

# »För en person som är döende finns ingen

**Att en döende patients liv blir något kortare till följd av smärtlindrande eller ångstdämpande läkemedel behöver inte vara fel, inte ens juridiskt. Det menar Elisabeth Rynning apropå debatten kring den dråpmisstänkta läkaren.**

– All medicinsk behandling kan ju ha icke avsedda negativa effekter. Det kan vara allvarliga biverkningar eller skador som inte skulle vara acceptabla under andra omständigheter.

Men i vården accepterar man det efter en avvägning mot den insats man behöver göra.

Det säger Elisabeth Rynning, professor i medicinsk rätt vid Uppsala universitet.

Hon påpekar att för en patient med ett långt liv framför sig kanske man tvingas tolerera viss smärta för att undvika andra negativa hälsoeffekter.

– Men för en person som är döende finns ingen anledning att snåla in på smärtlindring.

Elisabeth Rynning säger att om historien med den dråpmisstänkta läkaren för något gott med sig så är det kanske att man uppmärksammar behovet av att resonera kring principerna. »Det är inte så solklart, men vi behöver bli någorlunda överens om huvudprinciperna«.

Foto: Lena Garnold



## Kvinnans grava demens var läkemedelsbiverkningar

**Det fanns varningssignaler som borde medfört att man övervägt om patientens kognitiva störning skulle kunna vara läkemedelsutlöst, anser Socialstyrelsen i Lex Maria-beslutet. Ändå ställdes en demensdiagnos på bräckliga grunder.**

I september förra året kunde man i tv-programmet »Uppdrag granskning« få ta del av den häpnadsväckande historien om en kvinna som på sin dödsbädd inte längre klarade sin medicinering

peroralt. Läkemedlen, bland annat valproat och lamotrigin mot epilepsi, sattes ut och efter några dagar ville kvinnan stiga upp och frågade efter sitt morgonkaffe.

Händelsen Lex Maria-anmälades av den geriatriska enheten där kvinnan vårdades och hade sitt boende.

I denna veckas nummer av Läkartidningen (se sidorna 863–5) beskriver Ulla Lindblom och medförfattare fallet. De skriver att dessa mycket allvarliga biverkningar av valproat eller

kombinationen av valproat och lamotrigin sannolikt är mycket sällsynta, men att prognosen är god om utsättning sker.

**Socialstyrelsen konstaterar** i beslutet i Lex Maria-ärendet att detta är ett fall med extrema biverkningar av läkemedel som ledde till katastrofala konsekvenser för patienten. Enligt Socialstyrelsen var såväl neurolog som distriktsläkare uppmärksamma på dosanpassning. Just det att serum-

# anledning att snåla in på smärtlindring»

Elisabeth Rynning säger att man måste ge smärtlindring för att kunna ge en god vård.

– Om det är en döende patient, och livet tar slut något tidigare till följd av smärtstillande läkemedel. Det måste man anse vara en godtagbar behandling om god smärtlindring inte kan uppnås på annat sätt, säger hon.

Och hon vänder på resonemanget och ställer frågan om man ska avstå från att lindra ångest och smärta för att förhindra att livet förkortas ytterligare om man vet att patienten ändå kommer att dö inom kort.

**Elisabeth Rynning har suttit med** i Statens medicinsk-etiska råd (SMER) i 12 år fram till senaste årsskiftet, då hennes mandatperiod gick ut. I höstas framhöll SMER i en skrivelse till regeringen att man behöver tydligare riktlinjer för bland annat palliativ sedering. Men nu säger Elisabeth Rynning att sedering eller smärtlindring när man beslutat sig för att avbryta livsuppehållande behandling kanske inte är det allra svåraste att fatta beslut om.

– Att på ett korrekt sätt komma fram till att livsuppehållande behandling ska avbrytas, det tror jag kan vara ännu knepigare. När är fortsatt medicinsk behandling meningslös?

Elisabeth Rynning anser absolut att man mer än hittills borde resonera om vilka aspekter som får vägas in, även om det inte går att precisera i detalj.

– I vissa fall är man naturligtvis säker: Patienten befinner sig oåterkalleligen i livets absoluta slutskede och det går att ganska okomplicerat komma fram till ett beslut om att avsluta livsuppehållande behandling.

– Men om det finns 5 procents chans att patienten skulle kunna räddas till livet? Om det finns 5 procents chans att patienten skulle överleva i ytterligare tre månader, eller ett halvår?

– Om man kan rädda livet på patienten, men till ett liv med ganska dålig livskvalitet, vad gäller då? Det är jättesvåra frågor.

Elisabeth Rynning säger att resonemanget kan variera och det finns en risk att besluten ser väldigt olika ut beroende på vilka läkare man träffar.

I utredningen om vård i livets slutskede som kom 2001 (»Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut«, SOU 2001:6), där Elisabeth Rynning satt med som sakkunnig, påtalades att Socialstyrelsens allmänna råd från 1992 »Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede« behöver uppdateras, något som nu görs (se LT nr 11/2009).

**I debatten kring händelserna** som lett fram till att en läkare är misstänkt för dråp har flera efterlyst att Göran Hägglund ska agera. Men han har hänvisat till Socialstyrelsens och professionens befintliga riktlinjer. Elisabeth Rynning tycker att det är mycket angeläget att frågorna om vad som ska gälla vid

vård i livets slutskede ska bli ordentligt belysta, men anser att man i nuläget kan avvakta vad Socialstyrelsen kommer fram till, eftersom en uppdatering av råden nu är på väg.

– Personligen tycker jag att det viktigaste är att vi först klargör vad som är tillåtet, vad som är god, sakkunnig vård. Omtanke om patienten, respekt för människans värdighet. Det kräver bland annat smärtlindring.

Sara Gunnarsdotter

»Palliativ sedering i livets slutskede kan få två effekter. En önskad: lindring av somatiska och psykiska plågor och en oönskad: ett förkortat liv. I detta sammanhang är det avsikten och inte konsekvenserna som avgör om handlingen är etiskt godtagbar.«

Ur Riktlinjer för palliativ sedering av döende patienter. Svenska Läkaresällskapets etiska riktlinjer.

Se vidare lakartidningen.se under »Webbspecial« för länkar till aktuella riktlinjer m m som berör vård i livets slutskede.

koncentrationerna låg inom acceptabla intervall kan, enligt Socialstyrelsen, ha bidragit till att patientens svåra hjärnpåverkan inte uppfattades som en läkemedelseffekt. Socialstyrelsen poängterar att detta förefaller vara ett extremfall där nedsättningen av intellektuella funktioner progredierade långsamt, något som också bidrog till att patienten fick en felaktig demensdiagnos.

Men Socialstyrelsen anser att demensdiagnosen som ställdes 2002 kom till på otillräckliga grunder. Problemet med minnesfunktion var något som endast framkom i anamnesen och är mycket lite beskrivna i status. Och trots att patienten då hade 29/30 på ett MMT så fick hon diagnosen demens

utan närmare specifikation. Beskrivningen av patientens demensutveckling är enligt Socialstyrelsen bristfällig och handlingarna beskriver främst neurologisk problematik med misstankar om Parkinsons sjukdom. Enligt Socialstyrelsen frågade både patienten och hennes anhöriga om inte hennes symptom kunde vara läkemedelsbiverkningar och var missnöjda med demensdiagnosen 2002.

**Sammanfattningsvis anser** Socialstyrelsen att det ändå funnit ett antal varningssignaler i patientens sjukdomsförlopp som borde ha medfört att man övervägt om patientens kognitiva störning skulle kunna vara läkemedelsutlöst. Till exempel nämns att

MMT vid upprepade tillfällen inte gav några säkra indikationer för demenssjukdom.

**Socialstyrelsen skriver** i sitt beslut att det är mycket viktigt att läkemedelsbiverkan tas med i de diagnostiska övervägandena i denna åldersgrupp eftersom många läkemedel, bland annat antiepileptika, kan ha kognitiva störningar som biverkan.

Socialstyrelsen förutsätter att klinikchefen som gjort Lex Maria-anmälan kvalitetsssäkrar diagnostik och behandling av demens och lämnar i övrigt ärendet utan ytterligare åtgärd.

Sara Gunnarsdotter

sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se