

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

**ANNONS**

## Läkarnas ansvar då läkemedelskostnaderna ökar?

Tar förskrivande läkare ansvar för ökade läkemedelskostnader?

Nu har vi på apoteken drabbats av förnyad hamstringsperiod. Så fort en taxehöjning aviseras börjar folk förse sig. Häromdagen skrek en kund till mig att jag visst visste att man har rätt att ta ut läkemedel för två år framåt. Ett frikort i sjukvården räcker exakt ett år. Varför blev det inte så med läkemedel?

Riksförsäkringsverket eller socialutskottet eller vem det nu kunde vara kom med ett tillägg att man får hämta ut en ny sats redan efter 45 dagar. Det skulle läkarna kunna förhindra genom att sätta tre månader i rutan för expeditionsintervall. Tyvärr gör de det alltför sällan.

Om det nu är hälsoekonomiskt försvarbart att minska återbesök i sjukvården genom att förskriva läkemedel för

15, 18 eller 24 månader, varför säger man då inte det?

Det talas om förändringar i prissättningen också. För mig som arbetat som farmaceut i trettiofem år är en sak helt klar: det borde bli en liten avgift på varje förpackning. Det bör aldrig vara helt fritt för kunden.

*Margareta Carlbäck*  
Apoteket Biet, Skellefteå

## Pseudodebatt för bort fokus från viktig forskning

Jag vill kommentera Ulf Petterssons korrigering i Läkartidningen 19/99.

Ulf Pettersson har rätt i att jag formellt inte blivit antagen som doktorand på medicinska fakulteten, efter att ha verkat som informell doktorand sedan 1994 på rättsmedicinska institutionen, Uppsala universitet, med professor Tom Saldeen som handledare. Detta faktum har lett till att min och min fru Birgittas

forskning, som nu föreligger i två färdiga avhandlingar, inte kommer att läggas fram vid Uppsala Universitet.

Vad tillför denna korrigering debatten om de resultat som blivit följden av den rättsmedicinska epidemiologiska forskning vi under fem år bedrivit och som redovisats i internationella vetenskapliga tidskrifter? Är det så att en pseudodebatt om våra kompetenser skapats för att förskjuta fokuseringen från forskningsresultaten?

Det faktum att vi inte kommer att

disputera på medicinsk fakultet vid Uppsala universitet har mycket liten betydelse för de resultat vi visat, nämligen att närmare 200 personer varje år dör av DXP-relaterade förgiftningar, att cirka hälften av dessa dör av ofrivillig förgiftning. Det kan inte heller påverka det faktum att en smärtstillande medicin, som både är beroendeframkallande och har hög toxicitet med nödvändighet måste leda till dödsfall.

*Ulf Jonasson*  
journalist och forskare, Uppsala

utvecklingen av fetma. Gravida kvinnor är ofta motiverade till hälsobefrämjande beteenden, rökstopp under denna period kan t ex vara framgångsrikt. Med en bättre kunskap om kostfrågor hos barnmorskorna (vilket de själva efterlyst) skulle vi kunna använda graviditeterna som ett försök att nå kvinnor med sådana råd som förebygger en efterföljande hälsovådlig ökning av kroppsvikten.

*Stephan Rössner*  
professor,  
överviktsenheten.  
Huddinge sjukhus

### Referenser

1. Rössner S. Short communication: Pregnancy, weight cycling and weight gain in obesity. *Int J Obes* 1992; 16: 145-7.
2. Rössner S, Öhlin A. Pregnancy as a risk factor for obesity. Lessons from the Stockholm pregnancy and weight development study. *Obes Res* 1995, 3: 267-75.
3. Clapp JF III, Little KD. Effect of recreational exercise on pregnancy weight gain and subcutaneous fat deposition. *Med Sci Sports Exerc* 1995; 27: 170-7.

LÄKARTIDNINGEN

www.lakartidningen.se

### Fulltext på Internet

Ansvarsnämndsärenden  
Debatt  
Disputation  
Ledare  
Läkemedelsnytt  
Meddelanden  
Medicinshistorisk paus  
Medicinsk kommentar  
Nya tjänster  
Stipendier  
Skvaller

### Endast på Internet

Dagbok  
Kongresser  
Nyttiga länkar  
Månadens fallbeskrivning  
Veckans nät  
Samspråk kolleger emellan – utan att redaktionen lägger sig!  
Prislistor för annonsering på Internet och i Läkartidningen  
Och mer skall det bli!