barnet omvårdnad ligger bl a att vårdnadshavaren skall skydda barnet mot sjukdomar och skada, och om sjukdom inträffar skall vårdnadshavaren verka för att barnet får den sjukvård det behöver.<sup>53</sup> Vem är det då som bestämmer i situationer som rör hälso- och sjukvården? Först kan sägas att barnet kan stå under vårdnad av antingen båda eller en av föräldrarna, såvida inte rätten har anförtrott vårdnaden åt en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare.<sup>54</sup> Denna vårdnad består tills barnet fyllt 18 år eller ingått äktenskap, vilket för barn under 18 år kräver länsstyrelsens tillstånd, 2:1 ÄktB. För de vårdnadshavare som finns gäller då att de har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Därvid skall vårdnadshavaren dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till dess egna synpunkter och önskemål.<sup>55</sup> Som huvudregel föreligger det en presumtion för att det är vårdnadshavaren som skall lämna sitt samtycke till vård och behandling. I ett fall hade en läkare i samband med vaccination givit den två årige patienten en extra poliovaccination. Läkaren hade medvetet genomfört åtgärden, utan att förvissa sig om att föräldrarna samtyckte. Även om åtgärden inte medförde någon risk, ansågs att läkaren borde ha förvissat sig om föräldrarnas samtycke och han tilldelades en erinran för att av oaktsamhet ha åsidosatt vad som ålegat honom i yrkesutövningen.<sup>56</sup>

Vem av föräldrarna är det då som måste ge sitt samtycke, om bägge är vårdnadshavare? Enligt 6:13 FB skall de utöva bestämmanderätten tillsammans. Det krävs i princip gemensamma beslut, men om den ene vårdnadshavaren inte skulle finnas tillgänglig, och beslutet inte kan skjutas upp utan olägenhet, får den andre vårdnadshavaren bestämma ensam. Om beslutet är av övergripande betydelse för barnets framtid, får det fattas av bara en vårdnadshavare endast om barnets bästa uppenbarligen kräver det.<sup>57</sup> Vad gäller hälso- och sjukvården borde i de allra flesta fall den ene vårdnadshavarens samtycke räcka, men även vid ingripande åtgärder måste detta räcka i takt med att läget blir mer och mer akut.<sup>58</sup> Skulle vårdnadshavarna bli oeniga finns det inga regler för att lösa en sådan tvist, men Rynning framhåller att det då i vart fall inte får vidtas åtgärder som inte är medicinskt motiverade. I

<sup>50</sup> A a s 281, 284

<sup>51</sup> A a s 285, Rynning, *Patientens samtycke – rättsligt relevant eller bara medicinsk-etiskt?* JT s 635,

<sup>52</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 285

<sup>53</sup> SOU 1989:98 s 185

<sup>54</sup> 6:2 st 1 FB

<sup>55</sup> 6:11 FB

<sup>56</sup> HSAN 119/87, *Fälld av ansvarsnämnden* s 175

<sup>57</sup> Walin, *Föräldrabalken* s 209

<sup>58</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 292

normalfallet, så länge det inte föreligger en nödsituation borde man inte ens få företa medicinskt motiverade åtgärder så länge som någon av vårdnadshavarna motsätter sig det.<sup>59</sup>

### 5.3.2 *Barnets ökade mognad*

Men presumtionen om vårdnadshavarens bestämmanderätt kan brytas, om det visar sig att den underåriga patientens mognad, förmåga att tillgodogöra sig information och förstå konsekvenserna av sitt beslut har nått en så hög grad att man kan tillskriva honom beslutskompetens. I kommentaren till FB påpekas dock att vårdnadshavaren inte får avbörda sig sitt ansvar för barnet genom att låta det själv bestämma i en omfattning som det inte är moget för, och att han är skyldig att ingripa om barnet kan komma till skada, eller det visar sig inte vara moget att själv fatta beslut.<sup>60</sup> Om patienten dock befinns vara beslutskompetent tillkommer beslutanderätten henne ensam. Det har framhållits i doktrin att vårdnadshavarens inställning då inte behöver efterhöras.<sup>61</sup> När det gäller barn som uppnått den grad av mognad som krävs för beslutskompetens måste det anses tveksamt hur långt vårdnadshavarens bestämmanderätt sträcker sig. I vissa fall måste det fordras samtycke från både patienten och vårdnadshavaren för att genomförandet av åtgärden skall vara rättsenligt,<sup>62</sup> och kan patienten bedöma läget riktigt, måste han anses ha en vetorätt.<sup>63</sup> Det nämns att t ex barn i tonåren inte bör utsättas för operativa ingrepp mot sin vilja, och att sjukvårdspersonalen så långt möjligt skall ta hänsyn till barnets vilja även i yngre åldrar. Även om en vårdnadshavarens samtycke finns till en åtgärd, bör denna inte genomföras om barnet kraftigt motsätter sig den, såvida den inte är absolut nödvändig.<sup>64</sup> Man måste ha i åtanke att det skydd som finns mot påtvingat kroppsligt ingrepp är tillämpligt även på underåriga, om man tillerkänner dem samma status som resten av befolkningen. Wennergren poängterar att om en person är underårig så ”räcker det inte med samtycke från hans vårdnadshavare utan det krävs samtycke också från honom själv, om han nått sådan mognad att hans vilja bör beaktas, och det kan vara fallet vid jämförelsevis låg ålder.”<sup>65</sup>

Denna inställning stämmer väl överens med det som framförs i en artikel i läkartidningen. Författaren frågar sig där huruvida det är etiskt försvarbart att tillfoga ett barn smärta och kränka dess integritet för att genomföra en medicinsk undersökning. Skall vidare föräldrarna ensamma vikariera barnets autonomi? De situationer som avses gäller givetvis inte liv eller död utan mera vardagliga ingrepp. I artikeln anges tre olika fall där ingrepp genomförs med tvång, bl a fasthållning. Barnen ifråga är 18 månader, 3 och 5 år gamla. Författaren framhåller att inget av de tre ingreppen hade fått genomföras på en vuxen patient som protesterat, och att om barn skall tillerkännas samma mänskliga rättigheter som vuxna deras protester måste innebära att personalen överväger sitt handlande och försöker väga barnets intressen mot eventuella andra. Här påpekas också att ett av föräldrarna givet samtycke inte kan frita läkare och annan personal från ansvaret att bevaka barnets rätt till integritet, och således även personalen måste vikariera barnets autonomi. I en situation med ett sjukt barn kan föräldrarna sällan objektivt ta till sig informationen som ges. ”Endast om det står klart att det medicinska ingreppet är nödvändigt för barnets hälsa på kort eller lång sikt kan det vara rätt att kränka barnets integritet genom att åsidosätta dess spirande autonomi.”<sup>66</sup>

### 5.3.3 *Åldersgränser i andra sammanhang*

I lagen ges ingen ålder som gräns på var beslutskompetensen börjar, men man kan se på några andra bestämmelser som i doktrin ofta anges som vägledning. Det är dock viktigt att komma ihåg att åldern inte spelar någon självständig roll vad gäller beslutskompetensen. Redan vid 12 års ålder får ett barn enligt 4:5 FB som regel inte adopteras utan eget samtycke. Vad gäller verkställandet av domar angående vårdnad och umgänge får sådana endast undantagsvis verkställas om barn som fyllt 12 år motsätter sig dem, 21:5 FB, och samma gäller då också yngre barn med samma mognadsgrad. I ett fall yttrade domstolen om

<sup>59</sup> A a s t

<sup>60</sup> Walin, *Föräldrabalken* s 207

<sup>61</sup> Se Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 286

<sup>62</sup> A a s 295

<sup>63</sup> Wennergren, *Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp* s 88

<sup>64</sup> Sverne & Sverne, *Patientens rätt* s 39

<sup>65</sup> Wennergren, *Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp*, s 83

<sup>66</sup> Gisela Dahlqvist, LT volym 86, nr 49, 1989:4348-4350

en 13-årig pojke att ”hans utveckling motsvarar enligt uppgift i målet hans ålder. Hans egna synpunkter bör under sådana förhållanden tillmätas stor vikt i vårdnadsfrågan.”<sup>67</sup> I ett annat fall beaktades också en 11-årigs vilja.<sup>68</sup> Barn som har fyllt 15 år får själva föra sin talan i mål och ärenden enligt socialtjänstlagen, 56§ SoL och samma rätt ges enligt 19§ LVU, 44§ LPT och 8§LSS. Vidare kan barnet vid 15 år dömas till påföljd för begångna brott, 1:6 BrB, och sexuellt umgänge med barn upphör vara kriminellt vid 15-års ålder. Vid 16 år upphör skolplikten, 10§ SkoL. Vid denna ålder får barnet också självt förfoga över medel som intjänats genom eget arbete, eller genom testamente med villkor, 9:3,4 FB.

Det är även här den patientansvarige läkaren som skall avgöra om en omyndig själv är kapabel att förfoga över samtycke till vård och behandling. Och precis som när det gäller en vuxen patient kan kravet på mognad ställas olika högt beroende på ingreppets allvar och risker, om man går emot läkarens rekommendation eller ej, o s v. I de fall då en underårig patient p g a bristande mognad inte kan anses vara beslutskompetent, tillkommer det vårdnadshavaren att besluta om vård och behandling. Detta måste också vara fallet då en i och för sig beslutskompetent, men t ex medvetlös patient tillfälligt inte kan fatta beslut, såvida inte man kan anta att åtgärden skulle strida mot patientens vilja.<sup>69</sup>

#### 5.3.4 Begränsningar i vårdnadshavares bestämmanderätt

Trots att det i regel ligger på vårdnadshavaren att avge samtycke å sina barns vägnar, är denna bestämmanderätt inte obegränsad. Barn och ungdomar kan inte alltid själva ta tillvara sina intressen så som vuxna kan, och samhället har därför ett ansvar för deras liv och hälsa. Skulle vårdnadshavaren utöva sin bestämmanderätt på ett för barnet skadligt eller riskfyllt sätt, finns bestämmelser genom vilka samhället övertar ansvaret för den faktiska vården. En situation där barnets liv kan komma att sättas på spel är då vårdnadshavaren, ibland av religiösa skäl, vägrar blodtransfusion eller annan liknande livsviktig åtgärd. Angående detta anförs i propositionen till HSL, att ”Om en patient är underårig och vårdnadshavaren vägrar att gå med på att barnet erhåller erfoderlig medicinsk behandling, kan emellertid den vårdansvarige läkaren eller annan anmäla förhållandet till socialnämnden som kan föranstalta om vård och omhändertagande enligt lagstiftningen med vissa bestämmelser om vård av unga.”<sup>70</sup> I sina allmänna råd har Socialstyrelsen uttalat att en situation som faller in under LVU är då föräldrar utsätter barnets hälsa för fara genom att inte se till att det får lämplig vård, t ex sjukvård. Som exempel nämns då att man vägrar en blodtransfusion som krävs. En mindre akut situation kan utgöras av att föräldrar vägrar gå med på att ett handikappat barn får sådan behandling som är nödvändig för barnet.<sup>71</sup>

I sådana situationer kan hälso- och sjukvårdspersonalen göra en anmälan enligt 71§ SoL till Socialnämnden, som genom beslut av länsrätt kan överta ansvaret och bereda barnet vård enligt 2§ LVU. Bestämmelsen ger inte personalen bara en möjlighet utan utgör enligt 2st en skyldighet att anmäla sådant som de i sin verksamhet får kännedom om och som innebär att socialnämnden måste ingripa. I brådskande fall kan socialnämnden själv fatta beslut om omhändertagande, eller dess ordförande eller annan särskilt förordnad ledamot, 6§ LVU. Skulle inte ens detta vara möjligt kan personalen i en nödsituation genomföra åtgärder med stöd av 24:4 BrB.<sup>72</sup> Detta gäller alltså om vårdnadshavaren genom sitt handlande riskerar barnets liv eller hälsa.

#### 5.3.5 Rätt att avböja vård

Men vad gäller om den underåriga själv skulle vägra t ex en blodtransfusion? Skall ett sådant beslut respekteras? Socialstyrelsen och Läkaresällskapets etikdelegation har i en skrivelse tagit ställning till denna fråga. Här understryks att patienten har en i princip obegränsad rätt att avstå från behandling, och att om patienten vägrar att ta emot blod detta skall respekteras. En förutsättning för detta är dock att patienten är rättskapabel, d v s att han

<sup>67</sup> NJA 1988:80

<sup>68</sup> RÅ 1977 ref 127, se Karnov I s 436

<sup>69</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 291

<sup>70</sup> prop 1981/82:97 s 118

<sup>71</sup> Socialstyrelsens allmänna råd (SOSF 1997:15) om LVU: s tillämpning

<sup>72</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 295

inte är *omyndig*, eller lider av sådan psykisk sjukdom, abnormitet eller annan rubbning av själsverksamheten att hans handlande inte kan tillmätas giltighet. Denna bedömning måste göras av läkaren och får inte bli enbart formell. Det som skall bedömas är patientens förmåga att tillgodogöra sig informationen och förstå konsekvenserna av sitt ställningstagande. Detta innebär att även viljeyttringar av underåriga patienter i vissa fall kan anses ha laga verkan och skall beaktas. Man säger här också att då mognaden är individuell man inte kan ge någon allmängiltig tidpunkt för omyndigas beslutanderätt, men 15-års gränsen anges ändå som riktmärke, bl a med tanke på att barn då givits rätt att föra sin egen talan i ärenden enligt LVU.<sup>73</sup> Även i frågor av sådan tyngd kan alltså den underåriges vilja tillerkännas betydelse om man finner personen vara beslutskompetent. I doktrin har dock påpekats att även en 15-års gräns kan vara vanskelig då barnet också vid denna ålder kan vara starkt influerat av föräldrarna, och inte besitta en egen uppfattning. Detta måste alltså vägas in vid bedömningen.<sup>74</sup>

### 5.3.6 Abort

Ett tydligt exempel på där underåriga tillerkänns respekt för den egna bestämmanderätten är de fall då en ung flicka vill genomföra en abort. Socialstyrelsen har i sina allmänna råd uttalat att en ung kvinna som ännu inte uppnått myndig ålder och ansöker om abort, bör anses ha sådan grad av rättslig handlingsförmåga att hon kan fatta beslut i abortfråga som gäller henne själv.<sup>75</sup> I takt med att vårdnadsrätten tunnast ut då barnet blir äldre, krymper också rätten att utan barnets samtycke få del av uppgifter om barnet. Nu finns en bestämmelse i 14:4 st2 SekrL som stadgar att sekretess gäller även gentemot vårdnadshavaren om det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren. I propositionen till denna lagändring framhölls att någon åldersgräns för barnets mognad inte finns, men att de när de kommer upp i tonåren många gånger får anses ha nått en sådan mognad att de bör åtnjuta ett visst skydd för sin integritet gentemot sina föräldrar. Detta borde medföra att uppgift om att en underårig flicka har sökt eller genomgått en legal abort normalt inte utan hennes samtycke får lämnas till vårdnadshavaren.<sup>76</sup> JO har dock riktat kritik mot berörda befattningshavare i ett ärende där en 11-årig flicka genomgick abort utan vårdnadshavarnas vetskap.<sup>77</sup>

### 5.3.7 Transplantation

Huvudregeln att en omyndig som uppnått tillräcklig mognad själv får bestämma om medicinska åtgärder frångås då det gäller transplantation av organ eller annat biologiskt material. Gäller sådant ingrepp en underårig, måste enligt 8§ st1 TranspL vårdnadshavaren ge sitt samtycke. I SOU:n motiveras detta krav med att konsekvenserna som ett sådant ingrepp kan få är svåra att överblicka, och att en rimlig garanti för välgrundade och genomtänkta överväganden är att man håller på 18-års gränsen.<sup>78</sup> Också i propositionen tog man denna ställning och framhöll att ingrepp får göras endast om vårdnadshavaren uttryckligen samtyckt till det. Dock måste den underårige själv kunna påverka beslutet eftersom barnets vilja bör vara en omständighet av betydelse för ställningstagandet.<sup>79</sup> Både här och i SOU:n underströks dock att ingrepp givetvis inte får genomföras mot barnets vilja. Här har alltså den underåriges vilja tillerkänts en rättslig vetorätt, oberoende av ålder.

## 5.4 Legala ställföreträdare

### 5.4.1 God man

Det finns människor som trots att de inte är underåriga ibland kan behöva hjälp med t ex ekonomiska och personliga handhavanden. Om sådana personer står i 11:4 FB att om någon p g a sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållanden behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten om

<sup>73</sup> Nej till blodtransfusion bör respekteras om patienten är klar över följderna, LT s 450

<sup>74</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvårdsrätt del II* s 94

<sup>75</sup> Allmänna råd 1989:6

<sup>76</sup> prop 1988/89:67 s 36 f

<sup>77</sup> JO:s beslut 1997-09-24 dnr 182-1996

<sup>78</sup> SOU 1989:98 s 188

<sup>79</sup> prop 1994/95:148 s 35

det behövs anordna en god man för denna person. Ett sådant beslut får dock inte meddelas utan samtycke av den åt vilken man vill förordna en god man, såvida inte dennes tillstånd hindrar att samtycke inhämtas. Detta lagrum avser både människor som har och inte har rättslig handlingsförmåga, och uppdraget kan begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet.<sup>80</sup> Det ställs vidare inga krav på sjukdomens art eller långvarighet, men god mans förordnandet kommer inte i fråga vid alltför kortvariga sjukdomstillstånd.<sup>81</sup>

I första hand verkar god mansinstitutet vara till för att bistå huvudmannen i egendomsrättsliga och ekonomiska förhållanden, och även om lokutionen ”sörja för sin person” finns i lagtexten framgår inte tydligt vad som exakt avses. Departementschefen diskuterar i propositionen huruvida god man också i framtiden bör kunna förordnas för att sörja för någons person. Han framhåller att om någon fått en kontaktperson enligt socialtjänst- eller omsorgslagen<sup>82</sup> eller blivit intagen på institution behövs av personlig omvårdnad i stor utsträckning blir tillgodosett. Ändå anser han det finnas skäl för att en god man skall ha ett ansvar för sin huvudmans person. Det är svårt att dra någon skarp gräns mellan bistånd som avser ekonomiska/rättsliga angelägenheter och hjälp i mera personliga frågor. Även om den huvudsakliga uppgiften skall vara att syssla med egendomsförvaltning framhålls att det inte bara handlar om att öka egendomens värde. En god man skall också se till att medlen används till huvudmannens nytta och härför måste han ha god kännedom om dennes personliga förhållanden.<sup>83</sup> Det framhålls att även om den gode mannen inte uttryckligen har fått ett sådant uppdrag, han måste hålla sig informerad om huvudmannens personliga förhållanden. Angående en god mans behörighet sägs att denne i princip bör ses som ett biträde åt huvudmannen. Han bör vara skyldig att inte bara så långt möjligt samråda med sin huvudman utan i princip också inhämta hans/hennes samtycke till rättshandlingar som han vill företa för dennes räkning.<sup>84</sup> Undantag kan vara de fall då huvudmannens sinnestillstånd eller liknande hindrar att samtycke lämnas. Vad gäller kolliderande rättshandlingar sägs att skulle huvudmannen och en god man ge uttryck för olika uppfattningar i en viss fråga, principen bör vara att den förres åsikt blir avgörande.<sup>85</sup> En god man saknar alltså behörighet att handla i strid med huvudmannens uttryckliga önskemål.

#### 5.4.2 Förvaltare

Förutom god mansinstitutet finns möjlighet att också förordna en förvaltare. I 11:7 FB stadgas att om någon som befinner sig i en situation som anges i 4§ är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, rätten kan besluta att anordna förvaltarskap åt denna person. Detta skall dock inte ske om ett godmanskap är tillräckligt eller den enskilde på annat, mindre ingripande, sätt får hjälp. Förordnandet av förvaltare är heller inte begränsat till fall då tillståndet är permanent eller beror av psykisk störning. Allmän ålderdomssvaghet och fysisk sjukdom är tillräckligt, eller t ex gravt missbruk av något slag. Avsikten är dock inte att förvaltare skall förordnas vid t ex övergående fysisk sjukdom.<sup>86</sup> Förvaltarens uppdrag skall begränsas och anpassas till varje enskilds behov av bistånd. I 11:9 FB stadgas vidare att förvaltaren inom ramen för uppdraget har ensam rådighet över den enskildes egendom och företräder denne i alla angelägenheter som omfattas av uppdraget. Vad avser detta övertagande av beslutanderätten sägs till att börja med att förvaltare liksom gode män kan få i uppdrag att sörja för någons person, och förvaltaren skall hålla sig informerad om huvudmannens personliga förhållanden även om det inte framgår uttryckligen. Vid den personliga intressebevakningen bör förvaltaren samråda med eventuell kontaktperson enligt socialtjänst- eller omsorgslagen, liksom med anhöriga och andra som har att bevaka huvudmannens intressen.<sup>87</sup> Även om förordnandet skulle omfatta personliga förhållanden sägs dock att den enskilde i normala fall själv bör få bestämma i frågor som rör boende och

<sup>80</sup> prop 1987/88:124 s 164

<sup>81</sup> A a s 138

<sup>82</sup> numera LSS(1993:387)

<sup>83</sup> prop 1987/88:124 s 139

<sup>84</sup> Denna ganska osjälvständiga ställning torde dock avse ett godmanskap enligt just 4§ FB, då frånsett dessa fall en god man ofta har en självständig ställning. Uttalandena i propositionen avser närmast just god man som förordnats enligt 4§. Se Walin, *Föräldrabalken* s 363

<sup>85</sup> prop 1987/88:124 s 141f

<sup>86</sup> A a s 145

<sup>87</sup> A a s 147

erbjuden vård. En förvaltare bör således vanligtvis inte företräda huvudmannen när det gäller frågor om samtycke till t ex operativa ingrepp. Detta sägs dock inte hindra att man från vårdinrättningens sida inhämtar förvaltarens synpunkter.<sup>88</sup>

Om man skulle se på någon bestämmelse där dessa legala företrädare ges en självständig roll inom hälso- och sjukvården kan man ta 8§ LSS. Där sägs att insatser enligt lagen, t ex kontaktperson, personlig assistent, boende i familjehem e t c skall ges den enskilde endast om han begär det, men om han uppenbart saknar förmåga att själv ta ställning kan god man och förvaltare begära insatser för honom. Någon behörighet för god man och förvaltare att påkalla sådana insatser mot en enskildes vilja kan dock inte anses föreligga. I förarbetena nämns att förmyndaren – numera förvaltaren – inte har något medel att tvinga på myndlingen sin uppfattning.<sup>89</sup> I övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning finns ingen motsvarighet till 8§ LSS. Även angående psykiatrisk tvångsvård sägs om 3§ st1 p3, där det stadgas att patienten motsätter sig sådan vård, att det är patientens egen inställning till nödvändig vård som skall tillmätas självständig betydelse vid bedömningen av om förutsättning till tvångsvård finns. Detta gäller i princip även om patienten är underårig eller har en god man eller förvaltare förordnad för sig.<sup>90</sup> Tvångspsykiatrikommitténs betänkande med förslag till ny LPT avser inte någon ändring på den punkten.<sup>91</sup>

Av de uttalanden som finns framgår tydligt att både god man och förvaltare inom ramen för sina uppdrag kan agera i huvudmannens ställe, vad gäller godmanskapet förutsätter detta dock i vissa fall samtycke. Ingen av dessa två legala ställföreträdares behörighet rörande huvudmannens personliga förehavanden kan dock anses vara lika långtgående eller klara som vårdnadshavarens bestämmanderätt enligt FB.<sup>92</sup> Det framhålls i doktrin att det är svårare att uppträda som ombud för en patient än att företräda någon i rent ekonomiska intressen. En förmyndare eller anhörig är i många fall kanske inte kapabel att utvärdera vad som ligger närmast patientens egna önskemål. Den ställföreträdandes samtycke eller avböjande till vård och behandling kan därför ofta inte anses ha tillräckligt stort värde för att läkaren skall bilda uppfattning om patientens vilja. En accept av en kanske farlig och smärtsam operation är inte jämförbart med en förvaltarens ekonomiska förvaltarekap.<sup>93</sup> En självständig beslutanderätt kan inte anses föreligga ens för förvaltaren, då medicinska ingrepp och behandlingar har en så personlig art. Även kravet på lagstöd för påtvingat kroppsligt ingrepp måste respekteras, och därför kan ett samtycke från en god man eller förvaltare inte anses utgöra en tillräcklig rättsgrund för medicinsk behandling mot patientens vilja.<sup>94</sup> Detta innebär dock inte att deras inställning aldrig tillmätas betydelse.

#### 5.4.3 Betydelsen av ställföreträdares samtycke

Det kan t ex vara så att patienten vill genomgå en viss åtgärd, men dennes samtycke inte kan erkännas rättslig giltighet. Då kan ställföreträdares samtycke ses som ett komplement som tillsammans med patientens inställning mynnar ut i ett giltigt samtycke. Detta kan även förekomma i en situation med en underårig och dennes vårdnadshavare. Skulle patienten p g a sitt tillstånd inte kunna ge uttryck för någon vilja, och hennes åsikt är okänd, kan samtycke från god man eller förvaltare accepteras såvida det inte finns skäl anta att det strider mot patientens inställning. Detta är naturligtvis ibland omöjligt för personalen att veta, men rör det sig om särskilt ingripande åtgärder eller patientens inställning i andra sammanhang ger anledning att misstänka att motvilja skulle funnits, framhålls att det kan begränsa ställföreträdares samtycke. Finns det möjlighet att senare tillfråga patienten skall detta självklart alltid göras.<sup>95</sup> Wennergren framhåller att ”också den som är psykiskt sjuk eller annars utvecklingshämmad skall lämna sitt samtycke i den mån hans fattnings- och

<sup>88</sup> A a s 172

<sup>89</sup> SOU 1981:26 s 467

<sup>90</sup> prop 1990/91:58 s 242

<sup>91</sup> SOU 1998:32 s 414

<sup>92</sup> se t ex Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s301

<sup>93</sup> Lögdberg, *Några anteckningar om förhållandet mellan läkare och patient i juridiskt hänseende*, SvJT s 426-427

<sup>94</sup> se Sverne & Sverne, *Patientens rätt* s 44

<sup>95</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 302 f, Etiska vägmarken 8, *Information och samtycke* s33

bedömningsförmåga medger det. Alltefter omständigheterna skall samtycke därjämte eller istället inhämtas från förmyndare eller god man.”<sup>96</sup> Det poängteras att man måste ha i åtanke att skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp ställer upp hinder mot att genomföra en åtgärd vartill patienten motsätter sig, oavsett om den legale ställföreträdaren givit sitt samtycke eller inte. FB:s regler om god man och förvaltare kan inte anses utgöra sådant lagstöd som krävs för inskränkningar av 2:6 RF.<sup>97</sup>

JO har i ett ärende konstaterat att god man inte är behörig att samtycka till inlåsning av en senildement huvudman, vilket ju är en åtgärd som inryms under 2:8 RF och därför kräver lagstöd.<sup>98</sup> I ett annat fall har JO inte ansett det vara felaktigt att personalen på ett sjukhem inte låtit en senildement kvinna ta emot besök från sin bror eller någon ur hans familj, vilket den senildementa kvinnans dotter, tillika hennes gode man, beslutat. Kvinnan kunde själv inte ge uttryck för någon önskan, och den gode mannen hade ålagts att också sörja för moderns person.<sup>99</sup> Vad gäller då i en situation där en beslutsinkompetent patient samtycker till vård och behandling som förespråkas av läkaren men där den legale ställföreträdaren inte vill tillåta åtgärden? Enligt Rynning kan man här inte bortse från gode mannens/förvaltarens inställning, utan man får vid behov i så fall stödja sig på nödrätten. Det finns också möjlighet att enligt 11:20 FB entlediga ställföreträdaren om denne gör sig skyldig till missbruk eller försummelse i sitt uppdrag.<sup>100</sup>

Det som syns mig lite underligt är att då det gäller samtycke till åtgärder mot patientens vilja ställföreträdaren inte tillerkänns bestämmanderätt, men då det gäller avböjande av behandling detta helt plötsligt får en självständig betydelse. Förvisso torde ett påtvingat ingrepp oftast utgöra en mera allvarlig kränkning än en utebliven åtgärd, men även detta kan ha stor betydelse för patienten. Så länge det gäller en åtgärd som läkare inte motsätter sig då den är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet anser jag att det får röra sig om extrema risker för att ställföreträdarens ord skall gå före patientens, och detta i så fall endast rörande förvaltare.

## 5.5 Närstående

Angående närstående till patienten, förutom eventuella vårdnadshavare, sägs i propositionen till ÄligL följande:

Förutom underåriga finns det andra patienter som är oförmögna att svara för sig själva. De kan inte lämna i vårdsammanhanget nödvändiga upplysningar, kan inte nås med eller förstå innebörden av lämnad information etc. Det rör sig exempelvis om personer som införs till sjukhus i medvetenlöst tillstånd och om äldre med allvarligt nedsatta själsförmågor. Dessa personer kan följaktligen inte själva fatta beslut om vården och aktivt medverka i dess genomförande. I dessa situationer är de närståendes medverkan och relation till vårdpersonalen av direkt betydelse för patientens vård och behandling. Det är *dock inte så att de närstående övertar patientens beslutanderätt*. Vården måste – liksom när det gäller patienter i allmänhet – bedrivas i så nära överensstämmelse med som möjligt med vad som kan antas vara patientens vilja.<sup>101</sup>

Med närstående sägs att främst avses de som står patienten närmast, men att detta måste avgöras från fall till fall. Vanligtvis är det familjen, någon sammanboende eller nära vän, men för att vänner skall anses som närstående krävs att det skall vara frågan om djup vänskap – enbart bekanta eller goda vänner kan inte anses vara närstående.<sup>102</sup>

Närstående tillerkänns alltså inte någon ställföreträdande beslutanderätt angående patientens vård. Ansvar för vilka åtgärder som skall vidtas vilar i dessa fall på sjukvårdspersonalen, men de närstående kan givetvis bidra till att skapa en uppfattning om vad patienten troligtvis skulle ha velat.<sup>103</sup> Inte sällan förekommer dock i praktiken att man ifrån personalens sida uppfattar det som om den närstående också är ställföreträdare i vissa fall.

<sup>96</sup> Wennergren, *Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp* s 83

<sup>97</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 110, not 162

<sup>98</sup> JO:s ämbetsberättelse 1983/84 s 150-161

<sup>99</sup> JO:s ämbetsberättelse 1990/91 s 243 f

<sup>100</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 304 f

<sup>101</sup> prop 1993/94:149 s 68, min kursivering

<sup>102</sup> A a s 69

<sup>103</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 306

De närstående har en informativ roll, men inte mer. Så sägs t ex angående livsuppehållande åtgärder i livets slutskede att anhöriga, närstående och personal som skött patienten under en längre tid bör tillfrågas när det råder oklarhet om patientens inställning.<sup>104</sup> När det gäller åtgärder för att upprätthålla respiration och blodcirkulation på en hjärndöd patient framhåller Socialstyrelsen att sådana åtgärder inte bör fortsätta enbart för att anhöriga har uttryckt önskemål därom.<sup>105</sup> Viss bestämmanderätt tillerkänns de anhöriga då det gäller transplantation och åtgärderna avser en avliden vars vilja är okänd. Angående psykiatrisk tvångsvård gäller enligt LPT att närstående inte tillerkänns någon talerätt eller besvär rätt angående den intagnes vård. I motsats till den föregående lagen om psykiatrisk tvångsvård, LSVP, där förutom patienten också vissa närstående kunde ansöka om utskrivning, har departementschefen anfört att motsvarande inte skall införas i LPT då intressekonflikter kan finnas mellan patienten och dennes anhöriga. Naturligtvis kan de anhöriga dock bistå på olika sätt i syfte att tvångsvården skall upphöra.<sup>106</sup>

Uttalandet ovan speglar väl det förhållande att närstående inte alltid har endast patientens intressen för ögonen, utan att egenintresse kan finnas väl så ofta och att åsikterna om patientens bästa kan skilja sig väsentligt från patientens egna. Alla närstående håller heller inte nära kontakt. Därför är det också naturligt att något övertagande av beslutanderätten inte sker. Stämmer de anhörigas bild av vad som är patientens vilja inte överens med det som diskuterats mellan läkaren och hans patient, kan den ansvarige för vården bortse från de närståendes inställning. Så hade barnen till en 77-åring intygat att deras far ”hade gjort vad som helst för att få fortsätta leva”, medan läkaren vid tidigare samtal med patienten hade fått en motsatt uppfattning. Läkaren underlät därför att sätta in respiratorvård. HSAN fann ingen anledning att ifrågasätta riktigheten av läkarens uppfattning, och lämnade anmälan utan åtgärd.<sup>107</sup> När det gäller inskränkningar av skyddet i 2:6 RF och 2:8 RF mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande, utgör en anhörigs samtycke till att detta sker ingen rättsligt giltig grund.<sup>108</sup> I ett fall hade en 80-årig senildement kvinna hållits inlåst i sin lägenhet av hemsamariten, då en anhörig kvinna begärt det. JO uttalade att någon behörighet att besluta om sådan åtgärd inte tillkommer den anhöriga, även om det skett i all välmening.<sup>109</sup>

## 5.6 Fullmäktig

Hittills har behandlats den eventuella rätten för vårdnadshavare, andra legala ställföreträdare och närstående att besluta om vård och behandling för patienten. Finns det då någon möjlighet för patienten att själv utse en fullmäktig för dessa situationer? Angående AvtL:s regler sägs att de gäller endast fullmakt inom förmögenhetsrättens område, men att de anses kunna tillämpas analogivis även i andra fall.<sup>110</sup> Rynning menar att då möjlighet att utse fullmäktig finns på andra områden, denna möjlighet borde gälla även för hälso- och sjukvården. Exempelvis skulle en patient kunna anvisa att information och olika behandlingsmöjligheter skall kunna diskuteras med någon annan angiven person. Som förutsättning torde ställas att patienten tillkännager en uttrycklig fullmaktsförklaring. Denna rätt blir dock mycket begränsad, då det sägs att den fullmäktige inte kan anses ha någon beslutanderätt i de fall då patienten själv är beslutsinkompetent.<sup>111</sup> Detta framstår som väldigt konstigt om det skall finnas någon mening med att utse någon fullmäktig, då syftet oftast är att någon skall kunna besluta i ens ställe då man själv är förhindrad att göra så. En fullmakt angående vård och behandling borde alltså bli tämligen verkningslös, då det inte är möjligt att i förväg utse någon till ställföreträdande beslutsfattare för de situationer då man själv inte kommer kunna ta några beslut. Möjligen, skriver Rynning, skulle detta gå om det skedde i direkt anslutning till exempelvis en operation. Jag har dock svårt att se vad detta skulle göra för skillnad angående en fullmakt, såvida den inte är preciserad till varje punkt med patientens egna åsikter i alla tänkbara frågor. Förvisso är det så att en alldeles nyligen

<sup>104</sup> Allmänna råd 1992:2 s 19

<sup>105</sup> Allmänna råd 1987:32

<sup>106</sup> prop 1990/91:58 s 159

<sup>107</sup> HSAN 1194/89, LT1991:2881, cit från Rynning, s 309

<sup>108</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 311

<sup>109</sup> JO:s ämbetsberättelse 1989/90 s 207-212

<sup>110</sup> Adlercreutz, *Avtalsrätt I* s 143

<sup>111</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 312



uttryckt vilja kan tillmätas större betydelse än det som sagts för längre tid sedan, men då blir fullmakten å andra sidan mera lik ett s k livstestamente. Den som redan befinner sig i ett tillstånd där han inte är beslutskompetent, bör inte kunna utse någon att bestämma i dennes ställe. Emellertid behöver en person inte sakna rättslig handlingsförmåga bara för att man inte kan ta ställning i en fråga om vård och behandling. Även här borde man i vissa fall kunna utse en fullmäktig så långt detta går i vanliga fall. Inom hälso- och sjukvården verkar möjligheten begränsad.

Sjölenius gör ett intressant uttalande i samband med en redogörelse vad avser patienter som p g a åldersförändringar är omtöcknade och huruvida medicinering i så fall kan ske oberoende av patientens inställning. Han skriver ”Inte ens nära anhöriga kan med bindande verkan fatta beslut i frågor som gäller patienten själv, såvida inte denne befullmäktigat den anhörige därtill.”<sup>112</sup> Av detta uttalande att döma anser författaren att patienten har en möjlighet att med bindande verkan själv utse en fullmäktig. Medicinering hör i och för sig inte till de allra mest ingripande åtgärderna inom hälso- och sjukvården, och det kan hända att uttalandet avser endast lättare ingrepp. Det ger ändå en viss ledning i frågan, som dessutom ser ut att motsäga det som anförts ovan. Rättsläget angående denna fråga måste bedömas som mycket osäkert.

## 5.7 Pågående utveckling

Regeringen har i december 1997 tillsatt en kommitté med uppdrag att undersöka och lämna förslag till förnyelse inom en rad frågor som rör vård i livets slutskede, och arbetet skall vara slutfört senast den 31 mars år 2000.<sup>113</sup> I direktiven konstateras att patienter måste ges ett ökat inflytande över vården i livets slut och som ett tillvägagångssätt nämns möjligheten för någon att gå in som ställföreträdare för patienten. Kommittén skall alltså överväga detta och ge förslag. Instruktionerna tyder på att en användning av fullmakt inom hälso- och sjukvårdens område inte ter sig helt främmande.

## 6 Vård utan uttalat samtycke

### 6.1 Inledning

De situationer som hittills har behandlats har haft det gemensamt att samtycke till eventuella åtgärder eller ingrepp på ett eller annat sätt har ansetts föreligga. Sätter patientens självbestämmanderätt då gränser som hälso- och sjukvårdspersonalen aldrig kan överskrida om inget samtycke i någon form existerar? I prop till ÅligL sägs att ”I kravet att patienten skall behandlas med omtanke och respekt ligger bl a att ingen får påtvingas behandling mot sin vilja eller på annat sätt utsättas för tvång i vården utan stöd i lag. Bestämmelsen ger uttryck för att det i princip krävs samtycke av patienten till planerade vårdåtgärder.”<sup>114</sup> Det finns emellertid undantag från denna huvudregel.

### 6.2 Presumerat samtycke

Det finns många tillfällen då hälso- och sjukvårdspersonalen saknar ett uttalat samtycke från patienten, eller överhuvudtaget inte kan inhämta något. För att ändå kunna handla grundar personalen ett så kallat presumerat, eller hypotetiskt, samtycke på ett antagande att patienten antingen är medveten om vad som väntar och faktiskt samtycker, eller att denne i och för sig inte har kunnat ta ställning i frågan men hade samtyckt till åtgärden om så hade varit möjligt. Situationer typiska för när ett presumerat samtycke kan anses föreligga är till exempel då patienten har gått med på en operation och de åtgärder som sker under och efter sker med patientens samtycke. Det kan också vara fråga om att personen är medvetslös eller av annan anledning inte kan samtycka till vård. Vid ett presumerat samtycke anses det

<sup>112</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvård i kommunerna* s 317

<sup>113</sup> Dir. 1997:147 *Vård i livets slutskede*

<sup>114</sup> prop 1978/79:220 s 44

inte föreligga något tvång.<sup>115</sup> JO har framhållit att det ligger i sakens natur att man kan vara tvungen att handla utan samtycke för att rädda patientens liv eller förebygga något allvarligt men. I regel skulle man kunna utgå från att patienten skulle ha lämnat sitt samtycke, om han hade haft möjlighet till det. I prop 1983/84:148 uttalas vidare att operationer och andra ingrepp inte får ske utan medgivande av den sjuke. ” Här brukar man dock många gånger, när patienten är alltför sjuk eller skadad för att uttryckligen eller konkludent lämna sådant samtycke, anse sig kunna utgå ifrån att han samtycker till de åtgärder som behövs för att förbättra hans hälsa.”<sup>116</sup> Som grund för ett sådant ställningstagande bör ligga vad den genomsnittlige patienten i den aktuella situationen skulle ha önskat, eller ifall man har vetskap om det, den aktuella personens inställning.<sup>117</sup>

### 6.3 Förutsättningar för presumerat samtycke

I vilken utsträckning kan hälso- och sjukvårdspersonalen stödja sig på antagandet att patienten skulle ha samtyckt till eventuella åtgärder? I en situation där man överväger presumerat/hypotetiskt samtycke som rättsgrund för handling, kommer den berörda personalen att behöva göra en avvägning mellan olika intressen. Allra först måste dock två faktum ligga för handen. Som en första förutsättning för hypotetiskt samtycke har i doktrin uppställts att personen i fråga inte skall kunna ta ställning själv, vilket innebär att hypotetiskt samtycke kan godtas endast i avsaknad av andra rimliga möjligheter att ta reda på patientens inställning. Finns möjlighet att samråda med patienten kan personalen inte ignorera detta och handla i tron att denne inte skulle ha något att invända mot åtgärden. ”Regeln om presumerat samtycke kan inte tillämpas när patienten är klar och medveten om sitt ställningstagande.”<sup>118</sup> Det rör sig ju dock ofta om nyanserade situationer. Om patienten under en operation är tillfälligt inkapabel att fatta beslut och läkarna då upptäcker något som måste åtgärdas kan de, om läget inte är livshotande och samtycke saknas, avsluta operationen, samråda med patienten och gå in igen. Ett sådant förfarande kan dock innebära både ökade risker och kostnader. Som huvudregel får dock samtycke inte hypotetiskt antas om man faktiskt har möjlighet att samråda med patienten.

Som en andra förutsättning uppställs att huvudmannen inte har tillkännagivit något motstånd mot den planerade åtgärden. En formulering som bättre passar in på de situationer där hypotetiskt samtycke kan förekomma är att det inte finns anledning anta att personen skulle ha motsatt sig åtgärden om hon/han hade tillfrågats.<sup>119</sup> Man kan inte utan vidare utgå ifrån att en tidigare okritisk patient inte skulle ha något att invända då det väl kommer till kritan, likaväl som att en tidigare negativt inställd person kan ha ändrat uppfattning. En så nyanserad bedömning som verkligheten tillåter måste göras i varje fall. Bedömningen måste vara konkret och hänföra sig till ifrågavarande individ. Man kan inte rakt av genomföra alla ingrepp som skulle godtas av ”vettiga” människor, då skyddet i 2:6 RF skulle urvattnas.<sup>120</sup> Eftersom inget utrymme för tvång ges i HSL och YrkesvL bör hypotetiskt samtycke inte kunna åberopas då det gäller beslutsinkompetenta personer som rent faktiskt motsätter sig åtgärden.<sup>121</sup>

Den intresseavvägning som härefter måste följa innebär i stort att hälso- och sjukvårdspersonalen måste beakta den planerade åtgärden i stort och bedöma angelägenhetens grad, åtgärdens art o s v. Är det fråga om en mycket riskfylld åtgärd eller inte, är det ett stort ingrepp, hur stora är riskerna för komplikationer och bieffekter? Vid en sådan avvägning kommer man t ex fram till att de vardagsbestyr som mentalt handikappade och andra i liknande situation får hjälp med, t ex badning, påklädning o s v, utan motsägelse kan sägas bygga på hypotetiskt samtycke. Åtgärder som är riskfyllda och ingripande ställer mycket högre krav på underlaget för presumerade samtycket. Gränserna för tillämpningen

<sup>115</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 324 och Sjölenius, *Hälso- och sjukvårdsrätt del II* s 66

<sup>116</sup> prop 1983/84:148 s 21

<sup>117</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 324

<sup>118</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvård i kommunerna* s 318

<sup>119</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 391

<sup>120</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 189

<sup>121</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 392

av hypotetiskt samtycke i vården får tolkas genom en avvägning av kraven på information och samtycke och patientens självbestämmanderätt mot kravet på sakkunnig vård.<sup>122</sup>

## 6.4 Nödrätten

### 6.4.1 Allmänt

I 24 Kap 4§ BrB finns en bestämmelse som stadgar ansvarsfrihet för handlingar som i sig annars hade varit brottsliga, men som nu vidtas i en nödsituation. Handlingen skall ha vidtagits för att avvärja fara som hotar liv, hälsa, egendom eller annat av rättsordningen skyddat intresse. En sådan handling blir straffbar bara om den ”med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkats annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig”. Denna regel är en rättsgrund som utgör stöd för åtskilliga ingripanden av olika organ, såsom t ex polisen, räddningstjänsten och hälso- och sjukvårdspersonal. Inom det sista området är nödrätten föga omnämnd. I propositionen till HSL sägs att ” Om en patient är medvetlös eller omtöcknad eller av annan orsak är ur stånd att ge ett rättsligt giltigt tillstånd till en behandling, som bedöms vara nödvändig med hänsyn till hans hälsotillstånd, kan givetvis denna genomföras ändå.”<sup>123</sup> JO har också framhållit att det ligger i sakens natur att man kan vara tvungen att handla utan samtycke för att rädda patientens liv eller förebygga något allvarligt men.<sup>124</sup> Nödregeln har emellertid sina begränsningar. För det första måste man fastställa när en nödsituation verkligen föreligger, för i annat fall återstår bara att stödja sig på ett presumerat/hypotetiskt samtycke. Däremellan finns dock en betydande gråzon.

### 6.4.2 Nödsituationen

Inom hälso- och sjukvården uppstår ofta situationer som passar in på lokutionen ”fara hotar liv eller hälsa...” Ett avvärjande av en sådan fara kan ofta heller inte ske utan att åtgärder vidtas som kränker ett annat intresse och utgör lagöverträdelser. Det räcker dock inte att det skall finnas en fara för liv eller hälsa för att man skall kunna hänvisa till nödrätten. Vid en bedömning av om handlingen är försvarbar måste den ha vidtagits för att skydda ett intresse av betydligt större skyddsvärde än det som kränkts genom handlingen.<sup>125</sup> Faran måste vara av överhängande natur. Vidare begränsas nödrätten också av en tidsaspekt, en nödsituation kan uppstå utan förvarning men den kan även vara över lika snabbt. Då omständigheterna inte längre kan uppfylla kravet på nöd kan en nödhandling heller inte ligga för handen. JO har bl a påpekat att reglerna inte får tillämpas under någon längre tid. De är avsedda för akuta nödsituationer, och vissa krav måste ställas på situationens allvar.<sup>126</sup> Nödreglerna kan därmed inte ge stöd för någon rutinmässig användning av tvångsmedel i vården.

En operation passar enligt sin ordalydelse in på rekvisiten för misshandel i 3:5 BrB. Det är dock dels fråga om en handling som är socialt adekvat, dels har patienten vanligtvis dessutom givit sitt samtycke till ingreppet. Om ett giltigt samtycke inte har kunnat erhållas uppstår frågan under vilka omständigheter en nödsituation kan åberopas som stöd för en operation som av läkaren bedöms nödvändig. Sahlin ger flera exempel på fall där det helt klart föreligger nöd. Gemensamt för dessa är att det verkligen har funnits fara för patientens liv och att någon tid för rådrum och samråd inte har funnits.<sup>127</sup> Rynning framhåller också att det normalt måste krävas att det saknade samtycket inte rimligen kunnat inhämtas. Den nödliknande situationen skall inte ha kunnat förutses medan samtycke fortfarande hade kunnat inhämtas.<sup>128</sup> Större tveksamhet råder i ett fall som nämns där läkaren i samband med operation av en äggstockscysta överraskande upptäcker en elakartad tumör på livmoderhalsen som motiverar ett betydligt större ingrepp. Kan läkaren här åberopa nödrätt och avlägsna hela livmodern, trots att det varit möjligt att avsluta den pågående operationen och sedan samråda med patienten? Inget entydigt svar lämnas, men Sahlin säger att man i

<sup>122</sup> SOU 1997:154 s 326

<sup>123</sup> prop 1981/82:97 s 118

<sup>124</sup> Se Sjölenius, *Hälso- och sjukvårdsrätt del II* s 320

<sup>125</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 366

<sup>126</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvårdsrätt del II* s 320, JO:s ämbetsberättelser 1980- 81, s 323ff

<sup>127</sup> Sahlin, *Om nödrätt i hälso- och sjukvården SvJT* s 606

<sup>128</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 372

bedömningen måste beakta hur stor faran varit och om det varit uppenbart att man för att rädda patientens liv eller annat näraliggande intresse hade behövt genomföra ingreppet omgående. Han påpekar att det är viktigt att betona att läkaren inte kan vara fri att under hänvisning till nödrätt åtgärda vad som helst medan patienten ligger i narkos.<sup>129</sup>

I rättsfallet NJA 1990 s 440 anfördes som en invändning av intresse att det förelegat en nödsituation, och att man därför inte kunnat avvakta ett medgivande från patienten. Som sagts så kan nödrätten enligt 24:4 BrB åberopas som en rättsgrund som väger över den rätt som patienten har till självbestämmande. Detta begränsas dock av att det för det första skall vara fråga om en åtgärd som inte kan skjutas upp utan risk för patientens liv eller hälsa, och för det andra skall finnas som en grundläggande förutsättning att det inte skall ha varit möjligt att få ett giltigt samtycke från patienten.<sup>130</sup> Här hade ingreppet förutsetts av läkarna och dessa hade också haft tillfälle att inhämta Kerstin H:s samtycke. Den nödliknande situation som uppstod hade alltså orsakats av läkarnas försumlighet. I sin bedömning av skadeståndsskyldigheten koncentrerar sig dock HD på hur läkarna valt att fortskrida sedan de väl hamnat i en sådan situation, och där säger man att avskärningen var den medicinskt korrekta åtgärden i det läget. I bedömningen tas inte upp att situationen kunnat undvikas genom information, vilket är underligt då det var frågan om ett förutsett ingrepp. Informationsplikten har alltså inte getts någon självständig skadeståndsrättslig betydelse.

Föregångaren till HSAN, Medicinalväsendets ansvarsnämnd, gjorde följande uttalande i ett yttrande till en åklagare:

”En av grundprinciperna är att vård som bereds enligt denna lag är frivillig. Lagens bestämmelser medger således inte att vård bereds eller behandling insätts mot en patients klart uttalade och rättsligt giltiga viljeförklaring. Är patienten t ex i behov av en operation och förstår patienten inte detta bör man från sjukhusets sida i första hand försöka klargöra förhållandena för patienten. I en akut nödsituation kan det dock i undantagsfall inträffa att åtgärder måste vidtagas för att patienten inte skall komma till allvarlig skada eller för att rädda patientens liv. Stöd för åtgärden finns i bestämmelserna om nödhandling i 24 kap. 4§ brottsbalken.”<sup>131</sup>

Det kan nämnas att det är självklart att nödrätt kan hävdas som stöd för åsidosättande av annars gällande kvalitetsnormer för vården, när t ex en amputation måste genomföras under primitiva förhållanden eller i övrigt en medicinsk åtgärd hastigt måste vidtas på plats utan nödvändig utrustning.<sup>132</sup>

Rynning tar upp ett fall som tjänar som exempel på när nödrätt kan åberopas som ansvarsfriande grund.

Ärendet gällde en 21-årig kvinna som i samband med en abort drabbades av komplikationer i form av svåra blödningar. Blödningarna kunde trots flera försök inte stoppas och läkarna ansåg sig till sist tvungna att avlägsna livmodern för att rädda patientens liv. I sin anmälan till HSAN uppgav patienten att hon blivit felbehandlad och att hon inte kunde acceptera att livmodern blivit bortopererad vid ett normalt abortingrepp. HSAN konstaterade i sin bedömning att varken blödningen eller det faktum att blödningen inte hade kunnat stoppas berott på fel eller försummelse hos personalen. HSAN underströk därefter att ”först i sista hand och då för att rädda patientens liv har livmodern avlägsnats.”

Det förekommer ingen direkt hänvisning till nödbestämmelsen i HSAN:s referat, men ett avlägsnande av livmodern är ett sådant oåterkalleligt och ingripande ingrepp som annars aldrig skulle ha fått genomföras utan patientens samtycke. Här rörde det sig om en nödsituation där patientens liv var i omedelbar fara och hennes inställning till åtgärden inte kunde inhämtas.<sup>133</sup>

## 6.5 Nödåtgärd mot patientens vilja

<sup>129</sup> Sahlin, *Om nödrätt i hälso- och sjukvården SvJT* s 606

<sup>130</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 372, Sahlin, *Om nödrätt i hälso- och sjukvården SvJT* s 604-610, Rynning, *Patientens samtycke – rättsligt relevant eller bara medicinsk-etiskt?* JT s 633

<sup>131</sup> AN 59/80, cit från Sjölenius, *Hälso- och sjukvårdsrätt del II* s 321

<sup>132</sup> Sahlin, *Om nödrätt i hälso- och sjukvården SvJT* s 610

<sup>133</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 367 f

I de allra flesta fall då hälso- och sjukvårdspersonalen agerar i en nödsituation hyser man en övertygelse om att patienten hade velat det, genom ett presumerat samtycke, eller i vart fall inte hade motsatt sig det. Men i vilken utsträckning kan nödrätten åberopas som rättsgrund för att genomföra vård- och behandlingsåtgärder mot patientens vilja? Vad gäller nödrätten har i förarbetena till LPT sagts att det ”torde förutsätta att det inte är känt att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen.”<sup>134</sup> Som sagts tidigare får det grundlagsfästa skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande inskränkas endast genom lag, enligt 2:12 RF. Trots att nödbestämmelsen har formen av lag är det en allmänt hållen bestämmelse vars syfte inte har varit att tjäna som grund för visst handlande på hälso- och sjukvårdens område. Att regeln i 24:4 BrB ändå kan utgöra ett sådant stöd har framhållits av bl a Sahlin som säger att ”... även genom detta litet mer allmänt hållna lagrum ges naturligtvis sådant lagstöd som avses i 2:12 RF.” Även Jareborg skriver att ”Bestämmelsen om nöd ger däremot stöd i lag för påtvingade kroppsliga ingrepp.”<sup>135</sup> En tillämpning av 24:4 BrB skall dock ske restriktivt, framhåller Rynning, då det är fråga om grundlagsskyddade fri- och rättigheter.<sup>136</sup> Enligt 24:4 BrB skall en nödrättshandling anses brottslig bara om den kan anses oförsvarlig. Vid en sådan bedömning kommer givetvis olika intressen att ställas mot varandra. På ena sidan finns det mänskliga livet, som i vårt samhälle tillerkänns ett mycket högt skyddsvärde i både konventioner, grundlagar och straffbestämmelser om brott mot livet. Mot detta kan då ställas respekten för individens självbestämmande och integritet. Förutom skyddet i 2:6 och 2:8 RF, som också täcker in påtvingad läkarvård, framhålls klart i förarbetena att en patient alltid har rätt att avböja vård, ”...en patient har däremot i princip en obegränsad rätt att avstå från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.”<sup>137</sup> Vidare har vad gäller nödrätten i förarbetena sagts att det ”torde förutsättas att det inte är känt att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen.”<sup>138</sup> Som ett exempel på att människolivet inte alltid sätts i första rummet gentemot rätten att bestämma över sin egen kropp anger Rynning att vårt rättssystem accepterar aborter, där alltså det ofödda barnets liv efterställs kvinnans fysiska och psykiska integritet. Likaså finns ingen lagstadgad rätt att tvinga någon att ge blod eller donera benmärg för att rädda en annan persons liv, även om det skulle vara det enda sättet.<sup>139</sup> För att handlandet inte skall anses såsom oförsvarligt måste som tidigare sagts det intresse som prioriteras anses vara betydligt mera skyddsvärt än rätten att bestämma över sin egen kropp. I bedömningen av huruvida nödrätten kan åberopas som rättslig grund för ett handlande mot patientens vilja, måste skillnad göras mellan fall då det är fråga om beslutskompetenta eller beslutsinkompetenta personer.

### 6.5.1 Beslutskompetenta patienter

Härom råder olika uppfattningar men de, så som jag har uppfattat dem dominerande, är att som huvudregel en beslutskompetent människa själv får bestämma vilka risktaganden hon vill göra med sitt liv och sin hälsa.<sup>140</sup> Jareborg framhåller också att ”Tillbörlig respekt för individens självbestämmanderätt torde som huvudregel utesluta att ingrepp tillåts mot beslutskompetenta personer, som är vid medvetande och motsätter sig åtgärden i fråga.”<sup>141</sup> I SOU 1984:64 uttalas om nödrätten att den kan grunda rätt att vidta behandlingsåtgärd utan samtycke om faran för skada är överhängande, medgivande inte kan inhämtas ”eller hans vägran att undergå behandling till följd av hans tillstånd inte fullt ut kan tillmätas relevans.”<sup>142</sup> När det gäller patienter som är vid medvetande och fullt förstånd och som inte vill bli behandlade, framhåller också Vängby att det får anses vara mycket tveksamt om nödregeln överhuvudtaget kan åberopas.<sup>143</sup> Mot dessa ställningstaganden har anförts åsikter i samband med arbetet om nya bestämmelser angående personer intagna i kriminalvården. Den i propositionen behandlade frågan gällde fall av tvångsmatning av matstrejkanter interner. Först framhålls det i RF inskrivna skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp och

<sup>134</sup> prop 1990/91:58 s 258

<sup>135</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 188

<sup>136</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 373

<sup>137</sup> prop 1981/82:97 s 118

<sup>138</sup> prop 1990/91:58 s 258

<sup>139</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 375

<sup>140</sup> se t ex A a s 376

<sup>141</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 189

<sup>142</sup> SOU 1984:64 s 176

<sup>143</sup> Vängby, *Avbrytande av behandling och brottsbalken SvJT* s 251

kravet på lagstöd för att kunna gå emot detta skydd, och sedan konstateras att det inte föreligger något sådant stöd för tvångsåtgärder vad gäller personer som har berövats friheten inom kriminalvården. Vad gäller brottsbalkens bestämmelser om nöd sägs sedan att

”Vid en bedömning av frågan efter dessa linjer måste naturligtvis beaktas att närings- eller vätsketillförsel mot någons vilja utgör ett synnerligen allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. Mot detta måste emellertid ställas respekten för ett människoliv. Det synes mig inte kunna råda någon tvekan om att, när ett liv står på spel, åtgärder av nu aktuellt slag allmänt sett måste bedömas som försvarliga i nödparagrafens mening. I varje fall måste detta gälla när fråga är om personer för vilka samhället genom tvångsomhändertagande på en institution har åtagit sig ett särskilt ansvar. Frågan har emellertid ytterligare aspekter. Det har sålunda ibland gjorts gällande att nödrätten aldrig skulle få användas för att rädda någons liv eller hälsa mot vederbörandes uttryckliga vilja. En sådan uppfattning har dock inte stöd vare sig i förarbetena till paragrafen eller i vedertagen praxis. ... Jag kommer alltså till den slutsatsen att man på den allmänna nödbestämmelsen i brottsbalken normalt måste kunna grunda en befogenhet att vidta åtgärder för tvångsvis näringstillförsel gentemot en matvägrande intagen. En förutsättning för ett ingripande mot den intagnes vilja med stöd av denna bestämmelse är dock att den fara för liv eller hälsa som föreligger verkligen är överhängande.”<sup>144</sup>

I sina remissvar uttalade sig Sveriges läkarförbund mot att tvångsmatning skall ske i sådana fall. Riktlinjerna och råden till medlemmarna säger att tvångsmatning inte skall ske mot en psykiskt frisk persons uttalade vilja. Socialstyrelsens majoritet framförde att en fast och genomtänkt vilja att få dö måste respekteras av hälso- och sjukvårdspersonalen vare sig det är fråga om en person som frivilligt söker vård eller om någon som överförs till sjukhus från kriminalvårdsanstalt eller häkte. Rynning framhåller att grundlagens skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp måste gälla även de som på ett eller annat sätt är omhändertagna oberoende av egen önskan. Kriterierna för ingripande enligt nödrätten måste vara desamma som för all annan vård och behandling, och någon generell rätt att tvångsbehandla alla patienter som befinner sig i en livshotande situation p g a mat- eller vätskestrejk torde inte föreligga.<sup>145</sup> Också Vängby berör detta problem. Han framhåller att om en beslutskompetent patient som till följd av sin vägran att underkasta sig behandling blir medvetlös, t ex till följd av hunger- eller vätskestrejk, man ”också i fortsättningen måste avstå från den behandling som patienten vägrat även om detta leder till döden, såvida man inte kan utgå från att patientens inställning grundas på andra motiv än en önskan att få dö.”<sup>146</sup> Det är väl också här som svårigheten ligger. Hur kan man korrekt bedöma personens beslutskompetens och verkliga motiv med sin handling? En vägran att inta föda kan ha politiska motiv, som personen i fråga dock inte är beredd att dö för. Samtidigt kanske personen anser att en sak är värd att ge sitt liv för, även om döden i sig inte är själva målet. De svåra gränsdragningsproblemen har också inneburit att det inte finns någon lagstadgad skyldighet för en läkare att ingripa i liknande fall samtidigt som livräddande insatser sällan torde bedömas som rättsstridiga.<sup>147</sup> Vad gäller patienter som i klart tillstånd tydligt uttalat att en viss åtgärd under inga omständigheter får vidtas och om detta skett med full insikt om riskerna för liv och hälsa, anser Rynning att det måste anses oförsvarligt att genomföra åtgärden så snart patienten blivit beslutsinkompetent, om anledning saknas anta att dennes vilja ändrats.<sup>148</sup>

### 6.5.2 Beslutsinkompetenta patienter

När det gäller icke- beslutskompetenta patienter kan bedömningen bli en annan. Jareborg framhåller t ex ”Att en beslutsinkompetent person motsätter sig ett ingrepp gör inte att det är oförsvarligt.”<sup>149</sup> Dessa människor har naturligtvis samma rätt till bevarad integritet som alla andra, men det kan i vissa fall vara svårare för personen i fråga att verkligen förstå innebörden och konsekvenserna av sitt ställningstagande, och att ge uttryck för sin vilja. Nödregeln bör kunna användas som grund för åtgärder som vidtas för att avvärja överhängande fara för en beslutsinkompetent persons liv eller hälsa, även om personen skulle komma att motsätta sig åtgärden.<sup>150</sup> Samma åsikt uttrycks också i SOU 1984:64 angående nödrätten då en patients vägran att undergå behandling till följd av hans tillstånd

<sup>144</sup> prop 1983/84:148 s 21-23

<sup>145</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 384

<sup>146</sup> Vängby, *Avbrytande av behandling och brottsbalken SvJT* s 251

<sup>147</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 384

<sup>148</sup> A a s 381

<sup>149</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 189

<sup>150</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 378

inte kan tillmätas relevans.<sup>151</sup> Även i dessa fall måste dock alla kriterier för en verklig nödsituation föreligga.

Då en person befinner sig i ett sådant tillstånd att hon inte kan anses vara beslutskompetent redan vid första kontakten med hälso- och sjukvårdspersonalen, bör en vägran av behandling inte tillmätas lika stor tyngd som då personen hade varit kompetent att fatta beslutet. En beslutsinkompetent patient kan inte med rättsligt bindande verkan anses kunna ge avkall på sådan vård som är livsnödvändig eller angelägen. I alla fall så länge man inte kan slå fast att beslutet grundar sig på ett självständigt val.<sup>152</sup>

### 6.5.3 Ställföreträdarens inställning

I detta sammanhang blir det aktuellt att se vilken betydelse en eventuell ställföreträdarens åsikter tillmäts. Skulle för det första ställföreträdaren motsätta sig åtgärden medan patienten själv inte uttrycker något motstånd, finns en skillnad beroende på huruvida det är fråga om en vårdnadshavare eller en god man eller förvaltare. Föräldrarnas bestämmanderätt ges ofta företräde framför barnens, men detta bara så långt som det syftar till att tillgodose barnens bästa och deras behov. Skulle föräldrarnas ställningstagande och barnets bästa komma i konflikt får oftast det förra ge vika, t ex genom tvångsingripande enligt LVU. Kan då sådana åtgärder inte komma till stånd, måste nödregeln användas för att värna barnets liv eller hälsa. Är den legale ställföreträdaren god man eller förvaltare, finns det ännu mindre anledning att låta dennes uppfattning råda om detta skulle vara till nackdel för huvudmannen. Även här måste alltså nödrätten kunna tillämpas.<sup>153</sup> Skulle både patienten och ställföreträdaren motsätta sig den föreslagna åtgärden måste varje situation bedömas för sig. En sådan enighet kan tyda på att ingreppet kanske ändå inte är patientens bästa, men man kan heller inte utesluta att en ställföreträdare ofta utövar ett visst inflytande över patientens vilja. Även här kan nödrätten komma att tillämpas, i avvaktan på att frågor om åtgärder enligt LVU eller företrädarens fortsatta ställning kan prövas.<sup>154</sup>

Det finns betydande svårigheter vad gäller bedömningen av huruvida en person skall anses vara kompetent att fatta beslut om medicinsk behandling och ingrepp. Om en patient i ett mindre akut läge har motsatt sig en viss åtgärd och senare hamnar i ett allvarligt läge där hans beslutsförmåga slås ut, t ex genom medvetlöshet, kan det finnas anledning anta att han i det nya läget skulle ha ändrat uppfattning och det behöver inte framstå som oförsvarligt om åtgärden genomförs. I ett sådant fall kommer i och för sig även hypotetiskt samtycke att föreligga.<sup>155</sup> Om dock patienten, då han varit beslutskompetent, med klarhet uttalat att en viss åtgärd under inga omständigheter får vidtas, och det senare inte finns anledning anta att personen skulle ha ändrat sig, måste det enligt Rynning anses oförsvarligt att genomföra åtgärden så snart patienten blivit beslutsinkompetent.<sup>156</sup>

### 6.5.4 Självordsförsök

En annan situation som bereder svåra ställningstaganden angående beslutskompetensen är när patienter kommer in till sjukhuset efter självordsförsök. Kan man då verkligen utgå ifrån att personens verkliga vilja är att få dö? För det första är det inte sällan som ett försök att ta sitt liv är ett sista rop till omvärlden på hjälp. För det andra sker många självordsförsök under inflytande av psykisk sjukdom eller tillfällig psykisk svaghet som gör att patienten dels inte kan sägas vara helt klart beslutskompetent, och dels kan livsviljan återställas genom behandling av sjukdomen. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör ett självordsförsök sällan ses som en beslutskompetent människas viljeyttring, och man kan vid dessa tillfällen sålunda inte respektera denna handling.<sup>157</sup> Samma åsikter framförs också i SOU 1979:59 "I livets slutskede", där det sägs att även om man anser att en människa har rätt att ta sitt eget liv, man sällan kan avgöra om patienten verkligen avsett att beröva sig livet. Detta låter i och för sig vettigt och borde gälla de flesta fall, men det har framförts att

<sup>151</sup> SOU 1984:64 s 176, prop 1990/91:58 s 258

<sup>152</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 381

<sup>153</sup> A a s 380

<sup>154</sup> A a st

<sup>155</sup> A a st

<sup>156</sup> A a st

<sup>157</sup> Allmänna råd 1992:2 s 21

då personalen med säkerhet vet att det rör sig om ett äkta uttryck av en beslutskompetent persons vilja, nödregeln knappast borde vara tillämplig.<sup>158</sup> Också Sverne framhåller att en reservation bör göras gentemot Socialstyrelsens resonemang i de fall man känner till att det är fråga om en patient med en obotlig sjukdom som medför svåra smärtor, och man vet att denne önskar få ett slut på lidandet. De åtgärder som patienten vidtagit bör då respekteras.<sup>159</sup>

I betänkandena om vård i livets slutskede framhålls att läkare ytterst sällan har sådan fullständig kännedom om bakgrunden att de kan anses berättigade att avstå från att ingripa. Avskedsbrev eller rapporter från anhöriga är för det mesta helt otillräckliga för att man skall få en klar bild av patientens avsikt. Först då individen återfått medvetandet kan man få klarhet om syftet med handlingen. Som princip sägs dock att om ansvarige läkaren har fullständig kännedom om bakgrunden det i undantagsfall kan vara etiskt riktigare att inte handla än att rutinmässigt rädda patientens liv.<sup>160</sup> Här är det dock mycket osäkert om inte en sådan handling kan utgöra underlåtenhetsbrott då läkaren har en garantställning.

## 7 Behandling enligt sedvana

Ibland hävdas att det inom hälso- och sjukvården finns en slags behandlingsrätt eller behandlingsskyldighet som närmast verkar motsvara en sedvanerätt eller en utvidgad nödrätt på området. Det har framhållits att en läkares skyldighet att enligt 3§ p1 allmänna läkarinstruktionen ge patienten den behandling som vederbörandes tillstånd fordrar, skulle innebära att vissa nödvändiga behandlingsåtgärder kan genomföras utan patientens samtycke, om patientens liv eller hälsa annars skulle äventyras.<sup>161</sup> Endast en uttrycklig vägran att undergå behandling skulle accepteras och bara om uttalandet kunde tolkas som patientens verkliga vilja. Kan en sådan sedvanerätt då ersätta ett uttryckligt stadgande i lag och bryta grundlagsskyddet? Socialberedningen framhåller att det av uttalandet i prop 1983/84:111 att sedvanerättsliga inskränkningar inte godtas.<sup>162</sup> ”Som har påpekats både av polisutredningen och polisberedningen kan nämligen efter regeringsformens ikraftträdande sedvanerätt inte längre åberopas som stöd för ingripanden som innebär ett att de grundlagsfästa fri- och rättigheterna begränsas.”<sup>163</sup> Om 3§ i läkarinstruktionen sägs att en så allmänt formulerad bestämmelse i en författning av jämförelsevis låg dignitet inte kan anses uppfylla kraven på lagstadgad inskränkning.<sup>164</sup>

## 8 Rätten att kräva vård

### 8.1 Patientstatus

Den svenske patienten har en självbestämmanderätt som så långt möjligt skall respekteras. Från detta synsätt förutsätts emellertid att personen i fråga redan har erhållit patientstatus. Av vikt är att utreda hur det förhåller sig i situationen då en person söker vård men ännu inte beviljats sådan. Vilka rättigheter har den svenske patienten att få bli just patient?

Till att börja med kan sägas att det inte finns något uttryckligt stadgande vad gäller rätten att få patientstatus. Det finns emellertid olika typer av rättigheter, och det gäller att fastställa vad för slags rätt till vård som finns i Sverige. För det första kan man mena en egentlig rättighet, alltså en legal rättighet. På förvaltningsrättens område kan man säga att en legal rättighet skall vara noggrant preciserad i lag, både vad gäller innehåll och förutsättningar. Vidare skall den vara utkrävbar, vilket innebär att den enskilde skall ha möjlighet till överklagande. I vissa fall har även uppställts krav på statlig tillsyn över de

<sup>158</sup> Wennergren, *Enskilds rättskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp* s 92, Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 382, se också SOU 1979:59

<sup>159</sup> Sverne & Sverne, *Patientens rätt* s 48

<sup>160</sup> SOU 1978:82 s 41, SOU 1979:59 s 61f

<sup>161</sup> Instruktionen har dock upphävts genom SFS 1998:1515

<sup>162</sup> SOU 1984:64 s 178

<sup>163</sup> prop 1983/84:111 s 25

<sup>164</sup> Wennergren, *Enskilds rättskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp* s 89 f



organ som sköter förvaltningen.<sup>165</sup> En legal rättighet tillgodoser kravet på rättssäkerhet på det sättet att patienten i förväg kan ta ställning till huruvida lagens förutsättningar stämmer in på honom och han har då även rätt till överprövning av domstol. Den nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftningen innehåller inte en sådan rättighetsreglering. Där slås förvisso fast skyldigheter för både sjukvårdshuvudmännen och personalen, men det anges inga motsvarande rättigheter för patienten. Man kan ändå säga att patienten kan ställa vissa krav på hälso- och sjukvården, men dessa rättigheter är då av en annan sort, en slags kvasirättigheter. Den enskilde har här rätt att ställa krav i den mån resurserna för sjukvården tillåter det. Här finns heller inget utrymme för domstolsprövning. De svenska patienträttigheterna passar bäst in på denna definition.

I propositionen till HSL uppger utredningen att det inte är möjligt att införa en rätt för patienten till hälso- och sjukvård.<sup>166</sup> Däremot åläggs landsting och kommuner ett ansvar för att hälso- och sjukvård erbjuds befolkningen. Den ansvarige departementchefen säger här att det inte är möjligt att som några remissinstanser föreslagit, införa en formell rätt för den enskilde till hälso- och sjukvård. Dock sägs att ”samtidigt bör påpekas att en patient som kommer till ett sjukhus och uppger sig vara akut sjuk alltid måste tas om hand.”<sup>167</sup> I det fall det rör sig om ej genomförd (akut) behandling på grund av försummelse rör det sig helt klart om att personalen inte har iakttagit sina skyldigheter enligt lagstiftningen. En patient i behov av vård skall ges sådan vård, dock är det också här fråga om en bedömning av hur akut läget verkligen är. En patient har alltid rätt att söka hälso- och sjukvården och den har i sin tur skyldighet att ta emot patienten, men av praxis från HSAN framgår att detta inte alltid måste ske omedelbart.<sup>168</sup> Det är den medicinskt kunniga personalen som gör bedömningen av vilken vård som krävs i en viss situation. En läkare har ingen ovillkorlig skyldighet att tillhandahålla en patient med en viss undersökning eller behandling som denna kan önska. Underlåtenhet att tillhandahålla medicinsk behandling kan alltså vara i sin ordning, om läkarens bedömning är att det inte behövs.

Den patient som antagits för behandling, och alltså fått patientstatus, skall enligt HSL och YrkesvL ges upplysningar om vilka behandlingsmetoder som finns. Vidare skall enligt en ny 3a§ och 18a§ i HSL landsting och kommuner ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han föredrar om det finns flera behandlingssätt som står i överensstämmelse med varandra. Vad gäller patientens möjlighet att bestämma vilka ingrepp, behandlingar osv som skall sättas in finns flera begränsningar. För det första har som nämnts ovan en läkare ingen ovillkorlig skyldighet att tillhandagå en speciell behandling. I prop till HSL anges att det förvisso är patienten som bestämmer om vård skall ges, men ”patienten kan visserligen inte själv få bestämma vilken vård som ges.”<sup>169</sup> Vidare sägs, som en andra begränsning av patientens möjligheter att influera hälso- och sjukvården, att ”Det måste dock samtidigt slås fast att den vård och behandling som ges alltid skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientens medverkan kan eller får aldrig innebära att dessa krav eftersätts.”<sup>170</sup> I definitionen av en god vård anges bl a i 2a§ st1 p3 HSL att vården skall bygga på patientens självbestämmande och integritet. Redan i förarbetena konstateras dock att denna rätt till självbestämmande och integritet ”... kan dock inte vara absolut utan måste av flera skäl vara begränsad. Det är inte möjligt att låta patienten bestämma innehållet och omfattningen av vården. Sådana avgöranden måste alltid ankomma på sjukvårdshuvudmannen och den som har det medicinska ansvaret för vården.”<sup>171</sup>

<sup>165</sup> Se Westerhäll, *Patienträttigheter* s 11

<sup>166</sup> prop 1981/82:97 s 48

<sup>167</sup> A a s 54

<sup>168</sup> Westerhäll, *Patienträttigheter* s 14

<sup>169</sup> prop 1981/82:97 s 50

<sup>170</sup> A a st

<sup>171</sup> A a s 118

## 8.2 Vetenskap och beprövad erfarenhet

Ett annat viktigt faktum som begränsar betydelsen av patientens egen vilja vad gäller utformning och val av behandling, ingrepp o s v är alltså kravet på att hälso- och sjukvård skall ske i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta krav finns lagfäst i 2:1 YrkesvL och avser all hälso- och sjukvårdspersonal och inte som förr bara läkare och tandläkare. Förarbetena till ÅligL och senare till YrkesvL klargör inte betydelsen av denna lokution, och därför är ett uttalande av Socialstyrelsen till en enskild läkare av stor betydelse.

”Ur juridisk synvinkel innebär uttrycket att läkaren i sin yrkesmässiga utövning har att beakta såväl vetenskap som beprövad erfarenhet. Författningstexten innebär sålunda ett ”både och” - inte ett ”antingen eller”. Avvägningen mellan de båda leden i uttrycket kan dock variera. När exempelvis en ny behandlingsmetod introduceras saknas självfallet erfarenhet, det vetenskapliga underlaget får vara grunden för att metoden accepteras, eventuellt efter erfarenheter vunna vid försök på djur. I andra fall kan långvarig klinisk erfarenhet vara det dominerande underlaget för att en behandlingsmetod accepteras medan de teoretiska och/eller experimentella vetenskapliga bevisen för dess effektivitet kan vara begränsade.”<sup>172</sup>

I den nya 3a§ HSL, vilken syftar till att fördjupa patientens påverkan av vården, står alltså skrivet att patienten skall ges valfrihet vad gäller behandlingsalternativ, men bara bland sådana som alla uppfyller vetenskap och beprövad erfarenhet. Här finns alltså begränsningar. För det första avses med behandlingsåtgärder sådana med medicinskt innehåll som erbjuds av legitimerade yrkesutövare. Hit hör till exempel kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, rehabilitering, förlösningsmetoder och psykoterapeutiska insatser. Patientens val kan inte avse olika alternativ inom områdena för undersökning och diagnostik. Valet av vårdform innefattas heller inte, såvida det inte följer av behandlingsalternativet. Hjälpmedel faller också utanför begreppet.<sup>173</sup> För det andra är valet inte ovillkorligt, och häri ligger att ”Endast alternativ som är medicinskt motiverade och som bedöms vara till nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan kan komma i fråga.”<sup>174</sup> Begreppet nytta skall ses från individens utgångspunkt och innefatta såväl hälsa som livskvalitet. Patientens val av behandlingsmetod skall tillgodoses om sjukvårdshuvudmannen finner att valet framstår som befogat. Här kan kort nämnas att sjukvårdshuvudmannen inte skall kunna neka en nödvändig behandling endast med hänvisning till kostnaderna. Vid valet måste dock tas hänsyn till om graden av nytta berättigar den kostnadsökning som behandlingen innebär jämfört med en annan metod.<sup>175</sup> Som synes finns även en kostnads-effektivitets aspekt som spelar in i patientens bestämmandemöjligheter. Samma krav ställs enligt bestämmelserna i YrkesvL.<sup>176</sup>

Det finns tillfällen då kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet inte är absolut, och enligt den medicinska litteraturen till och med inte bör iakttagas fullt ut. Det har framhållits som en skyldighet för läkaren att använda sig av en i och för sig oprövad metod om detta skulle vara det enda eller bästa sättet att hjälpa sin patient på. Förutsättningarna för detta anses vara att ingen beprövad metod anses vara mer fördelaktig, att patienten lämnat sitt samtycke samt att åtgärden så långt möjligt står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det får alltså inte vara en helt grundlös chanstagnation. I en sådan situation kan alltså en patients önskan om en viss åtgärd respekteras med tanke på de konsekvenser som man annars har att vänta.<sup>177</sup> Socialstyrelsen har också yttrat angående vård i livets slutskede, att läkaren förvisso inte är skyldig att tillhandahålla en medicinskt verkningslös eller orimlig behandling, men att han måste vara lyhörd för att den ändå kan vara meningsfull för patienten och de närstående. I sådana fall kan det någon gång vara berättigat att respektera patientens vilja och tillhandahålla den önskade behandlingen. Detta förutsätter att det är praktiskt genomförbart och inte förenat med allvarliga biverkningar.<sup>178</sup>

## 9 Transplantation

<sup>172</sup> se Sahlin, *Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar* s 32

<sup>173</sup> prop 1998/99:4 s 47

<sup>174</sup> A a st

<sup>175</sup> A a st

<sup>176</sup> A a s 50

<sup>177</sup> Sahlin, *Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar*, s 36

<sup>178</sup> Allmänna råd 1992:2 s 18

## 9.1 Levande donatorer

### 9.1.1 Allmänt

Vad gäller frågor om transplantation är bestämmelserna i HSL och YrkesvL tillämpliga också inom det området. Därmed gäller som ett minimiskydd att samtycke skall lämnas till en åtgärd enligt lagen.<sup>179</sup> Om man ser till bestämmelserna som avser tagande av organ och annat biologiskt material från levande, gäller som huvudregel att ett sådant ingrepp får ske endast med samtycke från den som ingreppet avser. I förarbetena till transplantationslagen tas fasta på skyddet för den kroppsliga integriteten i RF och det nämns att det allmänt sett inom hälso- och sjukvården även finns situationer där ett ingrepp kan vara berättigat som en nödhandling, trots att samtycke inte alls kunnat inhämtas. Vid den intresseavvägning som skall äga rum för att konstatera nödrätt sägs att det är oklart under vilka omständigheter som det är tillåtet att kränka en persons kroppsliga integritet för att kunna skydda någon annans liv eller hälsa. ”Det kan dock inte anses tillåtet att mot en människas vilja göra ett transplantationsingrepp på henne för att därigenom rädda livet på någon annan.”<sup>180</sup> Det finns inget utrymme för tillämpning av nödreglerna vid sidan av samtyckeskravet. Detta motiveras med att ingen människa är skyldig att bistå en annan, och man därför inte kan ålägga henne att hjälpa en medmänniska eller straffa henne för att hon underlåter att göra det. Förbudet att mot en människas vilja göra ett ingrepp på henne för att rädda någon annans liv eller hälsa gäller även om ett sådant ingrepp skulle innebära ytterst små risker, och oavsett det rättsförhållande som gäller mellan de två personerna.<sup>181</sup> Man tar också ställning till fall där en organdonator genom avtal förbundit sig att antingen sälja eller skänka något organ, och här sägs att det får anses uteslutet att på civilrättslig grund framtvinga en organdonation. Detta oavsett om det t ex skett genom gåvobrev som överlämnats till den tilltänkte gåvotagaren. En sådan transaktion skulle säkerligen förklaras ogiltig av domstol såsom stridande mot goda seder.<sup>182</sup>

I den nya sedan 1 juli gällande transplantationslagen finns längre inget allmänt krav på att samtycket skall vara skriftligt vad avser levande donatorer. Numera krävs i 6§ skriftligt samtycke för ingrepp som avser organ eller material som inte återbildas, eller om de kan medföra beaktansvärd skada eller olägenhet för givaren. Vidare sägs att sådana ingrepp som berör biologiskt material som inte återbildas får ske endast på en givare som är släkt med den tilltänkte mottagaren, eller på annat sätt står denne särskilt nära. Ingreppet får göras på annan om det finns särskilda skäl, som t ex att det inte finns någon lämplig släkting. Syftet med denna begränsning av en eventuell givares vilja är att så långt möjligt minska användningen av levande givare av biologiskt material som inte återbildas, främst p g a risken för påtryckningar.<sup>183</sup>

### 9.1.2 Samtycket

Vad gäller samtycket sägs att en person måste ha möjligheten att ta ställning till och bedöma de konsekvenser som ingreppet fört med sig. Regeringen framhåller att man inte kan se någon situation där det skulle komma ifråga att ta organ från en vuxen rättskapabel person utan dennes aktiva och informerade samtycke.<sup>184</sup> Vidare framhåller transplantationsutredningen vad gäller det informerade samtycket bestämmelserna i HSL om att all hälso- och sjukvård skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, och principen att all vård och behandling skall så långt möjligt genomföras i samråd med patienten. Med hänsyn till att en donation inte främjar donatorns hälsa utan sker i mottagarens intresse, är det angeläget att donatorn informeras väl om betydelsen av ett samtycke. I 10§ sägs sålunda uttryckligen att den läkare som har rätt att besluta om ingreppet skall upplysa givaren om åtgärden och de konsekvenser det kan innebära. Då

<sup>179</sup> Lagen gäller ingrepp för att ta tillvara organ eller annat biologiskt material från en levande eller avliden människa för behandling av sjukdom eller kroppsskada hos en annan person. Det kan också röra sig om andra medicinska ändamål, t ex forskning, medicinsk undervisning, framställning av läkemedel m m. Även mindre ingrepp omfattas av lagen, som tagande av blod och avlägsnande av hud.

<sup>180</sup> SOU 1989:98 s 67 f

<sup>181</sup> prop 1994/95:148 s 80

<sup>182</sup> SOU 1989:98 s 69, prop 1994/95:148 s 83

<sup>183</sup> prop 1994/95:148 s 33, 80 f

<sup>184</sup> SOU 1989:98 s 171

samtycke lämnas till läkaren skall denne förvissa sig om att personen förstått innebörden av upplysningarna. Informerat samtycke är alltså ett minimikrav. En ytterligare begränsning är att ingrepp enligt lagen inte får göras om det kan befaras medföra allvarlig fara för givarens liv eller hälsa. Givaren har alltså i detta hänseende ingen självbestämmanderätt, inte ens om det gäller en förälder som vill ge ett vitalt organ för att rädda livet på sitt barn.<sup>185</sup> Vad gäller dokumentationen av samtycket sägs att vid vissa ganska bagatellartade ingrepp som i och för sig omfattas av lagen, exempelvis blodgivning, det inte är befogat med krav på skriftlighet. I de flesta andra situationer rekommenderas dock en skriftlig form, även om det inte skulle vara nödvändigt.<sup>186</sup> Organdonatorn har rätt att återkalla sitt samtycke till ingrepp ända fram till att detta verkligen kommer till stånd.<sup>187</sup>

### 9.1.3 Beslutsinkompetenta personer

Transplantationsutredningen framhåller att ett ingrepp enligt transplantationslagen förutsätter att samtycke lämnats frivilligt och med insikt om ingreppets innebörd och risker. Ett väl övervägt ställningstagande förutsätter dock som tidigare sagts att man kan bedöma risker och andra tänkbara konsekvenser med ingreppet.<sup>188</sup> Möjligheten för en människa att ta ställning i en sådan fråga varierar avsevärt beroende på mognad, kunskapsnivå och omdömesförmåga. Därför finns det också människor som av olika anledningar inte kan lämna något informerat samtycke till ingrepp. Vad gäller underåriga och människor med psykisk störning sägs i 8§ st1 att om dessa saknar förmåga att lämna giltigt samtycke, ingrepp endast får göras om givaren är släkt med den eventuelle mottagaren, och det inte är möjligt att ta ett lämpligt material av annan. Det behövlige samtycket skall härvid lämnas av vårdnadshavaren eller god man<sup>189</sup>, och för psykiskt störda av god man eller förvaltare. Ingrepp får dock inte göras mot givarens vilja.

### 9.1.4 Underåriga

Vad avser personkretsen menas med underårig den som är under 18 år, 9:1 FB. Vad gäller då om vårdnadshavarens bestämmanderätt? Det är ju den underåriges vårdnadshavare som svarar för att barnet skall få nödvändig vård, men bör en vårdnadshavare också kunna samtycka till ett ingrepp enligt transplantationslagen? Vad gäller 2:6 RF och ett alldeles litet barn medför samtycke av vårdnadshavarna att ett ingrepp inte anses påtvingat. Samma sak borde gälla även för äldre barn, så länge som de inte förstår innebörden av ingreppet.<sup>190</sup> Angående bestämmanderätten anges för det första att det endast är fråga om tagande av benmärg eller smärre hudpartier, och att möjligheten att ge t ex ett syskon liv eller hälsa kan väga väl lika tungt för barnet som de eventuella risker som ingreppet innebär. Därför anser man det möjligt för vårdnadshavaren att besluta om sådana ingrepp. Ett sådant samtycke skall lämnas uttryckligen, och finns det flera vårdnadshavare får ingrepp inte ske om de är oense.<sup>191</sup>

Som tidigare nämnts har man i transplantationslagen frångått den sedvana som finns på andra rättsområden att myndighetsåldern inte är det absoluta kriteriet för en människas beslutskompetens. Detta motiveras med att man genom att hålla sig till 18-års åldern får en rimlig garanti för välgrundade och genomtänkta överväganden.<sup>192</sup> Jag själv anser detta vara en smula märkligt då man vad gäller andra ingrepp såsom blodtransfusion och abort accepterar en lägre ålder. Inte heller kommer barnet såvitt jag kan se att bättre skyddas mot påtryckningar. Det skulle i så fall vara från själva mottagaren. Det borde enligt min mening vara en självklarhet att en psykiskt tillräckligt mogen givare själv skall kunna bestämma över sin egen kropp. Detta framför allt då det i dessa situationer oftast är fråga om känslomässiga band till den som behöver organet. I förarbetena betonas förvisso att det finns andra aspekter av betydelse än vårdnadshavarens samtycke, och att den underåriga själv i

<sup>185</sup> prop 1994/95:148 s 79

<sup>186</sup> A a st

<sup>187</sup> SOU 1989:98 s 69

<sup>188</sup> A a s 177

<sup>189</sup> Ett förordnande av god man för den underåriga kan bli aktuellt om det är fråga om tagande av biologiskt material från ett syskon för transplantation till ett annat syskon. Annars kan vårdnadshavaren komma att företräda både givare och mottagaren, vilket kan orsaka intressekonflikter. Se prop 1994/95:148 s 82

<sup>190</sup> SOU 1989:98 s 186

<sup>191</sup> prop 1994/95:148 s 35

<sup>192</sup> A a st

vissa fall skall kunna påverka beslutet. Den allmänna principen att barns önskemål bör beaktas allt mer i takt med stigande ålder och ökad mognad sägs gälla också här. Det måste förutsättas, skriver transplantationsutredningen, att föräldrar noga diskuterar saken med barnet så långt möjligt. Om barnet förstår vad ingreppet innebär och vill att det skall göras bör detta naturligtvis vara en omständighet av stor betydelse för föräldrarnas ställningstagande.<sup>193</sup> Som en ytterligare garanti för rimliga beslut stadgas i 8§ st2 att ingrepp på underåriga och personer med psykisk störning endast får göras med socialstyrelsens tillstånd. Läkare skall dessutom ha tillstyrkt ansökan. Dessutom krävs särskilda skäl om ingreppet avser icke förnyelsebart material. Sådana skäl kan vara om det exempelvis inte finns någon annan tänkbar givare samtidigt som mottagaren riskerar att dö.<sup>194</sup>

Sist måste betonas att det är den underåriges vilja som får sista ordet vad gäller avböjandet av ett ingrepp. En sådan vetorätt anges vara nödvändig för att tillgodose kravet på skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp. I 8§ st1 sägs också att ingrepp inte får göras mot givarens vilja. Det framhålls att barnets negativa inställning inte måste vara ”informerad” på samma sätt som ett samtycke. Barnets inställning skall utgöra ett hinder mot ingrepp oavsett vad den grundar sig på och oavsett uttrycksform. Som en nedre gräns uppställs dock att det skall vara fråga om en viljeyttring – att ett litet barn instinktivt värjer sig mot en injektion anses inte böra utgöra hinder mot ingrepp.<sup>195</sup>

### 9.1.5 Psykisk störning

Vad gäller människor som lider av psykisk störning står i lagtexten att samtycket skall ges av god man eller förvaltare, om man på denna störning saknar förmåga att lämna samtycke. Det måste sålunda finnas ett samband mellan den psykiska störningen och förmågan att lämna samtycke. Det framhålls att en människa som lider av psykisk störning i vissa situationer kan vara fullt kapabel att förstå innebörden av ett samtycke. Man kan alltså inte uppställa någon generell regel för när en psykiskt handikappad skall anses sakna förmåga att lämna samtycke, utan detta får prövas från fall till fall och individ. Läkaren som skall besluta om ingreppet skall naturligtvis enligt 10§ förvissa sig om att personen i fråga förstått innebörden av upplysningarna som givits.<sup>196</sup>

Vad gäller själva termen psykisk störning sägs att den innefattar dels psykisk störning enligt bl a LPT, men även fall där den psykiska störningen beror enbart på utvecklingsstörning, alltså en intellektuell funktionsnedsättning.<sup>197</sup> I propositionen till LPT anges som exempel på (allvarlig) psykisk störning tillstånd av psykotisk karaktär, alltså störd realitetsvärdering och vanföreställningar. Vidare räknas dit också allvarliga depressioner med självmordstankar. Man framhåller att också en psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och tar sig uttryck i sk åldersdemens, kan innefattas av begreppet (allvarlig) psykisk störning.<sup>198</sup> Skulle en prövning visa att personen saknar beslutskompetens i frågan, anser man i förarbetena att det med hänsyn till den positiva betydelse en transplantation kan ha för donatorn, psykiskt störda inte bör vara förhindrade att uppträda som donatorer.<sup>199</sup> Liksom då det gäller underåriga får ett ingrepp inte ske mot givarens vilja. En person med psykisk störning har alltså en vetorätt oberoende av om han alls förstår vad vetot innebär eller får för konsekvenser.<sup>200</sup> Om förvaltarens eller gode mannens bestämmanderätt sägs att utvecklingen på förmynderskapsrättens område på senare tid har gått i riktning mot ett starkare betonande av omsorgen av huvudmannens person. Eftersom ingrepp enligt transplantationslagen rör den sidan av förvaltarskapet, sägs att det ligger nära till hands att anförtro dessa ställföreträdare att bestämma för huvudmannens räkning också i denna fråga. Allt under förutsättning att uppdraget omfattar också personlig omsorg. Skulle

<sup>193</sup> prop 1994/95:148 s 35, SOU 1989:98 s 188

<sup>194</sup> prop 1994/95:148 s 82

<sup>195</sup> SOU 1989:98 s 188

<sup>196</sup> prop 1994/95:148 s 81

<sup>197</sup> A a st

<sup>198</sup> prop 1990/91:58 s 86

<sup>199</sup> SOU 1989:98 s 189

<sup>200</sup> prop 1994/95:148 s 82

en person med sådan psykisk störning som avses inte redan ha någon legal ställföreträdare, borde inför ett eventuellt ingrepp god man förordnas för att bevaka dennes rätt.<sup>201</sup>

## 9.2 Avlidna

Med avliden menas att hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.<sup>202</sup> Kort skall sägas att biologiskt material från avlidna enligt 3§ får tas endast om personen i fråga har medgett det eller om det på annat sätt kan utredas att åtgärden står i överensstämmelse med den avlidnes inställning. Medgivandet kan vidare vara skriftligt, t ex i form av ett donatorkort, men inget krav på skriftlighet finns. Den avlidne kan lika gärna ha gjort klart sin uppfattning till sina närstående eller till hälso- och sjukvårdspersonalen.<sup>203</sup> I fall då den avlidnes inställning inte på ett tillförlitligt sätt kan utredas finns i 3§ st2 stadgat att biologiskt material ändå får tas, om den avlidne inte skriftligen har motsatt sig detta eller man av andra skäl kan anta att han skulle ha motsatt sig det. Skulle uppgifterna om den dödes inställning vara motstridiga, får ingrepp inte genomföras. I fall då det är oklart vilken inställning den avlidne har haft, har de som stått denne nära givits en självständig vetorätt. Detta gäller dock bara i fråga då inga uppgifter alls finns, eller dessa är motstridiga. Ett planerat ingrepp får inte ske förrän någon som stått den avlidne nära underrättats, och även informerats om möjligheten att hindra ingreppet.<sup>204</sup> Dessa personer är oftast familjemedlemmar, men också mycket goda vänner räknas dit.

## 10 Speciella åtgärder

Vad gäller mer särskilda åtgärder, såsom blodtransfusion, amputation m m, har redan ovan sagts en del angående den underåriges rätt att vägra och att erhålla blodtransfusion. Som en överordnad regel vid alla ingrepp inom hälso- och sjukvården finns förbudet mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Förutom lagstadgade undantag skall vården alltså vara frivillig. Socialstyrelsen har i ett skriftligt uttalande sagt att patienten har en i princip oinskränkt rätt att avstå från vård, antingen det gäller en vårdplan eller enskilda åtgärder. Om patienten vägrar att ta emot blodtransfusion skall detta respekteras. Som förutsättning anges dock att denne är rättskapabel, d v s att han inte är omyndig eller att man exempelvis p g a psykisk sjukdom inte kan tillmäta hans handling någon giltighet. Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik ansluter sig helt till socialstyrelsens inställning. Som grundprincip understryker man respekten för patientens vägran att ta emot blod, och poängterar att ett senare medvetlöst tillstånd inte kan ändra detta. Om en patient under operation bedöms behöva akut blodtillförsel och denne klart uttryckt att han inte vill ha blod, säger delegationen att detta skall respekteras även om en dödlig utgång riskeras.<sup>205</sup> Endast om tvivel finns om patientens rättskapacitet får självbestämmanderätten stå tillbaka. I en sådan situation kan de anhörigas kunskap om patienten vara viktig. Socialstyrelsen anser vidare att nödrätten måste anses ge stöd för ingripanden i vissa situationer, t ex då patienten är medvetlös, och man framhåller att det är med stöd av nödrätten som medvetlösa självmordspatienter behandlas. Dock ställer man sig tveksamma till huruvida nödrätten kan åberopas då patienten bestämt motsatt sig en behandling, ”i synnerhet om viljeyttringen är odiskutabel och det föreligger ett nära samband mellan denna och de av läkaren planerade åtgärderna.”<sup>206</sup> I andra fall bör dock behandling ges så snart det föreligger minsta osäkerhet om huruvida patienten menar allvar. Socialstyrelsen påpekar också att det bör antecknas i journalen att läkaren informerat patienten om konsekvenserna av dennes beslut, och även patientens inställning. En läkare som accepterar ett allvarligt menat avböjande kan knappast komma att ställas till disciplinärt eller straffrättsligt ansvar för konsekvenserna. Samtidigt har man svårt att se bestraffning av den läkare som i en allvarlig risksituation transfunderar blod under åberopande av nödrätten.<sup>207</sup> Skulle det vara möjligt att för att rädda en patients liv eventuellt med tvång tappa en annan människa på blod, om inga

<sup>201</sup> prop 1994/95:148 s 83

<sup>202</sup> 1§ Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död

<sup>203</sup> prop 1994/95:148 s 75

<sup>204</sup> A a s 77 f

<sup>205</sup> *Nej till blodtransfusion bör respekteras om patienten är klar över följderna*, LT s 450

<sup>206</sup> A a st

<sup>207</sup> *Nej till blodtransfusion bör respekteras om patienten är klar över följderna*, LT s 450

andra möjliga donatorer finns? Här råder samma syn som angående transplantation av organ, och en sådan handling är enligt svensk rätt inte tillåten.<sup>208</sup> Vad som sagts om blodtransfusion måste anses gälla också i fråga om andra speciella behandlingar, såsom t ex amputation. Om tvångsmatning har skrivits ovan.

## 11 Avbruten och icke insatt behandling

### 11.1 Patientens bestämmanderätt

I förarbetena till HSL anges tydligt att verksamheten inom hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Man uttalar att ”Patienten bestämmer själv om vård överhuvudtaget skall ges” och ”En patient har däremot i princip en obegränsad rätt att avstå från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.”<sup>209</sup> Detta har helt klart samband med förbudet mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Denna rätt behöves vidare inte inskränka sig till att gälla för vård överhuvudtaget, utan patienten kan motsätta sig också bara en viss del av en behandling.<sup>210</sup> Regeringen framhåller dock i propositionen att detta är en väl förenklad bild av rättsläget, och att det är en omstridd fråga som har nära samband med läkarens etiska frågor. Underlåtenhet att vidta livräddande åtgärder vilka patienten motsatt sig, liksom avbrytande av sådan behandling på patientens begäran, måste bedömas från fall till fall. Man säger att bedömningen av patientens rättshandlingsförmåga härvid är av stor betydelse.<sup>211</sup> Beträffande rätten att avstå från behandling framhålls att det inte läggs samma vikt vid vetenskap och beprövad erfarenhet som vid faktiska behandlingsåtgärder. Även om det anses åligga den ansvarige läkaren att göra rimliga övertalningsförsök när patienten motsätter sig det som bedöms vara erforderlig behandling, ”är det likväl patientens självbestämmanderätt som tar över om frågan ställs på sin spets.”<sup>212</sup> Som exempel anger Sahlin att någon av religiösa eller medicinska skäl vägrar genomföra en välmotiverad blodtransfusion.

### 11.2 Livsuppehållande behandling

#### 11.2.1 Beslutskompetenta patienter

Vad gäller livsuppehållande åtgärder i livets slutskede understryker Socialstyrelsen i sina allmänna råd självbestämmandeprincipen, men man påpekar samtidigt att detta är avhängigt att patienten är beslutskompetent och förstår vad frågan gäller. Vidare tar man också upp godhetsprincipen enligt vilken människan har en moralisk skyldighet att vara till hjälp och nytta för varandra och inte skada. De som arbetar inom hälso- och sjukvården skall i första hand slå vakt om patientens liv, men samtidigt vara medvetna om att det finns tillfällen då en behandling endast resulterar i lidande eller en utdragen och oåterkallelig medvetlöshet. Syftet med livsuppehållande behandling är att patientens liv skall upprätthållas tills denne själv kan överta kroppens funktioner. Vid allvarliga tillstånd är detta dock inte alltid möjligt och frågan uppkommer om vilken ställning man skall inta då det är uppenbart att livets slut närmar sig och någon förbättring inte kommer att bli möjlig. Socialstyrelsen påpekar till en början att vid vård av patienter i livets slutskede det inte från medicinsk-etisk synpunkt är någon skillnad mellan att avsluta en livsuppehållande behandling och avstå från att påbörja en sådan.<sup>213</sup> Är det uppenbart att åtgärderna inte kommer att ha någon medicinsk effekt sägs att läkaren kan välja att inte påbörja någon sådan behandling. Även om viss medicinsk motivering skulle finnas måste detta vägas mot de eventuella lidanden och risker som kan förekomma. Oavsett situationen, sägs att det i första hand är patienten som avgör om hon orkar med och vill ha en behandling.<sup>214</sup>

Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik uttalar att vid vård av patienter i terminalt skede läkarens handlande liksom annars bör ”styras av hans bedömning av det

<sup>208</sup> se bl a Sahlin, *Om nödrätt i hälso- och sjukvården SvJT* s 609 not 28

<sup>209</sup> prop 1981/82:97 s 50, 118

<sup>210</sup> A a s 144

<sup>211</sup> A a s 145

<sup>212</sup> Sahlin, *Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar* s 47, *Hälso- och sjukvårdslagen* s 72

<sup>213</sup> Allmänna råd 1992:2 s 16

<sup>214</sup> A a s 13 f

medicinska vårdbehovet, icke av föreställningar om skyldighet att ”förlänga patientens liv” eller ”förkorta hans lidande.”<sup>215</sup> Man understryker också här att så länge som patientens omdömesförmåga är opåverkad, denne inte får ges behandling mot sin vilja. Vad gäller då i situationer då döden inte behöver vara nära förestående, men symtomen och sjukdomsförloppet är så prövande att patienten känner att denne inte orkar utstå ett sådant liv? I dessa fall skulle motivet till att inte sätta in en behandling vara det att patienten inte önskar leva längre. Ställningstagandet här är att om en patient med hopplös prognos vägrar behandling av grundsjukdomen detta skall respekteras, under förutsättning att han är beslutskompetent och efter utförlig information vidhåller sin uppfattning. Samma sak måste gälla i de fall då sjukdomen visserligen inte är livshotande, men obotlig.<sup>216</sup> Man nämner att sondmatning av patienter som värjer sig mot detta knappast är förenligt med principerna om god omvårdnad i livets slutskede.

### 11.2.2 Beslutsinkompetenta patienter

Hur förhåller det sig då med patienter som av en eller annan anledning är beslutsinkompetenta, t ex för att de inte är kontaktbara? Liksom annars är det viktigt att komma ihåg att en person faktiskt kan vara kompetent i denna fråga även om man i andra avseenden inte är fullt tillräknelig. Är patienten medvetlös, dement eller annars förhindrad att uttrycka sin vilja, bör man enligt Socialstyrelsen respektera vad patienten i så fall tidigare skulle ha uttalat. Då man tar ställning till sådana uttalanden betonas dock att man måste vara försiktig, då patienter ibland ändrar inställning, samma försiktighet måste vidtas beträffande livstestamenten. Skulle det råda tvekan om patientens aktuella inställning rekommenderas att man agerar som om dennes önskan vore helt okänd.<sup>217</sup> I sådana fall skall naturligtvis behandling ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, men att upprätthålla liv bara för sakens skull kan få ohållbara konsekvenser. I vissa fall kan det alltså inte strida mot läkaretiken att avstå från behandling.<sup>218</sup> Läkaren bör som ett första steg ta reda på om patienten tidigare i livet har uttalat sig för eller emot en viss behandling, och här bör de anhöriga och även personal som skött om patienten en längre tid tillfrågas. Dessa människor kan dock oftast bara ge en allmän bild av patientens (eventuella) inställning. I vissa akuta situationer kan det vidare vara svårt att få tid till efterforskningar av patientens vilja. Skulle man inte få någon bild av dennes inställning, skall läkaren med respekt för människovärdesprincipen vidta den åtgärd som ”bedöms vara det som bäst tillgodoser den döende människans behov av integritet och värdighet.” Några mer detaljerade rekommendationer anser sig Socialstyrelsen inte kunna ge, men man säger att för att avstå från livsuppehållande behandling i detta läge det måste stå klart att patienten ändå kommer att dö inom kort.<sup>219</sup> Kan det slutliga resultatet inte överblickas måste tillgängliga resurser utnyttjas.<sup>220</sup>

Även mycket små barn är beslutsinkompetenta. Ibland föds de mycket sjuka och livräddande åtgärder måste sättas in. Rynning framhåller att i en sådan situation dessa mycket små barn måste skyddas på samma sätt som äldre människor. Vårdnadshavarna kan inte i ett sådant fall med rättslig verkan ha rätt att avböja sådan behandling å barnets vägnar, om åtgärderna är medicinskt motiverade och ser till barnets bästa.<sup>221</sup> När ett barns död är nära förestående och medicinska åtgärder endast under en mycket begränsad tid skulle kunna förlänga livet, är dessa tämligen meningslösa. I sådana fall har läkare i praxis rätt att avstå från eller avbryta sådan behandling. Föräldrarna skall givetvis i dessa situationer ges information, och helst skall beslutet ske i samråd med föräldrarna.<sup>222</sup>

Angående dokumentation skall alla överväganden, bedömningar och beslut om att avstå från eller avsluta livsuppehållande behandlingar noggrant dokumenteras i journalen, i enlighet med 3§ patientjournalagen som stadgar att denna skall innehålla väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

<sup>215</sup> SOU 1978:82 s 26

<sup>216</sup> SOU 1979:59 s 59, 61

<sup>217</sup> Allmänna råd 1992:2 s 18 f

<sup>218</sup> SOU 1979:59 s 58, 62

<sup>219</sup> Allmänna råd 1992:2 s 19

<sup>220</sup> SOU 1978:82 s 36

<sup>221</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 298

<sup>222</sup> Bischofberger, *Barnets integritet*, s 23



### 11.3 Livstestamente

Frågan om den rättsliga giltigheten av ett skriftligt dokument vari testamentatorn klargör sin inställning till livsuppehållande medicinska åtgärder vid eventuell framtida beslutsinkompetens har flera gånger tagits upp till behandling av riksdagsmän. Emellertid har Socialutskottet i ytterst få fall valt att avge något eget yttrande. Går man emellertid lite längre tillbaka i tiden så har frågan behandlats mera utförligt. Som svar till en motion som avsåg acceptandet av en skriftlig viljeförklaring mot livsförlängande åtgärder, uttalade utskottet till en början att all vård som ges svårt sjuka och döende patienter är frivillig på samma sätt som all annan vård enligt HSL. ”Om en vuxen och psykiskt frisk patient bestämt motsätter sig behandling av visst slag måste detta respekteras. Bortsett från rena nödsituationer finns inget utrymme för att ge någon en sjukvårdande behandling som han eller hon vägrar att samtycka till.”<sup>223</sup> Den som är i stånd att uttrycka sin mening bär således alltid rätt att vägra att underkasta sig en behandling som denne uppfattar som ett förlängande av lidandet. En skriftlig viljeförklaring skulle således bli aktuell endast i de fall då den sjuke inte längre kan uttrycka sin vilja, t ex vid medvetlöshet. Det är i dessa situationer som anledning finns att granska betydelsen av en tidigare avgiven viljeförklaring, där en människa klargör att hon i händelse av svår eller obotlig sjukdom inte vill ges livsuppehållande behandling.

Utskottet betonar sedan att frågan är komplicerad, då den som en gång avgivit en sådan förklaring när som helst kan frånråda den. När man då skall avgöra vikten av ett livstestamente måste utgångspunkten vara patientens vilja vid det aktuella vårdtillfället. ”En tidigare avgiven viljeförklaring kan därför enligt utskottets mening inte ses som något annat än ett indicium på vad som är den sjukas önskan.” Man säger att värdet och styrkan av förklaringen måste bero på under vilka omständigheter den kommit till och tidsperspektivet. Andra synpunkter måste enligt utskottet också vägas in, t ex om viljeförklaringen skulle komma att motsägas av de anhörigas uppgifter om den sjukas vilja. Skulle minsta tvekan råda är det enligt utskottet helt uteslutet att med hänvisning till en tidigare avgiven skriftlig viljeförklaring underlåta att sätta in en behandling som vetenskap och beprövad erfarenhet anvisar.<sup>224</sup> Senare har socialutskottet anfört samma ståndpunkt. Utgångspunkten måste vara att hälso- och sjukvården ger den behandling som är påkallad med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet *om inte patienten själv avböjer behandlingen*. ”Det är av väsentlig betydelse för förtroendet av hälso- och sjukvården att inte denna princip urholkas.”<sup>225</sup>

Socialstyrelsen har anfört att om en patient är oförmögen att uttrycka sin vilja, man bör respektera vad personen har uttalat tidigare i livet. Det är dock tveksamt hur stor vikt sådana uttalanden skall tillmätas, särskilt om de avgivits för länge sedan. En människa ändrar ofta inställning i olika frågor, och uttalandena kan därför ha förlorat sin giltighet. Detta, anför Socialstyrelsen, gäller också sk livstestamenten som är gjorda för länge sedan. Man slår fast att sådana dokument inte är juridiskt bindande, men att de däremot kan vara vägledande för läkarens beslut.<sup>226</sup>

Rynning tar också upp problematiken med livstestamenten i samband med fall där tvekan råder om patientens beslutskompetens, eller då en tidigare beslutskompetent person först motsatt sig behandling men omständigheterna förändrats sedan denne blivit beslutsinkompetent. Angående sådana testamentariska förhållanden slår författaren först fast det rättsläge som beskrivits ovan. Sedan påpekas att om en patient som i ett mindre akut läge motsatt sig vissa åtgärder allvarligt försämras efter det att han inte kan fatta några beslut, det ibland kan finnas anledning anta att personen ifråga skulle ha ändrat uppfattning om denne kunnat tillfrågas. I ett sådant fall anser författaren det inte som oförsvarligt att åtgärden genomförs. Då förekommer det ju heller förvisso inget tvång, då man antar ett hypotetiskt samtycke.<sup>227</sup> Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik ger i en rapport ett autentiskt fall som exempel på inställningen till skriftliga förklaringar om

<sup>223</sup> SoU 1982/83:7 s 14. Uttalandet om nöd som behandlingsgrund mot en människas vilja är dock i dagsläget mycket tveksamt. Se ovan

<sup>224</sup> SoU 1982/83:7 s 14

<sup>225</sup> SoU 19986/87:25 s 28

<sup>226</sup> Allmänna råd 1992:2 s 18 f

<sup>227</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 380

avstående från behandling. En mycket sjuk kvinna, själv läkare, hade i akut tillstånd förts till sjukhus efter att ha försökt ta sitt liv. Med patienten följde också ett brev där hon förklarade att det var hennes medvetna avsikt att på detta sätt sluta sitt liv. Räddande behandling sattes in och hon överlevde. Tre dagar efter utskrivning avled dock kvinnan, troligen genom ett denna gång lyckat självmordsförsök. Fallet diskuterades senare internt och läkarna syntes i allmänhet inte ha ansett sig berättigade att handla utifrån skrivna viljeyttringar om att behandling inte skall ges. Det framkom dessutom åsikter som att man inte kunde vara säker på att patienten själv skrivit sådana meddelanden.<sup>228</sup>

Detta fall kanske skiljer sig från den mer vanliga användningen av livstestamenten i det att yttrandet skrivits precis innan det att patienten blev beslutsinkompetent. Här hade ingen sådan tid förflutit att man skulle kunna misstänka risk för ändrad inställning. Denna situation tycker jag kan jämföras med att en patient muntligen gör klart att denne inte önskar livsuppehållande behandling vid eventuella komplikationer inför t ex en operation. Kanske hade man handlat annorlunda i dagsläget, men det finns förvisso en stark orsak till att meddelandet inte gavs någon vikt och detta beror på att det rörde sig om ett självmordsförsök. Sådana är enligt delegationen sällan allvarligt menade, oavsett avskedsbrev eller liknande. Vidare kan självmord vara orsakat av ett psykiskt sjukdomstillstånd och patienten kan då inte ha ansetts vara beslutskompetent då hon skrev meddelandet.<sup>229</sup> I andra fall anser jag att en så nyligen skriven viljeyttring måste anses ha stor tyngd.

#### 11.4 Pågående utveckling

Frågan om livstestamenten är i dagsläget inte slutdiskuterad och omnämns i direktiven till den parlamentariska utredning som av regeringen tillsatts för att utreda frågor om vård i livets slutskede.<sup>230</sup> Där påpekas att dagens medicinsk-tekniska utveckling har lett till att människor i livets slutskede riskerar att på ett meningslöst sätt hållas vid liv av tekniken. Risken för överbehandling har därför lett till att människor känt ett ökat behov att redan i friskt tillstånd försäkra sig ett inflytande över vården under den sista tiden i livet genom att skriva livstestamenten. Regeringen skriver att bättre förutsättningar bör skapas för personer i livets slutskede att få ett ökat inflytande över vården, och att livstestamenten kan vara ett sätt få reda på patientens vilja. Kommittén har anvisats om att överväga och ge förslag om detta.

## 12 Palliativ vård

### 12.1 Allmänt

Med palliativ vård menas lindrande medel eller åtgärder främst med syfte att lindra sjukdomsbesvär, och inte att avhjälpa själva orsaken. Socialstyrelsen har angående smärtbehandling i livets slutskede gett ut allmänna råd, vilka dock är koncentrerade på en mer medicinsk – teknisk aspekt. Där framgår dock tydligt vikten av att patienten måste få gehör för sin smärta, vilket ju är individuellt och kan vara både fysisk och psykisk. Angående smärtbehandlingen anser man att det behövs aktiva insatser även vid längre förväntad överlevnad hos patienter med allvarlig sjukdom. Man betonar också att det som sägs om smärtlindring inte avser endast människor med tumörssjukdom, utan i stort sett varje definierad sjukdom eller skada. Smärttillstånd kan drabba också patienter med god livsprognos.<sup>231</sup> Adekvat smärtlindring måste ges, och man anser att de nuvarande behandlingarna är otillräckliga. ”I en väl utbyggd sjukvård i en välfärdsstat skall patienten kunna kräva god smärtbehandling som ett led i god omvårdnad och adekvat medicinsk

<sup>228</sup> SOU 1978:82 s 40

<sup>229</sup> A a s 41

<sup>230</sup> Dir. 1997:147

<sup>231</sup> Allmänna råd 1989:1 s 9-11

behandling.”<sup>232</sup> Man påpekar också att smärta i samband med döendet är allas vår skräck, och en av orsakerna till att dödshjälpsdebatten hålls levande. Genomgående framhålls alltså varje människas rätt att hållas smärtfri. I Socialstyrelsens allmänna råd angående livsuppehållande behandling betonar man rätten att få dö under värdiga former och erhålla god omvårdnad. Detta innebär bl a att smärta, ångest och andra symptom lindras och/eller behandlas. Angående omvårdnaden sägs att målet bör vara att bereda den döende största möjliga välbefinnande, vilket innebär att de symptom som denne har måste lindras. Framförallt vad gäller smärta och ångest i livets slutskede sägs att ”Det är fel att inte ge smärtlindring i dessa fall.”<sup>233</sup> Man poängterar att information måste ges för att skingra de villfarelser om bl a beroendeframkallande som finns angående framförallt morfinoida medel, och som ofta bidrar till att en patient inte vågar lindra sin smärta fullt ut. Under den sista livstiden kan ”smärtstillande medel tillföras utan hänsyn till någon tillväjningsrisk i de doser och de intervaller som erfarenheten i varje enskilt fall ger anvisning om.”<sup>234</sup> Då man lindrar smärtan på någon som befinner sig i ett terminalt tillstånd verkar det viktiga vara att smärtan försvinner, vilket måste vara det huvudsakliga även om döden eventuellt skulle påskyndas härmed.

## 12.2 Avböjande av smärtlindring

Det nämns inte mycket angående hur man bör förfara vid motstånd mot smärtbehandling. Man säger att genom sådant handlande patienten ofta vill intala sig att läget inte är så illa, och att läkaren då måste försöka få patienten att inse att smärtbehandling oftast kan mildra en svår situation.<sup>235</sup> Efter noggrann information kan jag dock inte se någon möjlighet att ge smärtlindring mot patientens vilja. Här måste gälla som i övrigt angående avstående av vård, att en människa bestämmer över sin egen kropp. Rynning framhåller att det förhållandet att dessa åtgärder genomförs i patientens intresse inte innebär att det principiella kravet på samtycke faller bort.<sup>236</sup> Då palliativ behandling inriktar sig på dämpande av smärtan och inte behandlande vård för att rädda liv eller hälsa, kan jag heller inte se att det skulle finnas något utrymme för återopande av nöd. Endast om patienten gör motstånd under inflytande av sin sjukdom och egentligen inte vet vad det är fråga om skulle man eventuellt kunna sätta in lindrande behandling. Detta är dock en mycket svårbedömd situation, som läkaren har på sitt ansvar att bedöma. I frågan kan viss ledning hämtas vad gäller medicinering av patient. Förvisso skiljer sig detta från smärtlindring i det att det ofta är fråga om en del av den aktiva, behandlande vården, men jag anser att områdena i viss mån ändå kan vara jämförbara avseende patientens självbestämmanderätt. I litteraturen framhålls att även en omtöcknad människas vilja måste respekteras i dessa fall. Saknar patienten möjlighet att reagera eller annars ge sin vilja tillkänna, ligger det enligt Sjölenius nära till hands att presumera samtycke. Att i sådana lägen inhämta nära anhörigas tillstånd är från juridisk synpunkt tvivelaktigt.<sup>237</sup> I SOU 1984:64 sägs angående medicinering att i de allra flesta fall, såvida inte nöd föreligger och personens vilja kan tillmätas betydelse, medicinering inte skall ges mot patientens vilja. Är det inte fråga om nöd skall även t ex en person med ett åldersdement beteende respekteras.<sup>238</sup> Med detta i åtanke borde alltså även en beslutsinkompetent patients önskan angående avstående från smärtlindring tillmätas betydelse, så länge smärtorna inte är sådana att nöd kan anses föreligga. Jag tror själv att nödregelns tillämpning då det gäller smärtbehandling är ganska liten.

## 12.3 Högsta prioritet

Palliativ vård och vård i livets slutskede har av prioritetsutredningen och regeringen placerats i den grupp som fått högsta prioritet. I propositionen anförs att det bör vara en av de viktigaste uppgifterna inom vården att ge människor ett värdigt avsked från livet. ”Det är oacceptabelt att inte erbjuda lindring för svår smärta eller att döende patienter hotas av att

<sup>232</sup> A a s 17

<sup>233</sup> Allmänna råd 1992:2 s 14 f

<sup>234</sup> SOU 1979:59 s 52

<sup>235</sup> Allmänna råd 1992:2 s 20

<sup>236</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 182

<sup>237</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvård i kommunerna* s 316 f

<sup>238</sup> SOU 1984:64 s 250

mot sin vilja skrivs ut från sjukhusen...<sup>239</sup> Socialutskottet höll i sitt betänkande med regeringens förslag, och poängterade att detta bör innebära ”att smärtlindrande behandling och god omvårdnad prioriteras framför andra medicinska insatser om dessa inte kan höja patientens livskvalitet.”<sup>240</sup>

## 12.4 Utvärdering

Utredningen om bemötandet av äldre har i ett delbetänkande tagit upp frågor som rör brister i omsorgen av äldre. I sin studie har man upptäckt att disciplinpåföljder har ökat kraftigt bland anmälningar som gäller äldre personer. En stor del av anmälningarna rörde sig om brister i omvårdnad och behandling. Som en del av dessa brister påpekades att personalen inte uppmärksammar försämringar i hälsotillståndet, och inte avläser smärtupplevelser hos de människor som själva inte kan förmedla hur de har det. Man hänvisar också till Socialstyrelsens utvärdering av Ädelreformen där brister framhålls angående smärtlindringen, främst i livets slutskede. Den sammantagna vårdnivån är enligt Socialstyrelsen inte tillfredsställande.<sup>241</sup>

I kommittédirektiven till utredningen om vård i livets slutskede anför regeringen angående den palliativa vården att då bot inte längre är möjlig målet bör vara att ge patienten bästa möjliga livskvalitet. Palliativ vård innebär en aktiv helhetsvård, som inte bara innefattar lindring av fysisk smärta utan även psykologiskt, socialt och existensiellt stöd. Man betonar att det är tillåtet att ge smärtlindring även om detta skulle leda till att livet förkortas något.<sup>242</sup>

## 13 Dödshjälp

### 13.1 Patientens rätt att bestämma

Vad gäller konflikten mellan patientens självbestämmanderätt och respekten för livet uttalas i starka ordalag angående bestämmelserna i HSL om respekten för patientens självbestämmande och integritet: ”Det bör också i detta sammanhang påpekas att bestämmelsen i förevarande punkt under inga förhållanden är avsedd att kunna åberopas i en dödshjälpssituation. Aktningen för en människas rätt till självbestämmande kan aldrig sträcka sig så långt att den som är verksam inom hälso- och sjukvården har att efterkomma en begäran från en svårt sjuk människa att få aktiv hjälp att beröva sig livet. En patient har däremot i princip en obegränsad rätt att avstå från behandling och därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.”<sup>243</sup> Gränsen mellan aktiv och passiv dödshjälp är alltså avgörande för huruvida patienten har någon bestämmanderätt i frågan. Ovan har redogjorts för vad som gäller då en mycket svårt sjuk människa förklarar sig inte vilja ha livsuppehållande behandling. I Socialstyrelsens allmänna råd och av utredningarna beträffande vård i livets slutskede framgår att så länge som patienten är beslutskompetent, dennes vilja måste anses gälla.<sup>244</sup> I ett betänkande angående en motion rörande dödshjälp i grava och irreversibla fall framhåller socialutskottet att det man tidigare uttalat om avbrytande av behandling rör frågan hur en ansvarig läkare skall ställa sig till en behandling som inte kan förbättra patientens tillstånd i verklig mening. Ett helt annat betraktelsesätt måste enligt utskottet intas vad gäller situationen att en svårt sjuk människa begär att läkaren skall vidta en aktiv åtgärd för att påskynda döendet. Utskottet anser att aktiv eutanasi måste vara förbjudet och att det är genom god smärtlindring och psykologiskt stöd som man skall försöka bistå den döende.<sup>245</sup> I ett betänkande av fängelsestraffkommittén anføres att det bör vara aktuellt med påföljdseftergift i de fall då annat skulle vara uppenbart stötande för den allmänna rättskänslan. Som exempel på sådana situationer nämns bl a

<sup>239</sup> prop 1996/97:60 s 33

<sup>240</sup> SoU 1996/97:14 s 22

<sup>241</sup> SOU 1997:51 s 77, 80, 11

<sup>242</sup> Dir. 1997:147

<sup>243</sup> prop 1981/82:97 s 118

<sup>244</sup> se också Wennergren, *Enskilds rättskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp* s 90, SOU1984:64 s 176, Vängby, *Avbrytande av behandling och brottsbalken* SvJT:s 250

<sup>245</sup> SoU 1982/83:7 s 14 f

barmhärtighetsmord.<sup>246</sup> Socialutskottet påpekade dock att själva frågan om dödshjälp härigenom inte har behandlats i sak, och vidhöll sin tidigare ståndpunkt.<sup>247</sup>

### 13.2 Gränsdragningen för tillåten dödshjälp

Vart går då skillnaden mellan passiv respektive aktiv dödshjälp? En av orsakerna till att denna gränsdragning finns är att samtycke till dödande aldrig utesluter ansvar. Att själv beröva sig livet är däremot inget brott och därmed heller inte medhjälp till självmord. Vidare ger heller inte tillämpning av nödrätten något utrymme för dödande, även om det sker för att befria någon från lidande.<sup>248</sup> Då man diskuterar begreppen är det alltså av vikt att få klart för sig vilka viktiga situationer som enligt svensk rätt inte är att hänföra till aktiv dödshjälp. För det första gäller detta sådana åtgärder som har ett *annat* syfte än att orsaka patientens död. Det kan t ex gälla smärtlindrande åtgärder som är nödvändiga för att ge den sjuke en uthärdlig tillvaro, men som sidoeffekt kan påskynda dödsögonblicket. Att man ändå stillar smärtan är en allmänt accepterad regel.<sup>249</sup> Den andra avgränsningen gäller avbrytande eller avstående från att sätta in livsuppehållande behandling. Löfmarck anför att den läkare som i ett akutfall då samråd inte är möjligt sätter in sådan behandling, vid ett senare tillfälle måste kunna avbryta behandlingen då man har haft tid att konstatera att döden är nära och oundviklig. En sådan åtgärd bör i sak inte skilja sig från att alls inte sätta in sådan behandling. Båda dessa situationer bör enligt författaren hänföras till passiv dödshjälp.<sup>250</sup> Detta stämmer överens med det som anförts ovan, och måste anses vara gällande rätt. Jareborgs indelning av de situationer som är hänförliga till passiv dödshjälp följer också denna ordning.<sup>251</sup>

#### 13.2.1 Praxis – passiv dödshjälp

Det finns ett rättsfall som rör läkares behandling, vilket dock stannade vid första instans. I det så kallade Kiruna-fallet hade läkaren avbrutit en livsförlängande behandling – subcutan näringstillförsel – och åtalades då för brottet tjänstefel. Avbrytandet hade gjorts efter att den 80-åriga kvinnan p g a en hjärnblödning började hamna i en allt djupare koma. Häradsrätten förklarade att läkaren inte hade agerat i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av domen framgår att läkare inte behöver fortsätta näringstillförsel genom dropp när patienten bedöms vara utom räckhåll för förbättring. Rätten uttalade att ”en fortsatt näringstillförsel icke haft någon medicinsk eller mänsklig uppgift att fylla.”<sup>252</sup>

#### 13.2.2 Aktiv dödshjälp

Vad anses då vara aktiv dödshjälp? Jareborg framhåller att situationen där någon stänger av en respirator utgör en svår gränsdragning. Dock besvarar han problemet med att om avbrytande av näringsdropp och blodgivning är rättsenliga, även ett beslut att stänga av respirator måste vara det. Det torde vara meningslöst att på konstlad väg förlänga ett slocknande liv då all behandling har befunnits gagnlös.<sup>253</sup> Vängby vill också jämställa situationen där någon avbryter en påbörjad respiratorbehandling med att man underlåter att sätta in sådan behandling överhuvudtaget. Som en oacceptabel handling nämns dock att läkaren ger sin patient en spruta i syfte att förkorta dennes liv.<sup>254</sup> Handlingarna är väsensskilda anser författaren. I det förra fallet låter man naturen åter ha sin gång utan

<sup>246</sup> SOU 1988:7 s 123 f

<sup>247</sup> SoU 1989/90:1 s 13

<sup>248</sup> Löfmarck, *Rätt att dö, plikt att hålla vid liv* SvJT s 722

<sup>249</sup> se ovan 12.1 och även Svenska läkaresällskapets etiska riktlinjer p 14

<sup>250</sup> Löfmarck, *Rätt att dö, plikt att hålla vid liv* SvJT s 722 f

<sup>251</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 190 f. När livsuppehållande behandling inte tjänar något rimligt syfte bör läkare ha rätt att avstå från sådan behandling. Vidare bör en läkare ha rätt att vidta en åtgärd, t ex smärtlindring, som såsom biverkning påskyndar döden, om andra tillfredsställande metoder inte finns. Vad gäller avbrytande av påbörjad behandling då patienten inte kommer att återfå medvetandet anför han att vad gäller näringsdropp och blodgivning rättsläget måste anses klart tillåta detta. Angående respirator – se nästa sida.

<sup>252</sup> Se SvJT 1965 s 563

<sup>253</sup> Jareborg, *Straffrättens ansvarslära* s 191

<sup>254</sup> se också Westerhäll, *Medical law* s 89

inblandning av tekniska hjälpmedel, medan i det senare fallet en direkt påverkan sker för att påskynda döden.<sup>255</sup>

Skulle patienten vara vid medvetande har allt som hittills sagts givetvis utgått från att denne samtyckt till avbrytandet eller underlåtenheten att sätta in behandling. Allmänt sett har en läkare ingen skyldighet att tillhandahålla en viss behandling, men det framhålls att det inte kan vara rätt att avbryta en behandling som patienten vill fortsätta, om den faktiskt är livsuppehållande. I en sådan situation borde det inte göras någon skillnad mellan underlåtenhet att ge en sådan behandling och en aktiv gärning för att förkorta livet. En sådan ”dödshjälp” utan patientens tillstånd benämns ofta som *involuntary euthanasia*, och är alltså att bedöma som mord eller dråp.<sup>256</sup>

### 13.2.3 Praxis – aktiv dödshjälp

Vad gäller dödshjälp med samtycke, *voluntary euthanasia*, är skillnaden mellan aktiv och passiv dödshjälp helt avgörande. Inom svensk hälso- och sjukvård finns ingen rätt att aktivt beröva någon livet oavsett om detta sker på patientens egen begäran, och vidare finns ingen skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att efterkomma sådana önskingar. Frågan om aktiv dödshjälp har blivit prövad av Högsta domstolen i ett välkänt rättsfall, det så kallade Hedeby-målet.<sup>257</sup> Jag skall kort redogöra för de bakomliggande förhållandena. Journalisten Sven Erik Handberg led av sjukdomen multipel skleros, och under sin sista tid var han nästan helt förlamad och helt beroende av andra för matning och andra livsnödvändigheter. Hans största skräck var att hamna på en långvårdsklinik. Denne man tog så kontakt med journalisten och tillika grundaren av auktionsgruppen Rätten till vår död, Berit Hedeby. Efter ingående samtal och intervjuer förklarade sig Berit Hedeby villig att hjälpa Handberg att ta sitt liv. Efter två misslyckade försök med didigitalistabletter fördes Handberg akut till sjukhus där livsuppehållande åtgärder sattes in - detta trots ett skriftligt livstestamente. För att inte misslyckas även en tredje gång intog Handberg inte bara 70 barbitursyretabletter, utan Berit Hedeby injicerade därefter också insulin i Handbergs armveck. Berit Hedeby själv ansåg att hennes hjälp till Handberg var att betrakta som medhjälp till självmord, och tyckte vidare inte att någon skillnad fanns mellan att ge tabletter och att ge sprutor, då bägge åtgärder skett enligt Handbergs önskemål. Berit Hedeby dömdes till dråp i alla tre instanser. Skillnaden mellan medhjälp och gärningsmannaskap var här helt avgörande.

HD konstaterade till att börja med att Berit Hedeby's åtgärder stått i full överensstämmelse med Handbergs egen vilja, och att grund saknades för antagandet att hon skulle ha påverkat hans viljeinriktning. Av de yttranden som givits i målet kunde vidare konstateras att Handberg avlidit av antingen barbitursyran eller insulinet, eller av båda dessa ämnen i förening. Angående gränsdragningen mellan medhjälp till självmord och gärningsmannaskap uttalade HD:

”Berit Hedeby har på Handbergs begäran lovat att vidtaga åtgärder i syfte att Handberg skulle avlida. De åtgärder i detta syfte som förut beskrivits har ingått i en av henne på förhand bestämd handlingsplan och utförts i praktiskt taget oavbruten följd. Åtgärderna måste därför i ansvarshänseende betraktas som en enda gärning. Handberg har visserligen genom att svälja barbitursyretabletterna aktivt medverkat till ett i gärningen ingående moment. Gärningsförloppet – i vars senare led Handberg ej alls deltagit – präglas emellertid av ett *sådant mått av självständigt handlande* från Berit Hedeby's sida att hennes medverkan är att bedöma som gärningsmannaskap. Berit Hedeby skall följaktligen anses ha såsom gärningsman förorsakat Handbergs död vare sig denna inträffat på grund av tillförseln av barbitursyra eller insulin eller båda dessa ämnen i förening.”<sup>258</sup>

Att åtgärderna skett med den dödes eget samtycke kan alltså enligt svensk rätt inte befria från ansvar för aktiv dödshjälp. Vad gäller påföljden underskreds minimistraffet genom hänvisning till 29:3 p4 BrB, där såsom förmildrande omständighet av straffvärdet skall beaktas om brottet föranletts av stark mänsklig medkänsla. Om Berit Hedeby hade avstått från att injicera insulin och endast givit tableterna, hade domslutet troligtvis blivit ett annat. Ett justitieråd var dock skiljaktigt och invände att också införandet av tabletter måste vara att anse som gärningsmannaskap.

<sup>255</sup> Vängby, *Avbrytande av behandling och brottsbalken SvJT* s 249

<sup>256</sup> A a st

<sup>257</sup> NJA 1979 s 802

<sup>258</sup> NJA 1979 s 802, se s 816, min kursivering

I ett senare mål om ansvar för dödshjälp berörs just denna fråga och rättsläget förtydligas genom denna dom ytterligare.<sup>259</sup> I detta fall, vilket stannade i HovR som fastställde TR dom, hade en mor Margit Ö åtalats för dråp på sin dotter Kjerstin Ö. Dottern led av Huntingtons sjukdom, och hade vid upprepade tillfällen bett modern om hjälp med att ta sitt liv. Under ett dygn införde Margit Ö ungefär 100 tabletter in i dotterns mun, som själv svalde med hjälp av vin och vatten. Tingsrätten började med att klargöra att endast den som är att anse som medgärningsman till självmordsgärning kan straffas. Man påpekade också att då det gäller dödshjälp stor försiktighet är påkallad eftersom det kan orsaka stor oro bland sjuka och handikappade om tillåtligheten utvidgas. Man slog fast att dottern vid tiden för döden var svårt rörelsehindrad men att hennes intellekt och vilja var helt intakta. Det ansågs också ställt utom varje rimligt tvivel att hennes bestämda önskan var att få dö, och att detta inte var övergående eller att modern hade påverkat viljeinriktningen. Kjerstin Ö hade själv tidigare försökt att ta sitt liv. Man slog fast att dottern förmådde dricka vätska utan någon hjälp och svälja flera tabletter samtidigt. Vidare hade hon också haft möjlighet och förmåga att vägra ta emot tabletter, t ex genom att spotta ut dessa. Det enda modern hade gjort var att tillhandahålla medicinerna, ta ut tabletterna, stoppat dessa i dotterns mun samt hållt upp vin och vatten åt henne. I övrigt hade handlingen utförts av dottern. Jämförelser gjordes sedan med NJA 1979 s 802 och rätten tog fasta på att HD fäst stor vikt vid de handlingar i vilka mannen själv ej kunnat medverka. TR fastslog sedan:

”Enligt tingsrättens mening innebär gällande rätt, att den som bispringer en person som önskar begå självmord måste utföra ett aktivt och självständigt handlande för att hans medverkan skall anses utgöra gärningsmannaskap. Om man endast ställer dödande medel till den sjukes förfogande eller på annat sätt bereder denne möjlighet att själv vidta den åtgärd som leder till döden föreligger inte gärningsmannaskap. För att detta skall vara fallet krävs således också att den medverkande även vidtar en aktiv självständig och avgörande åtgärd.”

I ett annat fall, Solna fallet, kvävde en man sin svårt sjuka och då medvetlösa sambo genom att bli koppla ifrån respiratorn och hålla för näsa och mun. Vid rättegången företeddes en bandinspelning där kvinnan uttalade att det vore en kärleksgärning att sambon hjälpte henne att dö. Mannen befanns skyldig till dråp, och HovR fastställde TR dom då hans insats bedömdes som gärningsmannaskap.<sup>260</sup>

Rättsläget måste anses tillåta dödshjälp så länge som den som vill ta sitt liv själv utför den avgörande handlingen, t ex genom att svälja tabletter. När man avbryter livsuppehållande behandling utför dock denna person ingenting aktivt, tvärtom. Jag anser det vanskligt att tala om begrepp som aktiv och passiv dödshjälp, då detta är förvirrande och närmast liknar en lek med ord. Det är i allra högsta grad en aktiv gärning att avbryta t ex blodtillförsel. Istället bör talas om dödshjälp eller avbruten/icke påbörjad behandling.

### 13.3 Beslutskompetens

Vad gäller *voluntary euthanasia*, då patienten alltså uttalat en önskan att få dö, måste denne vara beslutskompetent i det avseendet. Rör det sig om barn måste deras vårdnadshavare, eller om de är omhändertagna enligt LVU, socialnämndens beslut vara avgörande. Med stigande ålder och mognad övergår dock beslutanderätten angående problem av så personlig natur över till barnet, även om myndig ålder ännu inte har uppnåtts. Anhörigas synpunkter kan inte tillmätas samma vikt som patientens egna. Är patienten kapabel att själv fatta rättsligt giltiga beslut får läkare inte handla mot dennes vilja enbart för att tillmötesgå de anhörigas önskemål. Är patienten beslutsinkompetent får läkaren inte föra över ansvaret på de anhöriga. I dessa fall får man agera som om patientens vilja inte vore känd. De närstående kan dock lämna upplysningar om den sjukes vilja.<sup>261</sup> Är den sjuke beslutsinkompetent p g a medvetlöshet eller annars inte kontaktbar och denne inte gjort klart sin inställning, skall patienten behandlas på det sätt som från både medicinska och allmänmänskliga synpunkter bäst tillgodoser den döende människans behov av integritet och värdighet.<sup>262</sup>

### 13.4 Pågående utveckling

<sup>259</sup> RH 1996:69

<sup>260</sup> RH 1989:19

<sup>261</sup> Vängby, *Avbrytande av behandling och brottsbalken SvJT* 1991s 250 f

<sup>262</sup> Etiska vägmarken 5, *Eutanasi – en debattskrift* s 10

I direktivet som rör utredningen om vård i livets slutskede poängteras att om dödshjälp skulle legaliseras det skulle kunna leda till att människors tillit till hälso- och sjukvården och dess personal hotas. Med dödshjälp avsåg regeringen att en läkare avsiktligt avslutar en patients liv på dennes begäran. Detta uttryck anser jag är väl vagt, men med tanke på det som sagts om rättsläget antar jag att härmed menas aktiv dödshjälp. En legalisering av dödshjälp skulle enligt regeringen vidare ge skrämmande signaler till de många som trots svår sjukdom vill leva. En önskan om att få dö kan vara ett uttryck för att människor i livets slutskede upplever tillvaron svår och smärtfylld. ”Det måste därför stå helt klart att brister i vården inte skall kompenseras genom att läkare får rätt att ge dödshjälp utan genom att den palliativa vården utvecklas och förbättras och kommer dem till del som har behov av den.” Om dödshjälp tilläts tror regeringen att en del människor skulle komma att få det utan att uttryckligen ha begärt det, och det skulle finnas en oro för att det tillämpas på ett otillbörligt sätt. Regeringen slog i direktivet fast att frågan om dödshjälp inte skall behandlas av kommittén.<sup>263</sup>

## 14 Medicinsk forskning

### 14.1 Allmänt

Forskningsverksamheten i Sverige är endast delvis reglerad i lag, och då främst genom Läkemedelslagens bestämmelser angående läkemedelsprovning och utprovning av medicinsk-tekniska produkter. I övrigt kan man säga att den kliniska forskning som sker i samband med patientvård omfattas av bestämmelserna i HSL och YrkesvL. Vad gäller information och samtycke omfattas också den kliniska forskningen av de rättsliga grundkrav som gäller för den övriga vården. En generell etisk förhandsgranskning av medicinsk humanforskning sker av forskningsetiska kommittéer som finns vid de medicinska fakulteterna. Utvecklingen på området följs också av Statens medicinsk-etiska råd, som är ett från regeringen fristående organ som främst tar upp etiska frågor ur ett mera övergripande samhällsperspektiv. Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik har givit ut riktlinjer för medicinsk humanforskning. Dessa redogör för de grundläggande riktlinjerna i Sverige, vilka i sin tur följer Helsingfors deklARATIONENS principer. I denna skrift slås fast att de etiska principer som annars gäller på hälso- och sjukvårdens område, såsom godhetsprincipen, rättvisepincipen, principen att inte skada och självbestämmandepincipen, skall gälla också på forskningens område. Man betonar att det i hälso- och sjukvården ofta är frågan om *med*bestämmande, men då det gäller att ta ställning till medverkan i ett forskningsprojekt det snarare är fråga om *själv*bestämmande.<sup>264</sup> Det framhålls också i litteraturen att det från hälso- och sjukvårdens sida under inga omständigheter får göras till en förutsättning för erhållandet av vård att patienten deltar i olika åtgärder, t ex då medicinsk forskning.<sup>265</sup>

### 14.2 Information och samtycke

#### 14.2.1 Informationen

Det ställs alltså ett krav på informerat samtycke för att medicinsk forskning skall få genomföras, och detta gäller såväl klinisk som icke-klinisk forskning. Att man har förstått informationen är ju en förutsättning för giltigt samtycke, och det ställs höga krav på begripligheten. Det är vidare forskarens ansvar att förvissa sig om att försökspersonen verkligen förstått innebörden av informationen, och därför finner man det olämpligt att begära ett intygande av patienten på att denne förstått. Om det är uppenbart att personen inte förstått, eller inte vill ta emot informationen bör denne inte ingå i forskningsgruppen.<sup>266</sup> Informationen skall vara både skriftlig och muntlig och den som tillfrågas bör få betänketid såvida det inte rör sig om en akut åtgärd. Det är viktigt att det av upplysningarna framgår eventuella risker och att personen när som helst kan avbryta sin

<sup>263</sup> Dir. 1997:147

<sup>264</sup> Medicinska forskningsrådet, *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*, s 17

<sup>265</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvårdsrätt del II* s 71

<sup>266</sup> Medicinska forskningsrådet, *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*, s 26



medverkan, utan närmare förklaring och utan försämrad vård för vederbörande.<sup>267</sup> Finns det några som helst tvivel från försökspersonens sida angående frivilligheten, måste sjukvårdspersonalen upplysa patienten om detta.<sup>268</sup>

#### 14.2.2 Samtycket

Vad gäller samtycket skall detta givetvis vara frivilligt, och det kan vara både skriftligt eller muntligt. Vid läkemedelsprövning skall det vara skriftligt. Så långt som möjligt skall undvikas att använda människor med nedsatt beslutsförmåga i forskningen, men i vissa fall är detta nödvändigt för att kunna hjälpa just dessa grupper, det kan t ex vara barn, senildementa, utvecklingsstörda o s v. Grundprincipen vid forskning med utsatta grupper är att försökspersonernas önskan att inte delta skall respekteras också i dessa fall.<sup>269</sup> När det gäller grupper med nedsatt beslutsförmåga är huvudregeln som alltid att samtycke alltid skall sökas. I vissa fall kan dock även inom forskningen bli aktuellt med presumerat samtycke. Man säger att detta kan vara aktuellt t ex i samband med akuta interventioner på svårt sjuka patienter. Anhöriga bör i sådana fall få skriftlig information. Vidare talas i skriften om vikarierat samtycke, då någon ställföreträdare ger sitt samtycke i personens ställe. Förvaltare och god man sägs ur juridisk synpunkt ha mindre långtgående befogenheter än vårdnadshavare, och att deras förordnanden som regel inte är avsedda för sådana situationer som samtycke till medicinsk forskning.<sup>270</sup> Angående anhöriga framhålls att dessa aldrig kan vikariera ett samtycke, men att de i praktiken ofta felaktigt tillerkänns en starkare ställning än god man och förvaltare. Den information som de anhöriga kan ge är dock betydelsefull då man skall konstatera ett presumerat samtycke, eller nekande. De legala ställföreträdare som har en klar juridisk beslutskompetens är vårdnadshavarna. Huvudregeln är att samtycke skall sökas av den som skall delta i försöket, men angående mycket små barn är detta inte alltid möjligt. Ju mindre barnen är desto mer vidsträckt är föräldrarnas rätt till vikarierat samtycke. Ett tillstånd från föräldrarna fritar dock inte forskaren från ansvar att bevaka barnets integritet, då det ibland kan föreligga en intressekonflikt mellan barn och föräldrar. Exempelvis kan föräldern ha stort intresse av kunskap om sjukdomsrisker, eller att få gratis sjukvård och mediciner för barnet.

#### 14.2.3 Underåriga

Vid forskning med barn, liksom med andra grupper som inte kan ge eget informerat samtycke, är det forskarens ansvar att ta tillvara försökspersonens intressen och *respektera signaler som visar att försökspersonen själv inte vill delta*.<sup>271</sup> I riktlinjerna sägs att vårdnadshavare också kan ge samtycke till icke-terapeutisk forskning, om riskerna är minimala eller försumbara. Det som sagts om vårdnadshavares rätt att vikariera samtycke kan dock inte rakt av tillämpas på alla barn. I riktlinjerna anges att barn med en psykologisk utvecklingsålder motsvarande förskolebarn har liten förmåga att förstå innebörden av medicinska ingrepp och risker, ansvaret måste därför vila helt på föräldrarna och forskaren. Barnet har ändå givetvis rätt till åldersadekvat information. Under skolåldern uppnår barn en annan uppfattningsförmåga och i denna åldersgrupp sägs att man aktivt skall söka deras informerade samtycke, tillsammans med vårdnadshavarens. Skulle då endast vårdnadshavaren ge sitt samtycke bör man gå emot barnets vilja endast då det gäller terapeutisk forskning som kan ha stort potentiellt värde för dess hälsa.<sup>272</sup> Är det fråga om motsatsen skall nekandet respekteras. I åldrarna över 12-14 år sägs barn ha en lika god förmåga till resonering och bedömning av medicinska problem som vuxna, och deras informerade samtycke skall vara avgörande. Upp till myndighetsåldern bör dock vårdnadshavarens samtycke också sökas. Det kan uppstå problem då ett beslutskompetent men omyndigt barn ger sitt tillstånd med inte vårdnadshavaren. Skulle det vara fråga om icke-terapeutisk forskning sägs att föräldrarnas nej bör respekteras. Om forskningen

<sup>267</sup> A a s 27-29

<sup>267</sup> Rynning, *Samtycke till medicinsk vård och behandling* s 233

<sup>269</sup> Medicinska forskningsrådet, *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*, s 38

<sup>270</sup> A a s 35

<sup>271</sup> A a s 39, Bischofberger, *Barnets integritet*, s 85

<sup>272</sup> A a s 40, A a s 87

däremot kan förbättra barnets hälsa kan det bli aktuellt med tillfälligt omhändertagande enligt LVU.<sup>273</sup>

### 14.3 Läkemedelsprovning

I läkemedelslagens 13§ st2 och 3 stadgas angående läkemedelsprovning/forskning att de patienter eller försökspersoner som avses att delta i en sådan provning skall få den information som krävs för att ta ställning till sitt deltagande. För provningar som inte har samband med sjukdomsbehandling sägs att samtycke till deltagande alltid skall inhämtas. Ett sådant samtycke får bara ges av den som helt inser vad provningen innebär, men i förarbetena sägs att detta inte innebär att rättslig handlingsförmåga krävs. När det t ex gäller barn kan samtycke lämnas av någon som företräder barnet enligt allmänna regler om samtycke inom hälso- och sjukvården.<sup>274</sup> En icke-terapeutisk provning får enligt lagen inte ske på den som har god man eller förvaltare enligt FB eller på den som får vård enligt LPT eller LRT. Även till provning som har samband med sjukdomsbehandling skall samtycke till deltagande inhämtas, om inte synnerliga skäl föreligger – t ex undersökning av egenskaper hos läkemedel som bara är avsedda för medvetslösa.<sup>275</sup> När det gäller anhörigas mening uttalar socialutskottet att deras uppfattning bör inhämtas, men att man inte kan ge dem en allmän rätt att besluta i fråga om vilken behandling som skall ges en patient. Vad gäller terapeutiska provningar anser man att anhöriga till exempelvis medvetslösa patienter inte skall kunna hindra att patienten behandlas med ett ännu inte registrerat läkemedel, om läkaren anser att patienten behöver detta.<sup>276</sup>

### 14.4 Annan forskning

Behandling enligt lagen om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med befruktade ägg från människa kräver samtycke av donatorerna till ägg och sperma. Ett muntligt samtycke räcker, men dokumentation rekommenderas.

Reglerna för tagande av organ eller annat biologiskt material har redogjorts för ovan. Här skall tilläggas att då biologiskt material skall tas för annat medicinskt ändamål än transplantation, det krävs Socialstyrelsens tillstånd om materialet inte återbildas eller ingreppet kan medföra beaktansvärd skada eller olägenhet för givaren. Ingrepp för annat syfte än transplantation får överhuvudtaget inte göras på underåriga eller på personer som p g a psykisk störning saknar förmåga att lämna sitt samtycke.<sup>277</sup>

## 15 Inskränkningar i den fysiska friheten

### 15.1 Inledning

Som tidigare har betonats många gånger är huvudregeln angående hälso- och sjukvård att denna är frivillig. I den mån som samtycke inte kan inhämtas men en medicinsk åtgärd bedöms nödvändig har också redogjorts för användningen av presumerat samtycke och nödrätten. Ännu en grund för medicinsk behandling utan egentligt samtycke, och då också mot patientens vilja, utgör den psykiatriska tvångsvården. Jag kommer först att ta upp gällande rätt rörande begränsningar av den fysiska friheten inom frivillig hälso- och sjukvård. Efter detta kommer att behandlas vad som gäller angående lagstadgad tvångsvård.

### 15.2 Frivillig vård

#### 15.2.1 Senildementa

De människor som löper störst risk för att bli utsatta för fysiska restriktioner torde vara personer som på ett eller annat sätt har en dålig verklighetsuppfattning eller av andra skäl kan utgöra en fara för sig själva. Det kan exempelvis vara fråga om senildementa människor, psykiskt sjuka, förståndshandikappade m fl. Alla dessa individer skyddas av

<sup>273</sup> Bischofberger, *Barnets integritet*, s 88

<sup>274</sup> prop 1991/92:107 s 97

<sup>275</sup> A a st

<sup>276</sup> SoU 1982/83:35 s 8

<sup>277</sup> se 9§ st 1 och 2

bestämmelserna i RF om skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp och olaga frihetsberövande. För att rättsenligt bryta igenom detta skydd krävs lagstöd. Socialstyrelsen har givit ut allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad enligt 20§ SoL.<sup>278</sup> Råden riktar in sig speciellt på de situationer då dessa människor vill lämna bostaden och därigenom kan komma att utsätta sig för fara. I skriften hänvisas mest till olika uttalanden i förarbetena till LPT, och Socialstyrelsen själv konstaterar att någon laglig kvarhållningsrätt inte finns för personalen i de särskilda boendeformerna. I vissa fall framhålls att nödrätten kan vara tillämplig, men att detta inte får ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. Istället bör personalen vid behov försöka att övertala vederbörande från att inte gå ut, och om detta inte går skall personal eller anhöriga följa med. Detta låter i sig helt självklart, men jag undrar om det med tanke på personalresurserna är en realistisk anvisning.

### 15.2.2 Presumerat samtycke

I förarbetena till LPT konstateras att otillåtna frihetsinskränkningar ofta förekommer regelmässigt inom den somatiska långtidsvården, och då i form av t ex inlåsning och bältesläggning.<sup>279</sup> Vården av människor med ett senildement beteende skiljer sig från resten av hälso- och sjukvården bl a genom att dessa personer under längre tider inte kan uttrycka sin vilja och därmed heller inte fatta rättsligt giltigt samtycke till vård och behandling. Som en lösning på detta problem har nämnts användningen av presumerat samtycke, men socialberedningen yttrade att det framstår som ”mycket tveksamt att åberopa presumerat samtycke som rättsgrund för vården av senildementa personer med hänsyn till de långa vårdtider och de vårdåtgärder av starkt integritetskränkande natur som det i många fall är frågan om.”<sup>280</sup> Beredningen föreslog därför en lagreglering som skulle ge möjligheter för personalen att i vissa fall vidta åtgärder i syfte att hindra dessa människor från att skada sig själva. Någon sådan skyddslag ansåg dock departementschefen inte behövas. I propositionen till LPT sägs att man i stället får falla tillbaka på allmänna principer och regler vid bedömning av om tvång får användas.<sup>281</sup>

### 15.2.3 Inlåsning

Vad säger då dessa allmänna regler och principer om användandet av tvång? I patientens självbestämmanderätt ingår att denne är fri att inte bara avböja behandling, utan också en rätt att lämna t ex sjukhuset, oavsett läkares inrådan.<sup>282</sup> Olaga frihetsberövande kan ske på många olika sätt, men de vanligaste i detta sammanhang torde vara inlåsning eller fastspänning. JO har beträffande inlåsning gjort uttalanden som Socialstyrelsen hänvisar till i sina allmänna råd. Det rörde sig om att åldersdementa människor under natten låstes in i sina lägenheter genom att en låskåpa lades över dörrlåset. För en fullt frisk person skulle detta dock inte inneburi några svårigheter. JO slog inledningsvis fast att äldreomsorgen skall utformas så att de äldre ges förutsättningar att känna trygghet. De skall då inte vidkännas några begränsningar i sina möjligheter att utforma sitt liv, att välja bostad och att kunna ta del av samhällslivet. Angående inlåsningen hänvisades till ett annat beslut fattat av JO, där det sades att kravet på lagstöd för inskränkningar i de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna inte kan ersättas av ”praktiska skäl”. Vidare sägs mer allmänt om inlåsning:

”Bedömningen av den frågan blir beroende av förhållandena i det enskilda fallet. Enligt min mening måste med inlåsning förstås vidtagande av sådan särskild åtgärd att som syftar till att den äldre på grund av sitt handikapp inte själv skall kunna öppna dörren. Det kan således enligt min mening i princip inte anses tillåtet att använda skyddskåpan på ett sådant sätt att den äldre därigenom betas varje möjlighet att öppna dörren och lämna sin bostad.”

Socialstyrelsen slog fast att inlåsning inte får ske, och att brist på personal eller hopade arbetsuppgifter inte är godtagbara skäl till frihetsberövande. Däremot anser man att dörren kan ha ett lås som det tar längre tid att öppna. Detta uttalande, som för övrigt verkar gå i

<sup>278</sup> Allmänna råd 1992:17 Det rör sig t ex om ålderdomshem, servicehus, gruppboende och sjukhem för långtidssjuka

<sup>279</sup> SOU 1984:64 s 261

<sup>280</sup> A a s 266

<sup>281</sup> prop 1990/91:58 s 81

<sup>282</sup> Se t ex Sahlin, *Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar* s 47

linje med JO:s uttalande ovan, anser jag kunna orsaka osäkerhet. Vart går egentligen gränsen mellan att inte klara av att öppna en dörr, och att klara detta men efter en längre tids ansträngning? En sådan möda kan nog vara väl så frustrerande för en människa, och resultera i att man ger upp. Risk finns för att resultatet blir samma som med låskåpan – att dessa personer inte kommer ut.

Socialberedningen slog fast att samtycke till inlåsning inte får presumeras, och att en sådan åtgärd oavsett syfte utgör ett frihetsberövande. Då det är ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten kan knappast annat än uttryckligt samtycke godtas. Jag ställer mig dock frågande till hur långtgående ett sådant samtycke kan användas – man kan nog inte anta att alla människor med ett senildement beteende verkligen förstår vad de samtycker till, och samtycke kräver beslutskompetens. Om nödrätten säger Socialstyrelsen att den skulle kunna åberopas i en situation som hotar den enskildes liv eller hälsa, som t ex att patienten löper risk för att gå ut och frysa ihjäl.

#### 15.2.4 Fastspänning

Att spänna fast någon utgör också ett frihetsberövande. Socialberedningen säger att om man endast spänner fast någon i en stol för att hindra vederbörande från att ramla ur stolen detta inte utgör frihetsberövande, så länge som denne ändå inte hade kunnat resa sig själv. Är det dock fråga om personer som kan förflytta sig, skall uttryckligt samtycke eller lagstöd krävas för en sådan åtgärd. Skulle det röra sig om t ex tillfällig våldsamhet med fara för patienten, och ibland också för personal, kan nödrättsbestämmelsen tillämpas.<sup>283</sup> ”En helt annan sak är att binda fast någon för att han är förvirrad eller störande för andra eller för att han befaras ramla om han stiger upp ur stolen ... i dessa situationer kan vi inte se att det skulle var riktigt att binda fast patienten.”<sup>284</sup> Socialstyrelsen har i en särskild författning meddelat föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård.<sup>285</sup> Där sägs att sängsele, eller liknande fixeringsanordning inte får användas för att hålla kvar en patient i sängen. Vidare får angående patienter som sitter uppe inte användas sele eller liknande, såvida inte läkare ordinerat detta för att hindra en svag patient från att skada sig. Sådana anordningar får ”endast användas för att möjliggöra aktivering av patient och således inte för att t ex fasthålla en orolig patient.” Man får immobilisera patientens extremiteter endast efter läkarordination och då för att möjliggöra behandling som kräver detta. Förbudet i författningen mot vissa åtgärder är inte kopplat till eventuellt samtycke eller vägran från patientens sida, utan dessa åtgärder är alltid otillåtna.<sup>286</sup>

#### 15.2.5 Larm

Också mer tekniska lösningar kan användas för att kontrollera en persons förehavanden, som t ex användandet av larm. Socialstyrelsen påpekar att sådan teknik inte får innebära tvång, och måste vara etiskt försvarbar. Generella larm, t ex passagelarm, kan och bör enligt Socialstyrelsen användas så att personalen kan hålla reda på när ytterdörren öppnas. För individuella larm som anbringas på personen krävs samtycke. Dock säger man att det ofta är svårt att få samtycke av senildementa personer. Är en sådan person inte beslutskompetent i det avseendet anser man att personalen - en legitimerad sjuksköterska - istället får ta ställning till om presumerat samtycke kan anses föreligga. Som hjälp kan man inhämta uppgifter från närstående och/eller god man och förvaltare. Larm med sådan grund bör bara användas om säkerheten för patienten annars sätts i fara. Tidigare sades att larmet inte fick innebära tvång. Skulle ett larm utlösas gäller därför vad som annars sagts om frihetsinskränkning och nödrätt. Personalen skall alltså inte med larmets hjälp regelmässigt hindra en person från att t ex lämna boendet.

### 15.3 Psykiatrisk tvångsvård

#### 15.3.1 Allmänna krav

Även angående sådan psykiatrisk vård som inte meddelas frivilligt skall föreskrifterna i HSL tillämpas. Det som stadgas i LPT skall ses som lagstadgade undantagsbestämmelser.

<sup>283</sup> A a s 49

<sup>284</sup> SOU 1984:64 s 271

<sup>285</sup> SOSFS 1980:87

<sup>286</sup> Sjölenius, *Hälso- och sjukvård i kommunerna* s 316

Tvångsvård enligt LPT får komma ifråga bara om en människa lider av *allvarlig psykisk störning* eller genom sitt psykiska tillstånd och andra personliga förhållanden i övrigt har ett *oundgängligt behov* av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt. Begreppet allvarlig psykisk störning har förklarats ovan i avsnitt 9.1.5. Med oundgängligt behov menas framförallt att det skall finnas en risk för patientens liv eller hälsa om psykiatrisk vård inte kommer till stånd.<sup>287</sup> Detta behov skall finnas i det aktuella skedet, det räcker inte att det ter sig oundgängligt på sikt. Patienten måste vidare enligt 3§ motsätta sig vården, eller inte kunna ge ett grundat ställningstagande i frågan. Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får bara fattas om ett vårdintyg, efter en tvåläkarprövning, har utfärdats där det framgår att det finns sannolika skäl för sådan vård. Vem som helst kan initiera att en undersökning kommer till stånd, t ex en läkare i den öppna vården, socialtjänsten, polisen eller någon anhörig. Beroende på det ingrepp i den personliga integriteten som detta utgör, får en sådan undersökning vidtas bara om det finns skälig anledning till det. I förarbetena förklaras att det skall vara sannolikt att undersökningen mynnar ut i ett vårdintyg. Om personen i fråga inte skulle finna sig i en sådan undersökning, får denne enligt 4§ st2 tas omhand efter beslut av läkare i allmän tjänst. Det är dock inte tillåtet för vårdpersonalen att utöva våld, utan vid behov får polis tillkallas.<sup>288</sup>

För människor som är intagna på sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård kan som huvudregel vårdintyg inte ges. De måste först ha lämnat inrättningen. Undantag finns dock där chefsöverläkaren på den aktuella enheten ändå kan besluta om tvångsvård, s k konvertering. Detta kan ske om förutsättningarna i 3§ föreligger och om det kan befaras att patienten p g a sin psykiska störning kan komma att allvarligt skada sig själv eller annan. Efter ett sådant beslut skall snarast, men senast inom 4 dagar ansökning hos länsrätt ske om medgivande av tvångsvård.

### 15.3.2 Inlåsnig

Om vården sägs att en patient får hindras att lämna vårdinrättningens område, eller den del där han skall vistas. I förarbetena anges att avsikten inte är att denna möjlighet till inlåsnig skall användas genomgående, t ex nattetid, utan bara i den mån det är nödvändigt för att hindra patienten från att avvika. Också JO har uttalat att personal – då vid ett LVM hem för särskilt noggrann tillsyn – kan hindra en intagen från att rymma vid förrättning utanför hemmet. Stöd kan då hämtas i 24:2 BrB som stadgar om rätten för personal vid kriminalvårdsanstalt att hindra rymning.

### 15.3.3 Fastspänning

Enligt 19§ LPT får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning om det finns en omedelbar fara för att denne skadar sig själv eller någon annan. Vårdpersonal skall då hela tiden vara närvarande. I förarbetena sägs att denna möjlighet främst är ämnad för hastigt uppkomna faresituationer, som inte kan hanteras på annat sätt. Det skall finnas risk för allvarlig fysisk skada. Man påpekar att fastspänning självfallet aldrig får tillämpas i bestraffningssyfte. Fastspänningen skall i princip vara endast en kort period, och otillräckliga personalresurser får inte medföra att sådana åtgärder förlängs.<sup>289</sup> I propositionen sägs att bälte inte bör användas längre än någon eller högst några timmar. I undantagsfall kan tiden förlängas, om det skulle finnas en överhängande risk ett tag framöver för allvarlig skada. Det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning, och Socialstyrelsen skall genast underrättas om detta kommer att pågå längre än normaltiden, vilket anses vara 4 timmar som mest.

JO har slagit fast att bältesläggning inte får ske vid frivillig psykiatrisk vård enligt HSL. Men under den tid som åtgår innan konvertering till tvångsvård kommer till stånd kan

<sup>287</sup> prop 1990/91:58 s 239

<sup>288</sup> A a s 246

<sup>289</sup> prop 1990/91:58 s 182, 260

fastspänning vara tillåten enligt nödrätten. Detta förutsätter dock att personalen genast informerar chefsöverläkaren, så att regelsystemet enligt LPT kan komma till stånd.

#### 15.3.4 Isolering

En patient får enligt 20§ LPT hållas avskild från andra patienter om detta är nödvändigt för att denne p g a aggressivt eller störande beteende annars allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. I förarbetena sägs att isolering skall ske genom att patienten hålls inlåst antingen på sitt eget rum eller i ett särskilt isoleringsrum. Isolering får inte ske rutinmässigt och absolut inte som bestraffning. Det sägs att man alltid först med personalinsatser bör försöka att uppnå det syfte som isoleringen används till.<sup>290</sup> Ett beslut om isolering skall gälla i högst 8 timmar p g a sin integritetskränkande natur, men tiden får förlängas igen med 8 timmar, flera gånger. Vid synnerliga skäl får redan första tillfället överskrida 8 timmar, och Socialstyrelsen skall alltid meddelas om tiden på 8 timmar överskrids. Vårdpersonalen skall under isoleringen hålla uppsikt över patienten.

#### 15.4 Utvärdering

I sitt slutbetänkande om psykiatrisk tvångsvård konstaterar kommittén att de i sina kontakter med patienter och anhöriga inte har fått några signaler på att tvångsvård används i oacceptabelt stor omfattning.<sup>291</sup> Tvärtom uppfattades förutsättningarna ibland som snäva. Reglerna i LPT syftar till att minska användningen av tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård. Enligt uppföljningen som kommittén gjort 1996/97 har dock användningen ökat, och då främst tvångsmedicinering. Det sägs dock att detta till vis del kan bero på att fler fall rapporteras till Socialstyrelsen. Antalet vårdtillfällen där fastspänning förekommer ligger på runt 10%, en siffra som kommittén inte kan säga är varken rimlig eller orimlig. I endast 2% av vårdtillfällena används isolering och detta anses vara ett bra värde. Man föreslår att i lagen skall föras in bestämmelser om att tvång måste utövas skonsamt, och att en avvägning måste ske mellan nyttan och den integritetskränkning som sker.<sup>292</sup>

#### 15.5 Annan tvångslagstiftning

Förutom LPT finns andra lagstadgade möjligheter till tvångsvård. Enligt LVM kan vård av missbrukare ges i vissa fall, oberoende av eget samtycke, om det krävs för att personen skall komma ifrån sitt missbruk och detta inte kan åstadkommas på annat sätt.<sup>293</sup> Personen skall genom missbruket utsätta sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara, löpa uppenbar risk att förstöra sitt liv eller befaras komma att skada sig själv eller annan. I lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, finns bestämmelser om vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång för de fall som inte avses i LPT, t ex för personer som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård, vistas på kriminalvårdsanstalt o s v.<sup>294</sup> Enligt LVU kan socialnämnden besluta om tvångsomhändertagande om det p g a misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller annat förhållande där den underårige vistas finns en påtaglig risk för att dennes hälsa eller utveckling skadas.<sup>295</sup> Vård skall också beslutas om den unge genom missbruk eller annars utsätter sin hälsa eller utveckling för skada. Lagen avser de som är under 18 år, och där vårdnadshavaren eller den unge då denne fyllt 15 år inte vill ge sitt samtycke.

## 16 Avslutande synpunkter

Att skriva om patientens autonomi inom hälso- och sjukvården visade sig vara överlag en positiv uppgift. Enligt gällande rätt betonas individens rätt att bestämma över sitt eget liv, vilket i sin tur möjliggörs genom patientens rätt till information och kravet på samtycke. Det finns emellertid situationer där uppgiften att avgöra huruvida en människa skall tillerkännas beslutskompetens blir näst intill omöjlig, och där risken är stor för att den

<sup>290</sup> A a s 142, 261

<sup>291</sup> SOU 1998:32

<sup>292</sup> SOU 1998:32 s 412

<sup>293</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>294</sup> Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

<sup>295</sup> Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

personliga viljan inte blir vägledande. När det gäller beslutskompetensen sägs att en persons ålder och psykiska tillstånd egentligen inte skall tillmätas någon självständig betydelse. Det är istället förmågan att förstå situationen som är avgörande. Men alla människor bedömer inte samma situation på samma sätt. Ett tillfälle då en person kan finnas vara beslutsinkompetent är då denna på grund av sitt psykiska tillstånd inte anses ge uttryck för sin egna vilja, utan beslutet ses som utslag av personens sjukdomstillstånd.

Det kan låta vettigt att t ex en djupt deprimerad människas vilja i medicinska sammanhang ibland inte anses ha rättslig giltighet, men samtidigt måste man förstå att det ändå är så som den enskilda individen känner just då. Har vi psykiskt friska, icke deprimerade människor rätt att degradera en annan människas känslor som oriktiga, då de baseras på en psykisk sjukdom? Det är ju trots allt så personen verkligen känner. När det gäller den relativa beslutsinkompetensen sägs att man kan kommunicera med patienten, men denne kanske inte förstår följderna av sitt beslut. Det måste vara så oerhört svårt att avgöra just detta, om en person inser följderna av sitt beslut. Varför skulle denna inte förstå, bara för att beslutet skiljer sig från det som de flesta ”normala” människor skulle fatta? Detta skall ju inte ha någon betydelse. Jag har ingen lösning på de problem som kan uppstå, men det är viktigt att den personal som tar beslutet är medveten om svårigheterna och ständigt bevakar det sätt varpå patientens vilja respekteras.

När det gäller barns beslutskompetens håller jag med om att myndighetsåldern inte kan tjäna som någon gräns. Är barnet tillräckligt moget skall endast i undantagsfall dess autonomi komma i andra hand. Likaså är det riktigt att legala ställföreträdare såsom förvaltare och god man inte med rättslig giltighet kan bestämma över huvudmannen i situationer rörande hälso- och sjukvård, och då framförallt inte mot dennes vilja. På samma sätt är det viktigt att närstående också i fortsättningen intar en informativ roll då det gäller att fastställa patientens önsknings och inte har en ställföreträdande beslutanderätt. Det är långt ifrån alltid som de närstående delar den sjukes syn.

Ett område som ofta väcker starka känslor är det som rör den eventuella rätten att hjälpa en människa att dö. Skall det överhuvudtaget vara tillåtet, och i så fall i vilka former? Svensk rätt är väldigt klar på ett sätt - inställningen är att s k aktiv dödshjälp inte accepteras. För det mesta kan även en sjuk människa prata och på detta sätt låta andra förstå att man inte vill leva längre och då skall t ex eventuell behandling upphöra. Om man kan ge uttryck för sin vilja, men inte själv genomföra åtgärden för att ända sitt liv, kan jag emellertid inte se vad skillnaden är mellan att svälja tabletter som någon har stoppat i ens mun, och att ta emot en injektion. När man ser till praxis läggs det vikt vid att patienten i det senare fallet inte spelar den avgörande rollen. Jag anser inte att detta är konsekvent. Om någon kan stoppa dödande tabletter i en annan människas mun, borde att ge en injektion också ses som medhjälp till självmord. Det väsentliga är ju att personens vilja har efterkommit – vad spelar då tillvägagångssättet för roll?

För att trygga varje individs rätt till liv är det dock oerhört väsentligt att bevis finns för att den sjuke av egen vilja underkastat sig en åtgärd. I fall då personen själv inte kan ge uttryck för sin vilja har konstaterats att så kallade livstestamenten inte godtas som juridiskt bindande dokument. Men när en människa är kapabel att säga vad han eller hon önskar, kan jag inte se den klara skiljelinje som man tycks se i praxis, mellan olika förfaranden. För individen har det absolut ingen betydelse, då det sker i enlighet med dennes vilja, och vad bevisfrågan anbelangar, kan jag inte förstå hur man till hundra procent kan visa att en människa frivilligt t ex svalt något. Hur lätt är det inte att med våld orsaka detta hos en svag människa? Betydelsen av graden av självständighet som den ”hjälpande” personen spelar tycks närmast poängteras så starkt för att domstolen resonerat som så att någonstans måste sättas en gräns. Som jag nämnt tidigare verkar det som att skillnaden mellan passiv och aktiv dödshjälp är något konstruerad – är inte att slå av en respirator en aktiv handling som mycket väl kan göras i strid med den sjukes vilja, är inte att stoppa tabletter i en annan människas mun detsamma? Det behövs en klarare reglering av vad som är tillåtet, där det avgörande bör vara den enskildes viljeyttring men också bevisen avseende denna.

## 17 Källor

### 17.1 Offentligt tryck

#### 17.1.1 Propositioner

|                  |                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------|
| Prop 1981/82:97  | Om hälso- och sjukvårdslag m m                                 |
| Prop 1983/84:111 | med förslag till polislagen m m                                |
| Prop 1983/84:148 | om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt m m    |
| Prop 1987/88:124 | God man och förvaltare                                         |
| Prop 1978/79:220 | om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m fl |
| Prop 1990/91:58  | Psykiatrisk tvångsvård m m                                     |
| Prop 1991/92:107 | om ny läkemedelslag m m                                        |
| Prop 1993/94:130 | Ändringar i brottsbalken m m                                   |
| Prop 1990/91:52  | om användning av genteknik på människa m m                     |
| Prop 1993/94:149 | Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m m         |
| Prop 1994/95:148 | Transplantationer och obduktioner m m                          |
| Prop 1996/97:60  | Prioriteringar inom hälso- och sjukvården                      |
| Prop 1998/99:4   | Stärkt patientinflytande                                       |

#### 17.1.2 Statens offentliga utredningar

|             |                                                                           |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| SOU 1978:82 | I livets slutskede – Läkaren och den svårt sjuke patienten. Rapport från  |
|             | utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede, |
|             | SLS.                                                                      |



- SOU 1979:59 I livets slutskede. Huvudbetänkande från utredningen rörande vissa frågor  
 beträffande sjukvård i livets slutskede, SLS.
- SOU 1981:26 Omsorger om vissa handikappade. Betänkande från omsorgskommittén.
- SOU 1984:64 Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. Betänkande av socialberedningen.
- SOU 1988:7 Frihet från ansvar. Om legalitetsprincipen och allmänna grunder för ansvarsfrihet. Slutbetänkande av fängelsestraffkommittén.
- SOU 1989:98 Transplantation – etiska, medicinska och rättsliga aspekter. Betänkande  
 av transplantationsutredningen.
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
- SOU 1997:51 Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre. Delbetänkande av Utredningen om bemötandet av äldre.
- SOU 1997:154 Patienten har rätt. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjuk-  
 vårdens finansiering och organisation, HSU 2000.
- SOU 1998:32 Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård.  
 Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén.

### 17.1.3 Utskottsbetänkanden

- SoU 1982/83:7 om dödsbegreppet m m
- SoU 1982/83:35 om klinisk läkemedelsprövning
- SoU 1986/87:25 om hjärnrelaterade dödsriterier m m
- SoU 1989/90:1 Vissa transplantationsfrågor m m
- SoU 1996/97:14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

### 17.1.4 Kommittédirektiv

- Dir. 1997:147 Vård i livets slutskede

### 17.1.5 Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS

- 1980:87 SoS kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk  
 långtidssjukvård
- 1987:32 SoS föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av lagen om kriterier  
 för bestämmande av människans död
- 1989:1 SoS allmänna råd om smärtbehandling i livets slutskede
- 1989:6 SoS allmänna råd om tillämpningen av abortlagen
- 1992:2 SoS allmänna råd om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede

- 1992:17 SoS allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i sär-  
skilda boendeformer för service och omvårdnad
- 1997:15 SoS allmänna råd om LVU:s tillämpning

## 17.2 Litteratur

**Adlercreutz**, Axel: Avtalsrätt I, 10:e uppl, Studentlitteratur 1995

**Billum**, Susanne, **Sahlin**, Jan: Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar – En författningskommentar, Fritzes Förlag AB 1995

**Bischofberger**, Erwin, **Dahlqvist**, Gisela, **Elinder**, Göran: Barnets integritet – Etik i vårdens vardag, Almqvist & Wiksell 1991

**Blom**, B, **Eriksson**, A, **Ramberg**, J, **Sjöberg**, M: Karnov - Svensk lagsamling med kommentar 1998/99

**Holmqvist**, L, **Leijonhufvud**, M, **Träskman**, PO, **Wennberg**, S: Brottsbalken – En kommentar, Studentutgåva, 7 edt, Norstedts Juridik AB 1998

**Jareborg**, Nils: Straffrättens ansvarslära, Iustus Förlag AB 1994

**Jensen**, Ulf, **Rylander**, Staffan: Att skriva juridik – Regler och råd, 2:a uppl, Iustus förlag 1995

**Löfmarck**, Madeleine: Rätt att dö, plikt att hålla vid liv, SvJT 1979 s 720-725

**Lögberg**, Å: Några anteckningar om förhållandet mellan läkare och patient i juridiskt hänseende, särskilt såvitt gäller frågan om patientens samtycke till medicinska ingrepp, SvJT 1984 p 417-431

**Medicinska forskningsrådet**: Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning – Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, 1996

**Ringblom**, Göran: Fälld av ansvarsnämnden, Publicisthuset AB 1996

**Rynning**, Elisabeth: Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie, Iustus Förlag 1994

**Rynning**, Elisabeth: Patientens samtycke – rättsligt relevant eller medicinsk-etiskt?, JT 1990/91 p 630-644

**Sahlin**, Jan: Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 5:e uppl, Norstedts Juridik AB 1997

**Sahlin**, Jan: Om nödrätt i hälso- och sjukvården. Några anteckningar om juridiken på ett etiskt område, SvJT 1990 s 597-622

**Sjölenius**, Bengt: Hälso- och sjukvård i kommunerna – Inför 2000-talet, Kommentus förlag 1997

**Sjölenius**, Bengt: Hälso- och sjukvårdsrätt del II – Patienten i hälso- och sjukvården, Studentlitteratur 1989

**Statens medicinsk-etiska råd**: Eutanasi – en debattskrift, Etiska vägmarken 5, 1992

**Statens medicinsk-etiska råd**: Information och samtycke – om kommunikationens betydelse i vården, Etiska vägmarken 8, 1996

**Sverne**, Ebba, **Sverne**, Tor: Patientens rätt, 3:e uppl, Norstedts Juridik 1997

**Vängby**, Staffan: Avbrytande av behandling och brottsbalken, SvJT 1991 s 245-255

**Walén**, Gösta: Föräldrabalken och internationell föräldrarätt, 5:e uppl, Norstedts Juridik AB 1996

**Wennergren, Bertil:** Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp, Om våra rättigheter – Antologi utgiven av rättsfonden, Almqvist & Wiksell 1980

**Westerhäll, Lotta:** Medical law – An introduction, Norstedts Juridik

**Westerhäll, Lotta:** Patienträttigheter, Nerénus & Santéus Förlag 1994













