

särskilt inte om det centrala resultatet av undersökningen inte har stöd i egna data och att slutsatsen borde vara den rakt motsatta utifrån dessa data [7].

Att avstå från att fråga en patient om våldsutsatthet enbart på grund av könstillhörighet är ur ett humanistiskt och läkarettiskt perspektiv helt förkastligt.

Som Anna Berglund och Gun Heimer skriver är att fråga om våldsutsatthet inte ett screeningtest utan en intervention som startar en process hos den utsatta.

Med detta resonemang blir att argumentera för att enbart fråga kvinnor, att propagera för att avstå intervention, endast baserat på kön. Även om en större andel av gruppen våldsutsatta kvinnor kan sägas vara hårdare utsatta får vi inte glömma bort att enskilda män kan vara mycket utsatta och att det ofta finns barn med i bilden. Ställ frågan till alla!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Haaland T, Clausen SE, Schei B. Vold i parförhold – ulike perspektiver. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2005. NIBR-rapport 2005:03.
2. Mirrlees-Black C. Domestic violence: Findings from a new British crime survey self-completion questionnaire. British Home Office Research Study 191. London: Home Office; 1999.
4. McKeown K, Kidd P. Men and domestic violence: What research tells us. Dublin: Department of health & Children; 2002.
7. Hallberg M, Abrahamsson P. Granskning av professor Eva Lundgrens forskning i enlighet med Uppsala universitets regler avseende förfarandet vid anklagelse om vetenskaplig ohederlighet. Uppsala: Samhällsvetenskapliga fakulteten, Uppsala universitet; 2005.
10. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet; 2004. NCK-rapport 2010:4. <http://viewer.zmag.com/publication/e94cf46a#/e94cf46a/1>

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Lika behandlas lika också i palliativ vård

Palliativ vård innebär alltid största möjliga samråd och fortlöpande dialog om symtomlindring och biverkningar. Detta är vad patienter i min kliniska vardag önskar.

I sin debattartikel i LT 43/2011 (sidorna 2132-3) presenterar Niels Lynøe två patientfall och pekar på likheterna. Det är ett rimligt mål att alla patienter ska bemötas på ett rättvist sätt, vilket i exemplen skulle tala för att en döende patient ska kunna begära och få sövande behandling som för resten av livet helt utsläcker möjligheten till omvärdering. Jag har invändningar mot resonemanget.

När urologen i fall 1 bjuder in till gemensamt beslutsfattande efter information om för- och nackdelar med tänkbar behandling är det inte tal om att patienten ska kunna välja en behandling som saknar medicinsk indikation. Det patienten måste ges möjlighet att bestämma om är att eventuellt avstå från en möjligen livsförlängande behandling för att därmed slippa dess biverkningar. Urologen vet att i fallet med prostatacancer är möjligheten till en påtaglig förlängning av livet begränsad. Det är i det sammanhanget rimligt att noga diskutera biverkningsbilderna.

I fall 2 handlar det inte om att erbjuda medicinskt indicerad livsförlängande behandling och låta patienten avgöra om nyttan uppväger biverkningsrisken. I stället önskar patienten en behandling som saknar vetenskaplig förankring eller rekommendation i vårdpro-



GUNNAR ECKERDAL överläkare, Kungsbacka, diplomerad i palliativ medicin gunnar.eckerdal@regionhalland.se

gram och liknande konsensusdokument [1]. Inom bland annat onkologi och palliativ medicin vet läkare att plågsamma symtom som förekommer i livets slutskede ska analyseras och behandlas med målet att uppnå god effekt med så lite biverkningar som möjligt. Permanent ned-sövning är tänkbar först när andra lindrande behandlingsmetoder är prövade, då patienten erbjudits intermitterande palliativ sedering om lindrande metoder inte hjälpt och om symtombilden även efter denna behandling är oacceptabel. Även här uppkommer valsituationer när patientens värdering av nytta ställt mot risken för biverkningar har största betydelse för val av behandling. Då patienter väljer att avstå från lindrande medicinsk behandling ska detta analogt med fall 1 respekteras.

Ett tredje fall kan tydliggöra att principen »lika bör behandlas lika« gäller även i palliativ vård. Patienten är en 63 år gammal beslutskapabel kvinna med gynekologisk cancer. Trots fyra behandlingssomgångar med olika cytostatika progredierar sjukdomen. Ytterligare onkologisk behandling är inte indicerad. Läkaren har informerat om att behandlingen nu inriktas på symtomlindring. Kvinnan och hennes närstående vill att ytterligare en cytostatikaregim som de hört talas om via vänner i utlandet prövas. Kvinnan är beredd att stå ut med de biverkningar behandlingen kan ge. För henne är detta ett sätt att behålla livsmodet, att avstå från fortsatt behandling skulle beröva henne all livskvalitet. Patienten är välinformerad och förstär konsekvenserna av den behandlingsplan hon vill att sjukvården ska verkställa. I detta fall uttryckte läkaren förstäelse för kvinnans stånd-



Illustration: Airi Iljiste

»Lika bör behandlas lika« innebär inte att patienten själv kan ordinera medicinsk behandling.

punkt men avböjde att ge behandling med hänvisning till att den inte var medicinskt motiverad och förenad med risk för sänkt livskvalitet.

Fallen belyser tydligt en av sjukvårdens grundprinciper; att patienten ska informeras om de tänkbara behandlingsoptionerna och i största möjliga utsträckning bjudas in att delta i beslutsprocessen, att patienten har rätt att tacka nej till behandling (även livsförlängande) men att patienten inte kan begära att få medicinsk behandling som enligt läkarens bedömning, vetenskap och beprövad erfarenhet saknar medicinsk indikation. Niels Lynøes fall 2 måste som i fall 3 avslutas med att läkaren efter dialog och samråd ge patienten den behandling som är medicinskt motiverad, inte den behandling patienten begär. Den goda principen »lika bör behandlas lika« innebär inte att patienten själv kan ordinera medicinsk behandling. Palliativ vård innebär alltid största möjliga samråd och fortlöpande dialog om symtomlindring och biverkningar [2]. Detta är vad patienter i min kliniska vardag önskar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Smärtbehandling i livets slutskede. Läkemiddelsverkets expertmöte 5-6/5 2010. <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Smartbehandling-i-livets-slutskede/>
2. Eckerdal G. Samråd förutsättning vid palliativ sedering. Nära dialog grundar för god symtomlindring och trygghet. Lakartidningen. 2009;106:2694-5.