

som mest 14 mottagningar när de beskriver arbetsstätt vid STI-arbete. Enstaka mottagningar använder MI vid upprepad oönskad graviditet respektive vid upprepat positivt klamydiatest. De flesta metoder som beskrivs i det förebyggande arbetet är huvudsakligen riktade mot psykosocial ohälsa. MI som metod har positiv effekt vid behov av beteendeförändringar, men i vilken utsträckning de som använder sig av MI följer principerna för samtalet såsom de beskrivs av Miller och Rollnick [1] är inte undersökt. Metodhandledning, och då övervägande i terapeutiska metoder, förekommer på knappt hälften av mottagningar. Hälften av mottagningarna har tillgång till extern konsult i behandlingsärenden.Handledning förekommer från en till två gånger per månad till några gånger per halvår.

**Hur enskilda** ungdomsmottagningars uppdrag och avtal ser ut efterfrågades inte, men hälften anger att det finns en långsiktig planering och finansiering för deras mottagning. På drygt hälften av mottagningarna upplevde personalen att huvudmannen följde upp verksamheten.

Socialstyrelsens undersökning genomfördes med syftet att kartlägga innehållet i ungdomsmottagningarnas verksamhet och är ett led i arbetet med att ta fram ett kunskapsunderlag och en vägledning för riktade insatser till ungdomar och unga vuxna inom området STI och sex och samlevnadsinformation.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENS

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.

**LÄS MER** Se även inlägg på sidan 92.

## Eutanasi och läkarassisterat självmord som ersättning för god lindrande vård?

■ En nyligen publicerad studie från Karolinska institutet, som presenterades vid riksstämman i Göteborg, visar att 35 procent av 1 200 tillfrågade läkare inom sex specialiteter kan tänka sig möjligheten att förskriva läkemedel i dödlig dos till en terminalt sjuk patient så att denne kan ta sitt liv. Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har i sin promemoria om vård i livets slutskede formulerat att när patienten inte är hjälpt av livsuppehållande behandling bör läkaren ha mod att avstå från och avbryta behandlingen och tillåta patienten att få dö. SMER tar upp möjligheten att legalisera läkarassisterat självmord för ett fåtal patienter med ett utdraget döende, som innebär ett outhärdligt lidande. Kanske leder debatten till en lagändring i framtiden om opinionen svänger.

**Situationen är ofta komplex.**

Ett livstestamente är kanske inte längre aktuellt när man ändrat sin inställning i den nyuppkomna situationen, som blev drägligare än förväntat, den dödliga sjukdomen till trots. Lidandet är i högsta grad subjektivt och är svårt att bedöma för utomstående. Vem ska sätta sig till doms och bedöma att lidandet nu blivit »outhärdligt«? Extra svårt blir det när lidandet inte syns på utsidan. Vem skattar det psykiska och existentiella lidandet? Detta ställer bland annat frågan om kompetens på sin spets.

**Palliativ vård i livets slutskede**

innebär att inte förlänga eller förkorta livet, utan att ge god symtomlindring så länge livet pågår. Men vi som arbetar med vård i livets slutskede träffar allt oftare patienter, vanligen i hög ålder med svåra och obotliga tillstånd, utan annan utväg från lidandet än döden. Trots detta lägger

vårdapparaten mycket kraft och resurser på plågsamma och dyrbara åtgärder utan nytta för individen. Det är i dag inte självklart att bli tillfrågad och få uttrycka en åsikt innan påfrestande undersökningar och utredningar startas. I många fall är det dessutom på förhand uppenbart att patienten inte kommer att klara de åtgärder som följer på ett eventuellt utredningsfynd.

**Det är lika självklart** att få slippa verkningslösa och påfrestande antibiotikakurer eller dropp när detta innebär lidande i form av nålstick, störd nattsömn, illamående och övervätskning. Det krävs både mod och förstånd »att ingenting göra« och framför allt förmåga att kommunicera detta på ett psykologiskt och inkännande sätt. Det är i stunden smidigare att ordinera en tuff utredning och behandling än att ta sig tid att informera om det dystra faktum att ingen bot finns, i en tid och i ett samhälle där allt är möjligt, tror vi ...

• **Nittiotreåring** på äldreboende, stum och totalförlamad sedan ett tiotal år efter flera stroke, införs till akuten på grund av nedgång i allmäntillståndet. En lunginflammation hos den medvetlösa patienten behandlas med antibiotika. Näringsdropp sätts in. Bedöms som inte rehabiliteringsbar efter bedömning på strokeenhet. Planeras för plats på ytterligare en institution. Kommer dödshjälp att efterfrågas?

• **Åttiofemårig kvinna** med cancer i halsregionen remitteras för vård på hospis eftersom det råder brist på akutvårdplatser där hon befinner sig. Cancersnär växer ner mot strupen. Cancerspecialist planerar ett tjugotal strålbe-

handlingar på ett tredje sjukhus. Ett fåtal patienter har blivit friska med tillägg av cellgifter. Är svag och trött och nedgången av en infektion. Nu väntar två månader av ambulanstransporter till behandlingar, smärtor, sårbildning, slem och matningsproblem, där vi av erfarenhet vet att tillfrisknandet för denna åldersgrupp är närmast utsiktslöst. Hur tänker den gamla och hennes familj, som inte tillfrågats? Kommer dessa att efterfråga dödshjälp efter några veckor av outhärdliga symtom?

**Det finns säkert ett antal fall** där kunskaperna ännu inte är tillräckliga för att ge tillräcklig lindring. Men betänk att det som betraktades som hopplöst lidande för några decennier sedan i dag kan avhjälpas i betydligt högre grad.

Låt oss forska, komma fram till allt bättre behandlingar och lära oss hur vi ska ge medicinskt stöd och väga in psykosociala och existentiella frågor! Brist på perspektiv och kommunikation från vårdens representanter bidrar säkert till att allt starkare röster höjs för att legalisera rätten till att aktivt avsluta patienters liv.

Men låt dem som har kunskapen få vara med och planera för ett så gott liv det går! Att sprida kunskap till hela samhället för att ta rätt beslut när livet snart är till ända är den största utmaningen; inte att trumfa igenom en lag som föregriper kunskapen.

**Richard Skróder**  
överläkare  
richard.skroder@stockholmsjukhem.se

**Solveig Hultkvist**  
kurator, ledamot i Nationella rådet för palliativ vård; båda vid palliativa sektionen, Stockholms sjukhem