

Vi talar inte om samma patientgrupp när det gäller Dormicum i vården

Jag har inget att invända mot det första stycket i det senaste svaret från Barbro Beck-Friis i Läkartidningen 24/99 om att svåra ställningstaganden måste kunna diskuteras; att öppenhet och debatt skapar klarhet; att opioider kan eliminera svår fysisk smärta men ej psykisk. Däremot förstår jag att det inte är samma patientgrupp som vi diskuterar.

»Livsfrågor och existentiell ångest kan inte medikaliseras», skriver Barbro Beck-Friis. De patienter som har behandlats med Dormicum hos oss har inte haft besvär som kunnat samtalas bort. Att skilja ut denna patientgrupp är för mig lika naturligt som att man behandlar förkylning och sepsis på olika sätt. Förkylning behöver inte medikaliseras, men däremot sepsis. Denna grupp av patienter har minskat sedan 1980-talet hos oss, dels beroende på bättre mediciner och behandling, dels på grund av platsreduktion som gör att någon annan får ta hand om dem.

Man kan som läkare göra två saker, endera hoppas att det går fort och läm-

na patient, anhöriga och omvårdnadspersonal i sticket eller behandla inom de ramar och den erfarenhet man har.

Min kunskap om hospisvården i Storbritannien är så pass dålig att jag inte kan ge mig in på en diskussion om denna. Indikation, syfte och uppnådd effekt av lågdos Dormicum-behandling alla dygnets timmar har jag ingen som helst erfarenhet av, men så lindriga besvär som detta tyder på har vi klarat av på annat sätt. Det framgår klart och tydligt i min artikel vad som var den vanligaste dosen samt vad som var extremer.

Barbro Beck-Friis tycks generalisera utifrån en extrem situation. Jag kan också konstatera att sammanställningar från engelska hospis samt egen tro utgör en så pass stark vetenskaplig och etisk grund att allt annat är falskt. En beskrivning av erfarenheter från en svensk onkologisk klinik med på den tiden en stor anhopning av mycket besvärliga fall stämmer inte in på denna »vetenskap».

Martin Helsing
överläkare, klinikchef, Örebro

Öka stödet till Rett-patienterna!

I Läkartidningen 15/99 skriver Christopher Gillberg och medarbetare om behovet av mer kunskap om ovanliga funktionshinder. Vår förening, RSIS (Rett Syndrom i Sverige), instämmer i inställningen att de team som byggs upp med stimulansmedel fortsättningsvis också bör få ekonomiska resurser för att vidareutveckla sin verksamhet.

Det team som vi har mest kontakt med är Rettcenter i Östersund, som har utvecklats till en mycket värdefull tillgång för de patienter vi företräder och för deras familjer. Rettcenter är specifikt för personer med Rett syndrom. RSIS förutsätter att det samlade Sjukvårdssverige är berett att ställa de ekonomiska resurser till förfogande som behövs för att Rettcenter skall bestå och kunna utvecklas på ett optimalt sätt.

Vi håller även med författarna om att den verksamhet som Ågrenska utanför Göteborg bedriver är mycket värdefull och att alla familjer som har barn med något av de mer ovanliga funktionshindern som beskrivs i artikeln borde ha möjlighet att få komma dit. Detta står inte i motsats till vartannat, då man på Rettcenter respektive Ågrenska bedriver helt olika verksamheter. Ågrenska är inriktat på insatser av social karaktär, medan Rettcenter ger en heltäckande medicinsk och habiliterande insats. Dessutom finns alltid Rettcenter tillgängligt för rådgivning.

Resurserna för vuxenhabilitering av dessa grupper måste öka. Det räcker inte att få bra hjälp och service när våra barn är små, de måste även få insatser med hög kvalitet i vuxen ålder.

Ulf Hånell
ordförande i RSIS, Harmånger

Slutreplik:

Professionell symtomkontroll bör vara en självklarhet

De patienter jag talar om är döende patienter i livets slutskede – precis som Martin Helsing's patienter – med symtom såsom svår smärta, ångest eller dyspné. Situationen i sig väcker existentiell ångest – hos patient, anhörig och personal. Smärtan, dyspnén och ångesten skall analyseras och behandlas riktat och professionellt – nedsövning är inte det optimala alternativet.

Teamsamverkan, dvs att vid behov hämta specialkunnande utifrån, är en hörnsten i den palliativa vårdfilosofin – t ex vid svårbehandlad smärta.

Lidande finns i alla livsskeden, självklart också inför döden. Onödigt lidande skall undanröjas, t ex lidande på grund av bristfällig symtomkontroll. Existentiell smärta går inte att medicinera bort. »Någon annan får ta

hand om dem» är ingen professionell lösning.

Att erbjuda professionell symtomkontroll samt stötta patient och anhörig i deras krisbearbetning, att eftersträva acceptans i en svår situation, att hjälpa patienten att hitta mening och hopp även i livets slutskede är däremot professionellt. Att erbjuda personalen, inklusive läkaren, handledning i dessa svåra frågor är också en självklarhet.

Att söva ner patienten med maxdoser på 30–50 mg Dormicum/timme är en mycket originell lösning. Det faktum att inga liknande doseringar finns rapporterade i litteraturen, varken i Sverige eller utomlands, borde mana till eftertanke.

Barbro Beck-Friis
professor,
Hultorp, Borensberg

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbel radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskrivent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.