

Munnen tillhör kroppen – Ja!

Jag har med intresse läst Björn Klinges och Bo Krasses debattartiklar i Läkartidningen 8/99 och på DN-debatt. Björn Klinge efterlyser diskussionsinlägg från »alla medicinare som vanligen har svaret på alla gåtor». Han är bekymrad över att vi har två olika professioner – för munnen (tandläkare) och för övriga kroppen (så kallade vanliga läkare). Han undrar om det är långsiktigt försvarbart med två väsensskilda yrkesgrupper.

Att munnen sjukvårdsmässigt inte tillhör kroppen är inte det en odontologisk konstruktion? Munnen samverkar i högsta grad med kroppens övriga organ vid både sjukdom och hälsa. De bruna

fläckarna på gingivan vid Addisons sjukdom och den glatta tungan vid pernicios anemi är exempel på detta. Att lokala sjukdomar i munhålan påverkar matsmältningskanalen mer eller mindre förstår varje lekman.

Diabetessjukdomen illustrerar hur munhålan på olika sätt spelar med i en sjukdomsprocess. Det allvarligaste tillståndet är de periodontala förändringarna, vilka kan vara våldsamma, speciellt hos dåligt kontrollerade patienter. Orsaken till detta är ej entydig, men biopsier från gingiva visar förekomst av mikroangiopati med minskat blodflöde till tandköttet och försämrad vävnadsnutrition som följd. Ovanstående exemplifi-

er att munhålan vid olika sjukdomar samspelar med kroppens övriga organ.

Jag gillar Klinges nytänkande och skulle med hans önskan om debattinlägg föreslå:

- att tandläkar- och läkarutbildningarna samordnas mer än vad som sker idag.
- att specialiteten Munnens och tändernas sjukdomar skapas
- att försäkringsstöd utformas efter samma mallar som för övriga medicinska specialiteter.

Sven-Erik Fagerberg
docent, medicinska kliniken
Regionsjukhuset,
Örebro

Har professorn förlorat kontakten med verkligheten?

Att utifrån det så kallade rättsfallet i Göteborg skriva i »falsetton» som Barbro Beck-Friis gjorde i Läkartidningen 17/99 gör att man börjar undra vad som är syftet. Med vilken rätt gör hon sig till tals för en massa människor (läkare, svårt sjuka och anhöriga) med avseende på detta fall?

Då jag har en viss kännedom om de faktiska förhållandena som förelåg vid insättandet av dormicum på den aktuella patienten har jag en helt annan uppfattning. Jag blev konsulterad per telefon av den aktuella läkaren som ville diskutera insättande av dormicum för en mycket svårt sjuk patient. Utifrån det som jag fick relaterat fick jag den uppfattningen, att trots att läkaren var oerfaren och pålagd för stort ansvar gjorde han mogna och kloka överväganden så jag rekommenderade honom att ge dormicum.

Att det i vissa fall kan anses befogat att ge lindring för patienter med dormicum har vi lång erfarenhet av hos oss [1] och framkommer också i den utmärkta artikeln [2] i samma nummer som debattinlägget.

Förkortar man livet på sådant sätt att det kan anses vara liktydigt med eutanasia att ge dormicum?

Vilken tidsrymd skall det vara för att livet skall anses vara förkortat jämfört med naturförloppet? 1 minut? 1 timme? 12 timmar? Ingen kan svara på det-

ta, åtminstone kan inte jag trots lång erfarenhet avgöra när en patient exakt kommer att avlida. Utifrån detta kan det också vara möjligt att man kanske fått en livsförlängning med att ge den palliation som dormicum erbjuder. Några egna fall har givit mig den misstanken, som aldrig kan bekräftas.

I en kommenterande artikel har två representanter för Socialstyrelsen också klart för sig vad som är det riktiga utifrån vad de beskriver som vetenskap och beprövad erfarenhet. Mycket som gäller den palliativa vården är beprövad erfarenhet, eftersom det ofta saknas vetenskapliga data. Det håller dock på att förbättras avsevärt. Frånvaro av veten-

skapliga data kan väl inte tas som intäkt att inte göra något i mycket svåra situationer så länge man har klart för sig att det är *non nocere* som är vägledande.

Martin Helsing
överläkare, klinikchef,
allmänonkologiska kliniken,
Regionsjukhuset,
Örebro

Referenser

1. Helsing M. Nedsövning ger lindring till svårt cancersjuka patienter. Läkartidningen 1991; 88: 1065-6.
2. Jakobsson M, Strang P. Midazolam (Dormicum) vid terminal oro och agitation. Läkartidningen 1999; 96: 2079-81.

Replik:

Korrekt vård på vetenskaplig och etisk grund

»Har professorn förlorat kontakten med verkligheten» undrar Martin Helsing i Örebro. Nej, jag hoppas inte det. Däremot befarar jag att Martin Helsing gjort det, i varje fall om han alltjämt le-

ver efter de riktlinjer som han givit i Läkartidningen 12/99 till vilka han refererar [1]. An allvarligare blir det om de råd han givit, då han blev konsulterad per telefon av den aktuella läkaren, byg-

ger på ovanstående artikel som citeras: »Dosering. Till de patienter som tidigare inte fått regelbunden bensodiazepinmedicinering har vi startat med att ge 5mg Dormicum intravenöst som stötdos och därefter satt ett dropp och gett 5 mg/timme. Om patienten inte sover på detta har vi höjt med 2–3 mg i timmen. Ibland har vi satt in Dormicum eller gett ny bolusdos då patienten haft tendens till att vakna. Vanlig slutdos på dessa patienter har varit 10 mg/timme.

Patienter som är mycket agiterade och som fått bensodiazepiner under längre tid kräver ofta en högre dosering, vanligtvis 15–20 mg i timmen. De kräver dessutom högre och högre doser nästan för var natt tills man når upp till ca 30 mg/timme. Några har fått ännu högre doser, och maximalt har vi gett 50 mg/timme.»

Fass 1998 (aktuellt år) rekommenderar vid korta ingrepp till äldre och svagare patienter Dormicum i dos: »Initialt 1–1,5 mg långsamt intravenöst. Ytterligare doser om ca 0,5–1 mg kan ges. Totaldos bör ej överskrida 3,5 mg». Djup

eller långvarig nedsövning utan respiratorstöd leder som bekant till koldioxidretention och småningom lungödem.

Målet god symtomlindring

I den utmärkta artikeln i Läkartidningen 17/99 [2] »Dormicum vid terminal oro och agitation» påpekas dels vikten av att målet i palliativ vård är en god symtomlindring utan kraftig sedering och med bibehållen förmåga att kommunicera, dels vikten av att följa ovanstående rekommendationer. Dessutom anmodas allmän försiktighet, då »de flesta patienter i palliativ vård har nedsatt organfunktion och står på starka opioider».

Man refererar också till en studie av Bottomley och Hanks [3] från 1990 där 22 av 23 patienter med hjälp av kontinuerlig subkutan infusion gavs god symptomkontroll med en maximal medeldos på 2,9 mg/timme.

Ovanstående doser skiljer sig på ett uppseendeväckande sätt från rekommendationerna i Helsing i Helsing [1]: »vanlig slutdos 10 mg/timme; ... ofta

högre dosering, vanligtvis 15–20 mg i timmen; ... upp till ca 30 mg/timme; ... maximalt har vi gett 50 mg/timme.»

Vetenskapliga data från 1990 har uppenbarligen inte tillämpats av Martin Helsing i Örebro år 1991. Har de rekommenderats 1998?

Det efterfrågade syftet med mitt inlägg: Att få en debatt om hur palliativ vård i livets sista slutskede bör bedrivas, och vad målet är, så att korrekt vård på vetenskaplig och etisk grund tillämpas.

»Non nocere» bör förvisso vara vägledande. »Att inte döda» gäller också.

Barbro Beck-Friis
professor,
Hultorp, Borensberg

Referenser

1. Helsing M. Nedsövning ger lindring till svårt sjuka cancersjuka patienter. Läkartidningen 1991; 88: 1065-6.
2. Jacobsson M, Strang P. Midazolam (Dormicum) vid terminal oro och agitation. Läkartidningen 1999; 96: 2079-81.
3. Bottomley DM, Hanks GW. Subcutaneous midazolam infusion in palliative care. J Pain Symptom Manage 1990; 5: 259-61.

Förebygger fysisk träning under graviditet bestående viktökning?

Karin Henriksson-Larsén belyser i Läkartidningen 17/99 hur träning påverkar den gravida kvinnan och konstaterar efter sin litteraturomgång att träningen övervägande har positiva effekter, även sent under graviditeten och med avseende på faktorer som födelsevikt, förlossningsarbete och missbildningsrisk.

Vi ser från vårt perspektiv på överviktsenheten en helt annan komplikation, som gynekologer och obstetiker i allmänhet inte engagerar sig i, nämligen bestående viktökning efter förlossningen. I en retrospektiv analys fann jag att 73 procent av de kvinnor som sökte hjälp för sin uttalade fetma beskrev sina graviditeter som viktiga utlösande faktorer, som ofta lett till minst 10 kg bibehållen vikt [1].

Ändrad livsstil

Vår bearbetning av data från Öhlins

material i Stockholm pregnancy and weight development study av drygt 1 400 kvinnor, följda upp till ett år efter förlossningen, visade att medelviktökningen ett år efter partus visserligen bara vara något kg, men att 14 procent bibehöll mer än 5 kg efter ett år [2]. De kvinnor som förändrat sin livsstil mest till det sämre (t ex avseende matvanor, måltidsordning och fritidsmotion) var de som löpte störst risk att behålla mera av vikten de lagt på sig under sin graviditet. Ett exempel: Kvinnor, som bibehållit >5 kg ett år efter förlossningen, redovisade ca 15 procent mindre fritidsmotion ($p < 0,05$).

Vi har således gemensamma intressen att utreda huruvida motion under och efter graviditet – utöver de av Henriksson-Larsén påvisade gynnsamma effekterna – kan bidra till att reglera kroppsvikten. Tyvärr lämnar oss dock den vetenskapliga litteraturen i sticket.

Gravida bör inte boxas

De artiklar om graviditet och motion som jag funnit vid min egen genomgång för American College of Sports Medicines räkning motsvarar sällan strikta krav på försöksuppläggning. Fett har i allmänhet bara uppskattats från total kroppsvikt. Socio-ekonomiska faktorer är sällan under kontroll. Kuriosa återfinnes också, man skriver t ex i amerikanska riktlinjer på fullt allvar att »man bör avråda gravida kvinnor från att ägna sig åt boxning»!

Merparten av de aktuella artiklarna berör förbättrad livskvalitet hos dem som varit fysiskt aktiva. »Skinfold» som mått på fettväv ökar dock mindre hos fysiskt aktiva kvinnor i Clapps arbeten [3].

Med den accelererande graden av övervikt och fetma som vi nu ser i Sverige är det angeläget att vi gemensamt identifierar strategier som förebygger