

Livsuppehållande behandling vid livets slut i sex europeiska länder

II Modern medicin ger nya och bättre möjligheter till diagnostik och behandling. Dessa möjligheter utnyttjas inte alltid till att förlänga patientens liv.

Rådande klinisk praxis för potentiellt livsförlängande behandling vid livets slut i sex europeiska länder är nyligen granskad. Med »potentiellt livsförlängande behandling« avses varje medicinsk åtgärd, teknik, procedur eller medicinering som ges till en patient i syfte att skjuta upp dödsögonblicket, detta oberoende av om åtgärden avser att påverka den underliggande livshotande sjukdomen eller den biologiska processen.

Studien har kartlagt i vilken omfattning ansvariga läkare beslutade att avstå från livsförlängande åtgärder och i vilken omfattning sådana avbröts? Förekomsten av dessa beslut relaterades även till olika bakgrundsfaktorer. Från perioden juni 2001 till februari 2002 insamlades ett slumpmässigt urval av 5 000 dödsattester från vardera Belgien, Danmark, Italien, Nederländerna, Schweiz och Sverige. De läkare som hade skrivit under respektive dödsattest fick ett fråge-

formulär om de medicinska beslut som fattats under patientens sista tid.

Totalt noterades en svarsfrekvens på mellan 44 procent (Italien) och 75 procent (Nederländerna), motsvarande ca 20 480 enkäter. Det fanns ingen möjlighet att knyta enkätsvar till individer, vare sig läkare, avlidna eller närstående.

Förekomst av beslut att inte behandla vid livets slut varierade mellan 6 procent av alla dödsfall i Italien och 41 procent i Schweiz. Mest vanligt – oberoende av land – var att man avstod från eller avbröt tillförsel av vätska, näring och mediciner.

Tillsammans representerade den sortens åtgärder mellan 62 procent (Belgien) och 71 procent (Italien) av alla potentiellt livsuppehållande behandlingar som man antingen avbröt eller avstod från. Beslut som bedömdes förkorta livet mer än en månad var vanligast i Nederländerna (10 procent), Belgien (9 procent) och Schweiz (8 procent) och minst vanliga i Danmark (5 procent), Italien (3 procent) och Sverige (2 procent). Oberoende positivt förklarande variabel för att man valde att avstå från be-

handling snarare än avbryta var hög ålder (OR 1,53: 95 procent CI, 1,31–1,79) och längre förkortning av livet (OR 1,75: 95 procent CI, 1,27–2,39). Om patienten hade avlidit på sjukhus räknades detta som en oberoende negativt förklarande variabel (OR 0,80: 95 procent CI, 0,68–0,93).

I alla sex länder förekom exempel på att man antingen avstod från eller avbröt livsförlängande behandling vid livets slut. Det förelåg samtidigt stora variationer mellan länderna.

Det var framför allt enklare teknologiska åtgärder, såsom vätska och näring och olika typer av mediciner, som läkaren i så fall oftast avstod från eller avbröt. Vid fall med äldre patienter och vid vård utanför sjukhus fanns en benägenhet att avstå från livsuppehållande behandling, snarare än att avbryta redan påbörjad behandling.

Tore Nilstun

Tore.Nilstun@medetik.lu.se

Bosshard G, et al. Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. *Arch Intern Med.* 2005;165(4):401-7.

Behövs det en tredje person vid gynekologisk undersökning?

II Traditionellt rekommenderas närvaro av tredje person vid gynekologisk undersökning av kvinnor. Syftet är att skydda kvinnor från övergrepp och läkare från orättvisa beskyllningar.

En enkätstudie har kartlagt hur Royal Colleges rekommendation om tredje persons närvaro efterlevs bland allmänläkare i Storbritannien. Enkäten, som gick ut till 1 813 geografiskt spridda brittiska allmänläkare visade att 54 procent av de manliga läkarna och 2 procent av de kvinnliga rutinmässigt lät tillkalla en tredje person vid gynekologisk undersökning. Jämfört med tidigare undersökningar har andelen som gör det ökat

bland manliga läkare medan andelen kvinnliga läkare fortsätter vara låg.

Författarna anser att rekommendationen om tredje persons närvaro är svår att följa och att den behöver uttryckas mer flexibelt i förhållande till bemanning och patient-läkarrelation. Det finns även behov av mer forskning om vad patienterna själva önskar.

En annan studie har visat att endast en minoritet av tillfrågade patienter önskar en tredje persons närvaro vid gynekologisk undersökning. En tredjedel av de tillfrågade hade bestämt avböjt med motiveringen att närvaro av en tredje person stör konsultationen.

En snabb rundfråga bland kolleger på min egen klinik visade att männen oftast tillkallar en tredje person medan kvinnorna nästan aldrig gör det.

»Typisk kvinnofälla och en duktig flicka gör allting själv«, kommenterade en manlig kollega. Frågan är om det är för patientens skull vi kvinnliga läkare avstår från att tillkalla tredje person eller om det är för att spara eller inte besvara?

Lotti Helström

lotti.helstrom@karolinska.se

Rosenthal J et al. Chaperones for intimate examinations: cross sectional survey of attitudes and practices of general practitioners. *BMJ.* 2005;330:234-5.

ANNONS 176 X 60