

31.10.2003

2855/4/01

**Beslutsfattare: Justitieombudsman Riitta -Leena Paunio**

**Föredragande: Äldre justitieombudsman Kaija Tanttinen-Laakkonen**

## **VÅRD AV PATIENT I SAMFÖRSTÅND MED PATIENTEN**

1

### **KLAGOMÅL**

A klagade 7.11.2001 hos riksdagens justitieombudsman över den sjukvård som hennes s edermera avlidne man B erhöll vid C åldringshem i Helsingfors.

I klagomålet nämner A att hennes man åren 2000 och 2001 hade lidit av demens orsakad av cirkulationsstörningar, men att han gjort upp sitt vårdtestamente i början av 1990-talet då han inte ännu var dement. Hon nämner att mannens rörelseförmåga och övriga funktionsförmåga försämrades betydligt åren 2000 och 2001. A tog upp mannens och hennes diskussioner med personalen på åldringshem och nämner att man vid dessa diskussioner bl.a. kommit överens om att B inte i något skede flyttas över till intensivvård på sjukhus. Hon nämner också att hon motsatte sig att mannens infektioner behandlades med antibiotika. A skriver att hennes man led och hans liv var ett stort lidande åtminstone år 2001.

A nämner vidare att hennes man insjuknade i lunginflammation i juni 2001 och senare i urinvägsinflammation i augusti 2001. Hon framhåller att B fick antibiotikabehandling för dessa infektioner i strid med hans egen viljeyttring i fråga om vården och A:s uttryckliga önskan om att antibiotikabehandling inte skulle insättas.

A:s fråga till riksdagens justitieombudsman lyder: Var det rätt att infektionerna behandlades med antibiotika då B:s liv var ett enda stort lidande. Enligt A förlängdes B:s liv och lidande onödigt med antibiotikabehandlingarna.

---

3

### **AVGÖRANDE**

3.1

#### **Händelseförloppet**

B togs in för vård på C åldringscentrum 3.10.2000. B led av demens orsakad av cirkulationstörningar och sjukdomsgraden hade år 2000 bedömts vara på gränsen mellan lindrig och medelsvår. Dessutom led han av kransartärsjukdom och arterioskleros i benen. Under flera år hade B lidit av blåshalsskleros. Man hade försökt behandla den med operation, men trots operationen tömdes inte urinblåsan på normalt sätt och därför hade han fått en kvarkateter insatt genom bukväggen i urinblåsan. Han behövde hjälp med

att klä på sig, besöka WC och också i övrigt med skötseln av den personliga hygien. Han gick med stöd av rollator.

B hade redan 7.4.1993 gjort upp ett skriftligt vårdtestamente, som fogades till jourhandlingarna vid åldringscentrumet. I det anger han sin vilja vara att vid hans vård, sedan han förlorat sin rättsliga handlingsförmåga, inte får användas vårdformer som på ett konstgjort sätt upprätthåller livsfunktionerna om det inte finns tydliga grunder för att hans tillstånd förbättras. För att avhjälpa eller lindra svåra symtom kan dock också ovan nämnda metoder användas temporärt. Han anför dessutom som sin vilja att intensivvård kan ges endast om den leder till bättre resultat än en kortvarig förlängning av livet.

B:s rörelseförmåga försämrades ytterligare under slutet av år 2000 och han kunde inte längre röra sig ens med hjälpmedel. I handlingarna nämns flera gånger de önskemål som hustrun framfört gällande vården, och 11.12.2000 ordnades en vårdöverläggning där hustrun och representanter för vårdarbetet var närvarande. I detta sammanhang nämns att man diskuterat viljeyttringen i fråga om vården. En andra överläggning ordnades 25.1.2001 och då var också läkaren D närvarande. B själv framförde att han inte vill hamna på sjukhus. Som läkarens ståndpunkt antecknades att man skall lyssna på patientens anhöriga, patienten och den som utför vårdarbetet. Läkaren fattar det slutliga beslutet med respekt för patientens vilja. Blodtransfusion vid anemi eller antibiotika vid lunginflammation kan komma i fråga, om detta tydligt har en lindrande verkan med tanke på patientens tillstånd. Smärtbehandlings- och basvårdslinjen ansågs dock vara den primära.

Man följde upp B:s urinprov bl.a. med tanke på bakterietillväxten. I urinen konstaterades några gånger mycket skadliga bakterier, bl.a. pseudomonasbakterie 5.3.2001. Enligt läkarens anteckningar fick vårdpersonalen då noggranna anvisningar om iakttagande av hygien så att bakterien inte skulle sprida sig vid åldringscentrumet.

Läkare D diskuterade 28.5.2001 med B:s hustru bl.a. avskedets smärta och ångest i makarnas förhållande samt B:s medicinering.

Hos B konstaterades feber 3.6.2001. B:s hustru meddelades detta per telefon. Enligt vårdanteckningarna kom hon ännu samma kväll på besök och då bad hon att man skulle underrätta henne också nattetid om febern stiger. I handlingarna antecknades dessutom att hustruns känslor i frågan var motstridiga, å ena sidan önskar hon den bästa möjliga vård, å andra sidan skulle hon gärna se att lidandet upphör, dvs. ingen medicinering även om det skulle vara lunginflammation. Hon litar dock på läkarens och personalens åsikt och behandling. Följande dag konstaterade läkare D på basis av en klinisk undersökning att B hade lunginflammation och ordinerade en penicillinkur som behandling. Därefter blev B:s tillstånd bättre och i vårdanteckningarna beskrivs han som smärtfri och gladlynt.

Man konstaterade att B igen hade feber 30.8.2001 och i urinen gjordes ett fynd som tydde på infektion. B:s hustru underrättades om situationen och hon var fortfarande starkt av den åsikten att någon antibiotikakur inte skulle insättas. Följande dag finns också avdelningsskötare E:s omnämnande av att man lovar berätta för jourhavande läkaren om B:s och hans närståendes

önskemål gällande vårdlinjerna. Därefter ringde avdelningsskötare E till läkaren F, som såsom behandling ordinerade antibiotikumet cefalexin, som intas oralt. Läkaren ordinerade dessutom febernedsättande suppositorier och smärtstillande medel.

Antibiotikumet kunde dock inte ges, eftersom B inte längre intog föda, vätska eller mediciner via munnen. Då man frågade honom om han hade det bra, nickade han med huvudet. B fick febernedsättande och smärtstillande suppositorier. De följande dagarna var B:s tillstånd oförändrat tills han hittades död i sin säng 3.9.2001. I dödsattesten antecknades som underliggande dödorsak ospecificerad demens och som omedelbar dödorsak ospecificerad septikemi. Medverkande orsak var kransartärsjukdom. Som dödsklass antecknades naturlig död till följd av sjukdom.

## 3.2

### Medicinska utredningar och utlåtanden

#### 3.2.1

##### Vårdpersonalens utredningar

Läkare D motiverar sitt beslut att behandla B:s lunginflammation med antibiotika med att antibiotikabehandling med penicillin lindrar symtomen hos dementa patienter som har feber, men inverkar inte väsentligt på patienternas prognos. Enligt D:s uppfattning vårdades B med beaktande av vad som var bäst för honom. I slutskedet gavs ingen antibiotikakur eftersom B inte längre intog mediciner via munnen. Som han hade önskat fick han somna bort i sitt eget rum på C åldringscentrum.

Läkare F betonar i sitt bemötande att urinvägsinflammation orsakar svåra symtom, bl.a. ryggsmärtor hos patienten och därför behandlar hon även urinvägsinflammationer hos döende patienter med antibiotika.

F hade ordinerat behandlingen med antibiotika och smärtstillande medel på basis av ett telefonsamtal. F konstaterar att en telefonkonsultation i allmänhet inte räcker för att sätta sig in i patientens tillstånd så väl att läkaren kan bedöma behandlingsmöjligheterna och ta ställning till frågan om patienten kan emotse en bra och värdig återstående levnad. Läkaren har ingen möjlighet att bekanta sig med patienten personligen och inte heller med patientjournalen, utan han måste förlita sig på vad vårdpersonalen berättar om situationen. Om en läkarkontroll är nödvändig för att bedöma situationen måste patienten sändas till ett jourjukhus. Under jourtid fattas alla vårdbeslut på åldringshem per telefon, den egna läkaren tar ställning och ansvar för vården först följande dag. Den aktiva vården kan alltid avbrytas om den är onödig eller strider mot patientens intresse. Det är omöjligt att senare rätta till en alltför passiv vårdlinje eller ineffektiv behandling som haft negativa konsekvenser eller t.o.m. lett till att patienten avlidit.

I anteckningarna som vårdarbetet nämns att avdelningsskötare E hade lovat förmedla B:s och hans hustrus önskemål gällande vården till jourhavande läkaren, men läkare F kommer inte ihåg något sådant telefonsamtal där vårdtestamentet skulle nämnts. Då det är mycket svårt att besluta att vård inte

skall ges, i synnerhet per telefon, förmodar F att hon skulle komma ihåg ett sådant samtal där denna fråga skulle behandlats.

F konstaterar att det av de anteckningar om vårdarbetet som gjorts i patienthandlingarna framgår att jourhavande läkaren kontaktades med tanke på behandlingen av sju kdomen, dvs. i detta fall för inledande av antibiotikakuren. I en situation som denna brukar F fråga patienten och de närmaste anhöriga om de inser att behandlingen av en urinvägsinfektion på åldringshemmet eventuellt leder till att patienten avlider. Om de godtar detta remitteras patienten inte till sjukhus. I så fall inleds en antibiotikakur antingen i tablettform eller som injektioner, beroende på vårdlinjens aktivitet. Kefexin är det svagaste antibiotikum som eventuellt är effektivt vid en urinvägsinfektion. Hon nämner att B utöver antibiotikabehandling fick febernedsättande och smärtstillande medel.

F konstaterar vidare att tydligt inskrivna vårdlinjer är av största betydelse för en läkare som konsulteras per telefon. Om vårdlinjen har bestämts skall jourhavande läkaren tydligt upplysas om den. F konstaterar att åldringshemmets egen vårdande läkare enligt de handlingar som rättsskyddscentralen tillsänt henne inte i fallet B hade bestämt en vårdlinje som tog avstånd från all antibiotikabehandling. F konstaterar också att det förefaller ha rätt delade mening mellan åldringshemmets personal och patientens anhöriga. Hon hade den uppfattningen att detta säkerligen hade påverkat den information som jourhavande läkaren fick. Enligt F framgår patientens egen ståndpunkt inte av handlingarna.

Avdelningsskötare E konstaterar i sin utredning att hon inte har någonting att tillägga till de existerande handlingarna och att det framgår av patienthandlingarna på vilka grunder vården och behandlingen skett på avdelningen.

### 3.2.2

#### Medicinska sakkunnigutlåtanden

##### *Professor G:s sakkunnigutlåtande*

Professor F nämner i sitt utlåtande följande.

B hade Cytifixkateter. Som känt främjar Cytifixkatetrar och andra kvarkatetrar uppkomsten av urinvägsinflammationer.

Kateterpatienternas urinvägsinflammationer är problematiska av många orsaker. Också i lindrig form kan de leda till fällningar av bakterier, vita blodkroppar och annat i urinen, som sedan leder till att katetern täpps till. Då katetern täpps till blir urinen kvar i blåsan, vilket kan leda till kraftiga smärtor. Detta är en av orsakerna till att en fortgående profylaktisk läkemedelsbehandling mot urinvägsinflammation hör samman med behandling med kateter i urinblåsan.

Trots profylaktisk läkemedelsbehandling mot urinvägsinflammation är urinvägsinflammationer med feber vanliga hos kateterpatienter. Till dessa inflammationer hör förutom feber smärtor, försämrat allmäntillstånd och också

andra symtom. Symtomen orsakar patienten kraftigt lidande. Den bakterie som orsakar urinvägsinflammation med feber kan vara besvärlig och t.o.m. farlig med tanke på de andra patienter som bor och vårdas på inrättningen. Bakterien kan sprida sig och leda till bakterieinfektioner hos andra patienter. På dessa grunder är det vanligt att också urinvägsinflammationer med feber hos svårt dementa behandlas med bredspektrigt antibiotikum.

Det som hon har anfört om orsakerna till och behandlingen av urinvägsinflammationer gäller också lunginflammationer. Det antibiotikum som användes för behandling av B:s lunginflammation har ingen effekt på svåra lunginflammationer som uppkommit på sjukhus eller annan inrättning. Det är ett läkemedel med ganska liten effekt.

B:s viljeyttring i fråga om vården innefattade avhållande från vård som på ett konstgjort sätt upprätthåller livsfunktionerna och från intensivvård. Behandling av urinvägsinflammation och lunginflammation med antibiotika är inte intensivvård som på ett konstgjort sätt upprätthåller livsfunktionerna. Den hör till praxis inom vanlig basvård.

I B:s fall behandlades båda nämnda inflammationer med antibiotika som gavs oralt. Fastän B i samband med den senare inflammationen vägrade ta vätska, mat och mediciner, satte man inte in intravenöst dropp eller intravenös nutrition. Man satte inte heller in kateter via näsan till magen för att trygga intagningen av föda. Antibiotikabehandlingen gavs inte intramuskulärt eller intravenöst. Så fullständigt uppfylldes B:s viljeyttring i fråga om vården. Intravenöst dropp, intravenös läkemedelsbehandling och intravenös nutrition samt tryggandet av B:s intagning av föda med hjälp av en kateter via näsan till magen hade varit tecken på intensivvård. Smärtstillande och febernedsättande medel, dvs. medel som lindrar lidandet, gavs på ett adekvat sätt bl.a. i form av suppositorier.

B:s viljeyttring i fråga om vården samt vårdprinciperna diskuterades flera gånger i grupp med B, hans hustru, behandlande läkaren och personalen på åldringscentrumet. De vårdlinjer som man kom överens om vid dessa diskussioner antecknades i den medicinska vårdjournalen. Dessa överenskomna vårdlinjer iaktogs i vården av B.

Behandlingen av B:s urinvägsinflammation och lunginflammation har alltså följt allmänt godtagna och allmänt iakttagna vårdprinciper inom basvården av dementa. Sådan behandling hör inte till intensivvårdsåtgärder eller åtgärder som på ett konstgjort sätt upprätthåller livsfunktionerna. Det har inte varit fråga om att förlänga lidandet eller att onödigt förlänga livet. Den smärtstillande läkemedelsbehandlingen för att lindra lidandet har varit adekvat och följt allmänt godtagna principer. Man har diskuterat vårdlinjerna med B och hans hustru på behörigt sätt. Efter det att B vägrat svälja mediciner, vätska och mat har man inte vidtagit några intensivvårdsåtgärder. Också detta har varit adekvat och i överensstämmelse med B:s vilja enligt vårdtestamentet. Hans skriftligt framställda viljeyttring i fråga om vården har iakttagits.

#### *Rättsskyddscentralens utlåtande*

Rättsskyddscentralen för hälsovården nämner i sitt utlåtande följande.

Det centrala vid vården av en döende patient är att lindra lidandet. I praktiken anser man ofta att detta skede inletts då syftet med vården av en allvarligt sjuk patient inte längre är att bota patienten eller återställa funktionsförmågan sådan den var före insjuknandet. En god lindringsvård är inte beroende av patientens sjukdom, men i synnerhet när det gäller dementa åldringar med flera sjukdomar är det svårt att fastställa när man skall övergå till lindringsvård. Patientens tillstånd kan försämrats småningom under loppet av flera månader eller år och man kan inte tydligt säga när livets slutskede börjat. I synnerhet i vården av åldringar borde botande vård och vård som lindrar lidandet smidigt gå in i varandra utan någon skarp gränsdragning mellan dem.

Det går inte alltid att utreda en dement patients egen vilja när det gäller vården. Då bör man höra patientens närmaste anhöriga för att utreda hurdan vård som bäst skulle motsvara patientens egen vilja. Dementa patients livskvalitet bedöms ofta vara sämre än vad den eventuellt är så som patienten själv upplever den, och i B:s fall kan man inte få något direkt bevis på hans uppfattning om sin livskvalitet. I de anteckningar som gäller vårdarbetet beskrivs B upprepade gånger som gladlynt och smärtfri. B hade vid den vårdöverläggning som fördes i januari 2001 tydligt angett att han inte vill bli vårdad på sjukhus, men B:s senare åsikt om övriga vårddetaljer är inte känd. Hans hustru har för sin del upprepade gånger uttalat som sitt önskemål att man inte skulle använda antibiotika i vården. Då B mycket tydligt har uttryckt sin fasta vilja i fråga om vården och det inte är känt att han skulle ha ändrat sin vilja senare, har man enligt patientlagen varit skyldig att i första hand vårda honom enligt hans egen viljeyttring i fråga om vården.

Infektionssjukdomar är förknippade med mycket svåra symtom, såsom smärta eller kraftig hostretning och andnöd, som man inte alltid kan lindra i tillräcklig grad med smärtstillande medel och en god basvård. Sålunda kan man inte dra någon tydlig gräns mellan botande vård och vård som lindrar symtomen, eftersom behandling som inriktar sig på orsakerna till sjukdomen i detta fall också är den behandling som bäst lindrar symtomen. Detta har också läkaren D tydligt antecknat i journalhandlingarna i samband med vårdöverläggningen 25.1.2001: Blodtransfusion eller antibiotikum kan komma i fråga, om åtgärden tydligt har en lindrande verkan på patientens tillstånd. Dessutom betonades betydelsen av en tillräcklig smärtstillande vård och en god basvård.

Anteckningarna i journalhandlingarna innehåller flera omnämmanden av diskussioner med B:s hustru. Det nämns bl.a. att hustrun önskar att lidandet skall upphöra. Av handlingarna framgår inte entydigt om man också med hustrun har diskuterat att antibiotika också kan ges för att lindra svåra symtom. Man har dock strävat efter att höra hustrun i denna fråga. Efter detta har B vårdats i enlighet med hans tidigare fasta viljeyttring i fråga om vården och hans bästa.

Det bör dessutom konstatera att B i vårdtestamentet också godkänner användningen av vårdformer som på ett konstgjort sätt upprätthåller livet för att lindra svåra symtom. Eftersom antibiotika vid vården av B i första hand användes för att lindra svåra symtom, kan verksamheten anses förenlig med det som ingår i vårdtestamentet, oberoende av hur effektiv behandlingsform antibiotikabehandlingen anses vara.

Eftersom läkare F inte kommer ihåg detaljerna i telefonsamtalet, kan man inte bedöma hur informationen om patientens önskemål och vårdtestamentets existens förmedlades till henne. Förekomsten av vårdtestamente är dock en sådan central upplysning som läkaren bör ha tillgång till då olika vårdformer övervägs.

Rättsskyddscentralen för hälsovården instämmer i professor G:s uppfattning, enligt vilken vården av B har varit adekvat och följt det som ingår i hans testamente.

### 3.3

#### Rättsregler

Enligt 7 § i grundlagen har alla rätt till personlig frihet. Enligt regeringens proposition om grundrättighetsreformen ingår självbestämmanderätten i den personliga friheten. Den personliga friheten "har karaktären av en allmän grundläggande fri- och rättighet, som inte bara skyddar människans fysiska frihet utan också hennes fria vilja och självbestämmanderätt" (RP 309/1993 rd, s. 46).

Lag om patientens ställning och rättigheter (patientlagen, 785/1992) bygger på principen om patientens självbestämmanderätt. Enligt 6 § 1 mom. i patientlagen skall vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten. Detta innebär att patientens samtycke är en förutsättning för att vården och behandlingen får ges.

Enligt patientlagens förarbeten (RP 185/1991 rd, s. 16) är det inte nödvändigt att be om patientens uttryckliga samtycke för vårdåtgärder som kan anses vara av mindre betydelse. Det är i regel skäl att förvissa sig om patientens vilja när vården är förenad med riskfaktorer eller då valet står bland flera alternativa vård- eller behandlingsformer. Ju allvarigare ingrepp i patientens integritet det är frågan om, desto viktigare är det att förvissa sig om patientens vilja. Det är nödvändigt att inhämta patientens skriftliga samtycke närmast i sådana fall då det finns anledning att befara att det i efterhand kan uppkomma svårigheter att bevisa att patienten givit sitt samtycke.

Enligt lagens förarbeten (s. 16) måste betydelsen av patientens vilja och samtycke avgöras utgående från allmänna rättsliga principer på så sätt att man respekterar en i rättsligt hänseende relevant, fast vilja att vägra t.ex. livsförlängande vårdåtgärder.

Patientlagen betonar principen att patientens samtycke skall vara baserat på adekvat information. Denna princip innebär att en förutsättning för ett giltigt samtycke är att patienten har fått tillräcklig information som han förstår och att samtycket har getts frivilligt samt att patienten har förmåga att ge sitt samtycke.

Om patienten tidigare på ett giltigt sätt har uttryckt sin bestämda vilja i fråga om vården får han enligt patientlagens 8 § inte ges vård som strider mot hans viljeförklaring. Den sistnämnda bestämmelsen utgör den rättsliga grunden för en viljeyttring i fråga om vården (vårdtestamente), dvs. för principen att

patienten på ett rättsligt bindande sätt på förhand kan uttrycka sin vilja i fråga om sin framtida vård eller vårdlinje. En sådan viljeyttring förpliktar vårdpersonalen då den beslutar om vården och behandlingen av patienten.

Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, skall enligt patientlagens 6 § 2 mom. hans lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, skall patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa. Enligt lagens förarbeten (s. 17) är det fråga om ett viktigt vårdbeslut t.ex. då vården är förenad med risker eller då ett av flera vårdalternativ skall väljas.

Enligt patientlagens 6 § räcker det då en patient som har uppnått myndighetsåldern inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen och då det är frågan om ett viktigt vårdbeslut inte att patienten endast hörs, utan patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person skall ge sitt samtycke till vården. Den som ger samtycket skall därvid beakta patientens tidigare uttryckta vilja eller, om någon sådan viljeyttring inte förekommit, patientens bästa. Om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person förbjuder vård eller behandling av patienten, ska ll vården eller behandlingen så vitt möjligt i samförstånd med den person som vägrat ge sitt samtycke ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om den lagliga företrädarens, en nära anhörigs eller någon annan närstående persons åskter om vården eller behandlingen går i sär, skall patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa.

Patientlagens 6 § 3 mom. anses ha försvårat tolkningen av vårdtestamentens betydelse och tillämpning (se ETENE –julkaisuja 4, Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa och Promemoria av projektgruppen med uppgift att utreda behovet att revidera 6 § patientlagen, SHM Promemorior 2003:25).

Enligt uppgift bereder social- och hälsovårdsministeriet som bäst en proposition med förslag till ändring av patientlagen så att till den fogas nya bestämmelser som ger patienterna utökad självbestämmanderätt och så att och förtydligar sådana patienters ställning som har uppnått myndighetsåldern och har nedsatt handlingsförmåga.

### 3.4 Ställningstagande

B hade alltså redan 7.4.1993 gjort upp ett skriftligt vårdtestamente, som fogades till journalhandlingarna vid åldringscentrumet. I det anger han sin vilja vara att vid hans vård, sedan han till följd av en allvarlig sjukdom eller olyckshändelse förlorat sin rättsliga handlingsförmåga, t.ex. på grund av medvetlöshet eller ålderdomssvaghet, inte får användas vårdformer som på ett konstgjort sätt upprätthåller livsfunktionerna om det inte finns tydliga grunder för att hans tillstånd förbättras. För att avhjälpa eller lindra svåra symtom kan dock också ovan nämnda metoder användas temporärt. Han



anför dessutom som sin vilja att intensivvård kan ges endast om den leder till bättre resultat än en kortvarig förlängning av livet.

Enligt de medicinska sakkunnigutlåtandena är infektionssjukdomar förknippade med mycket svåra symtom, såsom smärta eller kraftig hostretning och andnöd, som man inte alltid kan lindra i tillräcklig grad med smärtstillande medel. Behandlingen av B:s lunginflammation och urinvägsinflammation med antibiotika som gavs oralt har följt allmänt godtagna och allmänt iakttagna vårdprinciper inom basvården av dementa. Sådan behandling hör inte till intensivvårdsåtgärder eller åtgärder som på ett konstgjort sätt upprätthåller livsfunktionerna. Det har inte varit fråga om att förlänga lidandet eller att onödigt förlänga livet. Den smärtstillande läkemedelsbehandlingen för att lindra lidandet har varit adekvat och följt allmänt godtagna principer. Efter det att B vägrat svälja mediciner, vätska och mat har man inte vidtagit några intensivvårdsåtgärder: Man satte inte in intravenöst dropp eller intravenös nutrition. Man satte inte heller in kateter via näsan till magen för att trygga intagningen av föda. Antibiotikabehandlingen gavs inte intramuskulärt eller intravenöst.

Rättsskyddscentralen för hälsovården nämner att B i vårdtestamentet godkände också användningen av vårdformer som på ett konstgjort sätt upprätthåller livet för att lindra svåra symtom. Eftersom antibiotika vid vården av B i första hand användes för att lindra svåra symtom, kan verksamheten anses förenlig med det som ingår i vårdtestamentet, oberoende av hur effektiv behandlingsform antibiotikabehandlingen anses vara.

Enligt professor G:s sakkunnigutlåtande har man diskuterat vårdlinjerna med B och hans hustru på behörigt sätt. Rättsskyddscentralen för hälsovården nämner att B vid den vårdöverläggning som fördes i januari 2001 tydligt hade angett att han inte vill bli vårdad på sjukhus, men att B:s senare åsikt om övriga vårddetaljer är inte känd. Hans hustru har för sin del upprepade gånger uttalat som sitt önskemål att det inte skulle användas antibiotika i vården. Då B mycket tydligt har uttryckt sin fasta vilja i fråga om vården och det inte är känt att han skulle ha ändrat sin vilja senare, har man enligt patientlagen varit skyldig att i första hand vårda honom enligt hans egen viljeyttring i fråga om vården.

Enligt de medicinska sakkunnigutlåtandena vårdades B enligt sin viljeyttring i fråga om vården. Enligt den utredning som framgår av handlingarna fanns det ingen anledning att anta att han skulle ha ändrat sig i det avseendet. På de grunder som anförs i sakkunnigutlåtandena ovan i detta avsnitt (3.4) har jag inte kunnat konstatera något lagstridigt eller mot förpliktelserna stridande förfarande i den vård och behandling som B fick på C åldringscentrum.

#### 4 ÅTGÄRDER

På grundval av den utredning som framgår av handlingarna har jag sålunda inte kunnat konstatera något lagstridigt eller mot förpliktelserna stridande förfarande i den vård och behandling som B fick på C åldringscentrum.

Ärendet har emellertid föranlett två åtgärder från min sida.

För det första har jag med stöd av 4 § i lagen om riksdagens justitieombudsman på eget initiativ beslutat pröva om det är en ändamålsenlig praxis att Helsingfors stads åldringshem per telefon konsulterar jourhavande läkare. Jag bifogar en kopia av den begäran om utlåtande och utredning som jag sånt till Helsingfors stads socialverk och hälsovårdsverk (bilaga 1).

För det andra har jag för kännedom meddelat social- och hälsovårdsministeriet min uppfattning att revideringen av patientlagens 6 § bör genomföras i brådslande ordning. Jag bifogar en kopia av mitt brev till ministeriet (bilaga 2).

Klagomålet föranleder inga andra åtgärder.

Bilagorna till klagomålsskrivelsen återsänds härmed.