



**Peter Strang**, professor i palliativ medicin, överläkare, Karolinska institutet samt Stockholms sjukhems FoUU, Stockholm ([peter.strang@onkpat.ki.se](mailto:peter.strang@onkpat.ki.se))

## Existentiell kris när doktorn är döende

■ Läkare hanterar inte alltid sina närståendes eller sin egen sjukdom särskilt väl. Chen och medarbetare intervjuade åtta läkare vars föräldrar varit svårt sjuka och fann att läkarna utsattes för motstridiga krav på både det inre och det yttre planet [1]. Det hade varit mycket svårt för dem att förhålla sig som vanliga anhöriga när de var medicinskt kunniga och hade kontakter, samtidigt som den behandlande läkaren dessutom ofta förväntade sig både synpunkter och insatser från den anhörige läkaren. Ännu svårare är det för läkaren att själv bli patient. Korridorconsultationer är vanliga, och risken för fördröjd diagnos, under- eller överbehandling är stor [2]. Den sjuke läkaren tenderar att välja läkare som han/hon känner, dvs ett socialt val i stället för ett rationellt val utgående från sjukdomen. Det finns risker för glidningar i professionell hållning från empati till sympati där den behandlande läkaren identifierar sig med patienten [2].

### När doktorn själv blir patient

I en aktuell fallstudie i JAMA beskrivs hur en erfaren läkare, tillika klinikchef, hanterar sin egen förestående död och hur kolleger relaterar till detta [3].

**Fallbeskrivning.** I korthet handlar fallet om en 50-årig läkare, chef för en medicinklinik, som först blev allvarligt hjärtsjuk och senare även utvecklade polycythaemia vera som övergick i myelofibros. Han sköttes under många år av en ung kardiolog på den egna kliniken och senare även av en hematolog. I livets slutskede deltog även hans son, som var läkare, i arbetet.

Sjukhistorien karakteriseras av att den dödligt sjuke klinikchefen förnekade allvaret i sin sjukdom och förringade och dölde sina symtom. Han hade stort behov av att ta kontroll och vara »senior läkare«, bl a genom att avböja den unga kardiologens förslag till invasiva ingrepp och genom att ordinaera sitt eget blodtransfusionsschema för myelofibrosen. Konsultationerna skedde i god anda, men rollerna blev oklara. Trots alarmerande symtombild förnekade han sjukdomsprogress och förklarade för omvärlden att han skulle bli bättre. Han förbjöd att »ingen hjärtåterupplivning« skrevs in i journalen. Ändå accepterade han till slut hospisvård, där han vårdades de sista sex veckorna.

### Läkarrelationen – ramarna bör diskuteras öppet

I artikeln intervjuas de behandlande läkarna, och sjukhistorien diskuteras ur olika läkarperspektiv: professionell hållning, bemästring (coping), självmedicinering, professionell identitet, kontrollbehov, stoicism och beroende. Vidare diskuteras strategier för att behandla en kollega. Författarna betonar vikten av att behandla den sjuke läkaren som både en vanlig och en »ovanlig« patient, vilket också understryks i annan litteratur [2]. Vanliga rutiner bör användas, men man bör diskutera fram ramar för relationen i öppna ordalag. Hur vill den sjuke bli behandlad? Är det OK att läkaren ges samma grundliga information som andra patienter? Kan man skapa regler för självmedicinering och inofficiella korridorconsultationer så att den officiella vården inte missar något? Har den sjuke lä-

### Sammanfattat

Dilemmat då en läkare själv drabbas av en svår, livshotande sjukdom och tvingas hantera sin egen förestående död har illustrerats i en fallbeskrivning i JAMA.

Här framgår tydligt vanliga bemästringsstrategier hos läkare – t ex informationssökande, intellektualisering, förnekande etc. Här beskrivs också de behandlande läkarnas svårigheter att inta och hålla kvar en professionell hållning gentemot patienten/kollegan.

Artikeln undviker dock att beskriva den existentiella kris som uppstår då döden blir en realitet. Inte heller kommenteras den känsla av vanmakt och frustration som ofta uppstår.

karen speciella önskemål vad gäller sekretess, när många på sjukhuset känner honom/henne?

### Professionell hållning måste medvetandegöras

Författarna lämnar stort utrymme för att diskutera vanliga bemästringsstrategier hos läkare: t ex informationssökande, intellektualisering, minimering av problem, förnekande, distraction genom att fokusera på en enskild teknikalitet i behandlingen i stället för att greppa allvaret. De betonar också att många, men inte alla, läkare har kontrollbehov, vilket bl a yttrar sig i självmedicinering.

Vad gäller den behandlande läkaren betonar författarna risken för glidningar i den professionella hållningen från empati till distanslös sympati. I sådana situationer är risken för professionella misstag stor: man avstår från generande undersökningar såsom rektalpalpation eller gynekologisk undersökning av missriktad omtanke [2, 4], man vill ge en orealistiskt positiv bild, man avstår från att fråga om missbruk eller våld, även om det skulle finnas skäl till frågorna, och man undviker psykosociala frågor i stort.

Sammanfattningsvis rekommenderar artikelförfattarna medvetenhet om den professionella hållningen och varnar för såväl överinvolvering som extrem distansering och teknikalisering. Vidare betonar de att läkaren i viss mån måste behandlas på ett annat sätt än vanliga patienter på grund av hans/hennes unika förutsättningar och förkunskaper. I princip gäller detta naturligtvis alla patienter: man skall behandla patienten professionellt utgående från dennes verklighet.

### Den existentiella krisen förbises

Till och med i denna analyserande artikel avstår författarna från att beskriva den existentiella kris som drabbar vanliga pa-

tienter såväl som sjuka läkare när döden blir en realitet [5-7]. Inte heller kommenteras den starka känsla av vanmakt och frustration som ofta uppstår [8], i stället diskuterar denna artikel bemästring och kontrollbehov på ett kognitivt plan.

Ur ett existentiellistiskt perspektiv är dödsångesten och dödsförnekandet tydliga i fallbeskrivningen [5, 9]. Denne erfarna läkare vet att man kan dö av rytmrubbning, men det som gäller andra gäller inte honom initialt. Som internmedicinare vet han att man inte kan överleva polycythaemia vera som gått över till en transfusionskrävande myelofibros någon längre tid. Ändå signalerar denne välutbildade patient att han skall bli bättre, och han vill absolut hjärtåterupplivas om han skulle få ett hjärtstillestånd. Med Per Salanders termer skapar han en kreativ illusion, dvs han är medveten om allvaret och realiteterna, men väljer att förminska dess innebörd för att stå ut med vetskapen [10].

Den kliniske existentialterapeuten Irvin Yalom beskriver två grundhållningar till livet och döden som alla människor har: nämligen »specialness« – det kan drabba andra, men inte mig samt tanken om »the ultimate rescuer«, dvs att »just jag kan räddas genom ett mirakel, ett medicinskt genombrott, en personlig Gud eller en lycklig slump som bara gäller mig« [5].

För denne läkare blev upplevelsen av »specialness« uttalad: »Självklart kan man dö av en hjärtarytmi eller polycythaemia vera, men det gäller knappast mig som verkligen vet hur man skall medicinera.« Likaså var »the ultimate rescuer« uttalad: »Om något oväntat skulle krångla så har jag ett nätverk av experter som är personliga vänner, de fixar det.« Dessa två grundhållningar har en kronologi: I första hand är man osårbar, om man ändå försämras finns alltid en räddning i korridorconsultationer.

Patienten förnekade symtom och hävdade till allas frustration att han skulle bli bättre. I existentiella termer hävdar Yalom att ett sådant förnekande kan fylla en funktion: »Omvärlden har redan accepterat min död, men det har inte jag!« Tanken på att livet kommer att gå vidare utan den sjuke läkaren är pågåsam och väcker tankar om livets mening: »Vad var mitt livs mening, gjorde jag rätt saker, valde jag rätt?« Kontradiktioner är vanliga inslag i dödsångesten [9, 10]. Denne patient förnekade symtom och skulle bli bättre – ändå accepterade han hospisvård. Yalom betonar att dödsångesten sällan ses i öppen form, utan den maskeras i försvars- och bemästringsmekanismer [5].

Den behandlande läkaren kommer också att relatera till de två grundhållningarna. Den sjuke läkaren är »speciell« och den behandlande läkaren som fått bli patientansvarig läkare känner sig utvald. Alltså måste läkaren erbjuda extra bra behandling denna gång. Risken för identifiering och glidning mot distanslös sympati är stor [2, 4, 11]. »The ultimate rescuer«-tanken finns också där: »I detta fall borde vi nog konsultera andra centra, det kan ju finnas något nytt ...«

Av sjukhistorien framgick det att man inte diskuterade allvaret i öppna ordalag. Självklart finns det anledning att tro att denne läkare visste att han var döende, men i motsats till andra patienter fick han inte dela sin börda. Den existentiella ensamheten var sannolikt stor: trots familj och välmenande kolleger var han helt ensam med sin egen förestående död. Timothy Quill ger i en artikel i JAMA råd om hur sådana svåra diskussioner kan initieras och vilka delområden man kan

**Ändå är en aktiv närvaro just den kraftfulla åtgärd som gör att en patient kan uthärda sin existentiella ensamhet. En läkare som använder närvaro som ett redskap på samma naturliga sätt som läkemedel, behöver inte känna så stor maktlöshet i en tyst samvaro.**

fokusera på, områden såsom kvarvarande livsmål och värden när tiden är utmätt, frågor kring eventuell återupplivning och palliativ vård [12].

### Närvarons kraft

Författarna betonar vikten av dels närhet för att få kontakt, dels distans för att kunna göra professionella avvägningar. Läkare använder ofta professionell objektivitet, problemlösning, distans och gränssättning som känslomässiga skydd i sitt arbete. Sådana strategier behövs, men en rigid gränssättning riskerar att osynliggöra den personliga upplevelsen och innebörden av en livshotande sjukdom. En välutvecklad professionell hållning är inte statisk, utan förutsätter att man

med stor medvetenhet kan glida inåt, stå nära, likaväl som man måste ha förmågan att distansera sig när beslut skall tas.

Vad författarna förbigår helt är den egna existentiella basen i denna typ av patientmöten: Vilken bas har man för att lindra för en patient som känner dödsångest? Med en större medvetenhet hade patienten inte behövt vara så ensam i sitt kontrollbehov. Vilken egen syn har man på livets mening och meningslöshet? Jobbet hade gett patienten mening och identitet, och med en kunskap om detta hade möjligen patientens vilja att vara läkare ända in i döden kunnat integreras bättre. Hur kan en existentiell ensamhet lindras? Författarna skriver att de kände sig maktlösa och att de bara kunde »vara närvarande«.

Ändå är en aktiv närvaro just den kraftfulla åtgärd som gör att en patient kan uthärda sin existentiella ensamhet [5]. En läkare som använder närvaro som ett redskap på samma naturliga sätt som läkemedel, behöver inte känna så stor maktlöshet i en tyst samvaro.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Chen F, Feudtner C, Rhodes L, Green L. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med* 2001;175:236-9.
2. Schneck S. »Doctoring« doctors and their families. *JAMA* 1998;280:2039-42.
3. Fromme E, Billings J. Care of the dying doctor. On the other end of the stethoscope. *JAMA* 2003;290:2048-55.
4. Tyssen R. Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121:3533-5.
5. Yalom I. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books Inc Publisher; 1980.
6. May R. Den omätbara människan. Om människosyn i existentiellistisk psykologi och terapi. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
7. Strang S. Spiritual/existential issues in palliative care. Göteborg: Göteborgs universitet; 2002.
8. Milberg A, Strang P, Jakobsson M. Next of kin's experience of powerlessness and helplessness in palliative home care. *Support Care Cancer* 2004;12:120-8.
9. Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliat Med* 2000;14:499-507.
10. Salander P. Den kreativa illusionen. Om cancersjukdom och anhöriga – om utsatthet och bemötande. Lund: Studentlitteratur; 2003.
11. Lipsitt D. Doctoring doctors. *JAMA* 1999;281:1084.
12. Quill T. Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients. *JAMA* 2000;284:2502-7.