

## Medicinska beslut vid livets slut – praxis och attityder

II Fram till hösten 2003 pågår en jämförande studie om etiska frågor kring medicinska beslut vid livets slut. Den finansieras av EU och handlar om attityder och praxis vad gäller bl a att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling, lindring av smärta och andra symtom, samt olika former för läkarassisterad död.

### Ge underlag för nationella riktlinjer

Sex olika länder ingår: Belgien, Danmark, Nederländerna, Italien, Schweiz och Sverige. Förhoppningen är att resultaten ska kunna användas som underlag för mer precisa nationella riktlinjer på området.

Data om olika bakgrundsfaktorer kommer också att samlas in. Speciellt intressanta är skillnader och likheter vad gäller sjukvårdssystemen i de sex länderna, samt kulturella, historiska, ekonomiska, epidemiologiska och juridiska karakteristika.

I den första delstudien kommer i varje land ett stratifierat och slumpmässigt urval av 5 000 dödsorsaksintyg att användas. Med hjälp av dessa identifieras

den läkare som vårdade respektive patient under den sista tiden. Läkarna får en enkät för varje dödsfall där de haft ansvar för vården av patienten. Enkäten skickas ut under hösten 2001. Med hänvisning till det aktuella dödsfallet ställs frågor om vad läkaren gjorde, med vilken avsikt och om patientens och anhörigas roll i sammanhanget.

I den andra delstudien görs också ett stratifierat och slumpmässigt urval, men i detta fall av 1 500 läkare i varje land. Denna enkätstudie genomförs under 2002 och frågorna handlar om läkarens inställning till olika typer av åtgärder i livets slut. Speciellt frågor om palliativ vård kommer då att vara i fokus.

### Garantier för anonymiteten

För båda delstudierna är full anonymitet av avgörande betydelse. Forskarna får varken kunna koppla enkätsvaren till en enskild läkare eller till en enskild patient. Olika åtgärder har därför vidtagits för att garantera anonymitet i de två studierna.

Alla enkätsvaren i dödsorsaksstudien går via notarius publicus för att där sam-

manföras med vissa patientuppgifter och sedan anonymiseras. Vad gäller kartläggningen av attityder kommer helt anonyma enkäter att användas.

### Presentation

De sex projektledarna i varje land utgör projektets internationella styrkommitté. Resultaten kommer att presenteras i nationella och internationella medicinska tidskrifter, i andra media, samt vid nationella och internationella konferenser för sjukvårdsprofessionen och politiska beslutsfattare.

#### Tore Nilstun

docent, enheten för medicinsk etik,  
Lunds universitet  
Tore.Nilstun@medetik.lu.se

#### Rurik Löfmark

överläkare, med dr, medicinkliniken,  
Länssjukhuset Gävle-Sandviken

#### Lars Janzon

professor, samhällsmedicinska  
institutionen, Universitetssjukhuset  
MAS, Malmö

## Whiplashskador utreds dåligt

II Även om Bengt Johansson (i LT 25/01, sidan 3061) inte delar min uppfattning om eftergiven skadereglering som en viktig faktor bakom ökningen av whiplashskadorna är jag ändå tacksam för hans debattinlägg. Bättre så än att förbigås med tystnad, och jag tycker att Johansson redogör övertygande för sin ståndpunkt.

Huruvida whiplashskadan har orga-

nisk eller psykologisk grund är inte min sak att ta ställning till. Däremot kan jag ha synpunkter på försäkringsbranschens sätt att bedriva skaderegleringen. Om detta görs noggrant i avseende på förhållandena före trafikolyckan vidhåller jag att man regelmässigt får intrycket att besvaren skulle kunna ha annan grund än den åberopade trafikolyckan.

Ofta handlar det om påtagliga brister

i livssituationen. Det kan hur som helst inte vara rimligt att belasta trafikförsäkringen med dryga livräntekostnader för ett ökande antal arbetsförmågor som blivit otillräckligt utredda.

#### Kjell Illerström

fristående skaderegleringskonsult, Stenhager Ekonomi AB, Stockholm  
helen@stenhager.se

### Slutreplik:

## »Medicinsk gåta ...«

II Whiplashsyndrom med yrsel, svindel, tinnitus och ögonstörningar samt huvudvärk är anmärkningsvärt lika från patient till patient [1]. Hur dessa symtom skulle kunna utvecklas till följd av »påtagliga brister i livssituationen« förblir en medicinsk gåta att förklara. Att det förekommer att försäkringsbolag, utan vetenskapligt underlag, påstår detta är många såväl skadade som läkare väl medvetna om.

Försäkringsmässiga aspekter med utgångspunkt från Illerströms uppfattning, har ibland på ett mycket olyckligt sätt påverkat den medicinska hanteringen av kronisk smärta, liksom dess sociala kon-

sekvenser, vilket utförligt har diskuteras [2]. Tillämpning av Illerströms idéer förstärker dessa problem.

Det bör i detta sammanhang även påpekas att det inte föreligger något samband mellan pågående försäkringsprocesser och tidigare psykiska problem, vilket är väl belagt [3].

Illerströms uttalanden förblir uttryck för ett känslomässigt, personligt påstående utan stöd i vetenskaplig litteratur.

#### Bengt H Johansson

leg läkare, Belastningskadecentrum,  
Umeå  
dr.bengt@algonet.se

### Referenser:

1. Teasell RW. The clinical picture of whiplash injuries: An overview. *Spine: State of the art reviews.* 1993;7:373-89
2. Merskey H, Teasell RW. The disparagement of pain: Social influences on medical thinking. *Pain Res Manag* 2000;5:259-70.
3. Benoist M. Natural evolution and resolution of the cervical whiplash syndrome. In: Gunzburg R, Szpalski M, editors. *Whiplash injuries: Current concepts in prevention, diagnosis, and treatment of the cervical whiplash syndrome.* Philadelphia: Lippincott-Raven Publ, 1998. p 117-26.