

Kokain i næsen – til hverdag, ikke til fest

Klokken er præcis 08.00, da skydedøren glider op på en skarpt oplyst operationsstue på Rigshospitalet. Alt er sterilt, stille og kontrolleret. Ind træder narkosesygeplejersken sammen med dagens første patient. Karl er 21 år. Han er en høj fyr med et skævt smil; og det er netop smilet, der er årsag til han fortsætter ind midt i rummet og følger anvisningen om at lægge sig op på det smalle operationsleje. Om få minutter skal han gennemgå en omfattende kæbekorrigerende operation i fuld narkose. Kirurgerne vil skille hans overkæbe fra kraniet med en hammer og mejsel og skrue den fast igen med skinner og skruer – så den ender i korrekt position.

Jeg sætter elektroder på Karls bryst, måler hans blodtryk og sætter en lille klemme på fingeren, der holder øje med ilten i hans blod. "Er du klar?" spørger jeg. "Ja mand!" svarer han spændt, og det skæve smil toner frem – for sidste gang. Karl holder sig for det ene næsebor. Han får en sprøjte med en lille forstøver for enden. "3... 2... 1... NU!" Karl snuser kraftigt ind. Han hoster. Karl har netop fået 80 milligram kemisk ren kokain – leveret helt legalt af Region Hovedstadens Apotek.

Kokain som medicin

De fleste forbinder kokain med natklubber, sammenrullede pengesedler og ulovlige rusmidler. Men på hospitaler har stoffet haft en helt anden rolle i over 100 år. Allerede i slutningen af 1800-tallet opdagede man, at kokain har en usædvanlig kombination af egenskaber: Det virker både lokalbedøvende og får blodkarrene til at trække sig sammen. Ingen andre lægemidler har den kombination af egenskaber. Netop derfor har det været populært og især ved indgreb i næse og svælg, hvor blødning hurtigt kan blive et problem, og hvor procedurerne også udføres på vågne patienter.

Men kokain har en slagside. Det er potentielt afhængighedsskabende, det er næsten 100 gange dyrere end dets klassiske alternativer og det er et narkotikum. Der findes alternativer til både lokalbedøvelse og forebyggelse af blødning, men det har længe været uklart, om kokain er et overlegent stof. Jeg besluttede mig for at undersøge om kokain er bedst. Det var det ikke.

Når vejtrækningen overtages af maskiner

Grunden til, at Karl får kokain i næsen, handler om det næste skridt på operationsstuen. Når han bliver lagt i fuld narkose, kan han ikke længere trække vejret selv. Det klarer en respirator. For at koble respiratoren til kroppen skal der føres et plastikrør ned i luftrøret, såkaldt 'intubation'. Normalt føres røret ind gennem munden, men Karls operation kræver, at kirurgerne undervejs kan kontrollere hans sammenbid. Og det kan de ikke, hvis der ligger et rør i munden. Derfor skal røret gennem næsen i stedet.

Problemet er bare, at næsen er snæver og fyldt med blodkar. Uden forberedelse kan det give kraftige næseblødninger at presse et rør igennem. Derfor får patienterne et stof, der trækker blodkarrene sammen og dermed skaber mere plads inde i næsen. På Rigshospitalet har førstevalget i mange år været kokain.

Bløder det mindre med kokain?

For at finde ud af det, gennemførte jeg et lodtrækningsforsøg på patienter, der alligevel skulle have lagt et respiratorrør gennem næsen forud for deres operation. Lige inden indgrebet fik de en næsespray enten med kokain eller med det mest brugte alternativ: Zymelin. Du kender nok Zymelin fra apoteket eller dit lokale supermarked, hvor det ofte ryger i kurven i forkølelsessæsonen. Det får næsens små blodkar til at trække sig sammen, slimhinden skrumper, og der bliver mere plads at trække vejret på. Praktisk, når man er snottet og mindst lige så praktisk, når et respiratorrør skal forbi.

Forsøget var såkaldt blindet. Patienterne vidste ikke, hvilket af de to lægemidler de fik. Det gjorde jeg heller ikke og heller ikke narkoselægen eller -sygeplejersken på operationsstuen vidste, hvilken næsespray der var brugt. Efter næsesprayen blev patienten lagt i fuld narkose, og intuberet. Undervejs vurderede den, der lagde røret, hvor meget det blødte ud fra en fastlagt skala. Da resultaterne blev gjort op, var konklusionen overraskende enkel: Der var ingen målbar forskel. Kokain forebyggede ikke næseblod bedre end Zymelin.

Gør kokain mindre ondt?

Blødning er én ting. Smerte noget andet. Næste skridt var derfor at undersøge kokains lokalbedøvende egenskaber. Denne gang deltog raske frivillige forsøgspersoner i et forsøg, der skulle undersøge, om kokain kunne siges at være mindst lige så godt som et hyppigt brugt smertestillende: lidokain.

Deltagerne mødte op tre gange. Hver gang fik de én af tre næsesprays: kokain, en kombination af lidokain og Zymelin, eller placebo i form af saltvand. Rækkefølgen var tilfældig, og deltagerne vidste ikke, hvad de fik hvornår. Ved hvert besøg blev der ført respiratorrør ind i næsen til omkring 10 centimeters dybde. Så langt inde er man sikker på at være kommet gennem det snævraste sted i næsen. Bagefter vurderede deltagerne, hvor smertefuld oplevelsen havde været på en skala fra 0 til 100.

Placebo virkede overhovedet ikke og patienterne syntes det gjorde mega ondt. Kokain havde en ret god effekt. Det havde lidokain/Zymelin-blandingen bare også – ingen betydende forskel.

Kan hospitalskokain give udslag i en narkotest?

I det sidste kliniske studie stillede jeg et spørgsmål, som de færreste havde overvejet: Kan den kokain, patienter får på hospitalet, give problemer uden for hospitalsdørene? Hvor længe kan det spores efter operationen?

Vi målte hvad der sker med kokain i kroppen over tid, når det gives i den vanlige dosis af 80 mg. Det svarer omtrent til mængden i en gennemsnitlig 'bane', når det tages i rusmiddeløjemed. Specifikt undersøgte vi efter et døgn, om kokain givet før intubation gennem næsen kunne spores i spyt- og blodprøver over de lovmæssige grænser for bilister.

Jeg allierede mig med Retskemisk Afdeling og forventningen var klar: Der burde ikke være noget at finde efter 8 timer. Men det var der! Fordi kokain teoretisk set burde være blevet nedbrudt inden for få timer, så bliver patienterne ikke informeret specifikt om, at de får

stoffet. Overraskende, så var niveauet af kokain og dets restprodukt over de gældende grænseværdier ikke kun timer senere, men helt op til et døgn efter operationen.

Det rejser et alvorligt og meget konkret problem. Hvis patienter udskrives kort tid efter deres operation, uden at blive informeret om risikoen for blivende høje niveauer af kokain i kroppen, så kan de i princippet sætte sig bag rattet og udløse en positiv narkotest. Kokainen er givet lovligt. Men hvis patienten bliver involveret i en trafikulykke, også selvom de er helt uden skyld, så er loven klar: De kan straffes, for de burde slet ikke have været i trafikken.

Studiet afslørede et overset behov: Patienter, der har fået kokain som en del af deres bedøvelse, bør tydeligt informeres om, at de skal undlade at køre bil i mindst 24 timer efter indgrebet. Ikke af hensyn til deres helbred, men af hensyn til loven.

Når gode intentioner drukner i skemaer

Som forsker er man vant til modstand. Hypoteser falder, data driller, og resultaterne bliver sjældent så klare, som man havde håbet. Men det største bjerg, jeg har skullet bestige, var ikke videnskabeligt. Det var administrativt.

Ironisk nok er det netop det system, der er skabt for at sikre ordentlig og etisk forsvarlig forskning, som har vist sig at være den tungeste forhindring. For mit mål var enkelt: at finde ud af, om vi faktisk gør det bedste for vores patienter.

Siden 2018 har jeg begået mig i forskningsmiljøerne, og i løbet af de år har jeg tydeligt kunnet mærke, hvordan det administrative net er blevet strammet. Der skal søges godkendelser. Indsendes dokumentation. Udfyldes blanketter. Flere blanketter. Og endnu flere ansøgninger. Ét system fører videre til det næste og der er kommet længere mellem interaktionen med et menneske i den anden ende.

For få år siden kom der endnu et lag oveni. Mindre, ikke-kommercielle forsøg (altså studier, der ikke er sponsoreret af medicinalindustrien, men udspringer lokalt fra en hospitalsafdeling, som mine) skal nu selv betale for den videnskabsetiske behandling af den obligatoriske ansøgning om tilladelse til at udføre et forsøg. En regning på omkring 40.000 kroner er ikke usædvanlig. Samtidig er det blevet stadig sværere at få fondsmidler. Mange fonde kræver nemlig, at forsøget allerede er godkendt, før de vil vurdere en ansøgning. Resultatet? Forskeren sidder i en fastlåst situation: Man skal have penge for at få godkendelsen – men godkendelsen for at få pengene.

Mit projekt blev yderligere besværliggjort alene på grund af forskningsemnet i sig selv. Kokain er et såkaldt magistrelt lægemiddel, det vil sige, at det fremstilles direkte på apoteket til brug på hospitalet og er ikke godkendt til almindeligt salg. Det gjorde det ekstremt svært at forklare myndighederne, at jeg altså ikke selv have fundet på at give en masse mennesker kokain, men jeg ville teste en eksisterende behandling. I praksis betyder de her meget rigide regler, at netop de lægemidler, vi ved mindst om, også er det sværeste at få lov til at forske i og det er ikke i patienternes interesse!

“Danske hospitaler giver dig kokain”

Karl er langt fra den eneste, der får lægeordineret kokain. Det sker dagligt på Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling på Rigshospitalet og har gjort det i årtier både her og på andre

hospitalet. Alligevel vakte det opsigt, da Ekstra Bladet i 2014 bragte overskriften: *"Danske hospitaler giver dig kokain – uden du ved det."* Artiklen var ledsaget af et foto af to baner kokain og en sammenrullet pengeseddel. Et billede, der passer meget bedre til en natklub end til en operationsstue. De interviewede læger tog dog journalistens forsøg på at sensationalisere historien helt roligt. Overlæge Troels Nielsen udtalte, at patienter jo heller ikke bliver informeret om alle andre bedøvelsesmidler, de får. Adspurgte til om der var nogen risiko svarede han kort: "Det har vi aldrig oplevet."

Men ikke alle er enige.

På Skejby Sygehus har man for længst droppet kokainen. Her bruger de i stedet en kombination af to andre lægemidler – ét, der bedøver, og ét, der forebygger blødning. Og i stedet for spray lægges medicinen i næsen med vædede gazestykker. Overraskende meget i sundhedsvæsenet bygger på tradition og erfaring snarere end solid viden om, hvad der faktisk er bedst. Når flere behandlinger virker "godt nok", kan det være svært for den enkelte at afgøre, hvilken der er den bedste, og ofte er det kulturbåret fra afdeling til afdeling, hvad der anses for at være mest korrekt.

Mellem tradition og evidens

Tilbage står studierne, som det trods bureaukratiet til sidst lykkedes at få godkendt og gennemført. På Øre-Næse-Halskirurgisk operationsgang på Rigshospitalet har resultaterne allerede sat sine spor. Der arbejdes for, at patienterne i dag bliver bedre informeret, når de får kokain som en del af bedøvelsen, og afdelingen har investeret i en ny, blødere type respiratorrør, der ridser mindre i næseslimhinden. Men spørgsmålet om førstevalget af medicin hænger stadig i luften.

Hvis der er noget, forskere kan blive enige om, er det, at klinisk forskning tager tid. Men implementeringen af de opnåede forskningsresultater? Det tager endnu længere. Valget mellem flere lægemidler med samme virkningsmekanisme er ikke kun et spørgsmål om data. Det er også kultur på en afdeling og vaner for den enkelte læge.

Studierne bidrager med ny og tiltrængt viden i et felt, hvor evidensen stadig er sparsom og peger på et helt grundlæggende spørgsmål: Skal vi overhovedet have et fast standardpræparat, hvis fordelene ikke er tydelige og der tilmed ikke er enighed på tværs af landets hospitaler? Hvis det skal til, så er der brug for flere studier og mere entydig evidens.

Flere har spurgt mig hvad jeg ville vælge, hvis jeg selv en dag skulle have et respiratorrør lagt gennem næsen. Jeg tror ikke jeg ville hænge mig i navnet på stoffet. Jeg ville i stedet håbe, at anæstesilægen vælger det præparat, hun eller han vurderer er det bedste til mig. For når man ligger der – med livet i andres hænder – så er klinisk dømmekraft det stærkeste middel lægen kan trække op af skuffen.