Dags att avdramatisera frågan om terminal sedering

Vårdprogrammen för cancersmärta och övrig symtomlindring måste erbjuda kontinuitet i behandlingen när sjukdomen framskrider, så att osäkerhet inte uppstår hos patient eller anhöriga angående möjligheten att erbjuda lindring även av svåra symtom i livets slutskede. Behovet av starka symtomlindrande infusioner är begränsat, men dess användning bör avdramatiseras genom väl genomtänkta rekommendationer. »Dormicumfrågan» riskerar nu att ge felaktiga signaler till den pågående parlamentariska utredningen, vilken därför borde basera sina ställningstaganden på en kartläggning av rådande praxis inom landets cancerbehandlande enheter.

Rubriken »Hur långt får vi gå för att ge lindring åt svårt lidande, döende människor?» krönte en helsidesartikel i Göteborgs-Posten den 26 november i fjol. Man angav att det råder stor osäkerhet kring Dormicum och dess användning i livets slutskede och att läkarna vill ha klart besked i frågan. Bakgrunden var att tre svårt sjuka patienter gavs Dormicuminfusion och fick sova utan att väckas sina sista dagar i livet. Göteborgsläkaren, som av Socialstyrelsen misstänktes för dödshjälp, har friats från alla anklagelser. Socialstyrelsen ville, genom sitt regionala medicinalråd Margareta Unander, få till stånd en diskussion om bl a Dormicum i detta sammanhang, allt enligt den aktuella artikeln. En sådan debatt har nu initierats av Läkartidningen 19/99 [1, 2]. Hela frågan om effektiv terminal symtomlindring bör lyftas fram för en allsidig debatt. Det finns ett stort engagemang bland personal som berörs av dessa frågor men också ett ifrågasättande av Socialstyrelsens förhållningssätt.

Författare

HÅKAN SAMUELSSON
med dr, överläkare, smärtmottagningen, anestesi- och intensivvårdskliniken, Borås lasarett.

Smärtlindringen borde vara bättre

Det var inte så många år sedan som cancerpatienter och anhöriga kunde vittna om hur man ransonerade smärtlindringen med argumentet att det i annat fall inte skulle finnas något att ta till när det blev riktigt svårt. Patienterna accepterade, teg och led, även om det tyvärr ofta handlade om svepskäl med många bakomliggande orsaker. Vi har nu kommit längre i vår kunskap om effektiv dosering av smärtstillande medel, och detta argument borde vara medicinsk historia, men tyvärr ser vi fortfarande alltför ofta en otillräcklig lindring av svåra symtom. Modern cancerbehandling gör att den drabbade lever länge med sin sjukdom, och små men anatomiskt ogynnsamt växande tumörrecidiv kan kräva omfattande smärtlindrande behandling under lång tid, men i övrigt ge få symtom. De doser som kommer till användning vid sådan långtidsbehandling kan, på grund av toleransutveckling, bli av en helt annan storlek än vad vi tidigare varit vana vid, vilket vi måste lära oss att inse. I slutstadiet kan det bli fråga om starka smärt- och ångestdämpande dropp, vilkas enda syfte skall vara effektiv symtomlindring, så som vi kanske lovat patienten i ett tidigare skede. Ett sådant löfte till en patient kan skänka stor trygghet, men det kräver tillgång till en komplett terapiarsenal. Ett brutet löfte kan orsaka vånda och besvikelse hos anhöriga och onödigt lidande för patienten. Det skapar också stor frustration hos vårdpersonal att bevittna svåra terminala symtom utan att ha befogenhet att använda befintliga behandlingsmöjligheter.

Förslag till riktlinjer för symtomlindring

I en aktuell lärobok om smärtlindring, som är under redigering, har artikelförfattaren blivit ombedd att skriva kapitlet om anestesiologiska smärtlindringsmetoder. Angående smärtlindring med intravenösa infusioner, vilket ibland på ett felaktigt sätt kommit att sammanblandas med dödshjälp [3], betonas att vårdprogrammen för cancersmärta måste vara väl genomtänkta och erbjuda kontinuitet i smärtlindringen när sjukdomen progredierar, så att det inte uppstår osäkerhet hos patient eller anhöriga angående möjligheten att erbjuda lindring även av svår smärta i livets slutskede.

I boken beskrivs ett enkelt och beprövat infusionsförfarande för dessa patienter, baserat på morfin och Esucos, där resultatet blir att patienten ligger lugnt slumrande. Sådan behandling förutsätter nära kontakt och samråd med anhöriga, och det är författarens erfarenhet att anhöriga genomgående har uttryckt lättnad över den lugna och värdiga avslutning på livet som en sådan behandling inneburit. Vikten av att denna behandlingsform föregås av en läkarbedömning framhålls, också att man i journalen antecknar vilka behandlingsförsök som är gjorda, aktuell bedömning av patientens situation samt en klar angivelse om att man bedömer att det handlar om terminal vård. Ordinationen föreslås också vara sanktionerad av specialistkompetent läkare. Det skall klart framgå att målet är symtomlindring, vilket är viktigt för att förhindra varje misstanke om att preparatet skulle användas i annat syfte.

Krav på specialistkompetens för ordinationen

Diskussionen om läkemedlet Dormicum bör ses mot denna bakgrund. Den farmakologiska substansen midazolam är ett modernt och lättstyrt rogivande medel med en ren farmakologisk receptorprofil och sålunda ett ändamålsenligt medel att använda som infusion vid svår ångest och oro för största säkerhet och kontroll när peroral behandling inte är genomförbar [4]. Sådan behandling är också etablerad i den palliativa vården, vilket framgår av Maria Jacobssons och Peter Strangs artikel i Läkartidningen 19/99 [5].

Sett i ett större perspektiv är problemet inte vilka registrerade läkemedel som får användas utan i stället vilka rekommendationer som skall gälla för dess användning i livets slutskede. Vis-

sa förslag till riktlinjer har redan givits i det ovan sagda, och om man vill föra en restriktiv lagstiftningslinje kan man dessutom ställa krav på specialistkompetens i exempelvis smärtlindring, anestesiologi, onkologi eller i framtiden i palliativ medicin för sådana ordinationer. Detta för att säkerställa att ordinationen föregåtts av optimala behandlingsförsök av grundtillståndet och därmed undvika att infusion av potenta läkemedel blir ett substitut till aktiv behandling. Mot en sådan restriktiv hållning talar dock att alla läkare som har att ta hand om svårt sjuka, döende patienter behöver kunna ge adekvat ångestlindring. Från kommentarerna i direkt anslutning till en amerikansk fallbeskrivning kan man dra slutsatsen att frågan om terminal sedering är mer ifrågasatt i USA än den om terminal smärtlindring [6].

Nya läkemedel möjliggör mer exakt gradering

Det finns modernare läkemedel för infusion med vilka man med stor exakthet kan styra grad av sedering, från lätt dåsighet till full sömn, utan allvarliga biverkningar. Ett sådant medel är propofol, vilket används mycket inom intensivvården för att ge en lätt nattsömn utan trötthet dagen efter. Detta medel kommer sannolikt att få en ökad användning inom den palliativa medicinen [7, 8].

På samma sätt var fentanyl fram till nyligen ett rent anestesiologiskt preparat. Idag är det ett värdefullt och allmänt använt läkemedel för lindring av cancersmärta. Det sker således en ständig medicinsk utveckling. Det framstår därför som ologiskt och otidsenligt att fokusera debatten på enskilda läkemedel.

Likaledes är många av våra symtomlindrande läkemedel, såsom opioider och bensodiazepiner, förenade med toleransutveckling. Dosbehovet är därför individuellt och kan inte generellt anges i en fast ordination utan är relaterat till observerade effekter kontra biverkningar. Dessa faktorer kräver ett ökat engagemang av den ordinerande läkaren.

Den medicinska professionen måste formulera reglerna

Den medicinska professionen måste således själv formulera regler för dessa läkemedels användning inom palliativ vård nu och i framtiden. Detta faller primärt inte inom juridikens område, vilket de åklagare som handlagt aktuella fall varit kloka nog att inse. Det har däremot inte Socialstyrelsen, vilket fått olyckliga konsekvenser och medfört osäkerhet i det kliniska arbetet. Behovet av starka symtomlindrande infusioner är begränsat, men dess användning bör avdramatiseras genom väl genomtänkta rekommendationer och inte genom misstänkliggöranden.

Obalanserat debattinlägg

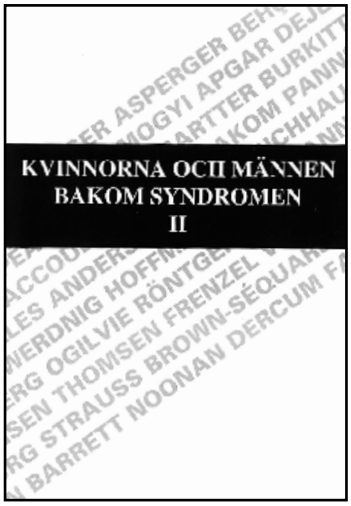
Med tanke på frågans komplexa karaktär framstår professor Beck-Friis' debattinlägg i Läkartidningen nr 19/99 som alltför förenklat och emotionellt präglat med formuleringar som »söva ihjäl sina patienter med Dormicum», »avliva» och »bli ihjälsövd av en ung läkare». Beck-Friis gör sig också till talesman för alla läkare som behärskar området kvalificerad symtomkontroll och som nu skulle känna sig övergivna. Så är naturligtvis inte fallet. De flesta kolleger i författarens yrkesrelaterade kontaktnät känner lättnad över utgången av fallet och känner sig inte övergivna av rättsväsendet, men väl av Socialstyrelsens oförmåga att ge klara anvisningar.

Debatten i »Dormicumfrågan» har tagit en vändning som ger slagsida åt hela frågan om vård i livets slutskede och som hotar att ge felaktiga signaler till den pågående parlamentariska utredningen. Detta kan i sin tur påverka Socialstyrelsens översyn av dess »Allmänna råd om smärtbehandling i livets slutskede» på ett olyckligt sätt, så att sjukvårdens utövare bakbinds i sina möjligheter att hjälpa de mest utsatta patienterna.

En kartläggning av rådande praxis i dessa frågor på landets cancerbehandlande kliniker, smärtenheter och palliativa verksamheter borde föregå utarbetandet av nya rekommendationer för att säkerställa att dessa kommer att ligga i takt med tiden. Debatten bör fokuseras på tydliga medicinska rekommendationer och inte på juridiska spetsfundigheter.

Referenser

1. Beck-Friis B. Är dödshjälp laglig numera? Läkartidningen 1999; 96: 2065.
2. Rinder L, Unander M. Dödshjälp helt i strid med sakkunnig vård! Läkartidningen 1999; 96: 2066.
3. Samuelsson H, Thornberg E. Symptomlindring inte dödshjälp. Debattartikel. Göteborgs-Posten 16 januari 1998.
4. Helsing M. Nedsövning ger lindring till svårt cancersjuka patienter. Läkartidningen 1991; 88: 1065-6.
5. Jacobsson M, Strang P. Midazolam (Dormicum) vid terminal oro och agitation. Sistahandsalternativ i palliativ vård. Läkartidningen 1999; 96: 2079-81.
6. Shaiova L. Case presentation: Terminal sedation and existential distress. J Pain Symptom Manage 1998; 16: 403-7.
7. Moyle J. The use of propofol in palliative medicine. J Pain Symptom Manage 1995; 10: 643-6.
8. Mercadante S, De Conno F, Ripamonti C. Propofol in terminal care. J Pain Symptom Manage 1995; 10: 639-42.



Ännu en syndrombok!

• Boken ”Mannen bakom syndromet” har fått en efterföljare: ”Kvinnorna och männen bakom syndromen” med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996.Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män ”bakom metoden”, exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex ”Kvinnorna och männen bakom syndromen” à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

.....

ADRESS.....

.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

.....

.....

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19