

Vad man skall berätta, och inte berätta

Joakim Färdow och Carl-Magnus Stolt har i en fin artikel i Läkartidningen 39/00 (sidan 4323-6) behandlat svårigheten att hantera prognostiken. Får jag vända på problematiken ett tag?

»Det ser bra ut nu, men kan snabbt bli sämre»

Jag hade under en följd av år kontakt med en lungläkare, som aldrig vågade uttala en gynnsam prognos utan ständigt varierade temat: »Det ser bra ut just nu, men det kan snabbt bli sämre», alternativt: »Ännu har det hållit sig, men man kan aldrig veta, det kan bli sämre igen».

Det var i och för sig riktigt ifråga om tuberkulosens prognos på 1940-talet, men effekten på patienterna var direkt kontraproduktiv. Den enda behandling, som då stod till buds var pneumotorax, som skulle fyllas varje månad under åtskilliga år. Att då varje gång få höra att »man kan aldrig veta hur det här skall gå» var milt sagt nedstämmande.

Senare undersökningar har visat att livslust och hoppfullhet är viktiga faktorer för ett gott immunförsvar. Att beröva patienten dessa faktorer är att försämra prognosen, och det krävs ganska stabil psykisk konstitution för att inte förtvivla. Alla hade inte det och åtminstone en patient, som jag kom i kontakt med, gick in i en garderob och hängde sig.

Försök att alltid hitta något positivt

Denna mångåriga erfarenhet lärde mig att själv alltid försöka finna något positivt att säga till mina patienter, utan att därför ljuga eller förtiga svaret på deras frågor. Det viktiga är att patienten märker att doktorn bryr sig om, engagerar sig, ställer upp.

Det kallas för empati, och jag tycker att det brister ifråga om det ibland – det finns inte tid, köerna är långa, du kan få vänta i veckor på att överhuvudtaget få ett besked.

Alltför ofta tycks det hända att allvarliga besked t ex om cancer ges per telefon, vilket med rätta har kritiserats. Man kan alltid säga till sin patient: »Det ser allvarligt ut, men tillsammans skall vi göra det bästa möjliga av situationen. Forskningen ger oss ständigt nya och bättre behandlingsmetoder, och vi skall se till att Du har det bra, slipper ha ont

m m.» Det vill säga den behandlingsfilosofi, som våra hospits utvecklar.

Erfarenheten är bedräglig och omdömet svårt, konstaterade redan Hippokrates, Vi har väl alla varit med om att vi felbedömt en prognos – att en patient hastigt avlider eller, omvänt, oförmodat tillfrisknar och lever längre än vi kunnat förvänta. Därför finns det all anledning att vara försiktig med sitt prognostiserande och i stället inrikta sina mödor på att bota, lindra och trösta, den gamla triaden, vars senare del stundom glöms bort eller inte hinns med.

Den pessimistiske lungläkaren var rädd att bli beslagen med en alltför gynnsam prognos. Jag har aldrig, under en snart 60-årig läkargärning, upplevat att någon förebrått mig för att jag ingivit dem hopp.

Modlösa patienter kastar sig i armarna på undergörare

Många patienter, som doktorn förespeglat hopplöshet, kastar sig i armarna på kvacksalvare och undergörare, som kostar mycket pengar men som ger dem hopp och livslust.

Jerzy Einhorn berättar i sina memoarer om THX-doktorn i Aneby, som gav sina cancerpatienter det verkningslösa THX (som han själv nog trodde på) men som framför allt gav dem hopp och livsglädje. Einhorn skickade dit sina elever för att de skulle få lära sig hur man psykologiskt hanterar sina patienter.

Visa att man bryr sig om

Varje patient är ett unikum. Hur man skall samtala med den enskilde om hans sjukdom, dess förväntade förlopp och behandling, är en del av läkekonsten som aldrig kan schabloniseras, men som vi kan lära av goda lärare och föredömen.

Erfarenheten från hospits har lärt oss att även svårt sjuka som är medvetna om sin dåliga prognos kan känna livsglädje och frid. Det kan främjas om de omges av empati, av läkare och annan personal som visar att de bryr sig om.

Nils Brage Nordlander
pensionerad överläkare, Uppsala

Litteratur

Nordlander NB. Skräms inte – uppmuntra! Läkartidningen 1994; 91: 2860-1.
Phillips DP, Ruth TE, Wagner LM. Psychology and survival. Lancet 1993; 342: 1142-5.

Mer om Turbuhalers handhavande

I anslutning till Bo Werkströms berättigade åsikter om Turbuhaler i Läkartidningen 37/00 (sidan 4053) vill jag peka på en detalj i konstruktionen av Turbuhaler, som uppenbarligen håller på att smygförsämrats. Det gäller infästningen av munstycket.

Fick besök av representant

I begynnelsen av Turbuhalers historia fick vi på apoteket besök av en läkemedelsrepresentant, som visade oss den rätta hanteringen av Turbuhaler. Han visade bl a hur man kan lyfta av munstycket för att i botten på det då blottlagda vita röret kunna se vad som händer, när man på korrekt sätt »drar fram» en dos, nämligen att en hälfförsedd skiva försvinner in i »magasinet» för att sedan, i och med »klicket», komma tillbaka med den avsedda dosen i hålen.

Man kan då också se att det inte blir dubbel dos om man råkar »dra fram» två gånger, det enda som händer är att man lurar räkneverket på en dos. Just det! Det kan alltså vara en bedräglig sanning, detta med cirka 20 doser kvar när den röda markeringen visas, beroende på hur många gånger jag råkat »dubbelklicka».

Räcker längre

Av egen erfarenhet vet jag dessutom att Turbuhaler är rejält överfylld, ibland har jag kunnat använda Pulmicort Turbuhaler en månad sedan den röda markeringen gått i botten. Den här kunskapen har jag delat med mig till många kunder, förträdesvis yngre med god syn, liksom till vårdpersonal i min omgivning.

Fabrikanten försåg oss dessutom med en stor påse lösa munstycken för att alla själva skulle få prova på placebo-Turbuhaler för att bättre kunna lära ut inhalationstekniken till vårdtagarna. Det upplevdes av alla som en trygghet att kunna kontrollera att doser verkligen fanns kvar, men detta var tydligen inte lönande för tillverkaren.

Munstycket fastsvetsat

I samband med en reklamation från vår distriktssköterska, som fått hela Turbuhalers »inkräm» i handen, när hon

försökt ta av munstycket, så fick vi veta att munstycket numera är fastsvetsat i mellandelen för att man inte skall kunna ta av det. Man påstod dessutom att det står i bipacksedeln att man inte får avlägsna munstycket. Det gör det inte, åtminstone inte i den till Dracos egen Bricanyl 0,25 mg.

Det hör till saken att den reklamerade Turbuhalern var en parallellimport,

men enligt importören är Turbuhalern tillverkad av Draco. Hemska tanke, svetsar man fast munstyckena på dem man säljer till annan distributör, medan man behåller dem lösa på sina egna?

Och detta utan att på något sätt meddela användarna om försämringen!

Carin Ahlstedt

leg receptarie, apotekschef, Funäsdalen

Replik:

Munstycket skall inte tas loss!

Carin Ahlstedt har i sitt inlägg ett flertal synpunkter på konstruktionen av Turbuhaler. Hon menar att denna medvetet »smygförsämrar» på grund av att munstycket »numera är fastsvetsat i mellandelen». Detta hindrar användaren att ta av munstycket; något som Ahlstedt ser som en trygghet för att kunna kontrollera att det finns doser kvar. Ahlstedt har också demonstrerat för många kunder hur munstycket kan tas bort.

Plocka inte isär inhalatorn!

Att uppmäna patienter att plocka isär Turbuhaler avråder vi bestämt ifrån. Varken Turbuhaler, eller någon annan inhalator, skall plockas isär av patienten. Det enda tillfället där munstycket på Turbuhaler bör bytas är när man utför reversibilitetstest med till exempel Bricanyl Turbuhaler. Detta görs då av en utbildad sköterska. Att Ahlstedt fått information om att man kan ta loss munstycket i »början av Turbuhalers historia», dvs för 14 år sedan, kan bero på att detta då var en helt ny typ av inhalator och att funktionen skulle föreslås.

Korrekt handhavande

Vi kan inte tillräckligt poängtera att det viktigaste för oss är patienternas säkerhet. För det första måste vi kunna garantera funktionen, och detta kan vi bara göra om handhavandet är korrekt.

För det andra är Turbuhaler konstruerad så att patienten aldrig kan mata fram en dubbel dos. Även detta är en viktig säkerhetsaspekt. Att »dubbelt klicka» medför då förvisso att man »lurar räkneverket på en dos».

Kostnaderna inte rimliga

Visst kunde det underlätta om räkneverket markerat inhalerade doser snara-

re än frammatade doser. Rent tekniskt är det dock inte möjligt att, inom ramen för rimliga kostnader, få räkneverket att markera inhalerade doser. Det finns för övrigt ingen inhalator idag som mäter inhalerade doser. Det är därför viktigt att vi och apotekspersonalen, alltid, är tydliga med att informera patienten om att följa instruktionerna noggrant med alla inhalatorer.

Dock är det så att för Symbicort Turbuhaler, som introducerats nyligen, har en del förändringar genomförts. Dessa förändringar ligger i att räkneverket har blivit tydligare och formen på munstycket mer anatomisk. Det går inte heller att montera bort munstycket. För de läkare som vill låta sina patienter prova den nya varianten finns speciella skyddshättor framtagna.

Slutligen några kommentarer kring den reklamerade inhalatorn, som enligt Ahlstedt är en Bricanyl Turbuhaler. Bricanyl Turbuhaler är densamma som alltid, dvs med ett munstycke som går att ta av, vid t ex reversibilitetstest.

Samma som parallellimportas

Om någon på felaktigt sätt försökt montera av munstycket på en Bricanyl Turbuhaler finns det en svetsfog som kan lossna, vilket vi får reklamationer på ett par gånger per år. Turbuhaler som parallellimporteras av andra företag från till exempel Spanien eller Portugal är densamma som säljs i Sverige.

Göran Tornling

medicinsk rådgivare, docent, Draco Läkemedel

Professorn som kreditupplysare

Kreditupplysning är i snabb tillväxt som ett sätt att pröva människors värdighet att få delta i ekonomismens och konsumismens sköna värld. Nu håller vi också på att få en del fria ordets kreditupplysning. Prästerskapet här är inte kamrerare utan professorer.

Det är ju en helt absurd ordning om just debattinlägg, samtal och liknande ska underkastas någon »som vet bättre» innan de får föras ut i öppenhet. Vad är det för överhetsfasoner? Professor Allebeck kan ju i likhet med vem som helst ta del av samtalet och göra de invändningar han finner nödvändiga.

Hela den argumentation som professorn formulerar (Läkartidningen 42/00, sidan 4741) för att referentbedöma debattmaterial är ju helt paradoxal i förhållande till artikelns avslutande förhoppningar om ett öppet samtalsklimat.

Anders Pihl

utredare, samhällsmedicin, Örebro läns landsting

*
Allebeck avstår från kommentar. red

Svårt se fördelarna med Ädelreformen

Med anledning av inlägget i Läkartidningen 37/00 (sidan 4041) av Ulla Åhs och Marianne Olsson:

Det positiva först. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) gör ett utmärkt arbete. Sedan finns inte mycket positivt.

Fortfarande ligger människor på sjukhus i månader, och i enstaka fall i år, i väntan. Skillnaden, jämfört med den tidigare verkligheten, är den betalningsansvarige. Idag »lönar» det sig ibland för kommunen att låta en patient ligga kvar på akutvårdsplats. Skillnaden är också kommunikationssvårigheterna mellan två byråkratier.

Två organisationer inblandade

Ädel har medfört att två istället för en byråkratisk organisation handlägger