Om nödrätt i hälso- och sjukvården. Några anteckningar om juridiken på ett etiskt område

Av förbundsjurist JAN SAHLIN

1. Inledning

Innan vår nuvarande brottsbalk trädde i kraft den 1 januari 1965 saknades i svensk rättsordning ett uttryckligt lagstöd för den vid sidan av nödvärnsrätten accepterade nödrätten. Även om det — som departementschefen uttryckte det i balkens förarbeten — ”icke med fog kunde göras gällande att i praxis uppkommit några påtagliga svårigheter genom lagens tystnad, syntes det icke tillfredsställande, att denna ingalunda oviktiga fråga måste lösas i rättstillämpningen utan stöd av lagregel”.[1] En bestämmelse om nödrätt infördes därför i den nya balken, där den fick sin plats i 24 kap. 4 §. Bestämmelsen, som i motsats till åtskilliga andra behållit sin ursprungliga utformning genom åren, har följande lydelse:

> Den som i annat fall än förut i detta kapitel är sagt, för att avvärja fara för liv eller hälsa, rädda värdefull egendom eller av annan sådan orsak handlar i nöd, skall ock vara fri från ansvar, om gärningen med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt måste anses försvarlig.

Det har alltså ansetts föreligga ett behov av att också inom den allmänna straffrätten ha tillgång till en laglig möjlighet att under hänvisning till ett slags överordnade rättviseintressen undanröja vad som annars skulle te sig som ett gott exempel på vad redan Cicero kallade ”summum ius, summa iniuria”. Motsvarigheter på andra rättsområden finns t. ex. i avtalslagens generalklausul och i tryckfrihetsförordningens bestämmelser om meddelarfrihet.

Nödrättens tillämpning inom hälso- och sjukvården är knappast alls behandlad i förarbetena till BrB 24:4. Det enda som nämns där är att frågan om kränkning av offentliga intressen i en nödsituation kan uppkomma då en läkare bryter mot parkeringsbestämmelser för att hinna i tid till ett sjukläger.[2] Inte heller i den allmänna brottsbalkskommentaren[3] har beretts någon plats för en genomgång av nöd-

[1] Prop. 1962:10, s. B 336.
[2] Ib., s. B 334.
[3] Beckman m. fl., Kommentar till brottsbalken II, 5 uppl. Sthlm 1982, s. 698 ff. såvitt gäller 24:4.

rättsåberopande i detta speciella hänseende. Och i svensk rättsdoktrin tycks egentligen bara Wennergren ha försökt tränga litet närmare in i detta rättsområde.[4]

2. RF 2:6, 2:8 och 2:12

Grundlagen ger genom bestämmelsen i regeringsformen 2 kap. 6 § den enskilde ett skydd gentemot ”det allmänna” mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Wennergren har tidigare redovisat den diskussion som förevarit rörande dels olika slag av kroppsligt ingrepp, dels olika tolkningar av vad som skall avses med ett ”påtvingat” ingrepp.[5] Grundlagsskyddet sträcker sig emellertid långt och gäller även andra intressen än dem som har annat sådant skydd i RF 2:4–5 (dödsstraff, kroppsstraff, tortyr och medicinsk påverkan i syfte att framtvinga eller hindra yttranden). Men det kan i motsats till dessa skydd begränsas genom vanlig lag med stöd av RF 2:12. På hälso- och sjukvårdens område har detta skett i några fall.

Det har sålunda ansetts rimligt att det skydd rättsordningen erbjuder inte skall vara absolut och helt utan begränsningar.

De kroppsliga ingrepp som kan komma i fråga inom hälso- och sjukvården kan vara av flera slag, både grövre och lindrigare. Kastrering nämns i kommentarer till grundlagarna[6] som ett exempel på grövre ingrepp — för detta finns tills vidare ett särskilt lagstöd under vissa angivna förutsättningar — men i princip måste alla påtvingade operativa ingrepp räknas hit. Exempel på lindrigare ingrepp är blod-

[4] Wennergren, Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp (i Om våra rättigheter. Antologi utgiven av Rättsfonden, Uppsala 1980, s. 77 ff.); även Strider allmänna läkarinstruktionen mot grundlagsbudet om kroppslig integritet?, Läkartidningen 1980, s. 389 f. — Det kan dock förtjäna nämnas att i äldre litteratur såväl Hagströmer (Svensk straffrätt. Föreläsningar I, Uppsala 1901–05, s. 125) som Thyrén (Principerna för en strafflagsreform II. Brottsbegreppets objektiva sida, Lund 1912, s. 160) snuddat vid hithörande frågor redan långt innan en nödrättsregel infördes i BrB. Även Strahl har varit inne på området: se Allmän straffrätt i vad angår brotten, Lund 1976, s. 384 f. — Jareborg har aviserat en fjärde del av sitt stora arbete Brotten, i vilket reglerna om nöd eller nödliknande situationer skulle behandlas (se Brotten I, 2 uppl. Sthlm 1984, s. 259), men har tills vidare inte hunnit avsluta detta projekt.

[5] A.a., s. 80 och 89. Enligt Wennergren har man gjort skillnad mellan 1) kroppsliga ingrepp som innebär våld mot människokroppen, t. ex. kirurgiska ingrepp och ingrepp vid provtagning, 2) kroppsliga ingrepp som innebär kroppsbesiktning, t. ex. läkarundersökningar, och 3) smärre kroppsliga ingrepp, t. ex. vaccination och tagande av blodprov. När det gäller frågan när ett ingrepp är ”påtvingat” diskuterar Wennergren två tolkningar, nämligen 1) att med påtvingat kroppsligt ingrepp skall förstås varje kroppsligt ingrepp som sker utan samtycke — uttryckligt, tyst eller, eventuellt, hypotetiskt — från personen själv, och 2) att med ett sådant ingrepp skall förstås endast kroppsligt ingrepp som sker mot personens vilja, uttryckt skriftligen, muntligen eller genom åtbörder, uppträdande etc. Vid valet av tolkning ger Wennergren företräde åt den senare. Wennergrens uppfattning skall här lämnas oemotsagd men nyanseras möjligen genom min fortsatta framställning.

[6] Petrén-Ragnemalm, Sveriges grundlagar och tillhörande författningar med förklaringar. 12 uppl. av Robert Malmgrens Sveriges grundlagar, Uddevalla 1980, s. 54.

provstagning, men även ett sådant får ibland göras enligt särskilt lagstöd (t. ex. i samband med faderskapsutredning).

De ingrepp som i princip skyddas av grundlagen skall alltså vara påtvingade, dvs. det allmänna skall disponera över maktmedel för att genomdriva åtgärden. Petrén-Ragnemalm tar också upp direkt våldsanvändning från en offentlig befattningshavares sida, t. ex. om en landstingsanställd läkare medan patienten är under narkos genomför ett operativt ingrepp som patienten inte är införstådd med.[7] Finns ett frivilligt medgivande från patienten är ingreppet naturligtvis inte ”påtvingat”.

Ett motsvarande skydd mot frihetsberövande genom ”det allmänna” finns i RF 2:8. Även detta skydd kan ibland inskränkas — och har i några fall (t. ex. inom den slutna psykiatriska vården) inskränkts — genom särskilda bestämmelser i lag.

Grundlagsskydden i RF 2:6 och 2:8 kan, förutom genom lagbestämmelser på särskilt angivna områden, också genombrytas med hänvisning till nödrätt enligt BrB 24:4. Och även genom detta litet mer allmänt hållna lagrum ges naturligtvis ett sådant lagstöd som avses i RF 2:12.

3. Allmänt om nödsituationen och nödbehandlingen i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Den straffrättsliga nödhandlingen, sådan den kan te sig inom hälso- och sjukvården, förutsätter som alla andra nödhandlingar att en på visst sätt definierad nödsituation föreligger. BrB 24:4 anger några exempel på hur nödsituationen kan se ut och nämner först vad som väl inom hälso- och sjukvården är mest frekvent: en situation där det är fråga om att avvärja en fara för någons (vems — den nödhandlandes eller någon annans — är likgiltigt) liv eller hälsa, och där detta avvärjande inte kan ske utan att en eller flera åtgärder vidtas, som var för sig eller tillsammans kränker ett annat intresse och därigenom utgör en lagöverträdelse. Det behöver för hälso- och sjukvårdens del inte vara fråga om fara för liv eller hälsa; även ”annan sådan orsak” ger utrymme för nödhandlingen, och det disponibla spelrummet blir på det sättet tämligen vitt. Det åsidosättande av lag, som kan bli ursäktligt genom hänvisning till nödhandling, behöver inte heller avse kränkning av grundlagsskyddade fri- och rättigheter utan kan självfallet gälla vilken författningsöverträdelse som helst.

Nödsituationen har också en tidsaspekt, som måste beaktas för att nöd skall anses vara för handen. Den kan uppstå blixtsnabbt, men den kan också vara över lika snabbt. Specialisten som inte kunde

[7] Ib.

inväntas kanske dyker upp och kan ta över ansvaret för en akut operation med komplikationer. När nödsituationen inte längre uppfyller kraven på en sådan har också utrymmet för nödhandling eliminerats. Stora skillnader kan finnas mellan olika fall när det gäller vilket rådrum som kan behövas för att finna alternativ till den extraordinära åtgärd som annars måste vidtas under hänvisning till nöd. En ung och oerfaren läkare, som i desperation utan att vara tillräckligt kompetent gör ett chansartat medicinskt ingrepp på en patient kan alltså knappast åberopa nödrätt om den närmast ansvarige överläkaren fanns i rummet intill och lätt kunde tillkallas. Rättsordningen kan vidare, som skall visas närmare i det följande, inte se riktigt likadant på t. ex. tvångsåtgärder utan nödvändigt lagstöd mot en patient som plötsligt blivit våldsam och en överträdelse av förelägganden från brandmyndigheterna när överbeläggning av en vårdavdelning på rent vårdbehovsmässiga grunder ansetts nödvändig. I allmänhet är dock det karakteristiska för en nödsituation att den är av kort varaktighet. Av detta följer också att nödrättsregeln inte ger stöd för någon rutinmässig användning av t. ex. tvångsmedel i vården;[8] ”nödflagg” får sålunda aldrig göras liktydigt med ”bekvämlighetsflagg”. Det är inte heller givet att omständigheterna alltid är sådana att nödrätt kan åberopas i en viss situation en viss dag bara för att den ansågs tillämplig i en liknande situation föregående dag.

Eftersom den nödsituation som kan leda till en nödhandling ofta betingas av att ett i princip nödvändigt eller i varje fall önskvärt samtycke inte föreligger måste också beaktas att vägen från uttryckligt samtycke, där alltså några problem inte uppkommer, till den situation där verklig nöd är för handen och en nödhandling enligt BrB 24:4 kan bli aktuell egentligen är ganska lång. Mellan det klara och entydiga samtycket till en föreslagen åtgärd och den situation där man genom en nödhandling måste bortse från bristen på samtycke finns en vidsträckt och ganska oklar ”gråzon” där begrepp som presumerat samtycke och i vissa fall negotiorum gestio figurerar. Också detta behandlas närmare i det följande.

Själva nödhandlingen skall vara försvarlig, vilket skall jämföras med vad som sägs i BrB 24:1 om nödvärnshandlingen (ej uppenbart oförsvarlig). Vid bedömningen av rekvisitet försvarlig skall hänsyn tas till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt. Det ställs högre krav för att en gärning skall anses försvarlig än för att den inte skall anses uppenbart oförsvarlig. Gär-

[8] Jfr Ekberg i JO:s ämbetsberättelse 1980–81, s. 323 ff. med kommentar av Wennergren i Grundlagsskyddet för den kroppsliga integriteten, SvJT 1981, s. 134 f.

ningen måste i princip för att anses försvarlig vara påkallad för att skydda eller rädda något av betydligt större värde än det som försakas genom nödhandlingen.[9] Självfallet gör sig detta resonemang gällande även inom hälso- och sjukvården.

Slutligen skall sägas att det ”ansvar” som den som handlar i nöd går fri från inte behöver vara begränsat till straffansvar enligt BrB eller bestämmelser i specialstraffrätten. Det kan också gälla disciplinärt ansvar såväl enligt den s. k. tillsynslagen (varom mera nedan) som i arbetsrättslig ordning enligt kollektivavtal.

4. Allmänt om samtyckesreglerna i HSL och tillsynslagen m. m.

Även om nödhandlingar i hälso- och sjukvården givetvis förekommer också i andra situationer än där åtgärder måste vidtas oberoende av att ett eljest erforderligt samtycke inte föreligger är det fall av detta slag som synes vanligast. Man behöver då till att börja med se något på vad vår lagstiftning säger om dessa ting. Bestämmelserna finns i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i den delvis nästan likalydande 5 § lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen).

2 a § HSL har följande lydelse (aktuella i detta sammanhang är 2–3 st.):

> Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
>
> Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 6 § andra stycket eller 6 a § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso-och sjukvårdspersonalen m. fl.

5 § tillsynslagen i sin tur har denna utformning:

> Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Han skall så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten. Han skall visa patienten omtanke och respekt.
>
> Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 6 § andra stycket eller 6 a § denna lag.

[9] Löfmarck-Wennberg, Straffansvar, 2 uppl. Sthlm 1987, s. 91.

När det gäller en mer utförlig framställning av vad dessa stadganden allmänt står för liksom av bakgrunden till att de finns får jag hänvisa till min allmänna kommentar till HSL och tillsynslagen.[10]

Vården och behandlingen skall alltså så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. För att ett sådant samråd skall bli meningsfullt skall det föregås av information om hälsotillståndet och alternativa behandlingsmetoder. Störst betydelse har kanske informationen och dess begriplighet för patienten när det beslut som så småningom skall fattas gäller valet om en operation skall genomföras eller om den inte skall genomföras och vilka risker som i så fall kan förutses. I fråga om lagtextens utformning är att märka dels att lagstiftaren valt lokutionen ”*i* samråd” (och alltså inte ”*efter* samråd”), dels att inskränkningen ”så långt det är möjligt” kraftigt begränsar vad som eljest skulle vara att uppfatta som ett absolut åliggande.

I allmänhet är det naturligtvis så att en patient kommer till en läkarmottagning med en viss åkomma, varpå läkaren talar om vad som enligt hans mening är den lämpligaste åtgärden. Om också läkaren ”inte får göra sin auktoritet gällande så att han inkräktar på patientens rätt att bestämma över sig själv”,[11] blir resultatet av samtalet mellan läkare och patient nästan alltid att patienten med förtroende och kanske utan att fundera närmare över saken går med på den åtgärd läkaren förordat; sådant är det normala mönstret i patient-läkarrelationen. Från rättslig synpunkt föreligger ju då inte några problem — de visar sig först då det inte varit möjligt att uppnå samförstånd mellan läkare och patient. Det blir också först då som en diskussion om vidtagande av eventuella nödhandlingar får substans.

Skälen till att det inte blivit möjligt att komma överens mellan läkare och patient om vad man skall göra kan vara av flera slag. Om en patient, som i övrigt är vid sunda vätskor, har erhållit (och förstått) en fyllig information av sin läkare om behovet av och skälen för en operation och likväl kommit till ståndpunkten att han inte önskar opereras, får någon operation inte heller ske och detta oavsett om läkaren med bestämdhet vidhåller sin uppfattning. I det läget finns givetvis inget utrymme för nödhandling, bara för fortsatta diskussioner vid någon senare kontakt. Jag återkommer till operativa ingrepp under särskild rubrik i det följande.

Det klara samtycket och det lika klara avståndstagandet från en föreslagen medicinsk åtgärd utgör alltså två motpoler i den diskussion som nu förs. De medger emellertid knappast några

[10] Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 3 uppl. Sthlm 1990, s. 54 ff.
[11] Sveriges läkarförbunds läkarregler 1968.

rättsliga komplikationer. Annorlunda förhåller det sig med de mellanlägen, som i och för sig är mycket vanliga i hälso- och sjukvårdens vardag. Fram till dess det blir fråga om att tillgripa nödhandling under hänvisning till BrB 24:4 rör det sig dock i regel om rättsliga hårklyverier. Låt oss ta några exempel.

1. Polisen kommer in till akutmottagningen med en kraftigt berusad man som varit i slagsmål. Han är knivskuren och blöder kraftigt, men är inte i stånd att meddela sig med någon på ett begripligt sätt. Läkaren tar hand om honom, suturerar såren där det behövs och förbinder honom.

2. En kvinna med magsmärtor kommer till sjukhus och läggs in på en invärtesmedicinsk klinik under diagnosen ulcus pepticum (en magsårstyp). Dagen därpå blir patienten sämre och förlorar medvetandet. Man finner att operation sannolikt är nödvändig, patienten kan inte tillfrågas men förs över till kirurgiska kliniken och opereras där. Några dagar senare är patienten återställd och skrivs ut.

I det första fallet bör det närmast vara fråga om att hänvisa till ett hypotetiskt eller presumerat samtycke från patienten till de medicinska åtgärderna. Det finns ju ingen anledning att anta annat än att han skulle velat bli omhändertagen och omsedd om han kunnat ge uttryck åt en egen vilja.

Även i det andra fallet bör man kunna räkna med ett presumerat samtycke. Men till skillnad från vad som gällde för fall nr 1 finns i fall nr 2 också ett inslag av negotiorum gestio att förlita sig till.[12] Någon nödhandling är det inte fråga om i något av fallen. Man måste dock beträffande fall nr 2 varna för alltför långtgående slutsatser när det gäller vad en patient som uppsökt sjukhus för frivillig vård kan antas vara beredd att underkasta sig under vistelsen där. En mer löst grundad presumtion om samtycke kan alltså inte utan vidare åberopas som stöd för vilka åtgärder som helst. Det finns trots allt en — låt vara tämligen oklar — gräns för hur mycket innehållet i kontraktsförhållandet vårdgivare-vårdtagare låter sig tänjas.

Till bilden fogar sig här de krav som sjukvårdslagstiftningen ställer i olika författningsrum. Landstingskommunen är sålunda skyldig att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt länsinvånarna (3 § HSL), varvid med ”god” bl. a. avses att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen (2 a § 1 st.). Hälso- och sjukvårdspersonalen är vidare ålagd att vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård (5 § 1 st. tillsynslagen), vartill kommer att det åligger varje läkare att i överensstäm-

[12] Nödrätten och negotiorum gestio har berörts av Andenaes i Alminnelig strafferett, 2 utgave Oslo 1974, s. 190; jfr även Lögdberg, Några anteckningar om förhållandet mellan läkare och patient i juridiskt hänseende, särskilt såvitt gäller frågan om behov och utformning av patients samtycke till medicinskt ingrepp, SvJT 1984, s. 419 ff.

melse med vetenskap och beprövad erfarenhet[13] meddela sina patienter de råd och såvitt möjligt den behandling som patientens tillstånd fordrar (3 § allmänna läkarinstruktionen). Följsamheten i förhållande till dessa bestämmelser måste i stor utsträckning göra sig gällande i vårdsituationer där uttryckligt medgivande inte föreligger, men styrkan hos författningsstödet vid hänvisningar dit när samtycke saknas torde kunna skifta från fall till fall.[14]

Ytterligare frågor kring samtycke uppkommer när samtycke inte lämnas av patienten själv men däremot av någon annan. Därvid är att märka att 2 a § HSL och 5 § tillsynslagen väl anger att upplysningar om patientens hälsotillstånd och om tillgängliga behandlingsalternativ skall lämnas till anhöriga när det inte går att lämna dem till patienten själv, men tiger i frågan om anhöriga också träder i patientens ställe när denne inte kan delta i något samråd om utformningen och genomförandet av vården.[15] Man bör naturligen skilja mellan samtycke genom legal ställföreträdare och samtycke genom anhörig som inte har sådan ställning. Giltigheten hos ett samtycke av det senare slaget som grund för i varje fall mer omfattande medicinska ingrepp kan säkert stundom ifrågasättas.

Slutligen finns en samtyckesregel också i sekretesslagstiftningen. Av 14 kap. 4 § sekretesslagen (SekrL) framgår att sekretess till skydd för enskild under vissa förutsättningar helt eller delvis kan efterges av honom. Denna bestämmelse gäller givetvis även i hälso- och sjukvården.

Jag återknyter nu till nödrätten i hälso- och sjukvården och grupperar i den fortsatta framställningen vissa mer typiska områden enligt följande.

5. Nödrätten i hälso- och sjukvården

5.1. Nödrätten vid operationer m. m.

Kirurgens uppfattning om behovet av en operation på medicinska grunder avviker stundom från vad andra kan anse; här har de tämligen färska lagbestämmelserna i 2 a § HSL och 5 § tillsynslagen om patientens medbestämmanderätt m. m. en avgörande roll att spela när det gäller om ett visst operativt ingrepp skall utföras eller inte. Även om samtycke från patienten också tidigare i princip bestämde om operation skulle ske, får införandet i lagstiftningen av uttryckliga bestämmelser av detta slag anses innebära en inte helt oväsentlig upp-

[13] Beträffande innebörden av begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” se Sahlin, a.a., s. 246 ff.
[14] Jfr Wennergren, Läkartidningen 1980, s. 389 f.
[15] I 7 § 2 st. transplantationslagen och i 2 § lagen om insemination finns för vissa situationer särskilda bestämmelser om samtycke genom annan.

stramning av rättsläget. En av samtyckets effekter är att möjligheten att med hänvisning till BrB 3:5 aktualisera straff för misshandel sätts ur spel; en operation utgör ju egentligen efter orden — som utvecklats av Wennergren — misshandel (”tillfogar annan kroppsskada ... eller smärta”, ”försätter i vanmakt”).[16] Samtycke från patienten bryter alltså normalt en eljest möjligen förefintlig misshandelspresumtion. Tveksamhet kan emellertid föreligga när det råder osäkerhet om giltigheten av samtycket (patienten är en åldring med förvirrat omdöme, patienten har länge varit negativ till ingreppet men till slut låtit sig övertalas av operatören, etc.). Om det av olika skäl inte har gått att få ett giltigt samtycke från patienten uppkommer frågan om och under vilka omständigheter nödparagrafen i BrB kan åberopas till stöd för en operation som kirurgen anser nödvändig. Finns inget samtycke och är hänvisning till nöd för långsökt återupplivas ju misshandelspresumtionen oberoende av kirurgens egen uppfattning och även oberoende av operationens överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Några exempel får belysa frågeställningen.

1. En fotgängare blir påkörd av en bil och illa skadad. Han förs medvetslös till sjukhus, och hans identitet hinner inte efterforskas. Läkarna gör bedömningen att båda benen måste amputeras. Så sker, och patientens liv har med säkerhet räddats därigenom.[17] Förelåg nöd i rättslig bemärkelse?

2. En liten pojke råkar en varm sommardag svälja en geting tillsammans med en kanelbulle. Mamma och pappa är borta och handlar. Svalget svullnar hastigt upp. Några kamrater hjälper honom till distriktsläkaren, där en tracheotomi genast utförs (en passage till luftstrupen snittas för att förhindra kvävning). Var detta en nödhandling?

3. En kvinna undergår en operation för en cysta på en äggstock. Medan operationen pågår uppdagas helt överraskande att det också finns en elakartad cancertumör på livmoderhalsen och att ett betydligt större ingrepp är nödvändigt. Läkaren beslutar sig för att göra en radikaloperation och avlägsnar hela livmodern. Efter en tid kan patienten skrivas ut. Det var i och för sig möjligt att avsluta cystaoperationen, väcka patienten, informera om upptäckten av cancertumören och med patientens samtycke företa den större operationen vid ett senare tillfälle. Kan nöd anses ha förelegat?

4. En pojke har varit ute i sträng kyla och befaras ha förfrusit tårna på ena foten. En granne, som observerat saken, insisterar på att pojken skall föras till läkare, men pojkens far, som är varmt troende och förlitar sig till Guds hjälp, motsätter sig detta. När fadern litet senare gått ut ett slag, för grannen den medtagne pojken till läkare, där han upplyser denne om faderns inställning. Läkaren beslutar att amputera pojkens tår och räddar honom på det sättet från blodförgiftning. Har läkaren handlat i nöd?

[16] Se Wennergren, Rättsfonden, s. 80.
[17] Exemplet hämtat från Andenaes, a.a., s. 190.

5. En åldersdement patient bereds frivillig vård på långvårdssjukhus enligt HSL. Han drabbas av magsår och operation bedöms nödvändig. Patienten har en god man, som motsätter sig operationen. Kirurgen, som anser att operationen måste utföras för att patientens liv skall kunna räddas, opererar i alla fall. Var detta en nödhandling?

6. En kvinna har remitterats till sjukhus för en tumör i höger bröstkörtel. Inför fortsatt utredning hävdar hon bestämt att hon vill behålla sitt bröst även om det skulle visa sig vara cancer. Sedan cancer konstaterats vidhåller hon sin uppfattning, men efter fortsatta samtal med läkaren övertalas hon att gå med på bröstamputation, varefter operationen genomförs. Efter operationen blir det klart att hennes ändrade inställning inte var ett uttryck för vad hon egentligen önskade; läkaren å sin sida var övertygad dels om att operationen företogs i samförstånd med patienten, dels om att ingreppet och indikationen för detta stod i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunde läkaren ha åberopat nödrätt?

Exempel 1 — lånat från Andenaes — och 2 får utan vidare anses utgöra fall där nödrätt med full styrka kan hävdas. Det har varit fråga om att avvärja fara för liv, tid för rådrum (med patienten själv eller med vårdnadshavare) har inte stått till buds, läkaren har därför handlat i nöd och gärningen har varit försvarlig.

I exempel 3 redovisas en ganska vanlig situation inom hälso- och sjukvården. Avgörande för om nöd kan anses ha förelegat är egentligen om faran var så stor och behovet av ett brådskande ingripande av den större omfattningen så uppenbart att det — också i beaktande av läkarens kompetens att göra en medicinskt korrekt bedömning av diagnos m. m. — var nödvändigt att göra som man gjorde för att rädda patientens liv eller tillvarata något annat näraliggande hälsointresse av övergripande art. Frågan om samtycke kan presumeras i en situation som denna är vansklig och måste bedömas efter även andra omständigheter som kan göra sig gällande i ett enskilt fall. Ett rättsligt problem uppkommer ju här som i andra liknande fall först när läkarens åtgärd på något sätt ifrågasätts; verkar patienten nöjd utan att kanske direkt säga något har ju ett slags ratihabering skett. Men det är naturligtvis viktigt att slå fast att läkaren inte kan vara fri att under hänvisning till nödrätt åtgärda vad som helst medan patienten ligger i narkos.

Exempel 4 har lånats från Skeie[18] och belyser en frågeställning av viss art som i svensk rätt har ett speciellt svar. Här är det fråga om sådana ”brister i omsorgen” som består i att föräldrar utsätter barns hälsa för en påtaglig risk att skadas genom att inte se till att barnet får lämplig sjukvård. I det läget finns utrymme för att påkalla ingripande av socialnämnden till barnets skydd med stöd av lagen med särskilda

[18] Se Skeie, Den norske strafferett I, Den alminnelige del, 2 utgave Oslo 1946, s. 149.

bestämmelser om vård av unga (LVU).[19] Lagen innehåller också bestämmelser om omedelbart omhändertagande när eljest föreskrivet beslut av länsrätt inte kan avvaktas. Åberopande av nödrätt enligt BrB 24:4 blir aktuellt först när det är så bråttom att det inte ens finns tid att iaktta LVU:s regler om omedelbart omhändertagande; detta kan under de angivna förutsättningarna ha varit fallet i exempel 4 men det är ingalunda helt säkert.

Också exempel 5 kommer i allt väsentligt från Skeie. Svaret på frågan torde bli beroende av vilket patientens allmäntillstånd var när operation blev aktuell — det är sålunda en uppenbar skillnad mellan att operera en allmänt starkt försvagad 90-åring och att företa ingreppet på en i fysisk bemärkelse i övrigt tämligen frisk 75-åring. Det är alltså inte givet att det fanns tillräcklig grund för att hänvisa till nödrätt i den beskrivna situationen.

Exempel 6 är hämtat från ett anmälningsärende hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).[20] Nödrätt gjordes inte gällande där och det fanns inte heller skäl för att hänvisa till en sådan. Det som skedde och som (sedan patienten överklagat till kammarrätten) renderade läkaren en disciplinpåföljd enligt tillsynslagen bottnade i otillräcklig förvissning om verkligt samtycke och ändrad inställning från patienten förelåg.

De redovisade typfallen har alla avsett situationer där endast en person — den som varit aktuell för en akut kirurgisk åtgärd trots bristande förutsättningar och i rättsligt hänseende — varit involverad. Det kan emellertid också anges exempel på fall där mer än en person är direkt berörd av en viss akut insats och där alltså konkurrerande intressen uppträder. När i en viss situation liv kommer att stå mot liv måste man i princip med Andenaes[21] konstatera att det inte går att gradera livets värde efter ålder, hälsotillstånd, kompetens, försörjningsbörda eller liknande kriterier och att i konsekvens med en sådan grundläggande rättssyn ett räddande av liv genom att offra ett annat strider mot allmänna uppfattningar om människolivets okränkbarhet. Denna grundsyn återfinns ju också i vårt land, sådan den på olika sätt kommer till uttryck i HSL. Likväl uppkommer ibland intressekollisioner som sätter hållfastheten hos dessa principer på prov och där det kan bli nödvändigt att tillgripa nödrätt.

Om vid en förlossning moderns liv står mot fostrets så att ettdera måste offras för att det andra skall kunna räddas blir det nödvändigt att ta ställning till vad man skall göra. Genom vetenskapens och den medicinska teknikens utveckling är situationer av detta slag numera

[19] Ny lag i ämnet fr.o.m. den 1 juli 1990 (SFS 1990:52).
[20] HSAN 767/82, KamR Sthlm mål nr 5809–1983.
[21] A.a., s. 187.

mindre vanliga än förr, men de förekommer. Redan Thyrén fann att ”det just begynnande menniskolifvet får anses väga mindre än det utvecklade”, varför åtgärder för att rädda modern bör ges företräde och ett dödande eller övergivande av modern för att rädda fostret anses rättsstridigt.[22] Andenaes ger uttryck åt samma uppfattning.[23] Det bör tilläggas att det i ett fall som detta inte kan anses rimligt att samråda om förfarandet, vare sig med modern — om detta varit möjligt — eller fadern.

Huruvida en svängning av värderingar på detta särskilda område kan anses föreligga eller vara på väg är tills vidare en smula osäkert.[24] I detta sammanhang är det tillräckligt att konstatera att det är med stöd av nödrätten som vägvalet görs av den förlossningsläkare som hamnat i detta mycket svåra trauma. Vad som är rätt och fel torde höra till de eviga diskussionsämnena. En aktuell frågeställning erbjuds genom fosterdiagnostikdebatten: det kan förekomma att läkaren efter fosterdiagnostik har kunskap om att det väntade barnet lider av någon defekt medan föräldrarna inte önskat få veta resultatet av diagnostiken och alltså inte har samma kunskap — skall denna omständighet tillåtas påverka de bedömningar som läggs till grund för en eventuell nödhandling från läkarens sida?

Det kan erinras om att 6 § abortlagen öppnar vissa nödrättsliknande möjligheter att utföra abort även när det kan antas att fostret är livsdugligt. Enligt en huvudregel på annan plats i abortlagen är abort i detta sena skede av graviditeten egentligen förbjuden. 6 § hänvisar bl. a. till att havandeskapet p. g. a. sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. I förhållande till nödregeln i BrB 24:4 leder bestämmelsen i 6 § abortlagen till att en dubbelreglering kommit till stånd, vilket man också varit medveten om i förarbetena till den senare lagen.[25]

Beträffande den speciella frågan om rättsinkapabla kvinnor och abort har några särskilda nödregler inte ansetts erforderliga.[26]

Organtransplantationer inom hälso- och sjukvården företas i en viss människas (mottagarens) hälsointresse, ibland men kanske inte alltid på bekostnad av ett mer oklart intresse hos en annan människa (givaren, donatorn). Det kan vara så att mottagarens liv är avhängigt av

[22] A.a., s. 160.
[23] A.a., s. 189.
[24] Se Sverne i utredningen om det ofödda barnet och dess slutbetänkande (SOU 1989:51) Den gravida kvinnan och fostret — två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter.
[25] Se prop. 1974:70 s. 83; man kan även jämföra med den s. k. medicinska indikationen för avbrytande av havandeskap enligt den äldre lagen (1938:318) i ämnet, tillkommen före nödrättsregeln i BrB.
[26] Jfr härom Sahlin, Abortlagen och de rättsinkapabla, Läkartidningen 1975, s. 673 f., Wennergren i JO:s ämbetsberättelse 1975/76, s. 244 f., och socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS(M)1989:6) om tillämpningen av abortlagen, s. 8.

om transplantationen kan genomföras. Icke desto mindre bör det vara uppenbart att en transplantation av organ från levande givare mot dennes vilja aldrig kan få äga rum under hänvisning till nödrätt.[27] Vid transplantation av organ från avlidna givare är samtyckesreglerna så utformade att nödhandling inte rimligen kan bli aktuell. Och att, utan att kraven i lagen om kriterier för fastställande av människans död är uppfyllda fullt ut, under åberopande av nöd dödförklara en presumtiv organdonator för att genom transplantation rädda livet på en aldrig så svårt sjuk patient med stort behov av friska organ låter sig självfallet inte heller göra.

Vid alla mer omfattande operationer finns en risk för att större blodförluster uppstår och blodtransfusion därför blir aktuell.[28] I allmänhet sker en sådan — sett ur mottagarens perspektiv — under omständigheter som gör det naturligt att ett presumerat samtycke kan åberopas. Annorlunda förhåller det sig när patienten bestämt förklarat att han motsätter sig att ta emot blod från någon annan. Detta är inte helt ovanligt: skälen brukar vara endera att patienten tillhör en religiös sekt som generellt motsätter sig blodtransfusion

[27] Se härom Aspelin i transplantationsutredningens betänkande (SOU 1989:98) Transplantation — etiska, medicinska och rättsliga aspekter, s. 68:

”För att en invändning om nöd skall medföra ansvarsfrihet fordras i allmänhet att det som uppoffras är avsevärt mindre värt än det intresse som skall tillgodoses genom nödhandlingen. Att egendom som regel får uppoffras för att liv skall kunna räddas råder det inte något tvivel om. Mera oklart är under vilka omständigheter 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. En grundläggande regel i transplantationslagen är att ingrepp som avses i lagen får göras på levande person bara om denne skriftligen samtyckt till ingreppet. Den bestämmelsen är i sig uttryck för en intresseavvägning av samma slag som nödparagrafens. Något utrymme för att vid sidan av den tillämpa regler om ansvarsfrihet på grund av nöd torde därför inte finnas.

Sett ur ett något annorlunda perspektiv kan rättsläget beskrivas så, att ingen människa är skyldig att bistå en annan. Man kan alltså varken ålägga henne att lämna en medmänniska hjälp eller straffa henne för att hon underlåter att göra det. Den som från stranden av en sjö ser en drunknande och underlåter att rädda denne fast han kunnat göra det utan större besvär anses inte vara straffrättsligt skyldig till den drunknades död. Ett straffrättsligt ansvar för underlåtenhet att handla har i en sådan situation normalt bara den som befinner sig i en s. k. garantställning, i drunkningsfallet t. ex. en badvakt.

Rättsfall som rör frågan om det någonsin kan vara tillåtet att göra ett transplantationsingrepp på en levande person mot dennes vilja är av naturliga skäl sällsynta. I Sverige har frågan aldrig aktualiserats. Från amerikansk praxis finns dock exempel på rättsfall där frågan varit uppe till bedömande.”

[28] Skeie (a.a.) har redovisat ett exempel från transfusionsområdet som ligger nära organtransplantation från levande givare mot givarens vilja. En person har råkat ut för en svår skada med betydande blodförlust. Ögonblicklig blodtransfusion bedöms oundgängligen nödvändig för att patientens liv skall kunna räddas. Patienten har emellertid en ovanlig blodgrupp och den ende tillgänglige presumtive blodgivaren med samma blodgrupp ställer sig inte till förfogande. Kan det vara möjligt att, under hänvisning till nöd, med tvång tappa en sådan person på det nödvändiga blodet? I en diskussion av Skeies exempel har Andenaes (a.a., s. 186) bl. a. anfört att den tilltänkte blodgivaren kanske hade något giltigt skäl att vägra ge blod; han var kanske själv klen efter en genomgången sjukdom. För svensk rätts vidkommande bör man nog enligt mitt förmenande se på en vägrad transfusion på samma sätt som på en vägrad transplantation från levande givare, dvs. ett genomförande med våld är uteslutet även med åberopande av nödrätt.

(Jehovas vittnen) eller att patienten känner rädsla och osäkerhet inför en transfusion med hänsyn till risken att få sig tillfört t. ex. HIV-smittat blod. I dessa fall brukar patientens vilja respekteras, om han vidhåller sin uppfattning även sedan han noggrant informerats om att hans liv sannolikt är i fara om blodförlusten blir för stor. Utrymmet för att genom nödhandling tillföra patienten nytt blod mot hans vilja även för att rädda hans liv torde vara obefintligt i varje fall såvitt gäller vägran på religiösa grunder. I fråga om barn står dock alltid den förut berörda möjligheten till buds att initiera ingripande av socialnämnden till barnets skydd med stöd av LVU; på det sättet kan alltså en blodtransfusion till barnet genomföras även om föräldrarna motsätter sig åtgärden, åtminstone när barnets liv står på spel om transfusionen inte kommer till stånd.

Det bör slutligen vara självklart att nödrätt kan hävdas till stöd för åsidosättande av eljest gällande kvalitetsnormer för vården (”vetenskap och beprövad erfarenhet” m. m.) när exempelvis en amputation måste genomföras under primitiva förhållanden (på en medvetslös fastklämd patient i en instörtad gruvgång eller i en krossad järnvägsvagn) liksom när en brådskande medicinsk åtgärd av annat slag hastigt måste vidtas av en läkare som mera av en tillfällighet råkar vara tillstädes (i ett flygplan eller på en teater) utan att nödvändig utrustning finns till hands.

Vad som här har sagts om kirurgi och nödrätt är i princip giltigt också för andra discipliner inom medicinen. Därvid kan behöva tilläggas att man i alla medicinska specialiteter i regel måste skilja noga mellan nödhandlingar och de prioriteringar mellan olika patienter med liknande vårdbehov, som är ett led i det överläkaren åvilande medicinska ledningsansvaret[29] och som förekommer varje dag inom hälso- och sjukvården. Någon gång kan naturligtvis som grund för att ge en viss patient förtur i en akut situation åberopas nödrätt, men i allmänhet är medicinsk prioritering någonting annat.

5.2. Nödrätten och annat användande av tvång

Tvång i hälso- och sjukvården mot den enskildes vilja får naturligtvis i princip inte förekomma. Det finns dock i vissa fall lagstöd för åtgärder där tvång ingår som ett medel att genomföra åtgärderna och där överordnade intressen ansetts få genombryta den enskildes mer eller mindre tydliga viljeyttringar i annan riktning. I regel rör det sig om att samhället måste kunna ingripa handfast till skydd endera för den enskilde själv eller för personer i hans omgivning, t. ex. tvångsåtgärder mot vissa psykiskt sjuka människor när särskilda indikationer

[29] Se härom Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s. 179 ff.

föreligger som närmare anges i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) eller sådana åtgärder mot konstaterade eller misstänkta bärare av smitta av samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen. Båda lagarna ger i vissa situationer stöd för biträde av polis för tvångsåtgärdernas genomförande.

Det är här i huvudsak fråga om grundlagsskyddet i RF 2:8 mot frihetsberövande gentemot det allmänna och hur man skall finna en rättslig grund för att ibland kunna kringgå detta skydd för den enskilde. De brottsrubriker i BrB som kommer i fråga när en sådan rättslig grund saknas är i första hand olaga frihetsberövande (4:2) och olaga tvång (4:4). Vid sidan av bestämmelser i speciallagstiftningen kan också nödrätten i BrB 24:4 ibland användas. Men det finns också en rad situationer där nödrätten inte räcker till.

Den som på psykiatrisk diagnos tvångsvis tagits in på sjukhus med stöd av LSPV får enligt 13 § samma lag dels hindras att lämna sjukhuset, dels ”i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen”. Denna bestämmelse ger rätt långtgående befogenheter att vidta åtgärder av typen tvångsmedicinering, tvångsisolering, spännbältesläggning m. m.; allt under iakttagande av vad tillsynslagen säger om omtanke och respekt liksom av vad läkarinstruktionen säger om behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, eftersom dessa bestämmelser inte sätts ur spel genom att visst tvång gjorts möjligt. Men för den som, också på psykiatrisk diagnos, frivilligt vårdas på sjukhus enligt HSL står tvångsmedel enligt LSPV inte utan vidare till buds — för att detta skall bli möjligt krävs beslut enligt vissa regler i LSPV om vad som brukar kallas ”konvertering”, dvs. den frivilliga vården enligt HSL kan under vissa förutsättningar omvandlas till tvångsvård enligt LSPV.[30] Är inte dessa förutsättningar uppfyllda kan konvertering inte ske och en psykiskt sjuk patient som plötsligt blivit våldsam eller på annat sätt svårhanterlig men som likväl alltjämt vårdas enligt HSL kan då tillfälligt underkastas tvångsåtgärder endast under hänvisning till nödrätten.[31] Sådana möjligheter är förhållandevis begränsade. Sålunda är det knappast rimligt att åberopa nödrätt för

[30] I ett ärende hos HSAN har en patient i visst fall ansetts kunna underkastas visst tvång i en vårdsituation på vilken LSPV ännu inte var formellt tillämplig, HSAN 326/83.

[31] Det kan i situationer av detta slag ibland utveckla sig så att vad som först varit handlande i nödvärn övergår till att bli handlande i nöd: i ett fall från HSAN hade en patient angripit sin läkare i våldsamma och hotfulla former, varefter han övermannades av en skötare Mikael W och sedan av denne och andra skötare blev lagd i spännbälte. Patienten var inte underkastad vård enligt LSPV. Under tumultet åsamkades han en revbensskada och anmälde senare Mikael W till HSAN för att ha ”använt mer våld än nöden krävde”. Mikael W friades av en oenig nämnd, HSAN 494/88.

att hindra patienter med manisk psykos från att göra t. ex. ekonomiskt lättsinniga affärer.[32]

Ett problem som inte är särskilt ovanligt gäller förvirrade åldersdementa patienter som vårdas på sjukhem eller långvårdssjukhus enligt HSL och där det inte finns utrymme för att tillämpa LSPV. Dessa är som alla andra patienter i princip fria att lämna vårdinrättningen när de vill. Emellertid medför deras tillstånd att de i en sådan situation ofta är helt omedvetna om vad de tar sig för och vart de skall ta vägen, vilket leder till att det är vanligt att de måste efterlysas. Det förekommer också att de ger sig ut i sträng kyla helt otillräckligt klädda, kanske i bara nattkläderna. I dessa situationer finns inte något lagstöd att hänvisa till när man vill låsa om sådana patienter för att förhindra utflykter av detta slag. Vilket slag av lås det är fråga om är egentligen likgiltigt: ett lås med vanlig nyckel, ett mer eller mindre komplicerat kodlås eller en dörr med dubbla handtag som för passage kräver ett visst mått av bibehållna förståndsgåvor som dessa patienter saknar innebär alla att patienten faktiskt är instängd och förhindrad att lämna inrättningen. Många gånger kan naturligtvis personalen genom övertalningar eller lirkande av annat slag förmå patienten att vända om, men även möjligheten att förfara på detta sätt är på visst sätt begränsad genom BrB:s bestämmelse om olaga tvång. Därtill kommer att personal i praktiken endast undantagsvis kan avdelas för sådana uppgifter.

Det kan säkert någon gång komma i fråga att med full giltighet åberopa nöd när personalen ser sig tvingad att låsa om dessa patienter för att de inte skall löpa risk att t. ex. frysa ihjäl, men man kan nog på goda grunder befara att låsning ofta förekommer även när nödrekvisiten inte alls är uppfyllda. Den av regeringen tillkallade socialberedningen lade för några år sedan fram ett lagförslag som skulle lösa åtminstone vissa problem på detta område.[33] men det ser när detta skrivs (april 1990) inte ut att genomföras. Tills vidare tycks man i denna del få blunda för att faktiska lagbrott antagligen begås på sjukhem och liknande inrättningar, kanske dagligen. Sådana konstateranden är alltid olustiga.[34]

Inom hälso- och sjukvården kan också frågan om tvångsmatning ibland bli aktuell. Det kan då gälla såväl patienter tillhörande den nyss behandlade kategorin, dvs. åldersdementa som vägrar inta föda som ett led i ett allmänt desorienterat beteende, som personer som

[32] Ett visst skydd erbjuds här genom lagen om verkan av avtal som slutits under inflytande av rubbad själsverksamhet.
[33] Förslag till lag om regler till skydd för vissa åldersdementa m. fl., i betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, s. 452 ff.
[34] Ämnet har behandlats utförligare i Brydolf–Sahlin–Wimo, Kan senildementa hållas inlåsta? Om inte, hur skall vi handla? Läkartidningen 1990, s. 2928 f.

mat- eller vätskestrejkar i syfte att ge eftertryck åt något visst krav, ofta med politiskt innehåll, och där deras efter hand försvagade tillstånd lett till att de förts till sjukhus. Beträffande båda kategorierna torde enligt svensk rätt ofta kunna hävdas att tillförsel av föda och dryck kan ske med utövande av tvång och under hänvisning till nödrätt när förhållandena gått så långt att patientens liv är i uppenbar fara.[35] I en diskussion om räckvidden av nödrättsreglerna torde det inte ha någon betydelse att det uppkomna tillståndet av svaghet och utmattning i det första fallet har ett visst samband med ett redan föreliggande sjukdomstillstånd, medan det i det andra är helt självförvållat genom ett aktivt handlande av en i övrigt frisk person.

Mat- och vätskestrejk i politiskt syfte är inte så ovanligt och förekom sommaren 1983 i ett fall som blev mycket uppmärksammat i massmedia och där även nödrätt i hälso- och sjukvården kom under debatt.

I april 1971 sköts Jugoslaviens ambassadör i Stockholm ned av två landsmän av kroatisk härkomst. Han avled senare av sina skador. Gärningsmännen, av vilka en var Miro B, dömdes till livstids fängelse för mord. — På sommaren 1983 meddelade Miro B att han, sedan han inte fått gehör för vissa krav (bl. a. att få ett tidsbestämt straff och att inte bli utlämnad till hemlandet, där han riskerade dödsstraff), avsåg att svälta sig till döds i protest. I ett ”testamente” förbjöd han vidare uttryckligen läkare att sätta in tvångsmatning. Miro B inledde sin aktion på fängelset i Norrköping men överfördes senare till Kronobergshäktet i Stockholm. Han blev efter hand mycket medtagen och frågan om tvångsmatning kunde vidtas sedan han förts till sjukhus och i så fall av vem (tillfrågade läkare förklarade sig vägra att medverka) var föremål för omfattande diskussioner, där HSL:s regler om självbestämmande och integritet, nödrättsbestämmelsen i BrB och olika etiska ståndpunkter vägdes mot varandra. Därvid kunde bl. a. konstateras att de etiska organen hos Sveriges läkarförbund resp. hos Svenska läkaresällskapet stannat i olika uppfattningar samt att oenighet om rättsläget också rådde inom socialstyrelsen. Frågan ställdes dock aldrig på sin spets, sedan Miro B gett upp sin mat- och vätskestrejk efter direkta förhandlingar mellan Miro B:s advokat och justitieministern.

Omständigheterna i detta fall utgjorde ett viktigt underlag till att vissa ändringar senare vidtogs i 37 § lagen om kriminalvård i anstalt och i 4 § lagen om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. I förarbetena till lagändringarna[36] anfördes bl. a. att den uppfattning som gjorts gällande att nödrätten aldrig skulle få användas för att rädda någons liv eller hälsa mot vederbörandes uttryckliga vilja inte hade

[35] Man kan jämföra med tidningsuppgifter från 1984, enligt vilka staten New Yorks högsta domstol i Syracuse, USA, skulle ha förklarat att ett sjukhem i staten varken hade rätt eller makt att tvångsmata en 85-årig man, som vid full mental kapacitet uttalat att han önskade svälta sig till döds. Domstolsförklaringen uppgavs grunda sig på såväl mannens konstitutionella rättigheter till privatliv som delstatens allmänna hälsolag (Dagens Nyheter den 7 februari 1984).

[36] Se prop. 1983/84:148, s. 22 f.

stöd vare sig i nödrättsparagrafens förarbeten eller i vedertagen praxis. Samtidigt framhölls dock att det stod klart att den omständigheten att ett ingrepp företas mot någons vilja måste beaktas när man i det enskilda fallet bedömer om det är försvarligt eller inte att förfara så. Avslutningsvis anförde departementschefen, såvitt gällde den särskilda situation som aktualiserats genom Miro B:s handlande i det relaterade fallet, följande:

> 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. Detta blir uppenbarligen inte fallet förrän en matstrejk har pågått en tid och den matvägrandes allmäntillstånd är så försämrat att risken för dödsfall eller för obotliga skador är akut eller han närmar sig medvetslöshet. Vid vätskestrejk kan emellertid ett sådant allvarligt tillstånd uppkomma efter förhållandevis kort tid.

Något egentligt handlingsmönster stakas alltså inte ut för den läkare som blir försatt i en situation där han måste ta ställning till om en mat- eller vätskestrejkande person under hans vård skall tvångsmatas eller inte. Nödrättsparagrafen finns där och kan ibland också utnyttjas, men beslutet att tillämpa den är läkarens eget och något straffansvar för att han inte tillämpat den kan inte drabba honom, oavsett utgången. Vägvalet mellan nödhandling, hänsyn till patientens medbestämmande och integritet enligt HSL och beaktandet av olika internationella etiska deklarationer (World Medical Association's s. k. Tokyo-deklaration från 1975 och FN:s deklaration om medicinsk etik 1982) måste här grundas på de särskilda omständigheter som gör sig gällande från fall till fall och ett betydande mått av allmänmänsklig mognad.

Ett annat område där det kan vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonal att finna rätt förfaringssätt men där utrymmet för handlande under hänvisning till nödrätt sannolikt är obefintligt utgörs av tandvård på patienter med senil demens eller grav utvecklingsstörning. Skall en avvärjande gest från tandläkarstolen av en sådan patient uppfattas som ett nej till fortsatt behandling eller som något tandläkaren kan bortse från? Kan visst tvång någon gång vara försvarligt för att tandvård över huvud taget skall kunna meddelas? Hithörande spörsmål får nog falla utanför denna framställning men har behandlats i annat sammanhang.[37]

[37] Se René, "Tandvård med tvång — ett moraliskt dilemma", Sjuksköterskетidningen 1989, s. 256 ff.

5.3. Nödrätt vid delegering och journalhantering m. m.

Fördelningen av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården mellan personal av olika kategorier relateras i allmänhet till det skiftande innehållet i utbildning och tjänstekonstruktioner. Det går emellertid också att genom delegering föra över arbetsuppgifter från befattningshavare med vad man brukar kalla formell kompetens till annan personal som saknar formell men ändå genom erfarenhet och kunnande av annat slag besitter en reell kompetens för att utföra vissa vårduppgifter över den egentliga tjänstenivån. Regler och riktlinjer på detta område finns i socialstyrelsens kungörelse (SOSFS(M) 1980:100) med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård m. m., för den psykiatriska vården kompletterad av andra allmänna råd (SOSFS(M) 1983:7) om delegering av arbetsuppgifter inom psykiatrisk verksamhet.

I båda dessa författningar har nödsituationer förutsatts kunna inträffa där det eljest tänkta regelsystemet kan sättas ur spel och ersättas av improvisationer. I strid med principen att det inte bör komma i fråga delegering av arbetsuppgifter till någon som inte vill eller anser sig kunna åta sig dem kan alltså en nödsituation medföra att en befattningshavare tvingas att ta över uppgifter som han inte själv tycker att han behärskar. Och om tvång i psykiatrisk vård utövats i nöd av underordnad personal — främst kanske vid vård enligt HSL men även enligt LSPV — måste ansvarig läkare snarast beredas möjlighet att bedöma den patient som utsatts för tvånget.

Även i journalhanteringen inom hälso- och sjukvården inträffar stundom situationer där vad som egentligen gäller enligt patientjournallagen och SekrL måste åsidosättas. I socialstyrelsens allmänna råd (1982:4) om sekretess inom hälso- och sjukvården, omsorgsvården och socialtjänsten har uppmärksammats den situationen att vissa sekretesskyddade uppgifter som finns på en vårdinrättning behövs på en annan inrättning för att en där intagen patients liv skall kunna räddas. Om i en sådan situation uppgifterna egentligen inte kan lämnas ut utan att patienten lider men (7:1 SekrL) och sekretessbrytande samtycke från patienten inte kan inhämtas (14:4 SekrL) måste uppgifterna få utväxlas i alla fall under åberopande av nödrätt. I den aktuella och mycket svårhanterade frågan om det är möjligt för en remitterande enhet att oberoende av sekretess underrätta en mottagande enhet om att en remitterad patient är HIV-smittad får det dock konstateras att nödrätt knappast kan göras gällande om patienten inte önskar att uppgiften om hans smitta röjs.

När det gäller ett omdiskuterat krav i patientjournallagen att alla journalanteckningar måste signeras av den som svarar för uppgiften

finns en reservutgång redan i lagtexten för de talrika fall där det beroende på nödvändiga akuta vårdinsatser som avser andra patienter inte är möjligt att inom rimlig tid efterleva detta krav, eftersom signeringsskyldigheten endast föreligger ”om inte synnerligt hinder möter” (3 § in fine). Med hänsyn härtill blir åberopande av nödrätt knappast aktuellt på detta område. I beaktande av att det här aldrig är fråga om något straffrättsligt ansvar enligt BrB utan endast om disciplinansvar enligt tillsynslagen kanske ett rättsligt finsnickeri på nödrättensområdet kan anses överflödigt.

Närliggande problem kan aktualiseras via företagshälsovården eller i vårdrelationer av liknande slag, där olika lojaliteter kan komma i konflikt med varandra och tillämpliga lagtexter inte ger tillfredsställande besked. Hur gör en personalläkare, som bland sina patienter har en aktiv narkoman om vilken han dessutom vet att denne har hand om maten på ett daghem? Kan nödrätt åberopas för att få lämna en sådan uppgift till vederbörande arbetsgivare, när gällande sekretessregler egentligen förbjuder det och någon användbar sekretessbrytande regel inte finns till hands? Och är det rimligt att samhället reagerar — vare sig det är genom disciplinär påföljd enligt tillsynslagen eller med straffrättslig påföljd enligt BrB — mot den som i ett sådant läge åsidosatt sekretessen och nödrätt till äventyrs inte ansetts kunna hävdas? Det finns tyvärr situationer där vår rättsordning kan synas lämna oss i sticket.

Ibland har dock läkares ingripanden mot olämpliga arbetstagare särskilt författningsstöd utan att hänvisning till nödhandling kommer i fråga. Enligt 141 § luftfartsförordningen har sålunda läkare eller psykolog, som vid undersökning av någon som innehar luftfartscertifikat eller motsvarande behörighetsbevis finner att denne är uppenbart olämplig att inneha certifikatet/beviset, skyldig att anmäla förhållandet till luftfartsverket. En liknande bestämmelse finns i fråga om körkortshavare i 17 a § körkortslagen.

Även när det gäller inskridanden mot olämplig hälso- och sjukvårdspersonal finns ett särskilt regelsystem att tillgå. Till och med om olämpligheten ådagaläggs redan under studietiden — när t. ex. en medicine studerande missbrukar narkotika — finns möjligheter till åtgärder från samhällets sida genom särskild lagstiftning.[38] För personal som redan hunnit ut i yrkeslivet och där visat sig olämplig finns — förutom arbetsrättsliga åtgärder reglerade i kollektivavtal — socialstyrelsens kungörelse (MF 1972:135) angående anmälan till socialstyrelsen om psykisk sjukdom eller annan psykisk rubbning hos viss

[38] Se 10 a § högskolelagen och den därtill anslutande förordningen om avskiljande av studerande från högskoleutbildning.

medicinalpersonal samt förordningen om underrättelse till socialstyrelsen om domar i vissa brottmål att tillgå; socialstyrelsen får därigenom fortlöpande underlag för bedömning om anmälan till HSAN om t.ex. deslegitimering i vissa fall skall göras enligt 15 § tillsynslagen. Nödrätten behöver alltså inte åberopas.

Den särskilda frågan om rapportering och registrering av läkemedelsmissbrukare — inte minst vid apoteken — och därmed sammanhängande problem kring kontrollen av alltför frikostigt läkemedelsförskrivande läkare har utretts av JO,[39] varvid visats att gällande rätt i flera hänseenden inte ger tillfredsställande vägledning och att endast ganska vaga besked kan lämnas om vad som är möjligt att göra. När det speciellt gäller hänvisning till nödrätt som grund för röjande av en patients bruk av läkemedel utan dennes samtycke har anförts att det i undantagsfall — såvida patienten vårdas enligt HSL — kan vara försvarligt att en läkare i en nödsituation lämnar uppgifter om patientens läkemedelsmissbruk, t. ex. vid risk för självmord eller akut läkemedelsförgiftning av annan anledning. Hithörande frågor har senare varit under övervägande i en utredning inom justitiedepartementet,[40] som emellertid — under hänvisning till vissa omständigheter som har samband med en pågående omorganisation av socialstyrelsen — funnit att de får tas upp i annat sammanhang.

5.4. Nödrätt och lagstiftningen om arbetsmiljö och brandförsvar

Vår rättsordning tilldelar landstingskommunerna ett lagfäst ansvar såväl för en god hälso- och sjukvård åt länsinvånarna i egenskap av sjukvårdshuvudmän enligt HSL som för en god arbetsmiljö åt sina anställda i egenskap av arbetsgivare enligt arbetsmiljölagen. Arbetsmiljölagstiftningen ger ingen öppning för särhänsyn till vårdens särskilda behov genom någon undantagsbestämmelse — frågan har varit under diskussion[41] men någon särreglering har därvid inte ansetts motiverad. I stället har förutsatts ”att myndigheterna genom lämpligt samarbete skall sträva efter att sådana situationer inte uppkommer i det praktiska livet att konflikt uppstår mellan arbetsmiljölagstiftningen och lagstiftning som kräver att visst arbete — t. ex. vård — skall utföras”. På det sättet är alltså lagstiftarens grundbudskap att arbetsmiljölagen och HSL gäller båda, vid sidan av varandra, samt att oönskade kollisioner de två lagarna emellan enligt detta synsätt får

[39] Se Sverne i JO:s ämbetsberättelse 1986–87, s. 159 ff.
[40] Se departementspromemorian (Ds 1990:11) Sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet, s. 70 ff.
[41] Se socialutskottets utlåtande (SoU 1981/82:2), s. 31.

lösas genom lämplig planering och förutseende framförhållning i övrigt.[42]

En god hörsamhet till dessa riktlinjer bör naturligtvis medföra att åtskilliga tillämpningsbekymmer kan undvikas om planeringen är den rätta. Det går dock inte att helt förhindra kollisioner när belastningen på sjukvården på någon särskild grund blir oförutsett stor, antingen skälet är en hastigt uppblossande epidemi eller en större olycka eller förhållandena egentligen bottnar i att vårdens resurser blivit för hårt beskurna. Det måste då vara försvarligt att närmast ansvariga befattningshavare inom hälso- och sjukvården under åberopande av BrB 24:4 medger ytterligare patientintagningar på redan överfulla vårdavdelningar, även om åtgärden medför mycket stora påfrestningar för personalen och även om därutöver andra olägenheter från arbetsmiljösynpunkt tillkommer. Det sagda måste äga bärkraft också i situationer där arbetarskyddsmyndigheterna gjort bruk av dem tillkommande befogenheter att inskränka hälso- och sjukvårdshuvudmannens förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård, t. ex. genom att utfärda förelägganden i syfte att förhindra överbeläggningar. Nöd bryter då lag och myndighetsbeslut av detta slag, men kan självfallet inte göras gällande längre än den i allmänhet relativt korta tid då de extraordinära förhållandena verkligen motiverar åsidosättande av de bestämmelser som man eljest skulle haft att rätta sig efter. Ett verkligt nödläge upphör så småningom, och inom något dygn bör det även vid en stor katastrof ha blivit möjligt att finna alternativa lösningar till överbelagda avdelningar. Att göra nöd till slentrian och därmed i den löpande vården anse sig kunna grunda överbeläggningar på förmenta nödsituationer står givetvis inte i överensstämmelse med BrB 24:4.

Vad som här sagts om arbetsmiljölagstiftningens inkräktande på HSL-området är i allt väsentligt också tillämpligt på förhållandet mellan räddningstjänstlagstiftningen (framför allt i vad avser brandskyddet) och HSL. Även krav på säkra utrymningsvägar från sjukhus baserade på föreskrifter från brandförsvaret kan alltså innebära att vårdavdelningar inte får överbeläggas, vilket man inom hälso- och sjukvården får acceptera så länge inte en akut nödsituation motiverar en tillfällig överträdelse av sådana bestämmelser.

5.5. Finns en ”politisk” nödrätt?

Landstingskommunerna lever sedan ett antal år under krympande ekonomiska villkor. Här är inte platsen för en analys av skälen till att utvecklingen blivit sådan, men detta förhållande går självfallet ofta ut

[42] Se Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s. 29.

över det lagstadgade huvudansvaret för hälso- och sjukvården i landet. ”Sparbeting” utfärdas, semesterstängda vårdavdelningar öppnas inte på nytt, väl underbyggda resurskrav från olika verksamhetsgrenar prioriteras bort och patienter från den slutna vården skrivs ut till hemsjukvården vid allt tidigare tidpunkter. När till detta fogas beslut i riksdagen om kommunalt skattestopp uppkommer givetvis svårigheter för hälso- och sjukvårdens huvudmän att leva upp till kraven i HSL på ”god” hälso- och sjukvård. Finns det då utrymme för åberopande av ett slags ”politisk” nödrätt som skulle medge landstingspolitikerna att i någon utsträckning åsidosätta dessa krav och meddela vård på en lägre kvalitetsnivå än lagen i själva verket förutsatt?

Svaret måste naturligtvis från rättslig synpunkt bli nej. Landstingspolitikerna har att handla inom ramen för det ekonomiska utrymme som står till förfogande eller som de själva kan skapa. Väcker deras hantering av det uppdrag som lämnats dem väljarnas missnöje kan detta ge utslag i kommande landstingsval, men något annat sker inte, bortsett från att tillsynsmyndigheten socialstyrelsen kan reagera och exempelvis ta upp diskussioner om andra prioriteringar än dem de lokala politikerna förespråkat.

En närliggande fråga kan komma upp i anslutning till stadgandet i 14 § HSL att överläkaren, vid utövandet av sitt medicinska ledningsansvar, i frågor som inte rör vården av enskilda patienter skall följa de föreskrifter som huvudmannen kan meddela. I den mån en överträdelse av sådana föreskrifter innebär budgetöverskridanden i strid mot politiska intentioner och överträdelsen grundas på en medicinskt betingad nödsituation bör nödrätt ibland kunna hävdas till överläkarens förmån i situationer där utkrävande av arbetsrättsligt disciplinansvar enligt kollektivavtal blivit aktuellt.

En helt annan sak är vad som ibland brukar kallas ”konstitutionell” nödrätt[43] och som inom hälso- och sjukvården (möjligen — meningarna var delade) tillämpats i ett uppmärksammat fall i mitten av 1970-talet. Som rättsligt spörsmål gällde frågan om regeringen i en pressad situation kunde åsidosätta eller i vart fall göra en improviserad ad hoc-tolkning av gällande svensk lagstiftning för att rädda ett övergripande intresse av tillfällig natur. Omständigheterna i det nämnda fallet var i korthet följande:

I april 1975 genomförde västtyska terrorister ett sprängattentat mot västtyska ambassaden i Stockholm. Flera personer dödades. Sedan dramat upplösts fördes en av deltagarna, Hanna K, till sjukhus för vård av de splitterskador hon ådragit sig. Hanna K intogs som patient på sjukhuset och opererades. Dagen därpå beslöt regeringen att hon och de övriga deltagarna i

[43] Allmänna uttalanden härom av Lundvik i JO:s ämbetsberättelse 1975, s. 50 ff.

dådet skulle utvisas. Då beslutet skulle verkställas invände den för vården av Hanna K ansvarige överläkaren, under hänvisning till såväl den då gällande sjukvårdslagen som till den av WHO antagna s. k. Genève-deklarationen, att hennes medicinska tillstånd inte medgav förflyttning. Rättsligt sett innebar den uppkomna situationen att en kollision förelåg mellan å ena sidan sjukvårdshuvudmannens och överläkarens befogenheter och skyldigheter enligt 1962 års sjukvårdslag och å andra sidan polisens och regeringens befogenheter och skyldigheter enligt 1973 års s. k. terroristlag samt 1958 års lag om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. jämte tillhörande tillämpningskungörelse. Efter samtal mellan läkaren och företrädare för regeringen verkställdes regeringens beslut med någon fördröjning.

Ärendet tilldrog sig en betydande uppmärksamhet och togs på eget initiativ upp av JO,[44] som fann det angeläget ”att få närmare belyst innebörden av en överläkares befogenheter och skyldigheter när en polismyndighet eller motsvarande gör anspråk på att få förfoga över en person som är intagen på sjukhus för vård”. Efter utredning anförde JO bl. a. följande:

I 37 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt föreskrivs att intagen vid sjukdom skall vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. — Beaktas måste emellertid att författningsföreskrifterna är avfattade så att de tilldelar läkaren uppgift att ge anvisningar om vården och ålägger den myndighet som är huvudman för den intagne att iaktta (beakta) dessa anvisningar. Härav kan inte utan vidare den slutsatsen dras att huvudmannen har att utan varje prövning ställa sig anvisningarna till efterrättelse. Enligt allmänna förvaltningsrättsliga grundsatser torde det tvärtom åligga huvudmannen att självständigt pröva om anvisningarna skall lända till efterföljd. De skall vederbörligen men ej slaviskt beaktas. Det ligger dock i sakens natur att normalt torde anledning saknas att ifrågasätta anvisningarna och att det bör krävas helt övertygande skäl för frångående av dem. Inte desto mindre kommer jag ändå till den slutsatsen att så som föreskrifterna är skrivna sista ordet ligger hos huvudmannen och inte — hos den vårdansvarige läkaren. Den omständigheten att den frihetsberövade förts över till allmänt sjukhus kan inte antas medföra att kriminalvården förlorar sin bestämmanderätt över honom och denna övergår på sjukhuset. — Som jag förut framhållit är läkaren inordnad i en beslutsprocess där det ankommer på honom att ge anvisningar. Bedömer han det så att den sjukas tillstånd är så allvarligt att en transport utgör omedelbart livshot skall han naturligtvis med skärpa ge uttryck härför men det är i ett sådant fall lika litet som i andra fall på honom det ankommer att bestämma över patienten. Frågan om utskrivning reduceras till en ren registreringsfråga. Beslutanderätten i fråga om patientens lämnande av sjukhuset ligger här som eljest på den myndighet som är huvudman för patienten och det är på denna myndighet det ankommer att ta ansvaret i saken och göra den erforderliga avvägningen mellan de intressen som talar för omedelbar transport och motstående medicinska intressen. Jag kan inte finna att intresset att

[44] Se Wennergren i JO:s ämbetsberättelse 1976/77, s. 183 ff.

rädda liv kan vinna beaktande annorledes än inom ramen för denna huvudmannamyndighetens prövning.

JO har i sitt uttalande inte grundat sin bedömning på någon konstitutionell nödrätt utan funnit en annan analytisk bas för sitt ställningstagande. Här skall inte diskuteras om JO hade rätt eller fel i detta hittills unika fall eller om senare lagstiftning möjligen nyanserat rättsläget, bara konstateras att andra uppfattningar framförts i doktrinen.[45]

5.6. Nödrätt och sjuktransporter

När en människa blir akut sjuk eller råkar ut för ett allvarligt olycksfall är det bråttom att få henne under vård. Det kan gå till på olika sätt: anhöriga eller grannar kan köra henne till sjukhus, jourhavande läkare kan komma till platsen där hon finns, ambulans kan tillkallas. I samtliga fall kan nödvändigheten av att patienten snabbt kommer under adekvat vård behöva vägas mot förekommande författningsbestämmelser om hastighetsbegränsning och parkeringsmöjligheter. Utrymme för hävdande av nödrätt finns ibland men ingalunda under vilka omständigheter som helst.

För några situationer finns författningsstöd för åsidosättande av vad som normalt gäller på detta område. Enligt 6 § vägtrafikkungörelsen får sålunda förare av utryckningsfordon ”i trängande fall med iakttagande av särskild försiktighet underlåta att följa föreskrift som ej särskilt gäller honom”. Av 68 § framgår vidare att vissa hastighetsbestämmelser inte gäller när fordon används av bl. a. läkare, distriktssköterskor och barnmorskor ”i brådskande yrkesutövning”. En kompletterande bestämmelse finns i 155 §, som också innehåller ett medgivande att ”för transport av sjuka till läkare eller sjukvårdsanstalt” använda vägar för vilka i övrigt gäller förbud eller inskränkning i trafikeringsrätten.

För dem som medverkar vid transporter av sjuka eller skadade människor i andra former än dem som täcks av särreglerna i vägtrafikkungörelsen återstår att handla enligt gällande bestämmelser om inte nödrätt kan åberopas. När detta kan vara rimligt får som alltid avgöras efter omständigheterna i varje enskilt fall, och det måste stå klart att inte vilken framfart som helst blir tillåten på våra gator och vägar så fort det är fråga om att föra en sjuk person till läkare — kriterierna i BrB 24:4 är tillräckligt preciserade för att nödrätt inte skall kunna göras gällande alltför lättvindigt.

[45] Se Petrén, Vem bestämmer om patienten på sjukhuset?, Läkartidningen 1975, s. 2991 ff.

Att förhållandena kan bli komplicerade illustreras ibland i rättspraxis.[46]

5.7. Nödrätt under hot

BrB 24:4 talar om att handla i nöd för att avvärja fara för liv eller hälsa. Vems liv eller hälsa det gäller anges som redan nämnts inte — i de flesta fall är det någon annan än den handlande som är i fara, men ingenting utesluter att det i stället kan vara den handlande själv. Exempel härpå kan lätt tänkas även inom hälso- och sjukvården. Det är då ofta fråga om att den handlande är utsatt för hot av något slag.

Om föreståndaren för ett läkemedelsförråd under knivhot tvingas lämna ut narkotika till en desperat narkoman gör han sig skyldig till brott mot läkemedelsförordningen men måste självfallet kunna åberopa nödrätt till försvar för sitt handlande. På samma sätt bör den som under liknande omständigheter lämnar ut sekretesskyddade patientjournaler till en obehörig person undgå straffrättsligt eller disciplinärt ansvar för brott mot tystnadsplikt under hänvisning till nödrätt. Ett tredje exempel kan gälla en situation där den som enligt 7 a § tillsynslagen är skyldig att på begäran ge polisen besked om att t. ex. en viss efterspanad brottsling befinner sig på sjukhuset underlåter detta under hot från den intagne. Liknande bedömningar måste ofta kunna göras vid fara av annat slag, exempelvis om en medicinsk försummelse råkat begås i samband med att det vid eldsvåda varit nödvändigt att snabbt föra sängbundna patienter i säkerhet.

6. Avslutning

Genomgången i dessa anteckningar av nödsituationer i hälso- och sjukvården gör inte anspråk på att fylla ett behov av en heltäckande inventering av området. Andra uppfattningar än dem som redovisats kan säkert också komma att framföras. Men det bör i viss utsträckning kunna anses visat att vi i vårt svenska regelverk inte förmått skapa ett tillräckligt finmaskigt nät för att ha goda svar till hands på alla frågor. Ytterst rör det sig i själva verket om etik och ett test av etiska värderingar. Etiken utgör många gånger ett rättesnöre för lagstiftningssamhället, men det står klart att åtskilliga frågor med etiskt innehåll inte är lämpade att utformas i någon legislativ dräkt. Mycket måste hänvisas till ultima ratio och till en rättspraxis, som i denna del synes vara påfallande gles. — Ultra posse nemo obligatur.

[46] I NJA 1932 s. 651 uppkom frågan i vad mån personbil med vilken svårt skadad person forslas till sjukhus får framföras utan skyldighet för chauffören att iaktta i allmänhet gällande kör- och hastighetsregler. Tillika uppkom frågan om verkan — i avseende å ansvars- och skadeståndsskyldighet i anledning av olycka med bilen under dylik färd — därav att bilen för ändamålet rekvirerats av polisman, som jämväl själv medföljt på färden till sjukhuset.