

## Er visse pasientgrupper mer utsatt for eutanasi?

Særlig sårbare grupper er ikke mer utsatt for legeassistert selvmord i stater der dette er tillatt. Det hevder nederlandske og amerikanske forskere.

Forskerne analyserte data fra Nederland og Oregon (1). De påviste ikke økt risiko for eutanasi eller legeassistert selvmord for eldre, kvinner, mennesker uten forsikring (Oregon), lavt utdannede, fattige, funksjonshemmede, kronisk syke, mindreårige, mentalt syke eller etniske minoriteter.

– Forskerne trekker altfor bastante konklusjoner på spinkelt grunnlag. Studien er hovedsakelig en sammenstilling av eksisterende data av varierende kvalitet, sier førsteamanuensis Lars Johan Materstvedt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

– Denne typen samfunnsmedisinsk forskning gir innsikt i flere sosiokulturelle forhold rundt dødshjelp. Men forskningen er svært dårlig egnet til å svare på hvorvidt det for eksempel finnes et press mot eldre. At hyppigheten av dødshjelp i denne gruppen i Nederland er relativt lav, trenger ikke bety

at gruppen ikke er mer utsatt. En slik konklusjon kan man ikke trekke.

For alt vi vet, kan mange gamle som får utført eutanasi, oppleve et sterkt press fra for eksempel pårørende om at de skal be om dette. Virkeligheten kan derfor her være den stikk motsatte av det forskerne hevder. Kvalitative intervjustudier rettet mot pasienter som er «aktuelle» for eutanasi eller legeassistert selvmord, vil kunne si oss noe om slike forhold. Forskerne nøyer seg med en flyktig bemerkning om pasientstudier, uten å drøfte dette skikkelig. Det er på høy tid at man igangsetter slik forskning. Det er en stor mangel ved kunnskapsgrunnlaget i Nederland og i Oregon at man ikke har spurt pasientene, men bare legene, sier Materstvedt.

**Erlend Hem**

erlend.hem@medisin.uio.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Battin MP, van der Heide A, Ganzini L et al. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in «vulnerable» groups. *J Med Ethics* 2007; 33: 591–7.

## Fortsatt ulik kreftoverlevelse i Europa

Overlevelsedata fra ulike kreftregister i Europa er nå samlet og analysert. Studien omfatter voksne europeere som fikk en kreftdiagnose i perioden 1995–99.

Den årlige insidensen av kreft i Europa varierer mellom 338 og 447 per 100 000 innbyggere. Populasjonsbaserte kreftregister har registrert overlevelsedata i Europa siden 1960-årene, og EURO-CARE er den største koordinerte studien som er basert på data fra slike registre. Forskningsgruppen samler, analyserer og forsøker å forklare overlevelsestrender og forskjeller i overlevelse mellom europeiske land. Resultatene fra EURO-CARE-4 er nå publisert (1, 2).

– Rapporten viser en markant bedring i overlevelse, og Norden fremheves med særlig gode resultater, sier klinikkssjef Sigbjørn Smeland ved Kreftklinikken, Radiumhospitalet.

– Det er særlig verdt å merke seg fremgangen for vanlige kreftformer som brystkreft, prostatakreft og kolorektalkreft. Forskjellene mellom landene er redusert, men 12 % av dødsfallene ville vært forhindret

om resultatene for hele Europa hadde vært like gode som for Norden.

Man fant en sammenheng mellom totale helseutgifter og kreftoverlevelse, med unntak av Danmark og Storbritannia som har dårlige resultater trass i høye kostnader. En svakhet med undersøkelsene er at datagrunnlaget for flere land ikke er populasjonsbasert samt at det er begrensninger i datagrunnlaget. Opplysninger om stadium og behandlingen mangler. For Norge er dette tilgjengelig gjennom kvalitetsregistrene fra Kreftregisteret. Norge har gjennomgående litt dårligere resultater enn Sverige og Finland. I forhold til Sverige er det størst forskjeller ved nyrekreft, melanom og prostatakreft samt for menn generelt, sier Smeland.

**Åslaug Helland**

aslaug.helland@gmail.com  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Berrino F, De Angelis R, Sant M et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO-CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773–83.
2. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000–02 period analysis of EURO-CARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007; 8: 784–96.

## Identifiseringsfeil på kirurgiske resektater

Svikt i kommunikasjon er hovedårsaken til nær alle uheldige hendelser, inkludert mangelfull merking av resektater etter kirurgi. I en prospektiv studie på over 21 000 resektater ble 91 sviktilfeller påvist (4 per 1 000) (*Surgery* 2007; 141: 450–5).

Manglende resektatmerking var vanligst (n = 18), fulgt av tom beholder eller feilmerket side (16 hver), feil sidebenevnelse (n = 14), manglende vevslokalisasjon eller -type (hhv. 14 og 7), og feil pasient eller manglende navn (hhv. 11 og 9). Hele 53 av feilene kom fra polikliniske prosedyrer (0,51 %), mens 38 var fra operasjonsstuene (0,34 %). Brystvev, hud og tykktarm var hyppigst feilmerket, i hhv. 11, 10 og 8 tilfeller, og hele 60 % av feilene var assosiert med biopsi-prosedyrer.

## Traumepasientene blir eldre

I en prospektiv studie fra Østerrike er trender for multitraumatiserte pasienter (n = 501) analysert over en tiårsperiode (*Injury* 2007; 38: 1059–64).

Forfatterne fant at gjennomsnittsalderen til multitraumatiserte pasienter steg med nesten ett år for hvert år i perioden 1992–2002, fra rundt 30 år til nær 40 år. To tredeler av skadene oppsto i trafikkulykker, hver fjerde grunnet fall, og rundt 10 % var penetrerende skader. Antall pasienter som ble intubert prehospitalt økte, mens skadealvorligheten gjennom perioden og antall pasienter i sjokk ble redusert.

Både antall pasienter med multiorgan-svikt (OR 0,85) og akutt lungesviktsyndrom (OR 0,76) avtok betydelig, men mortalitetsraten var lik gjennom hele perioden. Sistnevnte forklares med et økende antall eldre skadede.

## Hva er risiko for blodpropp ved flyreiser?

Fra 1950-årene har man visst at flyreiser øker risikoen for utvikling av blodpropp, men hvor høy den absolutte risikoen er, har vært ukjent. Nederlandske forskere har studert ca. 9 000 ansatte i flere internasjonale selskaper og fulgt disse personene i 4,4 år (*PLoS Med* 2007; 4: 1508–14).

Av 52 tromboser diagnostisert i studien ble 22 oppdaget innen åtte uker etter en flyreise på fire timer eller mer. Forskningsgruppen kalkulerte at flyreisene tredoblet risikoen for å få en venetrombose. Dette er ekvivalent til utvikling av én venøs trombose per 4 656 flyreiser med varighet over fire timer. Risikoen økte med varigheten av flyreisen og antall flyreiser.

## Medisinske nyheter

fra internasjonale tidsskrifter:  
Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes [erlend.hem@medisin.uio.no](mailto:erlend.hem@medisin.uio.no)