

MORFIN UNDERANVÄNDS VID CANCERSMÄRTA?

Opiofobi finns även i Sverige

Användningen av morfin vid kronisk svår cancersmärta har länge varit omdebatterad, för att inte säga betraktad med viss skräck, av både sjukvårdspersonal och patienter. Detta ser ut som en paradox, eftersom morfin förmodligen är världens äldsta läkemedel, och ett av de bästa medlen i sin kategori. Det är en hörnsten i behandlingen av svår kronisk cancersmärta.

Problemet med underanvändning av morfin tycks finnas internationellt, och dess orsaker diskuteras livligt. Man kan fråga sig om Sverige skiljer sig från andra länder i detta avseende? Har de svenska informationskampanjerna för 10–15 år sedan givit resultat?

Myter och missuppfattningar

Morfin är mytomspunnet. Den vanligaste myten är att medlet gör patienten till narkoman, vilket är fel vad gäller patienter med cancersjukdom. Risken att en patient med svår kronisk cancersmärta skall utveckla ett beroende är mindre än 1/3 000 [1]. Det torde vara en välkänd klinisk erfarenhet att morfinbehandlade cancerpatienter sällan eller aldrig utvecklar ett psykiskt beroende; anledningen till detta är dock oklar. Patienter med kronisk smärta på grund av tillstånd av icke malign natur löper där-

emot en icke obetydlig risk att utveckla ett beroende, vilket har blivit ett ökande problem.

En annan myt är att dosen ständigt måste ökas för att upprätthålla dess effekt. Alla patienter kräver inte doshöjning. Doshöjningen beror i första hand på ökad smärta. Hos patienter med höga underhållsdoser kan man ibland se ett minskat dosbehov vid interkurrenta tillstånd – t ex vid infektion med feber – utan att abstinenssymtom utvecklas [2].

Den tredje, och kanske mest fantasifulla, missuppfattningen är att morfin skulle påskynda patientens död. Man kan snarare hävda motsatsen. Genom den smärtlindrande effekten kan morfin göra det möjligt för patienten att äta och sova bättre och därmed upprätthålla normala aktiviteter och öka chansen till ett förlängt liv.

Användningen har inte ökat

Trots att misstroendet mot morfin vände i början av 1980-talet efter Socialstyrelsens författning [3], utredningen om vård i livets slutskede [4] och annan uppmärksamhet på problemet [5] har användningen inte ökat i den utsträckning som förutsågs. Detta gäller även smärtbehandlingens övriga komponenter och insatser. Därför strävar man nu efter en kvalitetssäkring och spridning av behandlingsprogram för

Författare

ANDERS RANE

professor, överläkare, avdelningen för klinisk farmakologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

tumörrelaterad smärta, bl a genom arbete i Medicinska kvalitetsrådet.

I Socialstyrelsens kungörelse [3] påpekades vikten av en frikostig förskrivning av morfin och »starka» opioider till patienter med svåra kroniska cancersmärter. Visserligen har den sammanlagda användningen i sjukvården av hela gruppen opioider (grupp N02) nästan tredubblats (Figur 1), men ökningen förklaras i första hand av ökad förskrivning av dextropropoxifen och kodein i olika kombinationer. Dextropropoxifen och kodein klassificeras av WHO som »weak opioids», men har trots det en viktig roll i smärtbehandlingens tidiga skeden. Deras användning har ökat trefaldigt mellan 1978–1980 och 1995.

Användning i slutenvård

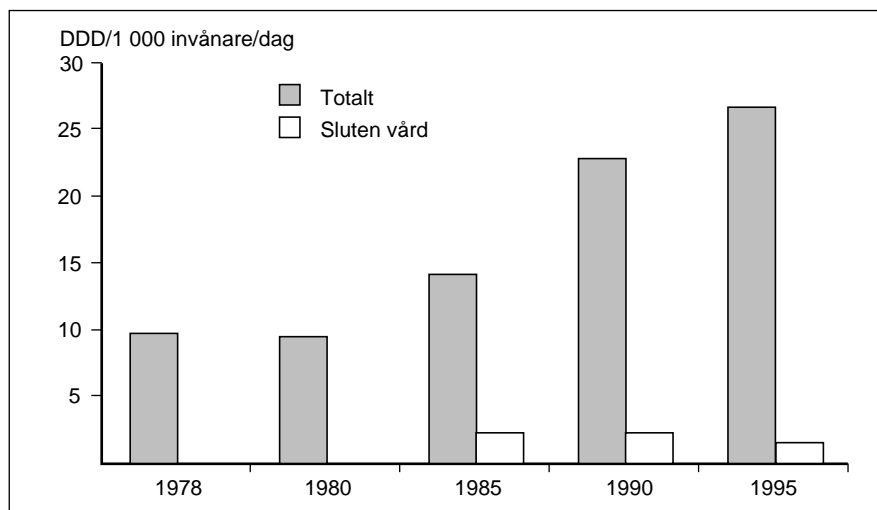
I slutenvård visar Apoteksbolagets leveransstatistik (uttryckt som antalet definierade dygnsdoser, DDD, per 1 000 invånare och dag, TID), att leveranserna av hela gruppen opioider är oförändrade mellan 1985 och 1995 (Figur 1). Ser man enbart till gruppen starka opioider (morfin, ketobemidon, metadon, petidin) har leveranserna av morfin fördubblats, men det har skett på bekostnad av ketobemidon (Figur 2).

Detta tyder på att användningen av starka opioider i slutenvård har ökat, eftersom Socialstyrelsens statistik visar att såväl den totala vårdtiden som medelvårdtiden för patienter med cancerdiagnoser i stort sett har halverats under de senaste tio åren. Antalet patienter har inte förändrats under motsvarande observationsperiod.

Användning i öppen vård

I öppen vård har användningen av morfin glädjande nog ökat femfaldigt under motsvarande period. Det framgår

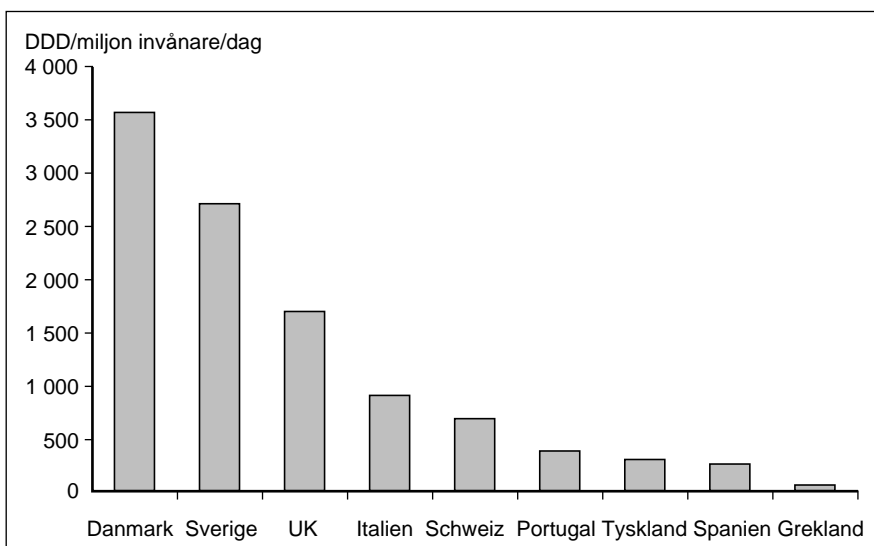
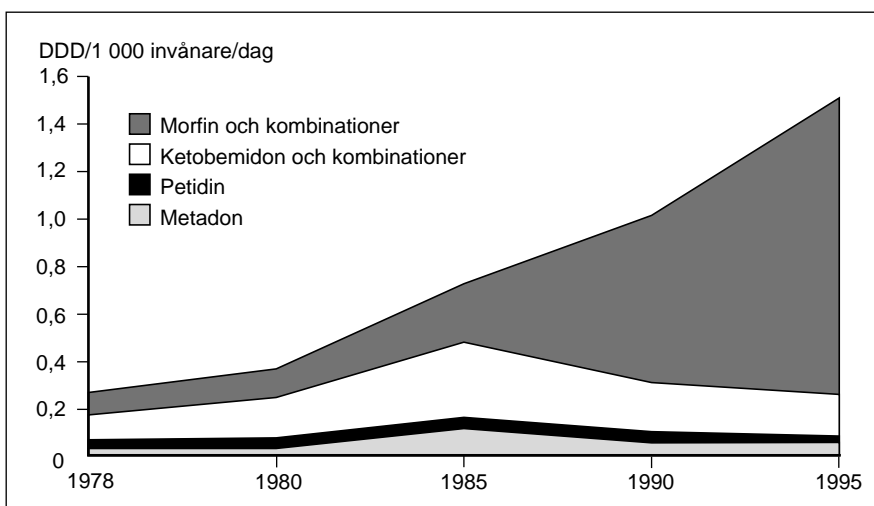
Figur 1. Försäljning av samtliga opioider (N02A) totalt och i slutenvård.





Figur 2. Opioidförsäljning i slutenvården.

Figur 3. Opioidförsäljning i slutenvård och öppenvård.



Figur 4. Morfinanvändning i olika länder, genomsnitt 1987-1991 enligt WHO.

av Figur 3, som beskriver den ökade användningen av starka opioider i sjukvården totalt. Den utbyggda hemsjukvården och en decentralisering av vården av terminalt sjuka kan delvis förklara ökningen. Uppenbarligen är attityden till användning av dessa medel positiv i den öppna vården.

Situationen internationellt

WHO har i år givit ut andra upplagan av »Cancer pain relief» [6], där det framgår att tillgången på morfin för medicinsk användning varierar mångfaldigt såväl mellan olika världsdelar som inom Europa (se även anmälan i detta nummer av Läkartidningen). Användningen t ex i Italien är mycket liten och försvåras av lagstiftningen [7]. Läkare i Italien – även i Spanien och Portugal – måste personligen rekvidrera receptblanketter för förskrivning av morfin, och ibland till och med betala för blanketterna. Detta sammanhänger med uppfattningar om att missbruk av läkemedel emanerar från sjukvårdens användning av dessa preparat.

I katolska länder, där lidandet är starkt förknippat med martyrskap och frälsning, kan religionen också påverka smärtbehandlingens kvalitet. Den religiösa attityden kan påverka genomförandet av förändringar, och religionens inflytande kan ibland vara starkare än det politiska [8, 9].

I WHO:s statistik framgår att tillgången till antalet DDD av morfin per miljon invånare och dag under åren 1987-1991 varierade från 44 i Grekland till 3 560 i Danmark (Figur 4). I Storbritannien, där underanvändningen diskuteras livligt och har starkt kritiserats, var denna siffra 1 670. Den svenska förskrivningen av morfin var under motsvarande period 2 680 DDD per miljon invånare och dag (Figur 4).

I Storbritannien, Belgien och Nederländerna har lagstiftningen varit mycket liberal [7]. I Storbritannien är det t ex tillåtet att använda heroin som smärtlindrande medel, vilket är unikt i västvärlden. Detta till trots präglas användningen av morfin i landet av en stor återhållsamhet, vilket har lett till en omvittnad underbehandling och onödigt lidande hos flertalet patienter i terminalstadiet [10]. Andra studier, från bl a USA, har visat att majoriteten, 50-80 procent, av cancerpatienter i slutskedet av livet får otillräcklig smärtlindring [11-13].

Vissa författare har betecknat detta som opioidfobi [7], och problemet diskuteras gång på gång i internationella tid-

skrifter [10, 14, 15]. Även om användningen av starka opioider i både öppen och slutenvård har ökat i Sverige är det mycket som talar för att dessa medel fortfarande är underanvända och att patienter med svåra smärtor får utstå onödigt lidande.

Patienten har rätt till smärtlindring

Vad kan man göra åt detta? Hur kan vi få bort rädslan för och eliminera myterna om morfin? Även om vi kommit relativt långt i Sverige i detta avseende finns det fortfarande mer att göra. Sannolikt är utbildning och information det effektivaste medlet. Den bör rikta sig till studenterna tidigt under utbildningen, framför allt i dess kliniska del. Ansvar för detta vilar på lärare av alla kategorier på läkarlinjer och vårdhögskolor. Utbildning och information bör också ges till vårdpersonal i sjukvården på det sätt som skisserats av Medicinska kvalitetsrådet.

Det är viktigt att påpeka att morfin självfallet inte hjälper mot alla former av cancersmärta. Morfinresistenta smärtskomponenter måste behandlas på annat sätt. Identifiering av sådan morfinresistens måste ske med en noggrann smärtdiagnostik. Först då kan denna grupp av patienter få en allsidig och adekvat behandling av sin smärta.

Trots Sveriges framsteg på området och den tydliga ökningen av opioidanvändningen måste attityderna till behandling av svår smärta påverkas ytterligare. Respekten för patientens rättmätiga behov av smärtlindring måste återskapas fullt ut. Ännu återstår mycket arbete för att garantera alla patienter med svåra kroniska cancersmärter en fullvärdig farmakologisk smärtlindring.

Referenser

1. Porter J, Jick H. Addiction rate in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 1980; 302: 123.
2. Kager L, Ljungdahl I, Rane A, Säwe J. Peroral morfinbehandling vid terminal cancer. *Läkartidningen* 1979; 76: 3411-5.
3. Socialstyrelsens kungörelse om medicamentell behandling i terminal vård. *SOSFS (M)* 1979: 21.
4. Smärtbehandling i livets slutskede. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:1. Stockholm: Fritzes Allmänna Förlaget.
5. Agenäs I, Gustafsson LL, Rane A, Säwe J. Analgetikaterapi för cancerpatienter. *Läkartidningen* 1982; 79: 287-9.
6. WHO Report. Cancer pain relief, 2 ed. With a guide to opioid availability. Genève: World Health Organization, 1996.
7. Zenz M, Willweber-Strumpf A. Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet* 1993; 341: 1075-6.

8. Neuberger J. Cultural issues in palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993; 507-13.
9. Stratton Hill C Jr. The barriers to adequate pain management with opioid analgesics. *Semin Oncol* 1993; 20(2, Suppl 1): 1-5.
10. Carter R. Give a drug a bad name. *New Scientist* 1996 April 6: 14-5.
11. Twycross RG, Lack SA, eds. *Symptom control in advanced cancer: pain relief*. London: Pitman, 1983: 190-9.
12. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993; 119: 121-6.
13. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 592-6.
14. Reidenberg MM. Barriers to controlling pain in patients with cancer. *Lancet* 1996; 347: 1278.
15. Ripamonti C, De Conno F, Blumhuber H, Ventafridda V. Morphine for relief of cancer pain. *Lancet* 1996; 347: 1262-3.

Se även bokanmälan i detta nummer.

Vill du beskriva ett intressant fall?

Fallbeskrivningar kan vara mycket talande och lärorika, och stimulera till tänkande också över specialitetsgränserna. Några råd:

1. När du kommer i kontakt med ett fall som du själv bedömer som intressant – fundera över om det bör beskrivas i *Läkartidningen*. Kanske gäller det ett fall som du använder i undervisningen eller som du mött vid din vårdcentral. Prova gärna idén på en erfaren kollega från en annan specialitet.

2. Har din fallbeskrivning en viktig poäng som är av utbildningsvärde för andra läkare? Tar den upp något som tidigare inte observerats?

3. Om det gäller en tidigare inte känd biverkning – är du säker på att det finns ett samband? Har du kontaktat biverkningssektionen vid läkemedelsverket? Och beskriver du fallet så att också läsaren kan bedöma sambandet?

4. Skriv kort och rakt på sak! Använd fullständiga meningar – utdrag ur journaler är sällan njutbara i en tidningsartikel! Ransonera bland laboratorievärdena – och skriv ut analysnamn och liknande, undvik om möjligt förkortningar (utom vid de allra vanligaste analyserna). Illustrera gärna med foto eller röntgenbild, och eventuellt med någon tabell.

5. Skydda patientens integritet; ange inte t ex mindre vanlig titel, exakt ålder eller andra uppgifter som i förening med t ex uppgift om författarens arbetsplats eller liknande gör det möjligt att identifiera patienten. Om det av pedagogiska skäl är nödvändigt att publicera bild där patienten kan identifieras skall denne ha gett tillstånd.

6. Glöm inte att skriva en kort, nyhetsinriktad ingress.

7. Följ också i övrigt *Läkartidningens* anvisningar till författare! (kan beställas som särtryck från sekretariatet, *Läkartidningen*, Box 5603, 114 86 Stockholm).

8. Biverkningsfall skall självklart rapporteras till läkemedelsverkets biverkningssektion. Där kan skribenter också ofta få tillgång till ytterligare information om bakgrunden, andra anmälningar och hänvisningar till litteratur.

PS. Om du har en poäng i ditt fall men sambanden är osäkra eller inte illustreras av laboratoriedata eller andra »hårda fakta» kanske en förkortad redovisning och en fråga till läsektionen är ett alternativ till fallbeskrivning?