

Sjukvården kan »trolla bort« döden, men inte trösta

Sjukvårdens möjligheter och beredskap att trösta har inte ändrats på 40 år. Genuin tröst har till en del ersatts av halvutsagda löften om medicinska möjligheter att trolla bort döden. Men det är bara dålig teater.

Nu var det 1971. Sedan några veckor vikarierade jag som yngste underläkare på den kirurgiska kliniken i Värnamo, och nu darrade jag inför mitt första utskrivnings- och informationssamtal med en dödsdömd. Vad skulle jag säga, och hur skulle det formuleras? Hur skulle jag kunna trösta och ge hopp när inget hopp fanns?

Patienten var en knappt 70-årig man från skogarna åt Gnosjö-hållet till. Tidigare kärnfrisk hade han under några månader fått tilltagande buksmärter och gått ner i vikt; Magnecyl och vispgräddade hade dålig effekt, och när han så blev gul sökte han upp provinsialläkaren.

Inkommen till kirurgiska kliniken blev det halvakut explorativ laparotomi, varvid överläkare Hjorth kunde konstatera en inoperabel pankreascancer.

Buken stängdes efter en snabbt anlagd koledoko-jejunostomi. Mannen kom fort på benen, såret läkte, gulheten avtog och smärtan kunde hyggligt kupe-ras med morfintabletter.

Så skulle han då få sin information och skrivas hem.

– Jag förstår att det är cancer och att den inte gick att ta bort, sa han innan jag ens hann öppna munnen.

Jag fick bekräfta hans påstående, och därefter vidarebefordrade jag under 10 minuters oavbrutet pratande alla mina bokliga kunskaper om cancer i bukspottkörteln.

Han satt tyst och stilla under mitt anförande, händerna vilade tungt i knäet. Ömsom såg han på mig, ömsom vred

han huvudet och såg ut genom fönstret på lönnarna som sprakade i höströdgult. Han kommenterade ingenting och ställde inga ytterligare frågor.

Jag klarade inte av tystnaden utan började forcerat prata om prognos och framtida behandling, försökte anlägga en optimistisk ton.

– Om du inte klarar dig därhemma är det bara att komma tillbaka, det finns ytterligare saker vi kan hitta på, sa jag, fast jag visste att det inte fanns ett enda vitt mer som vi kirurger eller andra doktorer kunde göra för att förlänga hans liv.

Långsamt vände han sitt ansikte mot mig och jag tystnade.

– Min unge herr doktor, sa han och det fanns en antydning till leende över hans läppar. Jag vet att jag kommer att dö och att tiden är kort. Jag har haft ett bra liv, och jag är inte rädd. Doktorn behöver inte ljuga för mig. Tack för god vård, jag har lagt 10 kronor i kaffekassan.

Och så gick han ut från läkarexpeditio-

»Dottern är en aning upprörd. Mamman blir ju inte bättre utan sämre.«

nen och återvände till sina skogar. Jag såg honom aldrig mer.

Snart 40 år har gått, och jag är på väg att avsluta mitt läkarliv.

Jag hoppar då och då in som tillfällig hjälpredd i det palliativa teamet. Nu ska vi åka ut till en 61-årig svårt cancersjuk kvinna, som vårdas hemma i sin villa. Distriktssköterskan har rapporterat att hon kräks och inte alls mår bra.

På vägen ut läser jag journalkopior från kirurg- och onkologklinikerna.

Tidigare helt frisk chefssekreterare med goda psykosociala förhållanden. För 3–4 månader sedan börjat känna av buken, efter snabbt accentuerade smärtor inlagd akut på kirurgkliniken. Efter gastroskopi, sigmoideoskopi, ultraljud, DT, perkutan mellannålsbiopsi samt ERCP med

»Ångesten lyser som lanterner i hennes ögon.«



Illustration: Jessica Romberg



JOHANNES JÄRHULT
professor, överläkare,
kirurgiska kliniken,
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
johannes.jarhult@lj.se

stentineläggning i koledokus, görs explorativ laparoskopi, som avslöjar utbredd tumörväxt i bukhålan inklusive levern och omentet. Stora delar av buken är helt hoplödda av tumörmassor. PAD visar lågt differentierat adenokarcinom sannolikt utgåendet från ventrikel eller pankreas. Man anlägger en port-a-cath och en PEG.

Patient och anhöriga informeras om diagnosen, men vad informationen bestått i, hur den förmedlats eller hur den mottagits av patienten står inget om i journalkopierna.

Det framgår emellertid att hon med hjälp av fentanylplåster är i stort sett smärtfri, uppegående och kan äta mindre mängder vanlig mat. Hon får remiss till onkologen och avslutas från kirurgernas sida. Kirurgepikrisen är knappt 4 veckor gammal.

Onkologkollegorna erbjuder nu patienten en cytostatikakombination för att därmed förlänga överlevnaden. Från onkologjournalen kan jag inte utläsa hur informationen om prognos och livskvalitet med eller utan cytostatika blivit utformad, men patienten accepterar tacksamt behandlingsförslaget.

Hon har nu hunnit få två kurer och väntar på den tredje. Betapred, Zofran och intravenös vätska har hittills kunnat hålla illamående och kräkningar hjälpligt i schack. Näringsdrycker och Nutriflex håller kakexin från dörren. Pumpar med stigande doser av opioider trycker tillbaka kroppslig och själslig smärta. Men nu behöver doktor och syster komma.

Vi stiger in i det prydliga huset och möts av en yngre kvinna med barn i magen. Jag presenterar mig; kvinnan, som är patientens dotter och min sjuksköterskekollega känner varandra sedan tidigare.

Dottern är en aning upprörd. Mamma blir ju inte bättre utan sämre. Mer trött, mera ont, mera illamående, mera kräkningar. Kan det vara fel mediciner, för lite mediciner, för många mediciner? Varför blir magen alltmer uppspänd? Skulle man inte röntga buken igen? Ligger verkligen PEG:en rätt? Bör man inte kontrollera hennes blodvärden lite oftare? Borde det inte gå att få slut på de där otäckta kräkningarna? När nu mamma kämpar så tappert mot sin sjukdom.

Vi går in i vardagsrummet där patienten sitter uppallad i en sjukhussäng. Hon har gjort sig presentabel inför doktorsbesöket. En färgglad schal är virad om hennes huvud för att dölja den cytostatikaframkallade skalligheten. Läpparna har mött läppstiftet, kanske lite, lite rouge på kinderna.

»Dödens lanterner lyste lika starkt när jag lämnade sjukrummet som när jag kom.«

Men vävnaderna runt okbenen har sjunkit in och kraniet börjar framträda. Ångesten lyser som lanterner i hennes ögon.

Vi hälsar på var-andra. Jag försöker svara så vänligt och ärligt jag kan på alla frågorna om prover och mediciner och kroppsliga symtom och laborativvård och tidigare och kommande röntgenundersökningar. Jag slingrar mig ur frågor om cytostatikabehandlingens framgångar; en enögd medicine kandidat kan ju se att canceren håller henne i sitt järngrepp, och inga cellgifter i världen kan få den att släppa taget.

Dottern påtalar att mamma kämpar så tappert för hon ska vara med på dotterns bröllop senare i höst. Patienten nickar instämmande.

Jag spelar med i teatern och säger att jag verkligen hoppas att det ska bli så, trots att min kirurgerfarenhet säger mig att hon är död inom högst en månad.

Och så justerar jag en del bland medicinerna, ordinerar lite blodprov, önskar lycka till vid nästa besök hos onkologen. Min sjuksköterska, som med sin mjuka halländska och sitt varma leende gjort sjukrummet lite ljusare, lovar att hålla kontakten.

Vi sätter oss i bilen och åker ner mot sjukhuset. Vi talar vardagligt om vardagliga ting, men inombords är jag sorgsen.

Jag har gjort mitt bästa för att dämpa symtomen från de cancerangripna organen, jag har varit ytligt vänlig men i själ-

va verket har jag övergivit den döende chefssekreteraren och hennes dotter. Dödens lanterner lyste lika starkt när jag lämnade sjukrummet som när jag kom.

Men hade det varit bättre att konfrontera henne med sanningen, fått henne att avstå från meningslösa cytostatikakurer och i stället använde den korta utmäta tiden till att krama sin dotter och känna efter barnbarnets sparkar i livmodern? Sannolikt inte, men å andra sidan vet jag det inte heller.

I varje fall är det inte den stackars onkologens fel. Det är hela sättet att tänka som är fel.

Några veckor senare ser jag patientens dödsannons i lokaltidningen.

Det var inte bättre förr. Vi vet oändligt mycket mer i dag än 1971; om sjukdomars orsaker, om deras förlopp och behandling. Om sjuka och döende människors psykologi och vårdbehov, om anhörigas reaktioner på sjukdom och död. Travarna av medicinska doktorsavhandlingar när halvvägs till månen. Våra möjligheter att lindra och bota är oändligt mycket bättre nu än 1971.

Men våra möjligheter att trösta och vår beredskap att trösta har inte ändrats på 40 år. Till en del har vi inom sjukvården ersatt genuin tröst med halvutsagda löften om medicinska möjligheter att trola bort döden.

Men det är bara dålig teater.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

Fler debattinlägg på sidan 602.

APROPÅ! Information om PIN-koden

Samma kod för alla Apotekets tjänster

■ Svar till Ingegerd Wahl, angående PIN-kod till Apoteket (Läkartidningen 5/2009, sidan 297).

Förskrivare med svensk behörighet kan via en central mottagning, Nationella telefonrecepturen, ringa in telefonrecept till alla apotek i Apoteket AB via ett enda telefonnummer och ett enda samtal. Genom att använda en

sjuksiffrig kod verifierar förskrivaren sin identitet. Koden är personlig, och samma kod används för alla tjänster som Apoteket erbjuder där identifiering måste göras, det vill säga både när man ringer i tjänsten och som privatperson. Vår erfarenhet är att många förskrivare tycker det är positivt att ha samma kod för alla apotekets tjänster.

Information till förskrivare finns att hitta på <www.apoteketfarmaci.se> samt på anmälningsblanketten till tjänsten. Informationen om den personliga koden har förtydligats, och vi hoppas att det räcker för att undvika framtida missförstånd.

Elisabet Linge Bergman
presschef,
Apoteket AB