

Det behöver inte göra ont att dö i cancer!

En undersökning i Östersund visar att 82 procent av de i studien ingående cancerpatienterna var smärtfria sista dygnet i livet. Detta strider mot gängse uppfattning att det gör mycket ont att dö i cancer, och det visar att det är möjligt att nå goda resultat med den behandling som finns tillgänglig idag.

Såväl läkare som övrig personal och allmänhet anser än idag att det gör mycket ont att dö av cancer. Rädslan för smärtor är många gånger en väl så stor plåga för patienter med obotlig cancer som själva obotligheten i sig.

I utredningen »I livets slutskede» (SOU 1979:59) bedömdes 71 procent av patienterna ha smärta sista veckan och 67 procent sista levnadsdygnet. Liknande siffror förekommer i olika läroböcker och artiklar [1-6]. I vissa fall uttrycks det som att upp till 90 procent har svår smärta i livets slutskede [4-6]. Inga uppgifter förekommer om hur många av dessa patienter som är väl smärtlindrade med aktuell analgetikaregim.

Merparten smärtfria

Mina erfarenheter från åtta års arbete inom palliativ medicin på en kirurgklinik och inom hemsjukvård stämmer inte alls med de farhågor som siffrorna ovan kan ge upphov till. Majoriteten av döende cancerpatienter plågas inte av smärtor! Med individuellt utprovd smärtlindrande behandling är merparten av patienterna smärtfria även i livets slutskede. Detta intryck från min vardag bekräftas av ett nyligen genomfört kvalitetssäkringsprojekt.

Studie av kirurgiska cancerpatienter

Samtliga kirurgiska cancerpatienter (N=57) som hade vårdats med stöd av

Författare

BERTIL AXELSSON

överläkare, kirurgkliniken, Östersunds sjukhus, Östersund.

Storsjögläntan (ett palliativt rådgivningsteam utgående från kirurgkliniken, Östersund) och som dog under de första sju månaderna 1998 deltog i detta projekt.

När respektive patient dog sammanställdes sjuksköterskornas, distriktsköterskornas och anhörigas uppfattning om patientens smärtsituation sista levnadsdygnet. Alternativen var: helt smärtfri, smärtfri med extramedicinering, inte helt smärtfri trots extra medicinering, kraftiga smärtor trots extra medicinering. All extramedicinering som givits sista dygnet noterades.

Dessa 57 konsekutiva cancerpatienter hade en medianålder på 67 år (43-98) och jämn könsfördelning (30 var kvinnor). Diagnoserna speglade det kirurgiska panoramat med dominans av de tre stora grupperna prostatacancer (12 patienter), kolorektal cancer (11 patienter), bröstcancer (10 patienter) följt av andra diagnoser som njurcancer (9 patienter), ventrikeltcancer (5 patienter), gallvägscancer (4 patienter), pankreascancer (4 patienter) och övriga (2 patienter). 37 patienter dog i hemmet (65 procent), 9 på sjukhem (= särskilt boende; 16 procent) och 11 på kirurgkliniken (19 procent).

Av dessa 57 patienter var 26 patienter helt smärtfria på sin underhållsdos under det sista levnadsdygnet, ytterligare 21 var smärtfria efter en enstaka extrados analgetika, 7 var inte helt smärtfria trots extramedicinering och 3 hade kraftiga smärtor trots extramedicinering. Sammantaget var således 47 patienter (82 procent) smärtfria under sitt sista levnadsdygn.

Oväntat positivt resultat

Dessa siffror är helt omvända jämfört med dem som tidigare presenterats. Är vår verksamhet vid kirurgkliniken i Östersund ett undantag? Hur ser det ut på andra håll i Sverige? Är någon form av stöd från ett palliativt team nödvändigt för att uppnå siffror som dessa? Eller är det lika bra eller bättre på andra ställen i Sverige?

Selektion är en vanlig mekanism vid oväntade resultat. I detta fall är det troligt att det spelar in. I länet beräknas ca 200 patienter årligen dö av »kirurgisk»

Tidigare artiklar i serien var införda i nr 1-2, 4, 5, 9 och 10/99.

cancer, vilket gör att dessa 57 patienter på sju månader utgör cirka hälften av det totala antalet cancerdödsfall under tidsperioden.

Om selektionen skulle påverka resultatet så att det skulle bli falskt överdrivet positivt, så skulle det innebära att många cancerpatienter med svåra smärtor medvetet inte remitterats. Detta skulle kunna vara fallet vid ett snabbt terminalt förlopp som helt utesluter vistelse i hemmet till och med för en kortare period.

Då rådgivningsteamet är välkänt och etablerat i länet sedan flera år, och svårkontrollerad smärta ökar benägenheten att remittera patienten, påverkar selektionen troligen inte resultaten till den grad att siffrorna blir de helt omvända. Samtliga anslutna patienter följs tills de dör, oavsett symptomkontrollens effektivitet och var de dör.

Det som möjligen bidragit till en god smärtlindring i de flesta fall är:

- Följsamhet i analgetikaordinationerna genom täta kontakter via sjuksköterskor från rådgivningsteamet och distriktsköterskor.
- Individuellt utprovd dos starka opior. Dygnsdosen sista veckan i livet motsvarade 0-1 110 mg Morfin peroralt (median 60 mg; interkvartilavstånd 125 mg).
- Flitigt utnyttjande av adjuvanta anal-

getika. Kortison användes av 28 patienter (49 procent), amitryptilin av 10 (18 procent) och diklofenak av 7 patienter (12 procent).

- Kontinuerlig subkutan opiattillförsel i 23 fall (40 procent) via Infusor.
- Ordinerade extradoser vid smärta. Tjugofem patienter (44 procent) utnyttjade denna möjlighet under det sista dygnet med parenteral tillförsel av 1–300 mg Morfin (median 20 mg; interkvartilavstånd 34 mg).

Idag stora möjligheter till smärtfrihet

Utvecklingen inom smärtbehandlingen har varit imponerande under de senaste 10–15 åren. Både vad gäller nya metoder och stora utbildningssatsningar. Smärtanalys för att skilja mellan olika smärtyper, VAS-mätning, långverkande morfinberedningar, fentanylplåster, pumpar och spinal-/epiduraltekniker för kontinuerlig analgetikattillförsel är några metoder som inneburit förbättrade möjligheter till god smärtlindring. Cancerfondens riksomfattande smärtombudsutbildningar sedan slutet av 1980-talet, tillkomst av smärtlöslösningar för både läkare och sjuksköterskor, poängutbildningar vid högskolorna i algologi är några exempel på utbildningssatsningar. Detta borde ha fått något mätbart genomslag på cancerpatienternas möjligheter till smärtfrihet i livets slutskede.

En övervägande majoritet av cancerpatienter i livets slutskede behöver analgetikabehandling med opiater (i vår studie 88 procent). Det innebär inte att alla dessa patienter plågas av svåra smärtor. Ur patientperspektiv är det betydligt viktigare att få reda på hur många som kan vara smärtfria i livets slutskede med dagens terapiinsatser. En kvalitetssäkringsstudie i Östersund visade att 82 procent av cancerpatienterna var smärtfria sista dygnet. Det vore en väljärning om fler undersökningar i större omfattning från olika centra kunde belysa smärtläget i livets slutskede, så att kommande läroböcker i ämnet kunde ge en mer nyanserad och mindre skrämmande bild av verkligheten.

Referenser

1. Bertler Å. Läkemedelsbehandling av smärta vid cancer eller annan svår sjukdom. Stockholm: Pharmacia & Upjohn, 1996.
2. Killander E. Tro på patienten. Lund: Studentlitteratur, 1991.
3. Haegerstam G. Smärta. Södertälje: Astra Läkemedel AB, 1984.
4. Strang P. Cancersmärta. Södertälje: Astra Läkemedel AB, 1996.
5. Socialstyrelsen. Smärtbehandling i livets slutskede. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989: 1.
6. Socialstyrelsen. Behandling av långvarig smärta. SoS-rapport 1994: 4.

Sonografi bättre än ultraljudsundersökning

MEDICINENS SPRÅK

Jag föreslår ökad användning av termen sonografi, i betydelsen »diagnostisk undersökning baserad på ultraljud».

Ultraljudstekniken har utvecklats snabbt under senaste decenniet, och den fortsätter att utvecklas. Den används inom radiologi, klinisk fysiologi, obstetrik/gynekologi och flera andra specialiteter. Tidigt skilde man mellan olika ultraljudsmodaliteter – A-mode, B-mode och M-mode. Efter hand tillkom dopplermetodik för att mäta flöden, och kombinationen av anatomisk avbildning och doppler kallades »duplex». Denna benämning används inom obstetrik för tvillingar, och en term formad utifrån antalet ultraljudsmodaliteter som används är ju inte optimal – detta gäller även benämningen »triplex». I moderna ultraljudsmaskiner finns alla dessa modaliteter, och för många typer av undersökningar växlar man ständigt mellan dem – därför behövs en benämning oberoende av ultraljudsmodalitet. »Ultraljudsdiagnostik» eller »ultraljudsundersökning» är möjliga, men långa och svåra att bilda kombinationer med.

Sonografi kortare och lätt att kombinera

Istället kan sonografi tjäna som samlingsnamn för alla varianter av ultraljudsundersökning, såväl avbildande som M-mode och olika typer av doppler (se ordlista nedan). Termen har etymologiskt ursprung i både latin och grekiska (en styggelse för språkpurister?) och används redan i engelska, tyska och franska med samma betydelse. Försvenskning av stavning, uttal och böjning ger inga problem. Termen låter sig behändigt kombineras för att beskriva mer specifika begrepp baserat på undersökt struktur (artärsonografi, venosonografi, gallvägssonografi, urinvägssonografi), frågeställning (trombossonografi, fistelsonografi, sonografi avseende pseudoaneurysm) eller anatomisk region (buksonografi, benosonografi). Olika kombinationer är möjliga – tiden får utvisa om man föredrar t ex karotissonografi, halskärlssonografi eller sonografi av halskärl. För sonografi av hjärtat är termen ekokardiografi väl etablerad – ekokardiografi blir då en typ av sonografi, och stora delar av sonografin faller inom området diagnostisk avbildning (bildering!?).

Sonografisk ordlista

A-mode – en oscilloskopbild av ekon längs en linje genom kroppen

B-mode – A-modelinje som sveper längs en spatial axel och ger en tvådimensionell avbildning

M-mode – A-modelinje som sveper längs en tidsaxel

Doppler – samlingsnamn på olika varianter av flödesmätning med ultraljudsmetodik, baserat på dopplereffekten

Färgdoppler – dopplervariant, där flöde visas som färger överlagrat på en B-modebild

Spektraldoppler – dopplervariant där flödeshastighet visas som en kurva över tid

Duplex – kombination av doppler (egentligen spektraldoppler) och B-mode

Triples – kombination av B-mode, spektraldoppler och färgdoppler

Anders Thurin

specialistläkare i klinisk fysiologi, terminologistrateg inom projektet för gemensam datorjournal vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Kommentar

Förslaget är utmärkt. Noga taget borde termen vara ultrasonografi, men den kortare formen är redan allmänt spridd internationellt i betydelsen ultraljudsundersökning och borde inte kunna leda till missförstånd.

När sonografitermer ändå diskuteras kanske en annan fråga kan ställas: Varför är sonografinomenklaturen så »modeinriktad»? Varför har man inte för länge sedan ersatt A-mode, B-mode och M-mode med bättre svenska benämningar, t ex -typ eller -metod eller -modulering eller rent av -mod? Saken blir inte bättre av att en del uttalar mode på engelska, andra på svenska.

Jarl Holmén

redaktör för språkspalten, Läkartidningen