

Om än begränsad har dormicum en plats i vården av svårt sjuka

Man kan av Barbro Beck-Friis inlägg i debatten om dormicum i Läkartidningen 22/99 fastslå att på en punkt har vi samma syn, när det gäller att man »inte skall döda». I övrigt har vi olika erfarenheter.

Då det gäller dosering av dormicum och de doser vi använt uttitrerades de under 1989, dvs långt före den artikel som jag »borde ha följt». Det fanns vid denna tidpunkt inte något skrivet om dormicum för denna indikation som jag kunde hitta, så det skedde en noggrann uttitrering av lämplig dos, med hänsyn tagen till den andningsdepression som var känd.

Minoritet

Det var en minoritet av de »terminala» patienterna som erhöll detta på vår avdelning. Kriterierna var att vi först hade försökt klara av smärtlindringen på bästa sätt samt att patienterna och anhöriga visste vad vi gjorde. Att man sedan i den refererade artikeln av Bottomley och medarbetare har kommit fram till helt andra doser för att få effekt kan bara betyda att det inte har rört sig om samma typ av besvär som vi behandlade. I dessa låga doser uppnår man inte någon lindrande effekt på de patienter som kan komma ifråga för dormicum-behandling hos oss. Vi startade uttitreringen ungefär på den refererade nivån och hade inte doserna höjts så hade vi förkastat behandlingen som icke verksamt.

Den mycket höga doseringen på 50 mg/timme gavs exempelvis till en 25-årig man som i övrigt hade både intratekal och intravenös morfinbehandling i mycket höga doser. Det gick bra på dagarna, men nätterna var fruktansvärda för honom med värk och ångest. Han fick då dormicum som gjorde att han kunde sova och faktiskt vara uppe en del av dagen. Detta pågick under cirka en månad, varav den sista veckan med den höga dosen. Jag är säker på att det inte var dormicum som ändade patientens liv.

Det måste finnas mer än den ovan citerade artikeln som gör att Barbro Beck-Friis så kategoriskt kan avfärda en behandling och dosering på vetenskapliga grunder.

Att starta en debatt om vård i livets

slutskede utifrån förhållanden som man inte har kännedom om kan knappast gagna syftet. Det blir mer som ett försök att »kasta ut barnet med badvattnet» både vad gäller dormicum och allas vår strävan att göra det bästa för svårt sjuka cancerpatienter. Dormicum har sin

plats, om än förhållandevis begränsad, vid behandling av dessa patienter.

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

Replik:

På rätt indikation och i rätta händer – ja

Svåra ställningstaganden måste kunna diskuteras. Öppenhet och debatt skapar klarhet. Inom den palliativa vården ryms mycket smärta och lidande, men också hopp och glädje. Hur kunna ge livskvalitet? Hur hantera fysisk, psykisk, social och existentiell smärta? Opioider kan eliminera svår fysisk smärta. Det psykiska, sociala och existentiella lidandet kräver andra åtgärder. Livsfrågor och existentiell ångest kan inte medikaliseras. Det har mina obotligt sjuka patienter inom palliativ vård lärt mig sedan 1976.

Avseende »fallbeskrivning – 25-årig man ...» torde »... både intratekal och intravenös morfinbehandling i mycket höga doser» ha påkallat än större försiktighet med midazolam (Dormicum). Den varningen fanns i Fass-texten redan 1989.

Bottomleys doser är för övrigt inte

unika. Det är däremot de av Helsing använda doserna. Vid en genomgång [1] av 97 palliativa enheter i Storbritannien framkom det att 64 procent använde midazolam i kontinuerlig infusion. De maximala dygnsdoserna man använde var 10–160 mg/dygn, dvs 0,4–6,6 mg/timme. Helsing's doser på 50 mg/timme saknar all jämförelse.

Dormicum har förvisso en plats inom palliativ vård – på rätt indikation, t ex terminalt delirium – och i rätta händer.

Barbro Beck-Friis
professor
Hultorp, Borensberg

Referens

1. Johnson I, Patterson S. Drugs used in combination in the syringe driver. A survey of hospice practice. *Palliative Medicine* 1992; 6: 125-30.

Välkommen att dryfta framtidens läkare!

Redan för tio år sedan uppmanade Barbro Dahlbom-Hall läkarkåren att ta sitt ansvar och engagera sig mer i sjukvårdsorganisationen. Initiativet och inflytandet var oss inte givet, utan skulle med kraft och engagemang återvinnas!

Hur har det blivit? Barbro Dahlbom-Hall har blivit medicinsk hedersdoktor, vilket symboliserar en stor del av läkarkårens uppskattning av hennes outtröttliga och kärleksfulla engagemang i vår vardag.

Hur har det gått med sjukvårdsorganisationen: initiativet, möjligheterna till

påverkan, allmänhetens syn på läkarkåren? Det finns mycket övrigt att önska härom, men visst finns det framtidstro, eller?

Med stor glädje läste jag vår ordförande Bernhard Grewins mångfasetterade ledare i Läkartidningen 19/99 om »Framtidens läkare». Han tar upp mycket viktiga delar av den komplexa sjukvården och läkarkåren, bl a hur vi skall kunna skapa respekt för vår profession och öka förståelsen för vår arbetsituation. Han uppmanar oss att använda opinionen, skapa och utnyttja arenor för möte i samspelet med patienter.