

Kan terminal behandling med morfin-skopolamin påskynda döden?

Jag har med intresse följt Läkartidningens serie om palliativ medicin och även den diskussion som Barbro Beck-Friis tagit initiativ till om nedsövning av terminalt sjuka patienter i allmänhet och Dormicumbehandling i synnerhet.

Peter Strang påpekar i Läkartidningen nr 1–2/99 att många åtgärder inom palliativ medicin bygger på erfarenhetskunskap men att det vetenskapliga underlaget ofta är tveksamt eller obefintligt.

En åtgärd som jag skulle vilja ha kommenterad är bruket av morfin-skopolamin hos terminalt sjuka patienter utan grundsjukdom som ger upphov till smärta.

Vanlig behandling för terminal vård på ålderdomshem

Som Husläkare med ansvar för några ålderdomshem och gruppboenden för dementa samt i mitt deltagande i Äldreomsorgsjouren i Göteborg har jag funnit att det är mycket vanligt, för att inte säga regel, att patienter som vårdas terminalt i hemmet eller på ålderdomshem och i gruppboenden ordinerar morfin-skopolamin och i vissa fall bara morfin under sina sista levnadsveckor.

Anledningen är i första hand att man minskar det för omgivningen mycket besvärande slemrasslet som dessa patienter får genom sekretstagnation i första hand i svalget och i andra hand i trakea då patienter inte kan svälja och hosta adekvat under sin sista tid då vaketheten oftast är mer eller mindre nedsatt. Slemsug finns fällan tillgänglig på dessa ställen som drivs i kommunal regi.

Den andra orsaken till ordinationen är att patienten med morfin blir lugn och smärtfri. Personalen upplever ofta att patienten vid skötsel och vård grimaserar och gör avvärjningsrörelser som man tolkar som uttryck för smärta. Patienten drabbas ofta under den sista veckan av viss terminal konfusion och oro, som även den minskar med morfininjektioner.

Kan behandlingen påskynda döden?

Problemet med denna rutin är dock att dessa från början svaga patienter lätt sövs ned av morfinet, och den sederande effekten förstärks ytterligare av till-

lägget av skopolamin. Effekten blir således densamma som när man ordinerar Dormicum enligt ovan. I några fall har jag kunnat konstatera att en påbörjad peroral behandling med flytande antibiotika åt patienter med misstänkt eller konstaterad lunginflammation fått avbrytas sedan patienten slutat att svälja på grund av den ytterligare sedationen som morfin framkallat. Resurser för intravenös antibiotikabehandling finns ofta inte på dessa ställen.

Ett annat problem är det förhållandet att i Fass anges »sekretstagnation» och »andningsdepression» som kontraindikationer för såväl morfin som morfin-skopolamin. När man sätter in morfin-skopolamin hos en patient med tendens och troligen terminal lunginflammation som rosslar så sätter man ju faktiskt in behandling på indikationer som enligt Fass är kontraindikationer, då ju slemrasslet i luftvägarna måste betraktas som ett slags sekretstagnation och lunginflammation som en sjukdom som ger upphov till andningsdepression.

En tredje reflexion är att jag tycker mig i några fall ha konstaterat att patienten förvånansvärt snabbt avlidit efter det att morfin-skopolamin satts in och

undrar om inte läkaren med denna ordinationen påskyndat döden, som sannolikt ändå hade kommit inom en relativt snar framtid. Kan det vara så att morfins välkända andningsdeprimerande och hosthämmande egenskaper kan ha påskyndat döden? De patienter som inte tidigare stått på morfin är sannolikt extra känsliga för dessa »biverkningar».

Finns vetenskaplig grund för dessa frågor?

Vad säger expertisen? När skall morfin-skopolamin sättas in? Borde man inte helt gå över till rent skopolamin som finns tillgängligt som en ex tempore-beredning från Apoteket för att torka upp patientens luftvägar? Kanske även det nu åter tillgängliga Scopodermplåstret skulle kunna användas eller andra åtgärder vidtas, som att då och då lägga patienten i framstupa sidoläge för att få slemmet i halsen att rinna ut om man inte har slemsug?

Finns det någon vetenskap i dessa frågor eller bara beprövad erfarenhet?

Peter Lindvall
husläkare,
Göteborg

Replik:

Inga entydiga svar finns

Vi skall helt kort beröra användningen av skopolamin respektive morfin till döende patienter. Initialt tvingas vi konstatera att det finns synnerligen få, välgjorda studier inom området.

Vad gäller dödsrosslingar har antikolinerga medel erfarenhetsmässigt en effekt, även om dokumentationen i form av studier är mager. Antikolinerga medel (skopolamin, hyoscin butylbromid = Buscopan, atropin) minskar fortsatt slemsekretion i orofarynx, men torkar inte upp redan existerande slem [1]. Större slemmängder kan någon gång behöva försiktigt avlägsnas med sug, men oftast räcker lägesändring, t ex att lägga patienten i sidoläge. Många gånger kan rosslandet både komma från farynx och från lungorna, på grund av svikt. I dessa fall har furosemid en tilläggseffekt.

Morfins plats är svårare att definiera. Vissa studier visar att morfin har en gynnsam effekt på dyspné, även hos patienter som inte för övrigt behandlas med morfin [1, 2].

Andra studier visar ingen säkerställd effekt. Möjligen finns det subgrupper som har särskilt god nytta av morfinet. Smärtsam retning i lungor kan ge en känsla av andnöd, och det är en frestande tanke att just denna grupp skulle kunna ha nytta av morfin. Studier saknas dock som skulle styrka hypotesen. Även takypné är plågsamt för patienten. En morfidos som sänker andningsfrekvensen från 30–50/min till 20/minut skulle därför kunna uppfattas som en lättnad för patienten.

Vad gäller morfin till patienter som inte är döende finns om möjligt ännu mindre dokumentation. Många gånger

Vässa talangerna inför förhandlingen med hjälp av KLF-modellen!

I Läkartidningen 25/99 visar och kommenterar Göran Edbom, ordförande i läkarförbundets förhandlingsdelegation, färsk lönestatistik. Han understryker med stor tyngd att det finns en mycket graverande tendens i materialet som det inte råder något som helst tvivel om, nämligen att kvinnornas löner släpar efter kraftigt. Och läkarförbundet ska nu nysatsa på att höja de kvinnliga läkarnas löner.

Sedan de första larmrapporterna om kvinnliga läkares arbetsförhållanden kom 1986 har ojämlikhet mellan könen vad gäller betalning för utfört arbete varit ett välkänt och diskuterat fenomen för Sveriges Kvinnliga Läkares Förening (KLF).

I statistiken som Edbom kommenterar ser man att skillnaderna idag startar redan på specialistutbildningsnivå för att fortsätta hela karriärgången till verksamhetschefsnivå.

Kurser i löneförhandling

Därför startade Kvinnliga Läkares Förening 1998 löneförhandlingskurser för kvinnliga läkare. Kurserna har varit välbesökta och mycket uppskattade. Deltagarna har varierande bakgrund från nylegitimerade kolleger till blivan-

används morfin akut, t ex vid lungödem, med god effekt.

Peter Lindvalls frågeställningar kan emellertid inte entydigt besvaras och visar på vikten av forskning inom det palliativa området, för att kunna erbjuda en behandling på en vetenskaplig grund.

Peter Strang
professor,
Norrköping
Barbro Beck-Friis
professor,
Linköping

Referenser

1. Twycross R, Lichter I. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. 2a uppl. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; 977-92.
2. Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. 2a uppl. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; 483-516.

de verksamhetschefer och även kvinnliga fackliga företrädare för läkarförbundet.

I KLF-modellen blandas avtalsfakta med förhandlingsteknik och strategier, rösthantering och kroppsspråk och inte minst gruppövningar. Detta är ett forum inte bara för inhämtande av fakta utan för ömsesidigt utbyte av erfarenheter och en plattform att bygga från genom att lyssna, reflektera, öva och – inte minst – ha roligt tillsammans. Beträffande det fackliga innehållet och strategier har vi fått hjälp med kompetens från läkarförbundet.

Individuella löner lever vi redan med, och ser vi framåt kan den trendkänsliga ana en ökad decentralisering i lönebildningen. Då är KLF-modellen ett sätt för läkare att vässa sina talanger inför en förhandling. Att eliminera osakliga löneskillnader är ett mål i sig, men dessutom är det av största vikt för hela läkarkåren dels att sådana ej finns, dels att vi är riktigt lönesatta.

Att formulera ett mål är viktigt och vi vill fästa uppmärksamheten på en väg till ökad jämställdhet – KLF-modellen.

För Kvinnliga Läkares Förening
Tove Hallböök (sekr)

Klarade sig PIL-arna verkligen bäst?

I Läkartidningen 36/99 redovisar Martin Ritzén, Ulla Holm, Mariana Nicolausson, Stina Söderberg och Hans Åberg en utvärdering av Karolinska institutets läkarstudenter antagna enligt olika urvalskriterier. På KI har man sedan några år tagit in läkarstuderande mot bakgrund av motivation och lämplighet (PIL). Dessa antagningsformer är nu analyserade och resultaten redovisas i den aktuella artikeln. Då jag själv hade förmånen att delta i utvärderingen har jag läst studien med extra stort intresse. Jag ställer mig dock frågande till huvudresultatet av undersökningen. Enligt artikelns rubrik »PILarna klarade sig bäst» får man en uppfattning att det föreligger verkliga skillnader mellan de olika grupperna av läkarstuderande. Hur ha man kunnat dra denna slutsats?

I Figur 1 i artikeln redovisas de mest betydelsefulla resultaten. Det är uppenbart för mig åtminstone att huvudgrup-

perna (de som togs in med betyg, högskoleprov samt PIL-arna) får en likartad skattning av klinisk lämplighet. Cirka 10 procent är utomordentligt lämpliga, 40–50 procent mycket lämpliga, några få procent mindre lämpliga eller olämpliga. Resten är acceptabla eller lämpliga.

Den korrekta slutsatsen måste vara att intagningsförfarandet inte spelar någon större roll för de framtida resultaten, dvs PIL-are klarar sig lika bra som de andra intagna (vilket i sig är bra nog). Ingen statistisk signifikantest mellan grupperna presenteras i artikeln. Jag önskar få kännedom om vilka vetenskapliga metoder författarna har använt för att komma fram till att PIL-arna bedöms som bättre än övriga kvotgrupper när det gäller lämplighet som blivande läkare.

Peter Arner
professor, Karolinska institutet

Replik:

Lyckades väl med teoretiska och kliniska studier

Vår slutsats har inte varit att »PILarna klarade sig bäst» (rubriken sattes inte av författarna utan av Läkartidningen!), utan att »... den grupp studenter som

annars ej skulle ha antagits på traditionellt sätt lyckas väl med sina teoretiska och kliniska studier». Den slutsatsen anser vi oss kunna dra, med hänsyn till ►