

Oddsens till Trots

-

om att överleva
cancervården

Ulf Brånell

© **Ulf Brånell 2007**

KGST AB, 52026 Trädet, www.klokast.se

Tryckt i Estland 2007

ISBN 978-91-633-1417-9

Inledning 3**Berättelsen om Kicki 5**

Människor spår 5

Blå tåget 8

Att ställa och meddela diagnos 11

Tro Hopp och Kärlek 16

Dr Hamer 20

Komplikationer 29

Kickis brev till klinikerna 30

Möte med specialistkliniken 32

Raksträcka 36

Djupdykning 39

Ny djupdykning 43

Makens anteckningar 45

Tvåra kast 51

Mysterier avslöjas 65

Med livet i behåll – men att sia är svårt. 69

Myter och lärdomar om cancer och cancervård 71

Om patientinformation, diagnoser och prognoser 71

Men hur ger man negativa - oroande - besked på ett bra sätt? 73

Konfrontationer 74

Anhörigrollen och den sociala situationen. 75

Cancermyterna och deras konsekvenser 77

Myterna är dödliga 78

Myterna försvaras och upprätthålls 79

Kropp, själ och placebo 82

Varför har dödligheten i cancer inte sjunkit? 86

Cancermyternas yttersta syfte 96

Cancer i verkligheten då? 98

Prognoser - att läsa statistik 98

Beror skillnaden i dödlighet på canceren i sig? 102

Kan skillnaden i dödlighet förklaras av att cancerbehandlingen är så effektiv? 103

Beror skillnaden i dödlighet på andra faktorer - t ex andra skadeverkningar av cancerbehandlingen och övrig behandling under de första åren? 104

Kicki – ett undantag? Ingalunda! 108

Ersätt cancermyterna med verklighetsbaserade teser! 109

Alternativ behandling av cancer 112

Alternativ behandling i praktiken då? 116

Att ta vara på erfarenheter 119

Statistiska metoder och deras begränsningar 120

De individuella orsakerna till cancer och valet av behandling i det enskilda fallet 123

Några alternativa erfarenheter, tips och resurser för egenvård: 126

Remarkable Recovery 126

A Course in Miracles 127

Hypnoterapi, guideade meditationer, den inre resan 128

SIEMs kurs i ekologisk medicin 130

Andra avgiftande , immunstimulerande och tumörbekämpande metoder 130

Hälsohem och utlandsvård 136

Cancer-, patient- och handikappföreningar 137

Fonder och bidrag 137

Den kulturella bilden av cancer 138

Brev till dig som fått eller misstänker cancerdiagnos 143

Inledning

Denna bok handlar om cancer. Det är inget särskilt behagligt ämne. Å andra sidan bör den vara bland det trevligaste du kan läsa om du drabbats – eller skulle komma att drabbas i framtiden - ty den visar på hopp, möjligheter och utvägar i stället för domedagsvisioner.

Det finns risk att många läser den i senaste laget. Ty det mesta här är nytt och stämmer inte överens med den officiella cancerinformation som du stött på nästan överallt annars. Nyheter kräver omtänkande, och det tar tid och kräver ork och uthållighet. Ork, tid och uthållighet är dock ofta bristvaror om man drabbats av cancer.

Hur kan jag då ha nåt nytt att komma med i denna fråga? Jag är ju ”inte ens” läkare eller cancerforskare. En del av svaret är att jag som naturmedicinare ändå har ägnat rätt lång tid åt studier av frågan, och åt behandling av sjuka. Jag har också rejäl personlig erfarenhet av den situation man hamnar i när diagnosen slår ner. Tänk dig gärna att du själv ska åka med ett rymdskepp till månen: Vill du helst ha med dig en astronom, en raketteniker eller geolog – eller någon som har varit på månen förut?

En del av boken följer det lärorika händelseförloppet när min egen hustru – Kicki – fick cancer och så småningom skickades hem för att dö. Du kommer

snabbt att finna att denna berättelse har föga gemensamt med de skönmålande officiella beskrivningar som du är van vid. Motivet till detta ganska självutlämnande avsnitt är att det är av verkligheten och misstagen man lär sig allra bäst. Den som står inför att konfronteras med cancervården, och tänker överleva mötet, gör klokt i att ta reda på vad det är han kommer att möta. De officiella fyrfärgsbroschyrerna och läkarsamtalen kan då behöva kompletteras med mer osminkade verklighetsskildringar.

En annan del av svaret är att ”det nya” som jag har att komma med till största delen inte alls är något nytt, och inte något som är mina alldeles egna uppfinningar. I stället finns det mycket fakta, många synsätt och mycket kunskap som förtigs, undertrycks och smugglas undan, för att cancervården med dess binäringar (läkemedelsindustri mm) ska få rulla på så ostört som möjligt. Att det är ”nytt” betyder egentligen bara att det (tills nu) varit okänt för de flesta, inte att det är något som uppstått den allra sista tiden.

Ett sista avsnitt vänder sig speciellt **till just dig som nyligen fått en cancerdiagnos**, eller allvarliga misstankar om att du har cancer. Om du är i den situationen kan du gå till sidan 143 och läsa den först. Sedan kan du komma tillbaka hit och börja om härifrån.

Berättelsen om Kicki

Människor spår

- Nu när vi är klara med köket har vi väl gjort vårt sista större projekt? sa jag till Kicki när vi vandrade uppför backen till Fräsegården, en midsommarkväll. - Sen kan vi väl luta oss lite tillbaka ändå?

Vi var båda i slutet av femtio-åren, och hade bakom oss ett antal rätt turbulenta år, egentligen från det vi träffades för femton år sedan. Efter skilsmässor på varsitt håll, smärtsamma vårdnadsfrågor och myndighetsengagemang, några flyttningar och jobbyten hade vi - (gamla människorna!) - gift oss för ett par år sedan, sedan vi funnit en vad som verkade kunna blir en fast punkt på jorden - våran Fräsegård, utanför ett litet samhälle på den västgötska landsbygden.

Kickis stora intressen såväl i yrkes- som hemliv handlar om inredning, design, kläder och eget skapande. Med hennes aktivitetsnivå var det naturligtvis oundvikligt att Fräsegården skulle vändas ut och in och upp och ned innan vårt hem blev som hon tänkte sig. Själv arbetar jag som naturläkare med mottagning, utbildning och en del försäljning, och har därmed också arbetslokaler hemma. I den takt som pengar och ork tillätit hade vi nu börjat få vårt gemensamma hus att fungera för våra gemensamma och enskilda behov.

Vi är båda viljestarka personer med bestämda vanor och önskemål som så ofta när man flyttar ihop senare i livet, och vårt samliv hade inte varit helt konfliktfritt för att uttrycka saken milt. Vår senaste drabbning hade utmynnat i en kompromiss innebärande bl a en kostsam ombyggnad av köket som skulle göra det mer lättarbetat och avskilt från väntande patienter. Efter köksrenoveringen hade jag nu en stilla förhoppning att få gå ned till tio timmars arbetsdag, ungefär.....

- Ja, det måste vi väl, svarade Kicki, men vi har ju trädgård kvar nu när moster kommer,

Och vår trädgårdsälskande moster kom ett par dagar senare, och trädgården fylldes av skottkärror, jordsäckar, stegar, plantor och spadar, svetten lackade och solen brände.

- Jag blöder! sa Kicki när vi framåt kvällen duschat av oss, och skulle förbereda middagen.

- Mycket? undrade jag. Det var nog ett halvår sen sista mens, så lite oroande var det ju.

- Njae, vet inte...

En stund efter middagen hör jag ett rop från toaletten, där Kicki satt, nu rätt blek om nosen. - Jag blör som en stucken gris, gnydde hon, det bara rinner. Och det rann faktiskt en röd tunn stråle rakt ned i toalettstolen från

hennes underliv. Det här handlade definitivt inte om någon skvätt av försenad klimaktiemens.

Jag kunde rätt snabbt se att ingen av de tänkbara medicinska tolkningarna var särskilt trevlig. Samtidigt som jag försökte trösta, lugna och hämta papper och bindor gällde det att hitta en strategi för att hantera situationen i stort: Oro och rädsla förvärrar de flesta tillstånd, men det skulle nog inte gå att undvika sjukhusfärd, insåg jag - och sjukhus tillhör inte Kickis favoritplatser här i världen - och verkligen inte mina heller. Ändå måste vi först försöka få akut stopp på blödningen och undvika den totala panik som skymtade i hennes röst.

Efter nya bindor, sängläge och lite homeopatika lugnade sig blödningen och vi bestämde oss för att avvakta natten. Naturligtvis blev det inte mycket sovet, och framåt ettiden på natten hade blödningarna åter satt igång och konsumerade nu handdukar och hushållspapper i oroande takt.

Vi inväntade ambulansen ute i den svala trädgården, mörkret, stjärnorna och de ljumma vindarna kändes på nåt sätt ändå tröstande. Vi pratade inte mycket nu. Naturligtvis var vi båda medvetna om att blödningarna kunde vara något verkligt illavarslande, och att den dystra möjligheten faktiskt fanns att vi inte skulle kunna vara tillsammans här mer. - Så var det med vårt sista stora projekt innan vi slog oss till ro, slog det mig. Människan spår och Gud rår. Vad som än nu skulle

komma, så skulle det vända upp och ned på det som var kvar av våra liv, det kunde vi inse.

Och denna gång skulle vi inte ha fel.

Blå tåget

Varje månad brukar jag ge ut ett nyhetsbrev på Internet, med inriktning på alternativmedicinska frågor. Bara något år tidigare hade jag beskrivit den situation vi nu själva stod inför, utifrån en mängd patienters egna berättelser, som att hamna på Blå Tåget. Det var inget vi såg fram mot:

”Beväpnade med en verklighetsfrämmande sjukdomslära och sjukligt kontrollbehov över saker de inte begriper, lyckas skolmedicinens företrädare ta livsglädje och förtröstan ur allt fler, och förvandla deras liv till en ängslig väntan mellan provtagningarna och otåligt stampande i vårdköer - helt i onödan. Den som i undran över sin kropp och sina symtom sökt läkare finner sig ofta plötsligt ha hamnat på ett medicinskt Blå Tåg, som i hisnande fart för honom genom ett fasansfullt landskap av mordiska prognoser, oväntade komplikationer, stympande ingrepp och gastkramande utredningsprocesser.

De som inte ramlar av, utan tar sig levande genom utgången är så tacksamma att överhuvudtaget ha överlevt att de sällan orkar kritiskt granska och

värdera resans egentliga kvaliteter.

Detta medicinska Blå Tåg är emellertid en osunt lönsam hantering för skrå, affärsmän och politiker. Och besökarna sväljer ofta rena lögner och uppenbara falsarier, bara de framförs av tillräckligt " trovärdiga " cirkusdirektörer med piska och megafon.

Så ser det ut på vårt glittrande medicinska nöjesfält, där nyfikna förstagångsbesökare trängs med omtumlade berg-och-dal-baneåkare och olycksoffer från pariserhjulet. Det spunna sockret har dock i regel tagit slut, och besökarna skockas allt tätare runt chokladhjul och tombola, där högsta vinsten är att komma ut med livet i behåll. ”

Och nu satt Kicki och jag alltså själva här i väntan på ambulansen med biljetten i hand. Alternativen fanns bara inte. En alternativmedicinare i dagens Sverige arbetar i regel ensam, med i stort sett sina bara händer, lite piller och burkar och kanske akupunktur nålar. Att hantera en störtblödning från underlivet enbart med sådana metoder är inte möjligt, och riskerna enorma.

Visst kunde det tänkas handla om någon fysisk bristning, framfall eller besvärliga men oskyldiga myom. Men kraftiga blödningar efter klimakteriet brukar handla om cancer, och då i rätt mogna stadier.

Alternativmedicinen innehåller många andra förklarings- och behandlingsmodeller vid cancer än

skolmedicinen - vilka skolmedicinen aldrig låtsas om. Eftersom alternativ cancerbehandling i princip och praktik är förbjuden i Sverige spelade det emellertid inte någon större roll - skulle inte Kicki riskera att akut förblöda måste vi alltså framöver spela på skolmedicinens villkor.

Min största oro handlade i detta läge inte om cancer eller vad det nu vara månede, utan om vad skolmedicinen ställer till med när de får tag i en cancersjuk. Det hade jag sett med min egen far, som för många år sedan drogades ned tills döden inträdde, sedan ”cancersmärtorna” hade satt in. Några alternativ kände jag inte till på den tiden, i dag tycker jag mig veta något bättre än då.

För Kickis del var saken lite annorlunda. Kickis mamma hade påträffats död i sin lägenhet för ett antal år sedan. Enligt obduktionen var dödsorsaken bröstcancer, men omständigheterna var i Kickis tycke oklara och de egentliga orsakerna outredda. Kickis egen misstro mot sjukvård och läkare hade bl a inneburit att hon avstått från mammografier, cellprover osv, men några alternativmedicinska teorier och infallsvinklar hade hon inte fördjupat sig i. Vi hade också en gång för alla kommit överens om att hon inte behandlade patienter, och att jag inte skulle sy balklänningar. Inför det som nu hände i och runt hennes kropp var hon alltså inte mer intellektuellt rustad än vem som helst - hennes otroliga energi och kämpaanda skulle dock komma väl tillpass.

Och ambulansen kom smygande utan sirener i sommarnatten, motorn spann tyst när den backade upp på infarten, lyktorna flimrade som från ett flygande tefat mot vår gårdsvägg medan Kicki lastades in. Situationen kändes mer överklig än skrämmande. Tystnaden när den kört i väg var öronbedövande, det ljumma blåsvarta mörkret svepte sig som en filt runt mig, skugglandskapet bara skymtade runt omkring. Jag satte mig i bilen och följde efter. Nu skulle vi själva få åka Blå Tåget .

Att ställa och meddela diagnos

Undersökningen på akutmottagningen gav inte mycket mer konkreta besked. Efter några timmars väntan, och några sönderstuckna blodkärl, konstaterade jourhavande gyn-läkare att det blödde för mycket för att man skulle kunna se vad det berodde på. Kanske ett myom, men vidare undersökning krävdes. Inläggning och blödningsdämpande mediciner sattes in, vilka hade snabb effekt. Redan efter ett par dagar hade blödningarna dämpats kraftigt och Kicki kunde skrivas ut och skickas hem, tillsammans med några påsar medikamenter, för att kallas till noggrannare undersökningar någon vecka senare.

Sedan blödningarna avstannat var Kicki nu i princip i god form - bortsett från den gnagande oro som länge framöver skulle vara vår ständiga följeslagare. - Vad

kunde det vara? -Vad skulle undersökningen innebära? Att hon nu skulle hålla sig i någorlunda stillhet för att undvika fortsatta blödningar gjorde oron än mer påfrestande. -Fåfång gå lärer mycket ont, heter det i folkmun, och sysslolöshet kan vara svår att bära. när tankarna mal. Gamla sömnadsprojekt revs fram och silvret putsades. Moster fick nu härja ensam i trädgården tills det var dags för hennes tågresa hem.

De fortsatta undersökningarna skulle inledas med en CRT - sk datortomografi - på sjukhusets röntgenavdelning. Vi infann oss den inbokade dagen i god tid, ty undersökningen skulle föregås av att hon skulle dricka en liter kontrastvätska, vilket kan ta sin tid. Vi tog flaskan med oss och körde en sväng på staden under tiden som Kicki pimplade *gastrografen*.

Den skolmedicinska terminologin är förrädisk: *Att göra en undersökning*, låter ju inte särskilt ingripande eller farligt. När doktorn vill göra en undersökning så får han ju i regel det, även om patienten är tveksam. Vad man sen ska *göra*, hur man ska *behandla*, är en annan sak, det kan man ju diskutera *efter* undersökningen, när man *vet*. Sedan medicinen övergav den Hippokratiska lagen - "Framför allt får du inte skada patienten!" - innebär emellertid även enkla undersökningar risker, som ibland är helt överblickbara, och okända. Det vanligaste sättet att hantera detta problem är i dagens medicin att inte tala om dessa risker, inte låtsas att de finns, och att om de ändå upptäcks, skylla dem på något annat.

Kicki hann inte komma ut ur datormografen innan personalen reagerade. Hon hade blivit (bokstavligen) röd som en kräfta i ansiktet, det hettade och blossade, och omgående sattes olika antihistaminer och cortisonpreparat in för att dämpa den kraftiga allergiska reaktionen. I stället för att åka hem som planerat fick hon nu stanna kvar för observation i några timmar. Så småningom bedömdes hon dock så pass utom fara att hon kunde åka hem, dock ännu blossande i ansiktet under flera dagar framöver.

Den morgon då gyn-undersökningen under narkos skulle ske var Kicki i närmast upplösningstillstånd, hade tusen frågor, tusen invändningar, och tusen bekymmer över allt omkring sig. Efter en Sobril och slutligen akut TFT-behandling (en alternativ behandlingsform vid krisreaktioner) i väntrummet kunde hon så småningom ta sig samman så mycket att hon lade sig på britsen, dåsade till och lät sig köras iväg till undersökning av vänliga sköterskor. Under tiden som undersökningen skulle ske gick jag själv en vända med hunden och tog en fika, innan jag gick upp till ”uppvaket”, där Kicki skulle finnas efteråt.

Bakom en blågrått plasticskynke i en nisch hittade jag henne också, iklädd sjukhusets nattlinne och filt på en brits, omtumlad och virrig efter narkosen. En av allvar böjd medelålders man dyker upp efter några minuter, hälsar, och presenterar sig som dr B, och muttrar något om att ”det var ju bra att det finns

anhöriga med i såna här fall”, och slår sig ned bredvid oss. Kicki förstår att nu ska nåt viktigt sägas, gymnastiserar med ögonbrynen och försöker desperat klara ut medvetandet genom de kvardröjande narkosångorna och medicineringen.

Det tar inte många sekunder innan ”beskedet” lämnats, dvs att här handlade det om en elakartad tumör, livmoderhalscancer, som skapat blödningen. Varför den uppstått, hur lång tid den funnits och utvecklats, eller vilken prognos som kunde göras, var frågor vi ställde utan att få forståeliga svar. Inte heller kunde han säkert säga om tumören skulle ha upptäckts vid s k cellprov, vilka ju Kicki avstått från under årens lopp, något hon känt ett tilltufsats samvete för den senaste tiden. - Men det finns ju en anledning att vi gör cellprov, sa han menande, Det enda viktiga och säkra var nu att se framåt, att Kicki så snabbt som möjligt kom under adekvat behandling, dvs vid specialistkliniken, dit hon nu skulle remitteras. Några prognoser för vad som skulle hända med och utan sådan behandling kunde dock inte lämnas, det skulle fr o m nu ligga i experternas händer, sades det.

Min vanligen rätt kavata Kicki såg mest ut som en regndränkt liten fågelunge, uppkrupen vid britsens huvudända, rufsig i håret, med armarna om knäna i sin sjukhusskjorta, småhuttrande och förvirrad. -Så nu börjas det på allvar, tänkte jag, är det så här jag framöver ska minnas henne?

Bilder av hårlösa avmagrade Belsen-fångar virvlade naturligtvis genom våra huvuden. Att vi inte fick förståeliga svar på våra frågor vid detta tillfälle var inte så konstigt. Ibland har jag undrat om situationen var svårare för läkaren än för oss. Ty sanningen är att det inte var lätt för honom att ge sammanhängande svar, utan att spräcka de medicinska myter han måste försvara:

Om tumören med säkerhet skulle ha upptäckts vid cellprover (som ju brukar tas med några års mellanrum) så borde ju inte dess tillväxthastighet vara så imponerande. Det borde ju då ännu finnas rådrum, en möjlighet för oss till betänketid, bibehållen kontroll, och möjlighet att överväga olika alternativ. Och om nu läkarvetenskapen inte med säkerhet vet *varför* hon fått tumören och med vilken *hastighet* den har utvecklats - hur kan man då vara så *säker* på hur den kommer att bete sig i framtiden, och på vilket sätt den bör *behandlas*? Hur kunde man vara så säker på vad som måste göras, utan att veta hur det blivit som det blivit?

Men sådana funderingar och argument hade just nu ingen grogrund, varken hos läkaren eller hos Kicki, vars tilltagande rädsla och panik nu börjat tränga undan omtöckningen. Inte heller fanns nu möjligheter att nå fram med alternativa medicinska tolkningar av vad livmoderhalscancer egentligen signalerar och innebär. Några möjligheter att rubba hennes - eller läkarens - livslånga indoktrinering om vad cancer egentligen är

fanns knappast. Omprövning o inläring är inte lätt i vanliga fall, än mindre under chock. Återstod att handgripligen söka lugna och sprida tillförsikt, och att tillämpa den gamla Soldatinstruktionens anvisningar vid chock: Värme Vila och Vätska, i klartext transport hem till TV-soffan, vira in henne i filt och servera värmande honungsvatten.

Det Blå Tåget började få upp farten.

Tro Hopp och Kärlek

Framför oss låg en lång och svår resa, kantad av spöken och ledd av diktatoriska begravnings-entreprenörer, angelägna att behålla oss på tåget men ytterst sparsamma med att dela ut några förhoppningar. Skulle vi hitta hopp och ledtrådar, fick vi nog vackert åstadkomma det själva. För att sakta ner farten och få lite rådrom skrev vi nu ett brev till Kickis läkare, vars syfte främst var att hon själv skulle få behålla kontrollen inför den process som vi såg framför oss.

Var det nu någon idé att överhuvudtaget ge sig på någon plågsam behandling - vilka utsikter hade hon egentligen? Var det kanske bättre att ta vara på den tid som - trots allt - måste finnas kvar, på ett så bra och trevligt sätt som möjligt, passa på att resa och göra annat som alltid fått skjutas på framtiden? Hur lång tid och med vilken livskvalitet kunde vi i så fall räkna

med? I avsaknad av all konkret sådan information om Kickis situation fick vi försöka bedöma saken själva. I första läget var det ju viktigt att veta vad läkarna själva anser sig veta om saken, även om man nu inte vågade vara särskilt tydlig med det.

Den svenska socialstyrelsen har gett ut en broschyr ”*Cancer i siffror*”, som ger underlag för reflektioner: De statistiska fakta som hade betydelse för våra frågor var ungefär följande;

Årligen nydiagnosticeras ungefär 450 svenska kvinnor med livmoderhalscancer, medan ungefär 160 dör i denna diagnos. Diagrammet över nya diagnoser visar två toppar, en vid 34-39 år, en annan vid 75-79 år. Dödligheten i diagnosen ökar emellertid rätt jämnt över levnadsåren, lägst och närmast obefintlig i 25-29-årsåldern och högst i de högsta åldersintervallen. Av de nydiagnosticerade sades 67 % leva fem år efter diagnosen och 60% efter tio år.

Nu bygger statistik alltid på ett underlag som kan vara mer eller mindre påverkat eller manipulerat. Siffrorna ovan gällde ju i vårt eget land där de allra flesta kvinnor undergår sk cellprover, vilka i vart fall syftar till tidig upptäckt och behandling av denna cancerform, ofta så tidig att diagnosen överhuvudtaget inte ställs innan de misstänkta cellerna tagits bort. Att Kicki nu inte genomgått cellprover borde - i vart fall enligt läkarnas synsätt - innebära att hennes cancer nu var längre gången än genomsnittligt och prognosen

därmed dystrare. Siffrorna skilde inte heller ut vilka kvinnor som genomgått den ”vanliga” cancerbehandlingen från dem som ev tackat nej - om de nu överhuvudtaget fanns. Som ”konsumentupplysning” fungerade alltså Cancer i Siffor inte särskilt väl.

Den mest intressanta och underliga siffran var emellertid den över fem- och tioårsöverlevnad. Om 67% levde efter fem år och 60% efter tio år, så borde man väl kunna räkna med att runt 50-55% levde efter femton år.

Eftersom medelåldern för dem som nydiagnosticerats låg runt 58 år - dvs Kickis åldersgrupp - så borde alltså hon ha en statistisk chans att leva runt femton år till, dvs till 72-73 år. Detta förstås under förutsättning att hon var och höll sig ”genomsnittlig” också i övrigt, antagligen också igenom att acceptera den skolmedicinska behandlingen. Eftersom den genomsnittliga levnadsåldern för hennes generation ligger runt 78-79 år, innebar detta ju naturligtvis ett förkortat liv, men inte alls så dramatiskt som vi kanske från början fruktade. Nog hade man väntat att en så dramatisk sjukdom skulle medföra en mer drastiskt avkortad livslängd?

Såväl ny-diagnoserna som dödligheten hade under de senaste 35 åren sjunkit till hälften. Chansen för en nydiagnosticerad kvinna att överleva hade alltså varken minskat eller ökat under dessa år. Att cancerbehandlingen skulle ha gjort några dramatiska

framsteg under åren, skulle man alltså inte räkna med.

Men just dessa siffror väckte mer undran:

Uppenbarligen dog 33% av kvinnorna under de första fem åren efter diagnosen, men endast 7% under nästa femårsperiod. Den uppfattning vi båda tidigare haft var att cancer var en långsamt framskridande sjukdom som i obönhörlig takt ökade risken för att förlora livet, men siffrorna sade här något helt annat. Den stora risken att mista livhanken skulle infalla rätt snart, men klarade man de första fem åren så klarade man nog resten också.

Detta kunde ges olika tolkningar, t ex

1) att det var främst de allra äldsta kvinnorna som dog kort efter diagnos, medan yngre kvinnor närmast alltid överlevde under lång tid. Men andra diagram visade en viss dödsfrekvens även i lägre åldrar, detta kunde knappast vara någon större del av förklaringen.

2) att själva sjukdomen av någon anledning blev mindre och mindre dödlig ju längre tiden gick efter diagnosen - och inte mer och mer dödlig, som man ju kunde tro! Emellertid hävdade ju läkarna motsatsen: ju senare man ställde diagnos, desto sämre överlevnadschans.

3) att någon annan riskfaktor var förknippad med de första åren efter diagnosen, t ex diagnoschocken och cancerbehandlingen i sig. Kunde det vara själva

behandlingen som tog livet av folk under de första åren?

4) Eller kunde det vara så som läkarna gärna underförstod - att de som överlevde de första åren var "botade", och därefter inte hade mycket högre dödlighet än andra? Men varav kom då talet att många i dag "levde med sin cancer" i stället för att dö av den?

Någon entydlig vägledning var alltså svår att hämta ur dessa siffror. Det "hopp" som gick att extrahera ur dem innebar väl som mest att vägen utför kanske ändå inte behövde luta så raskt utför, i alla fall. Ville vi ha hopp fick vi leta på andra ställen.

Som tur var hade jag många år tidigare kommit i kontakt med den tyske läkaren Gerd Ryke Hamers böcker, och ägnade mig nu åt en nyläsning, bl a av de uppsatser jag själv en gång författat om dessa.

Dr Hamer

Något år efter att hans 19-årige son avlidit under dramatiska omständigheter 1978 drabbades den tyske läkaren Geerd Ryke Hamer av testikelcancer. Också hans hustru drabbades av flera olika cancersjukdomar under de närmaste åren.

Som cancerläkare hade Hamer tillgång till sitt sjukhus

medicinska resurser och patientjournaler. Samtidigt som han kämpade med sin egen och sin hustrus hälsa började han läsa sina patienters journaler och undersökningsresultat med helt nya ögon. Och den verklighetsbild som nu började ta form skakade honom djupt, och fick hela den traditionella medicinska cancerbehandlingen att framstå som en tragisk och cynisk fars.

När han i september 1981 för första gången formulerat grundsatserna i sin forskning hade han en mycket tydlig dröm, där hans bortgångne son talade med honom: "Det du funnit är fullständigt rätt. Jag kan säga det nu, eftersom jag nu vet mera än du. ...Det kommer att utlösa en revolution inom medicinen.....Men två viktiga saker återstår för dig att finna ut...."

Under de följande åren skulle Hamer bli förföljd, baktalad, trakasserad, mordhotad och slutligen fråntagen sin läkarlegitimation av företrädare för traditionell sjukvård och läkemedelsindustri. I svensk TV omtalades han i en ytlig nyhetssnutt för några år sedan som "den tyske handpåläggaren Hamer", vilken hindrat en stackars nioårig flicka att få "riktig" behandling för sin allvarliga njurcancer....Under de senaste åren har han med olika mellanrum varit inspärrad i olika fängelser i flera europeiska länder, under omständigheter som inte kan tydas på annat sätt än att man till varje pris velat tysta och hindra hans verk och uppfattningar från att spridas.

Vad vetenskapen ansåg - och anser - sig veta:

Vad anser den traditionella "vetenskapen" i dag sig veta om cancer?? Jo i stort sett:

- att de egentliga orsakerna till cancer är genetiska eller kromosomskador p.g.a. strålning, kemikalier, virus etc, men att de är oerhört komplicerade att förstå, och kräver ständigt mera forskning.
 - att därför i princip vem som helst när som helst kan få cancer
 - att cancer kan spridas i kroppen genom ett slags inre smitta, och bilda "metastaser" på allt fler ställen.
 - att cancer därför i regel leder till döden - om den inte behandlas
 - att det enda praktiska sättet att möta cancer är att upptäcka och behandla den så tidigt som möjligt.
- Behandling går i stort sett ut på att döda all "angripen" vävnad med operation och gifter.

Vad var det då Hamer hade upptäckt, som ställde denna vetenskapliga syn på huvudet?

Både hos sig själv och sina cancerpatienter hade Hamer kartlagt förändringar i hjärnvävnaderna, vilka tydligt gick att följa genom datortomografi. De framstod där som mörka eller ljusa fläckar på olika ställen, "härddar". Ofta hade sådana förändringar hos cancerpatienter tidigare - när de upptäckts - tolkats som "hjärnmetastaser", och föranlett invalidiserande operationer

Hamer kunde konstatera att dessa härddar i hjärnan

uppstod till följd av biologiska livskriser, och att de upplöstes och återgick till det normala när krisen var löst. Men parallellt med att en sådan härd bildades i hjärnan startade också en cancerös process i kroppen. Och platsen för denna cancerösa process i kroppen bestämdes helt och hållet av på vilken plats i hjärnan härden hade bildats! Dessutom fanns ett bestämt samband mellan vilken typ av biologisk kris som patienten upplevt och härdens placering i hjärnan!

En snabb orientering om Hamers "Neue Medizin":

Alla däggdjur inklusive människan är programmerade för att reagera på vissa situationer som innebär hot mot deras biologiska funktion: hot till livet, förlust av anhöriga, förlust av revir, sexuell oförmåga, etc. En sådan kris medför att en härd bildas i hjärnan, och denna härd intensifierar signalerna från hjärnan till ett bestämt organområde. Detta kan många gånger vara ändamålsenligt

, i synnerhet för primitiva organismer och djur, vilka Hamer ofta använder i sina förklaringar, men "logiken" bakom det hela är förståelig också när det gäller människor: Att t ex en ilsken revirkonflikt t ex förbereder organismen/människan för våldsam strid genom påverkan på hjärtats kranskärl, att ständigt berövas sin föda påverkar matsmältningsorgan, att ständigt komma till korta för att man är för liten påverkar tillväxthormonproduktionen osv - det ger en glimt av en biologisk ändamålsenlig mekanism, som dock också kan skena.

När - som i normalfallet - krisen övervunnits upplöses härden, den cancerösa processen avstannar och tumören tillbakabildas. Om krisen däremot inte övervinns kommer så småningom kroppen att gå under av den ständiga anspänningen, och individen slipper leva under krisförhållanden som han inte kan bemästra.

Patienten under *krisfasen* kännetecknas av bl a nedsatt cirkulation, kalla händer och fötter, sover dåligt, går ned i vikt, sysslar oavbrutet emotionellt och mentalt med sin kris, det må vara sorg över något , rädsla för något, vrede över något etc. Under denna tid kan tumörer, sårbildning eller cellförändringar uppträda i de organ som är kopplade till det specifika område i hjärnan som är hyperaktivt. Löses inte krisen drabbas personen slutligen av kronisk utmattning parallellt med att de drabbade vävnaderna degenererar och förlorar sin funktion.

När krisen väl är löst förändras symtomen, nu i *läkningsfasen*: Patienten har varma händer och fötter, kan vara oerhört trött, sover gott och länge, har ofta huvudvärk eftersom hjärnan svullnar, äter mycket och går upp i vikt, osv. De drabbade vävnaderna återställs, ofta under inverkan av mikroorganismer - bakterier, mykobakterier och virus - vilket nu under en period ger speciella symtom.

Det är emellertid inte alltid man nu kan blåsa "faran över": Under denna fas kan nämligen uppstå cirkulationsproblem, svullnader, utsöndringar etc som

ibland kan vara livshotande och kräver korrekt behandling. Bland sådana situationer är *hjärtinfarkten* den kanske mest välkända. Enligt Hamer uppträder den 3-6 veckor efter att revirkonflikten är avvärjd, t ex efter att chefsposten är tillsatt, semestern har börjat eller han har gått i pension..... Just i denna period - då krisen är löst och läkningsarbetet fortgår med maximal styrka - är även hjärnan maximalt vätskefylld och svullen, vilket inte så sällan kan ge neurologiska felfunktioner. Hamer kallar därför just denna fas och denna process för "den epileptoida krisen", och tolkar också många epileptiska symtom efter detta mönster.

Utifrån detta schema kan man också förstå t ex att "krisfasens" symtom och problem förstärks av köld och vätskebrist, medan "läkningsfasens" problem förvärras av värme och vätskeöverskott. Men kan man undvika rena kollapser av detta slag avgörs utvecklingen på längre sikt av den "egentliga krisens" utveckling, och inte av någon inbyggd determinism i t ex celler och cellkärnor, av det slag som cancerspecialisterna vill få oss att tro.

Vad betyder detta för "vetenskaplig" medicin?

Med sina noggranna studier av patienthistorier och datortomografibilder hade Hamer lagt grunden för att kunna studera sambandet mellan känsla och kropp på ett klassiskt naturvetenskapligt sätt. Han kunde visa på varje steg i sitt resonemang med en strängt vetenskaplig logik, och med en helt objektiv bevisföring, som kunde prövas av varje annan forskare

som så önskade.

Men resultatet av denna forskning innebar att allt vad vetenskapen hittills trott och ansett om cancern kunde avfärdas som nys och missförstånd:

- Cancer är inget som drabbar vem som helst när som helst, utan drabbar vissa människor i vissa bestämda situationer.

- Cancer sprids inte genom metastasering, utan genom att den ena krisen följer efter den andra - exempelvis när en cancerpatient får en diagnos som han uppfattar innebär en dödsdom! Djur får aldrig metastaser. Några cancerceller eller "smittpartiklar" har aldrig påvisats i blodet hos cancerpatienter. På en given plats/vävnad i kroppen utvecklas alltid bara en specifik typ av cancer.

- Cancer leder alls inte till döden om den inte behandlas, de flesta fall blir inte ens diagnostiserade, utan spontanläker när krisen är över. Många cancrar som upptäcks vid undersökning är i själva verket gamla och inaktiva, och utgör inget hot mot individen. (Det är dessa som svarar för de "botade" fallen i skolmedicinens statistik.) Noggrann obduktion av personer som avlidit av andra anledningar kan ofta visa på sådana inaktiva tumörer, som aldrig upptäckts, aldrig ställt till problem och som självläkt efterhand.

- Tidig upptäckt av cancer påverkar knappast chansen för tillfrisknande i positiv riktning, tvärtom leder den

oftast till invalidiserande behandling och nya akuta kriser till följd av diagnosen: -"Du har sex månader kvar att leva!!!"

Hur kunde detta ge något hopp?

Det var inte svårt att tillämpa Hamers synsätt på vår situation. Vår senaste intensiva äktenskapliga drabbning hade pågått ett bra tag, med omväxlande frostiga och hetsiga inslag, och med en krislösning ett par veckor före midsommar då vi som vanligt tvingats konstatera att vi trots våra olikheter älskade varann för mycket för att låta vår relation helt gå i baklås. Då hade vår "köksrenoveringskompromiss" också utarbetats.

Vi fick medge att både vår egen tidtabell (3-6 veckor efter krislösning), concertyp och -fas, samt övriga kringssymtom rätt väl stämde med Hamers prudentliga tyska tabellverk, och vi kunde t o m finna en uppmuntrande anmärkning i att han ansåg blödningar från livmoderhalstumörer vara ett gott tecken på läkning. Att de alarmerande blödningarna slagit till just under sommarens heta dagar var också ett tecken i samma riktning.

De praktiska slutsatserna var inte heller svåra att dra: Det viktiga vi själva hade att göra var att nu slå vakt om vår relation, hålla sams och nya kriser på avstånd, medan naturen/ dvs Kickis egen kropp/ reparerade sviterna. - Jag tänker minsann inte dö, sa Kicki, jag känner mig inte ens sjuk. Men jag vill bli av med blödningarna.

Efter ett par dagar ringer telefonen:

- Det är dr H från specialistkliniken. Vi vill boka in en tid för din undersökning nu i veckan!

- Njæ, det vet jag inte jag har mycket annat för mig denna vecka, svarade Kicki, som fortfarande var kluven till frågan om fortsatt behandling. Rösten i andra ändan av tråden försvann ett ögonblick. Detta var ingen reaktion han var van att möta. - Men du har ju en *framskriden cancer*! fortsatte han sedan. Folk brukar vilja komma in så fort det bara går! - Ja, det är möjligt, svarade Kicki, men det gäller inte mig. Vi kan väl göra så att jag hör av mig när jag tänkt på saken?

- Jaha, sa Kicki till mig efter samtalet, nu har jag alltså inte bara *elakartad* utan också *framskriden cancer*. Men jag tänker inte dö i alla fall, vad de än säger. Jag tror inte på att jag ska dö.

Teorin var inte så svår - men hur mycket kunde vi egentligen "lita på" Hamers teorier? Att den svenska sjukvården är och var helt kallsinnig till hans forskning, i den mån man överhuvud taget kände till den, det var uppenbart. I stället såg man det som sitt främsta mål att skyndsamt lotsa in oss i en riskabel och förprogrammerad behandlingsrutin - hur skulle vi i praktiken ställa oss till detta? Kunde vi verkligen ställa oss helt utanför sjukvårdens märkliga och motsägelsefulla värld?

Vi behövde dock inte fundera länge.

Komplikationer

- Jag har så ont i magen, kved Kicki en morgon, Hon blödde inte längre, men det visade sig snabbt att hon hade feber, var svullen över magen och öm. Hon stannade i TV-soffan inpackad i sin filt under dagen medan svetten omväxlande lackade och frös till isande fåror längs ryggen. I första hand verkade smärtorna komma från underlivet, men spred sig snabbt över hela buken. De vanliga naturmedicinska åtgärderna gav inte så mycket omedelbara resultat, men framåt kvällen kunde hon ändå falla i sömn. Men från och med nu skulle dessa magsmärtor, feberattacker och trötthetsanfall vara vardag för oss. Vissa timmar kunde hon fungera hjälpligt, men också hamna i sängen för halva och hela dagar. - Var det så här som hennes "läkning" skulle gå till? Det var i så fall något som dr Hamer helt glömt att upplysa oss om. Hur länge skulle detta pågå och hur skulle det i så fall fungera med smärtlindring, blödningar och sjukskrivning om vi valde att klara oss utan den officiella vårdens hjälp? Oron och vandan växte naturligtvis.

Det var svårt att upprätthålla någon större trosvisshet och positivitet inför dessa oväntade symtom. Tvärtom insåg vi att "skulle det bli så här" så skulle skolmedicinsk hjälp av många sorter behövas. Specialistkliniken kontaktades igen, vi skickade över vårt "förbehållsbrev" till dem, för att slippa utsättas för omgående påtryckningar om beslut och behandling.

Kickis brev till klinikerna

Jag är 56 år. och har hittills upplevt mig som fullt frisk, men under början av juli drabbades jag av underlivsblödningar och sökte därför hjälp på Borås Lasarett. Den 13 juli undersöktes jag och befanns ha livmoderhalscancer, vilket jag meddelades.

Samtidigt meddelades jag också att ni anmält mig till operation med hög prioritet, samt att lungröntgen och datortomografiundersökning skulle genomföras "som rutin".

*Enligt HSL är alla undersökningar och all behandling frivillig. **Jag vill härmed meddela som min bestämda vilja***

- att jag medger operation och andra invasiva åtgärder ENDAST med huvudsyfte att få blödningarna att upphöra, samt för framtiden minimera behov av ytterligare ingrepp i underlivet. Vad jag förstått innebär detta i huvudsak borttagande av livmoder o ev lymfkörtlar, dvs de organ som f n ger symtom.

*- Jag medger INTE ingrepp i , bestrålning av eller borttagande av **andra** väsentliga organ som i dag fungerar och är symptomfria, även om de skulle kunna misstänkas inrymma cancerceller som på sikt skulle kunna misstänkas ge mer utvecklad cancer. Jag vill inte heller ha andra sjukdomar diagnosticerade eller få förslag på "förebyggande" medicinering, cytostatika*

mm, eller ingrepp av olika slag, rörande t ex blodtryck, kolesterol, etc.

- att ENDAST de undersökningar som är nödvändiga för att förebereda denna operation får genomföras. Jag ser t ex inte anledning till att genomföra lungröntgen med syfte enbart att klarlägga om - i dag definitivt symtomfria - lungmetastaser etc föreligger. Vad gäller datortomografin vill jag inte ha information om andra undersökningsresultat än de som behövs för att planera operationen enl ovan, ej heller förslag om fortsatta eller fördjupade undersökningar, eller delges "misstankar" om det ena eller andra..

- att jag INTE önskar utsättas för "information" syftande till att ändra denna min inställning, ej heller meddelas andra "undersökningsresultat" med dunkel eller hotande innebörd eller andra prognoser över cancers ev fortsatta utveckling, hur långt canceren "har spridit sig" osv.

- att jag INTE önskar bli kallad till "kontroller" efter operation med annat syfte än att åstadkomma en tillfredställande läkning av operationssår etc. I den mån jag önskar sådana kontroller, cellprover etc längre fram kommer jag själv ta initiativ till dessa, liksom till besök för att fastställa min arbetsförmåga, sjukskrivningsbehov etc.

- att eventuella beslut som bör fattas om jag själv är förhindrad att delta, t ex under narkos etc, i stället ska

fattas av min äkta make Ulf Brånell, tel 0515 51420

- att denna min inställning meddelas all sjukvårdspersonal som deltar i min behandling samt biläggs min sjukjournal

- att Du som ansvarig läkare bekräftar att du tagit del av och förstått denna min inställning genom att underteckna och returnera denna handling, som du fått i två exemplar, och naturligtvis fritt får kopiera och dela med dig av till dem som berörs.

Oklarheter vad gäller denna min bestämda önskan kan i första hand tas upp med min man, Ulf Brånell

Vänligen

.....
Christina Ewertsdotter Brånell

TAGIT DEL: Datum.....sign.....

Möte med specialistkliniken

Efter ett kort besök med inskrivning sattes tid ut för undersökning under tisdagen påföljande vecka. Men redan under helgen förvärrades smärtor och feber och redan under den tidigaste måndagmorgonen tog vi vår lilla husbil till sjukhuset, för nu var det omöjligt för Kicki att ens sitta upp, hon kunde nu endast kvidande ligga i baksätet

Vi kunde inte för oss själva eller andra visa att Kicki utsatts för något som kunde förklara de nya symtomen, även om våra misstankar starkt riktades mot kontrastmedlet som använts vid datortomografin. I FASS kunde vi finna att *gastrografen* kunde skapa tarmirritationer och t o m nekroser - något som naturligtvis ingen ansett det mödan värt att informera oss om. Men detta kunde i så fall inte förklara mer än del av de nytillkomna problemen. Var det cancer som utvecklades så snabbt, manntro?

CRP (snabbsänka) visade nu över 400 (normalt ca 5), antibiotika och febernedsättande sattes in utan nämnvärd ytterligare undersökning, av bemötandet på kliniken att döma var symtomen ungefär vad man kunde vänta av en cancerpatient i detta läge. För att slippa sjukhusmiljön under dagen for vi runt några timmar i stadens omgivning medan Kicki slumrade och jämrade sig bak på husbilens schäslong. Efterhand lade sig smärtorna en del och vi körde tillbaka till sjukhuset för att hon skulle få sova över natten, tills undersökningen skulle kunna äga rum. Att hon fått eget rum var ändå rätt lugnande och gjorde situationen lite lättare tyckte vi.

Dagen därpå hade febern gått ned såpass att undersökningen skulle kunna äga rum under narkos och efter ett nödtorftigt uppvaknande och tillnyktring skulle vi tala med ”doktor”. Kicki ville inte träffa doktorn utan att jag var med, och på utsatt tid kom en

liten kvinna i vit rock in i rummet. Efter hälsning försäkrade vi oss att hon hade tagit emot det brev vi skickat, vilket hon medgav med en nick, men därefter vidtog oförtrutet hennes ”medicinska information”:

- Du har alltså tre tumörer, och de sitter här, sa hon och började skissa på en bit papper. Den här tredje, tumören i ljumsken, är inte operabel, men din cancer är botbar, med cytostatika och strålning.

Vi satt som förstenade. Vi hade ändå räknat med någon form av respekt för Kickis uttalade och nedskrivna önskan att slippa detaljinformation och att påprackas behandling som hon var tveksam till. Vi hade trott att tumören skulle kunna avlägsnas genom en operation, så var det alltså inte. Just den typ av information vi genom vårt brev försökt avstyra, eller i vart fall uppskjuta slängdes nu i Kickis ansikte för omedelbart ställningstagande, i narkosdimmor och 39° feber. Några förklaringar av eller åtgärder för hennes smärtor, feber och trötthet var överhuvudtaget inte aktuella, här handlade det om att bekämpa tumörer, basta.

Nu gällde det att tänka snabbt. Så konkret och uppenbarligen hotande information kan inte nonchaleras, man kan inte låtsas som det regnar. Att stå under ett öppet hot utan att göra egentligen något för att undkomma, eller avvärja, det är helt enkelt psykologiskt omöjligt. Människan måste handla när hon ställs inför hot, och handlingsalternativen var

endast ett - nämligen att följa läkarens förslag. Att framöver leva med en så detaljerad bild av cancer, men utan konkret åtgärd, skulle inte vara möjligt, Att klara Kickis hälsa i övrigt utan hjälp av den allmänna sjukvården skulle troligen inte heller vara möjligt. När väl diagnosen var ställd skulle varje läkare som kopplades in framöver bedöma henne som en "cancerpatient i framskridet stadium"... dvs med allt starkare smärtlindrande droger, vilka i sig på sikt tar livet av patienten. (Detta hade jag ju på nära håll själv kunnat följa för många år sedan, då min far drogades ned).

Vår tilltro till dr Hamer var i denna stund på upphällningen: Hög feber och akuta starka smärtor ingick inte riktigt i hans version eller vår egen uppfattning om läkningsarbete efter livmoderhalscancer. Ibland får man acceptera att man inte begriper allt och följa andras råd. Vi ställde ett antal frågor mest för att klara ut läkarnas bild av situationen, och mindre för att få ut vederhäftiga sanningar för eget bruk.

- Fanns några erfarenheter av självläkning av cancer ?
- Nej någon självläkning kände man inte till och existerade inte. (Detta visste vi redan vid detta tillfälle vara ren lögn, men det var ändå viktigt att fastställa "utgångsläget" bland läkarna s a s)
- Vilka biverkningar av behandlingen skulle vi räkna med? - Ja, Kicki kunde bli "lite trött" av cytostatikan,

men skulle inte tappa håret i alla fall. (Att detta var en betydande skönmålning visste jag redan genom mina patienter, men den dagen, den sorgen...).

- OSV

Läkaren fick gå ut medan vi snabbt rådgjorde om läget: Det som nu hänt på mindre än en månad var för oss omtumlande och obegripligt. Men egentligen uppfattade vi Kickis grundhälsa och motståndskraft som god, hon borde kunna klara av en cytostatika- och strålbehandling, för att kunna avgiftas och upprustas i efterhand. Och den behandlingsplan som läkaren skisserat gjorde det möjligt att ”hoppa av” om biverkningarna skulle visa sig orimliga, Det behövdes inga längre diskussioner innan beslutet togs....vi kör! Läkaren kallades tillbaka, fick klartecken, och tid för den första cytostatikabehandlingen sattes ut till ett par dagar senare.

Blå Tåget gick in i första kurvan, farten ökade.

Raksträcka

Undersökningarna fortsatte under en tid. Man konstaterade att någon spridning av metastaser etc till övre delen av kroppen inte verkade ha förekommit, några småcystor runt äggstockarna uppdagades, men avfärdades snabbt av kirurgen som ”åldersförändringar”.

De första cytostatikabehandlingarna var utsatta till var fjortonde dag, och under mellanperioderna kunde Kicki vistas hemma ”som vanligt”. En CVK - central venkanyl - en ledning rakt in i blodkärlden nära hjärtat - skulle först sättas in, eftersom Kickis redan sönderstuckna och blåmärkiga armar annars skulle bli än värre av cytostatikan som frestar på blodkärlden där den injiceras. CVK-insättningen var en plågsam historia, som måste ske under lokalbedövning, dvs i vaket tillstånd, men i övrigt förlöpte de närmaste veckorna rätt odramatiskt. Febern och smärtorna hade lagt sig en del, och biverkningarna av cytostatikan visade sig inte så svåra, i vart fall inte omgående. Vi kunde nu åter ägna en och annan dag åt trevligare sysslor, åka ut och äta, träffa släkt och vänner och utåt se ut som vanligt folk.

En besvärlig avvägning var vilka närstående som skulle informeras om vad, när det gällde Kickis hälsotillstånd. Att inte allt var som vanligt kunde de kanske ana, men konkret vetskap är en annan sak. Vi lärde oss snart att de flesta vitnar i ansiktet när de hör c-ordet, och skulle vi leva som vanligt behövde vi egentligen inte omge oss med fler vita ansikten. Sedan nu Kicki var ”på spåret” och behandlingsplanen fastlagd, så behövde vi i vart fall inte ägna all vaken tid åt grubbel och vända. Ännu.

Efter några veckor började dock biverkningarna bli mer påtagliga, tröttheten och illamåendet ökade och

magen började stoppa upp. Som en följd blev Kicki allt känsligare för lukter av vilket slag som helst, och allt petigare med vad mat hon kunde tänka sig och aptiten minskade. Nu låg hon mest i TV-soffan från morgon till kväll. Feber och buksmärtor kom och gick, nattsömnen blev allt oroligare, och gemensamt sovrum blev omöjligt. Det blev till slut rent omöjligt att försöka laga mat som kunde passa, samtidigt som alla dofter från köket måste hindras från att sprida sig. Jag hade börjat servera hennes måltider vid sängkanten, men allt oftare kom allt mer tillbaka orört.

Större delen av dagarna gick nu åt till att sköta Kickis matsmältning - lagning av önskemat och dryck, ömka illamående, stödjande kräkningar, och hämta spypåsar att kräkas i, sköta laxermedel, små och större lavemang med föga resultat men allt mer svullen buk. Nu var hon på benen i bästa fall några timmar några dagar i veckan. Kräkningarna var nu så intensiva att de pågick med täta mellanrum under hela de dagar hon fick cytostatika, och slet i hennes redan inflammerade och ömma buk, så att hon ständigt stönade och ofta skrek. Däremellan lugnade kräkningarna sig något, men åtskilliga spypåsar förbrukades varje dag - och illamåendet intensifierades ofta under kvällar och nätter.

Från sjukhuset föreslogs olika antiemetika - medel mot illamående - och vi provade med föga framgång. Men behandlingen framskred ju, och trots besvärligheterna såg vi framåt - ännu en begränsad tid

så är ju det här över, hur det sen ska gå.

Efter ett par månader hade den dag kommit då behandlingen skulle utvärderas, dvs tumörerna åter undersökas under narkos, en procedur vi nu tyckte oss vara välbekanta med. Vid läkarsamtalet efteråt denna gång kom emellertid underliga besked: De två ytliga tumörerna tycktes reagera positivt, men den tredje djupare liggande tumören i ljumsken kunde nu inte undersökas, ty det hade uppstått någon form av hinder runt omkring, som gjorde att den inte kunde palperas. Detta hinder- vad det nu kunde vara - måste omgående avlägsnas, för att den fortsatta strålbehandlingen skulle kunna planeras, och operationsdag utsattes nu till nästa vecka.

Har man sagt A får man ju säga B. B som i Blå tåg.

Djupdykning

Operationen skulle innebära buköppning, och inför detta förmedicerades Kicki på operationsavdelningen med olika antibiotikadropp efter ett tidsschema. När klockan nalkades två på eftermiddagen blev hon allt oroligare - Nu är det dags för Dalacin igen, sa hon till mig vid sängkanten, det är för jävligt. Och bara ett par minuter efter inkopplingen sjönk hon samman, blev grå i ansiktet och kräktes. Det var uppenbart att något mycket negativt hände i hennes kropp, helt i enlighet med behandlingsplanen.

Operationsdagen kom, och på uppvaket hittade jag efteråt en nu ynkligare, blekare och magrare Kicki än någonsin. Trots att narkosen för länge sedan slutat verka var hon knappt vid medvetande, och gnydde mest. Vid genomgången med läkaren strax efter, fick vi nu reda på att operationen blivit betydligt större än planerat. Man hade fått avlägsna kilovis med cystor, var, abscesser, bindväv och andra ”skräp”-vävnader ur bukhålan, liksom äggstockar och -ledare, och operationssnittet hade fått förlängas en bit upp över naveln. Någon tumörspridning, nya tumörer eller angripna lymfkörtlar hade man inte kunnat finna, även om de uttagna vävnaderna för säkerhets skull skickats på laboratorieanalys. Allt var alltså nu i ”bästa ordning” enligt läkaren..., ty skräpet var nu avlägsnat.

Varför hade hennes buk fyllts med sådant? Det gick ju inte att skylla på concertumörerna nu, ty det handlade ju inte om concertumörer, utan om inflammationsrester. Som vanligt - vi började lära oss nu - fanns enligt läkaren ingen medicinsk förklaring till varför ”det blivit på detta viset”.

Efter en del pusslande började emellertid Kicki och jag själva se ett mönster: De febriga och smärtsamma inflammationerna hade börjat ett par dagar efter den första palpationen under narkos, och återkommit med förnyad styrka efter varje liknande undersökning. I klartext - fick vi reda på - skedde palpationerna genom rätt ordentligt klämmande och nypande på olika

underlivsorgan, vilket skulle vara alltför smärtsamt att uthärda i vaket tillstånd, därav narkosen.

Den sk undersökningen bestod i praktiken alltså av en rejäl mörbultning och knådning av underlivet. Om det tidigare fanns symtomfria cystor och inflammationsrester borde det vara uppenbar risk att dessa klämdes sönder och inflammationsresterna spred sig runt om i buken, med åtföljande kedjereaktioner, så resonerade vi. De egendomliga vävnader som nu - efter några månaders behandling - funnit i hennes buk kunde knappast ha funnits där från början, utan måste ha tillkommit efter diagnosen. Men några medicinska kommentarer på dessa reflektioner gick inte att få, inte nu. Först ytterligare några månader senare bekände behandlande läkare att de täta inflammationerna troligen berodde på de täta och kraftiga palpationer som skett under den sk behandlingen. Vi fick alltså ännu ett tag fortsätta att spekulera på egen hand utan någon bekräftelse på detta. I stället skulle vi rätt ofta matas med uppfattningen att Kickis återkommande feber, smärta och inflammationer berodde på en framskridande och allvarlig cancer - ett perspektiv som knappast var särskilt uppmuntrande att leva med.

Men snart skulle vi börja betrakta detta som teoretiska spekulationer, mer angelägna problem trängde sig nu på. Redan tidigare hade Kicki haft dålig aptit, illamående och ofta kräkts efter måltiderna. Nu efter operationen kunde hon inte ens svälja, varken dryck eller mat. - Det känns som en vaddklump i halsen,

klagade hon, och t o m hennes vattenglas var nu orört i dagar. Personalen på vårdavdelningen vägrade att ta problemet på allvar log vänligt och bar mat och vatten in och ut. Efter ett par dagar skickades en dietist in , och Kicki berättade efteråt att hon då gick igenom allt vad Kicki borde äta, men överhuvudtaget inte beaktade att hon alltså inte kunde svälja. Endast med sugrör och mycket tålamod kunde hon få i sig teskedsstora mängder i taget, och kräktes ofta. När personalen till slut inte kunde undvika att få problemet påtalat för sig, blev den enda åtgärden vänliga och täta kommentarer av typ ”nu måste du äta!”. Till slut började Kicki gömma mat i papperskorgar och plastpåsar, för att slippa tjat, när ändå ingen hjälp stod att få. För varje dag blev hon nu allt svagare, och närmast förvirrad.

Efter någon vecka överfördes hon nu till sin ”gamla” vårdavdelning, där tumörbehandlingen skulle följas upp, och nu betraktades som framgångsrik så långt. När vi ånyo började ställa frågor om de märkliga vävnader som avlägsnats ur buken, visade det sig att de ”åldersförändrings-cystor” som upptäckts under sommaren inte ens var journalförda. Från operationsavdelningen fanns också glada besked i journalen om att ”ätandet kommit i gång efter operationen”, trots att vi själva visste bättre. Det skulle nu visa sig att sväljnings- och matproblemen skulle bli konstanta under avsevärd tid framöver, och att ingen effektiv hjälp skulle stå att få. Vecka för vecka framöver förlorade Kicki nu alltmer i vikt och allmäntillstånd.

I samband med operationen gjordes uppehåll i cytostatika- och strålbehandlingen. När denna ansågs kunna återupptas var Kicki sängliggande dygnet om, avmagrad och med varierande smärtor och ständigt illamående, och överhuvudtaget begränsat kontaktbar. De två sista cytostatikabehandlingarna kräktes hon närmast oupphörligt och våldsamt under hela dagarna, vilket också slet och smärtade i det oläkta operationssåret.

Ny djupdykning

I början av december ansågs hon efter detta vara ”färdigbehandlad” och kunde skickas hem med bårbil. Den föreställning vi hade fått var att hon nu snabbt skulle hämta sig efter denna rådbråkning.

Efter operationen hade Kicki i stort sett hela tiden varit inlagd på vårdavdelning, men nu skulle vi åstadkomma ett fungerande liv åt henne också därhemma, vilket inte visade sig helt enkelt. TVsoffan blev dagbädd, nära toaletten, eftersom hon endast med möda och stöd kunde ta sig dit och tillbaka. Trots att hon knappast fick ned - och fick behålla - någon mat, så måste vi ändå försöka att åstadkomma regelbundna måltider. En rad experiment ledde slutligen fram till att ohomogeniserad (sk gammaldags) mjölk hade något större chans att få stanna i magen, när hon fick behålla ett halvt glas sådan mjölk som frukost, såg vi

det som ett stort framsteg. Vi prövade efterhand med olika safter och läskedrycker men det som ibland verkade fungera, misslyckades nästa gång och ledde till nya våldsamma kräkningar - mest av slem eftersom något annat maginnehåll inte fanns.

Tillfälliga samtal med specialistkliniken gav inte någon hjälp, endast förslag på antiemetika, svampmedel etc, som redan tidiga provats och visat sig verkningslösa. En kombination av Sobril och Esucos gjorde dock att hon kunde sova, eller i vart fall såsa, några timmar och därmed slippa ifrån illamående och smärtor en stund. Det oläkta operationssåret hade djupa håligheter ur vilka det nu rann var, vilket föranledde regelbundna besök av distriktssköterska, för såromläggning,

Julen firades, av förståeliga skäl, under stillsamma former. Kicki sov mest, och lyckades som mest få ned en halv julsmörgås, varav det mesta snabbt kom tillbaka. Viktnedgången och uttorkningen framskred, och i mellandagarna ansåg jag måttet rågat, och med moraliskt stöd från distriktssköterskan kunde vi övertyga Kicki om att - trots allt - än en gång gå med på ett sjukhusbesök.

Eftersom specialistkliniken nu inte vidare befattade sig med Kickis allmäntillstånd (som ansågs vara ett "nutritionsproblem" som inte var deras bord), togs nu kontakt med närsjukhusets gynavdelning, där hon efter ett par timmars väntan på en brits i korridoren släpptes in för undersökning. Denna gång hade vi -

visa av tidigare bortviftningar - förberett läkarbedömningen genom ett sammanfattande papper:

Makens anteckningar

Christina Brånell 50 03 20 5621,

Bilaggs sjukjournalen

Tidigare haft hanterbara problem med trög mage, hemorrojder. Diagnos cervixca juli 2006. Har stått på cytostatikabeh sedan början augusti 2006, strålbeh underliv sept-nov med några veckors avbrott i mitten oktober i samband med bukoperation. Före operationen 16 okt naturligtvis trött, illamående men uppegående och kunde vanligen äta normalt. Efter operation starkt illamående och totalt sväljningsmotstånd under veckor, våldsamma kräkningar vid återupptagen cytostatika-och strålbehandling. Vårdad av maken i hemmet sedan 2 dec, hemsjukvård endast för såromläggning.

Läget 28 dec 2006, två mån efter operation, en mån efer avslutad cytostatika- och strålbeh, cancer e u under remission. Operationssår på buken närmast läkt men ingen större återhämtning i övrigt har skett på denna tid:

Orkeslös, sängliggande, kan sitta uppe korta stunder för sk måltider o toabesök etc. Sover mest när

smärtor och andra symtom tillåter detta. Ofta oroliga nätter med illamående, buksmärter och toabesök .

Kan ej äta fast föda p g a snabbt inträdande mättnadskänsla, illamående och sväljmotstånd. Trots detta tidvis hungrig men tolererar få lukter, smaker och födoämnen. Enda egentliga föda ohomogeniserad mjölk,, totalt < 1 liter/dag, mosade smakbitar av annan mat, eller gröt 2-3 msk ett par ggr/dag. Mår ofta illa av vatten, kan ibland dricka kolsyrad läsk, sockerdricka. Total viktnegång > 20 kg, sista månaden 3-4 kg.

Kräkningar och upphostningar vanligen 2-3 ggr/dag, mest slem och magsafter, ett par msk - 1 kaffekopp. Följs ofta av utslagenhet och magkramper. Vit tunga, tendens till dehydrering, omväxlande varm och kall, fryser och svettas om vartannat,.

Förstoppning och nästan permanent ont i magen: Kramper i magsäckstrakten, växlande knöligheter på buken. Hemorrojder försvårar lavemang. Laxermedel, massage och timslånga lavemangssessioner.kan ibland åstadkomma lättnad några timmar.

Senaste månaden: Något förbättrat illamående och mer sällan förekommande kräkningar,, Tillfälligt marginellt bättre ork efter näringsdropp och blodtransfusion.

Medicinering f n : Sobril ca 5 mg till eller under

natten, senaste veckan Esucos mot illamående i samband med tillfällig "svampkur", som hittills inte gett märkbar effekt. Talrika andra medel har prövats, men inte tolererats pga illamående.

Meningslöst behandla förstoppning med smärtstillande medel, svårt undvika förstoppning utan normal föda. :Klyx tycks vara det som funkar bäst. Tolererar inte näringsdryck eller fullnäringsdropp (kräks), glukosdropp går.

Stark misstanke: *Kräkningsinducerade bristningar eller ruptur i esofagus i samband med operation, förvärrat av fortsatta kräkningar vid senare övrig beh. Tillståndet avfärdat av behandlande och opererande läkare som postoperativt eller läkemedelsrelaterat illamående, svampinfektion etc.*

Kicki själv, vars medvetandegrad nu pendlade mellan yrvaken förvirring med halvpanik och orolig sömn, ville nu helst - för att inte säga till varje pris - bara komma hem igen (enligt senare egen utsago; för att få dö i lugn och ro). CRP-värdena pendlade fortfarande mellan 200-300 under denna tid.

Undersökande läkare kommenterade i stort sett varje punkt och symtom med att "hon har ju en svår sjukdom" och "hon har ju gått igenom en tuff behandling", tills jag sarkastiskt frågade om varje tänkbart symtom hos en cancerpatient alltid beror på

cancern eller behandlingen, och att hon därmed var skyddad mot varje annan sjukdom och skada. Först därefter beslöts om inläggning, och så småningom även vattenlavemang och näringsdropp. På ett par dagar höjdes hennes allmäntillstånd märkbart, den glada och energiska Kicki visade sig åter några minuter då och då under dagen. Fortfarande bestod sväljnings- och matsvårigheterna, och inför hemresa över nyåret förklarades att hon led av **esofagit**/magmunsinflammation, och protonpumphämmare skrevs ut och skickades med.

Återigen hade hon alltså ”drabbats” av en ny diagnos: esofagit - varifrån kom då den? Som vanligt ingen läkarförklaring, men för oss var detta inte direkt någon överraskning. Vår misstanke att en kräkningsincident inträffat under själva operationen i oktober kunde inte bekräftas i operationsberättelsen. Men redan i november i samband med operationen hade vi läst i FASS att just esofagit är en känd biverkan av Dalacin , just det antibiotikum som hon reagerat så negativt på. De alternativa förklaringarna till hennes sväljningssvårigheter kunde dock inte avfärdas ännu, ansåg vi då. De våldsamma kräkningarna torde dock ha starkt bidragit till esofagiten, på vilken protonpumpshämmarna hade mycket osäker verkan.

Efter nyårshelgen fick hon återvända till sjukhuset ytterligare ett par dagar, innan hon åter skickades hem. Några ytterligare förklaringar till att hon inte tycktes hämta sig efter behandlingsperioden, gavs inte. Vi

fick se tiden an, var innebörden.

Även fortsättningsvis levde Kicki nu på några små glas gammaldags mjölk, lite saft samt ett par skedar mannagrynsgröt per dag. Kräkningarna fortsatte, viktnedgången fortsatte, buken svullnade alltmer till närmast groteska former. Inga kraftfullare naturmedicinska åtgärder kunde genomföras så länge hon inte kunde äta eller dricka,. det lilla som kunde göras med homeopati och akupunktur hade ingen märkbar effekt.

I mitten av januari gjorde hon ett sedan länge inplanerat kontrollbesök på specialistkliniken, men trots matthet och svaghet kunde hon vända hem med ett glädjande budskap: att tumörerna var på tillbakagång, och att någon ny kontroll inte skulle behövas förrän i april. Hennes allmänt bedrövliga tillstånd hade även här av läkare ansetts vara naturligt efter behandlingen, och att ”saker måste få ta sin tid”.

Situationen frestade naturligtvis kraftigt på oss. Det var naturligtvis en sak att min egen dag sedan månader närmast helt gick åt till att hantera Kickis växlande omsorgs- och omvårdnadsbehov. Arbete och allt annat fick skötas med vänster hands lillfinger, och i stort sett inga sysslor eller besök kunde längre planeras i förväg. Det var uppenbart att hennes allmäntillstånd blev allt sämre, vikten minskade och näringstillförseln var otillräcklig. Kicki var nu så svag att hon knappt kunde ta sig till toaletten, tarmfunktionen hade upphört och

inte ens timslånga lavemang kunde resultera i något annat än ökade buksmärtor. Samtidigt hade hon nu läkarord på att ”saker måste få ta sin tid”, och så här skulle det vara. Några ytterligare sjukhusinläggningar ville hon inte gå med på, de resulterade ju ändå inte i något. (Senare fick jag reda på att hon under denna tid samlade Sobriltabletter under kudden som föreberedelse för att ta livet av sig,)

En dag i slutet av januari var måttet rågat för min del, jag tänkte inte stanna kvar i hemmet medan hon svalt ihjäl. Jag talade om för min utmattade hustru att om hon inte gick med på omgående sjukhusinläggning så skulle jag lämna henne ensam i huset, och själv fara bort tills detta var över. Under det att jag packade hörde jag att hon äntligen tog telefonen och själv gjorde upp med sjukhuset om inläggning. Att sedan få henne nedför trapporna var en lång och smärtsam historia, hon fick nu sitta och vila på varje trappsteg innan hon tog nästa. -Kan jag inte bara få dö? frågade hon i mitten av trappan, då huvudet hängde som på en vissen vitsippa.

Väl inne på sjukhuset vidtog den nu välkända rutinen med prover, kanyler och näringsdropp, och hon började kvickna till något. Vid morgonronden dök en för oss tidigare okänd läkare upp, och förklarade att denna gång skulle man - äntligen - gå till botten och undersöka alla möjligheter. Redan den första riktiga undersökningen gav svar: Kicki led nu av totalt *tarmstopp*, dvs tilltäppning av tjocktarmen, och efter

ytterligare datortomografi och ett antal skilda läkarbedömningar konstaterades att stomioperation (påse på magen) var den enda tänkbara åtgärden i nuläget. Eventuellt skulle stomin kunna återställas längre fram, påstod man, när tarmstoppet bättre hunnit utredas och ev åtgärdas.

Kickis allmäntillstånd, närings-, blod- och kaliumvärden var nu så låga att det behövdes flera dagar för att med intensiva dropp få upp dem så långt att det var tillrådligt att genomföra operationen. Samma morgon som den ska ske, ringer Kicki fullkomligt förtvivlad på min mobil, gråter och snörvlar - Dom säger att det är en tumör som hindrar tarmen! Vi hinner inte ventilera det märkliga faktum att hennes tumörer undersökts på specialkliniken fjorton dagar tidigare, och då befunnits vara på återtåg och helt under kontroll, innan hon ska föras till operation.

Tvära kast

Ett par timmar senare finner jag Kicki på "uppvaket", denna gång i strålande form efter operationen: Hon skrattar, pratar, är klar i ögonen och pigg så det gnistrar, skämtar med personal och alla omkring sig, och kan endast med övertalning nu hållas kvar i sängen. På magen har hon sin nya stomipåse, som hon förundrad undersöker, och berättar att man vid operationen har tömt hela tarmen på ofattbara mängder stagnerat innehåll. Hon är hungrig och törstig, mår inte ett dugg illa, har inte särskilt ont, och kan endast

med svårighet hållas på den stipulerade magra diet som enligt rutinerna ska följa på operationen.

Den medicinska verkligheten, fick vi dagarna därpå reda på, var att en större tumör, fastväxt vid bäckenet, tryckte på tjocktarmen och hindrade tarmpassage. Enda åtgärden i nuläget var alltså att leda ut tarmen en bit före stoppet på utsidan av buken, och hänga en plastpåse utanför. Nu skulle stomioperationen få läka och Kicki vänja sig vid att sköta den, innan det var läge för att gå på djupet med denna nya tumör och tarmhinder, för att se vad som skulle göras. Kanske skulle det bli en ny omgång cytostatika eller strålning, refererade Kicki, men det allra viktigaste i nuläget var ju att hon åter kunde äta och dricka nästan som vanligt. Livet hade återvänt, trots allt.

Situationen blev efterhand som dagarna gick nu alltmer paradoxal: I takt med att matlust och matsmältning började fungera återvann Kicki i snabb takt krafter, och sitt goda humör, även vikten började gå upp igen. Hon hade nu förlorat mer än 25 kilo från i somras, och hade nu många drag gemensamt med just de Belsenfångar som från början figurerat i våra värsta farhågor. Nu behövde hon "äta upp sig", och nu kunde också naturmedicinska metoder börja användas - bl a med rikliga mineral- och vitamintillskott.

Vid hemfärden har Kicki utrustats med både rullstol och kryckor, vilket vi utnyttjar för att - för första gången på flera månader - nu göra ett restaurangbesök,

och i fulla drag utnyttja hennes nu fungerande aptit och matsmältning. Den sköterska som hade till uppgift att introducera och undervisa nyblivna stomipatienter, var sedan länge själv sjukskriven, varför det tog lite tid innan Kicki lärt sig komma överens med sin ”nya mage”, bl a får hon ett nytt tarmstopp efter en alltför väl tilltagen måltid, något som resulterar i ett ny snabb sjukhusvistelse.

När hon så åter skickas hem i början av februari får vi emellertid besök på vårdsalen. av överläkaren B - samme man som en dag för mer än ett halvår sedan lämnade Kicki hennes första cancerbesked. Efter att kort ha förhört sig om dagsmåendet förklarar han att man vid undersökningarna även funnit att tumören trycker på en urinledare, från njuren till urinblåsan. Detta kommer att bli problem, säger han allvarsamt. När Kicki får alltför ont i ryggen så ska hon höra av sig, så att urinledaren kan ledas om eller förstärkas på något sätt.

- Om vi har förstått dig rätt, säger han till Kicki, vill du också helst vara hemma och inte ligga på sjukhus? Kicki nickar. - Därför, föreslår han, kan vi aktualisera dig hos det palliativa teamet, som ju har helt andra möjligheter att hjälpa dig hemma. De har läkare som kan göra hembesök, och göra mycket mer i hemmet än vad hemsjukvården kan. - Är det OK? frågar han avslutningsvis. Kicki som nu mest ser fram mot att komma hem så fort som möjligt, tycker naturligtvis att detta är helt OK, själv föredrar jag att avvakta framför

att dra igång en eventuellt upprivande diskussion om vad denna remiss egentligen och under ytan ska betyda. Vi utgår dock från att det som tidigare sagts ska gälla även i fortsättningen - dvs att när operationen läkt ska den nyupptäckta tumören undersökas och behandling sättas in.

Väl hemkommen förflyter emellertid veckorna med betydligt mindre dramatik än tidigare. För varje dag tycks Kickis ork och energi öka, även om buken verkar kanske mer svullen och deformerad än någonsin tidigare, och inflammationssmärter och feberskov kommer och går. Efter en särskilt besvärlig dag med inflammerade och ömma ljumsksmärter förlänger vi på eget bevåg en Heracillin-kur, vilket till slut resulterar i en betydande förbättring - temperaturen stabiliseras alltmer, smärtorna från ljumskan minskar och successivt kan hon gå och röra sig allt bättre. ”Jag har fått livet tillbaka”; säger hon ibland. Min egen misstanke växer sig allt starkare att den ”nyupptäckta tumör” som orsakat tarmstoppet i själva verket utgör en del av en spridd och kraftig bukinflammation, i bästa fall utan några cancerösa inslag överhuvudtaget. Vi ser fram mot att höra av sjukhuset, med anvisningar om hur undersökningen av denna ska gå vidare.

Men veckorna går utan att någon hörs därifrån. I stället får vi samtal från den palliativa enheten, som anmäler att man tänker dyka upp för samtal en dag i början av mars. I avvaktan på detta får vi lugna oss

med våra frågor. Kvällen innan besöket börjar Kicki bläddra i den broschyr från den palliativa enheten som vi fått, och nu börjar hennes frågor och oro växa i närmast explosiv hastighet. De formuleringar vi finner är minst sagt förskräckliga, sett från vårt eget perspektiv: Tydligen handlar det palliativa om *åtgärder när botande eller livsförlängande åtgärder inte kommer i fråga*; kort sagt neddrogning av döende patienter. Men varken Kicki eller jag uppfattar henne i dagsläget som det minsta döende, tvärtom, som för varje dag alltmer vital. Kanske har detta team särskilda resurser som man kan utnyttja när vården i hemmet drar ut på tiden, resonerar vi.

Morgonen därpå klingar vår dörrklocka och i rask följd dyker en sköterska och en kvinna som presenterar sig som smärtläkare upp, strax därpå kommer vår sedan tidigare välkända distriktsköterska. Vi samlas runt Kickis dagbädd, där hon just i dag ligger trots att hon nu alltmer brukar vara på benen.

Efter den obligatoriska presentationen hamnar ordet rätt snabbt hos mig, ty den palliativa enheten tycks vilja betona att det är patienten och anhörigas önskemål som ska styra, och Kickis styrka inte alltid ligger på det verbala planet. Jag förklarar att det vi för ögonblicket finner mest angeläget är att undersökningen av tarmstoppet och den nya tumören kommer i gång, enligt tidigare planer. Jag förklarade också att den möjliga inflammatoriska bakgrunden till tarmstopp och många andra av de problem som förföljt

Kicki under behandlingstiden inte beaktats eller fått någon nämnvärd roll, och att det borde vara läge för detta nu. Vi berättade också om den senaste Heracillinkuren och dess verkan.

Min korta inledning möts av komplett tystnad från ”vårdteamet”. Uppenbarligen var detta inte alls vad man väntat sig, eller ville höra. Så småningom harklar läkaren sig, och vill börja uppdatera den medicinlista som hon fått med sig från sjukhuset - vad behöver Kicki ha just nu, vad kan sättas ut, vad finns hemma osv? Hennes behärskade förvåning tycks öka alltmer under genomgången, där hon tvingas konstatera att nästan alla de antecknade tunga medicinerna aldrig använts mer än nån enstaka gång, innan de satts ut, pga dålig effekt eller biverkningar, och att Kicki för dagen i det närmaste var medicinfri, bortsett från tillfälligt bruk vid behov av ett par receptfria preparat.

En kort stund återvände vi sedan till det i vårt tycke märkliga tumör-tarmstoppet. Vi förhörde oss om vilka prov och undersökningar som gjorts, och vilka som återstod. Det visade sig då att den undersökning som redan gjorts hade skett i samband med operationen i början av februari, då kirurgen med handen ”känt” tumören och konstaterat att den inte var förskjutbar, dvs sammanvuxen med bäckenet. Vår egen fråga var naturligtvis hur det var möjligt för specialistenhetens läkare att den 16 januari missa en tumör som fjorton dagar senare visar sig kunna orsaka tarmstopp och nu alltså vara dödlig och icke behandlingsbar. Hur

snabbt kan egentligen en tumör växa? Hur vårdslöst kan en undersökning i så fall gå till? Hade man överhuvudtaget tagit några vävnadsprover från denna nya tumör för patologisk undersökning? Vilken typ av cancer handlade det denna gång om? Osv.

Snödroppar och jäkelskap

Först efter en sådan kanonad av frågor tvingades klarspråket fram: Sjukhusets bedömning och undersökning var redan klar: Det handlade om en tumör av livmoderhalscancertyp, som var fastvuxen, inoperabel och obönhörligen framskridande. Några alternativa diagnoser fanns inte, några ytterligare undersökningar var obehövlige. Någon ytterligare behandling mot tumören var inte aktuell. Det planerade besöket hos specialistenheten för uppföljning av övrig tumörbehandling var helt obehövt, och man åtog sig att avboka detta.

Det palliativa teamets uppgift var nu att ledsaga Kicki mot livets slut, genom smärtlindring och andra åtgärder. Det gällde nu för Kicki och mig att inte längre förneka verkligheten. Vi borde glädjas åt snödropparna och åt att våren såg ut att bli tidig och vacker. När smärtorna blev alltför svåra, så skulle hon veta att det fanns hjälp.....

Kicki hade nu satt sig upp i dagbädden, skrek och snyftade. - Det är så orättvist, Jag vill inte dö, och jag tänker inte dö! Självt satt jag bredvid, med armen om

henne och viskade högt : - Tro dom inte, Lita inte på det här, Det här är inte sista ordet!

-Kanske behövde vi nån kuratorshjälp? undrade man, Jag frågade bistert om kuratorn möjligen kunde boka in en fönstertvätt, men det var som jag anat, inte aktuellt.

Efter ytterligare ett par minuter ansåg dödspatrullen att uppdraget var fullgjort för denna gång och tackade för sig. Enligt deras lärobok så skulle ju vår naturliga chockreaktion börja med ett *förnekande av verkligheten*, och därefter *aggressioner*, så man ville väl komma ifrån platsen så fort som möjligt innan det började hetta till på allvar.

Det vi just hade varit med om brukar naturligtvis vara tillräckligt för att ta livet av de flesta, enligt månghundraårig woodoo-erfarenhet. Att sätta en människa att vänta på att smärtorna ska sätta in, som en signal till att slutet är nära, är synnerligen effektivt, det hade jag själv tillfälle att konstatera med min egen far många år tidigare, då han av rädsla för ökande smärtor sökte tillflykt till sjukhuset. Hans sega kropp klarade ändå flera månaders morfinförgiftning innan den slutligen packade ihop.

Dock inte så med Kicki. Hon berättade senare att just då övervägde hon en god stund om hon skulle stoppa i sig det lager av Sobril som hon samlat på sig, för att på så sätt göra pinan kort. Men livsviljan tog alltså

överhanden. Efter att ha snyftat en stund, snörvlade hon till och sa - Nej, jag tror inte på det här, jag känner mig inte döende. Nu vill jag åka och shoppa!

Och hela eftermiddagen for vi sedan runt på det stora shoppingcentrat, med rullstol, för att förse Kickis helt förändrade kropp med döljande och fräscha vårkläder. Humöret var gott, sånt här tänkte hon inte låta knäcka sig.

Ett par dagar senare hittar jag henne i sin rullstol, rivande med en hacka vid söderväggens rabatt. Det blev i själva verket snödropparna som aldrig fick uppleva någon nästa vår.

Följande dag talar vi med specialistenheten, vars läkare ställer sig mycket frågande till vad som nu händer, och följande vecka får vi åka ned till dem för en ny genomgång av läget. Vi redovisar våra undringar och tvivel och denna läkare har knappast annat val än att dela våra undringar. - Även om det skulle vara en cancertumör, så kan man ju inte bara lägga sig på rygg och vänta, säger hon. - Det finns ju både cytostatika och strålning som kan bromsa förloppet. Det har tagit lång tid att driva in underlag, bilder och journaler från länssjukhuset, och hon granskar kritiskt dess formuleringar: - Jag vill inte säga nåt definitivt i förväg, men som jag ser det behöver detta inte vara någon cancer överhuvudtaget.

Efter ytterligare ett par veckor återkommer hon med förslag på ny undersökning, där både hon och kirurg kan ta nya cellprover för patologisk undersökning - det som alltså hittills bedömts vara onödigt.

Undersökningen av specialistläkare och kirurg äger rum ett par veckor senare, och innebär - beklagligtvis - ny palpation under narkos. Visa av tidigare erfarenheter vet Kicki och jag att nu kommer återigen inflammationen att blomma upp, men det är för viktigare att om möjligt få cancerdiagnosen avfärdad. Det är ju nu uppenbart att en kvarhängande cancerdiagnos i praktiken skulle utestänga Kicki från all annan behandling än neddrogning. Och så skör och skadad hon nu var så fanns det stora utsikter till att hon kunde behöva olika former av skolmedicinsk hjälp - med stomi, tarmkomplikationer, infektioner, hotande förträngning av urinledare, tänder som tagit stryk av behandlingen, osv. Cancerdiagnosen kan på så sätt vara livshotande i sig, alldeles oavsett om det finns en enda cancercell kvar i hennes kropp.

Efter undersökningen följer dock oroande besked. Det "något" (tumör?) som sedan månader funnits i vänster ljumske tycks även ha "spridit sig" till höger sida, och dessutom vuxit. Biopsier har tagits och skickats på analys.

Veckan efteråt får Kicki dock nya besked: Glädjestrålande hade specialistenhetens läkare kallat in henne för samtal, och meddelat att biopsin gett negativt

besked - dvs ingen cancer, men inflammerad, svullen vävnad och bindväv. ”Hälsa Ulf att det var precis vad han sagt”, skickar hon med Kicki. Ytterligare en del av cellprovet ska undersökas med andra metoder, infärgning, men ”i vart fall har jag ju fått en respit, nu!” säger Kicki.

I mitten av april ringer så specialistenhetens läkare åter till Kicki. Kicki själv sitter i bilen, på väg från att ha hälsat på sina gamla kollegor, glad och sprallig. Några minuter senare ringer Kicki mig. ”Jag har talat med doktorn. Det är inte helt positivt det här...” Mycket dämpad är hon hemma några minuter senare.

De besked Kicki nu fått var sannerligen inte lätta att tyda. Man har inte heller i det andra cellprovet, efter ”infärgning”, kunnat finna några cancerceller. Men det finns ju ”förändringar”, och det är ju inte bra, säger doktorn. Och därför vill hon ta fler prover, och att Kicki ska komma ned igen, så att man får undersöka vidare och ev se om man nu kan sätta in en *stent* i urinledaren, så att påsen på benet kan tas bort.

Om detta uttryck betyder cellförändringar i provet eller anatomiska förändringar i magen framgår inte. Kicki har inte kunnat ställa detaljerade frågor. Att det finns anatomiska förändringar, inflammationer och bindvävsansamlingar i buken visste vi ju tidigare, och att man inte kan lämna det hela åt sitt öde var självklart, oavsett hur cellproverna utföll. Luddigheten växer, och det är inte så svårt att se varför:

Om det nu INTE är en cancertumör som har deformerat buken - vad är då orsaken? I juni förra året, innan sjukvården kopplades in, hade ju inga sådana problem gett sig till känna, inte heller hade de påtalats under de första undersökningarna. Men i oktober hade man fått avlägsna kilovis med sk skräpvävnad, och ett par månader därefter fanns åter deformerande mängder skräpvävnader i buken, med först en tarmstomi och därefter nu en framtvingad kirurgisk avlastning av njuren som följd.

De tidigare cancertumörerna är ju enligt alla undersökningar på återgång, och har inte alls den storlek att de kan ha spelat någon roll för den snabba och bestående bukdeformeringen. I stället för cancer måste man alltså hitta andra orsaker - t ex inflammatoriska. Orsakerna måste dessutom ha etablerats under undersöknings- och behandlingstiden. Inflammationer uppkommer inte av sig själva. Vad Kicki framför allt nu lider av måste rimligen vara skador som uppkommit under undersökning och behandling, inte av cancer.

Detta kan emellertid inte omedelbart erkännas ”ur medicinsk synpunkt”, ty det skulle allvarligt ifrågasätta den medicinska kompetensen och auktoriteten och behandlingens säkerhet. I stället måste orsakerna till hennes nuvarande tillstånd tills vidare förbli okända, och mystiska, även om man inte kan finna någon cancer. Det är lätt att misstänka att fortsatta

undersökningar inte heller kommer att lämna några klargörande besked om ”vad det är”, utan att en dörr måste hållas öppen att ”det kan ju vara cancer i alla fall, även om vi inte hittar avgörande cellprover som bevisar det.”

Att ta strid och diskussion om detta i nuläget skulle dock kunna göra den fortsatta behandlingen - att avlägsna skräpvävnader och så långt möjligt återställa stomierna - än mer problematisk. Bättre ligga lågt i nuläget, låta kvarnen arbeta, och samarbeta om detta. Tids nog får väl de rätta förhållandena uppdagas, så resonerade vi i detta läge.

Under veckorna efter den senaste palpationen har också - som väntat - inflammationsymtomen blommat upp, Kicki har understundom rejält ont, och svårt att gå. Hur som helst inleds nu en ytterligare antibiotikakur (Doxyperm, tetracykliner) , med illamående, trötthet och ljuskänslighet som lök på laxen.

En dag viker sig benet helt, och hon rapporterar att hon fallit ihop som en klubbad säl, och så när ramlat ned för trappan från övervåningen. Om det var tillfälligt blodtrycksfall och svimning, eller bensvagheter kan hon inte säga. De dagliga symtomen växlar nu kraftigt, ömsom är hon pigg och energisk, ömsom klappar hon ihop och orkar inget. Det ständiga jämret ökar irritationen i hemmet över bristningsgränsen.

Vid ny inläggning sätts nu en pyelostomi in, för att avlasta den delvis blockerade vänstra njuren, och Kicki förses med en plastpåse på benet, där urinen kan samlas. Själva operationen tar inte lång tid, men gör fruktansvärt ont, eftersom bedövningen inte tar tillfredställande. Hon vrålar så taket kan lyfta sig. Läkaren är från Asien och kanske van vid primitivare förhållanden än vi. Kicki förklarar efteråt att nästa gång - om det blir aktuellt - får det bli narkos, oavsett vad läkarna lovar och säger, men "no hard feelings", läkaren var trevlig och de hade haft mycket annat att prata om under ingreppet.... Det gäller att ta vara på glädjeämnena...

Under vårbruket kommer Moster, och åter är de båda i trädgården, Kicki dock mest behjälplig med mindre krävande sysslor. Efter en utflykt till handelsträdgåden kommer de hem och berättar att försäljarens mamma redan för fyrtio år sedan "dömts ut" på sjukhuset, med budskapet att hon hade två månader kvar att leva. Hon levde fortfarande, dock numer något märkt av åldern. Liknande berättelser hade vi det senaste året stött på av och till bland släkt och vänner, detta var dock det första med namn bekräftade fallet. Ungefär samtidigt får vi också veta att den lokala missionskyrkoförsamlingen haft förböner för Kicki under våren.

De förtröstansfulla budskapen blir allt fler.

Mysterier avslöjas

Efter åtskilligt informationssökande under våren började nu mysteriet med Kickis bedrövliga tillstånd efter oktoberoperationen, utmynnande i totalt tarmstopp och stomioperation, att lösas. Uppenbarligen har det handlat om en inom medicinen välkänd komplikation::

Strålproktit

<http://www.gastrolab.net/s01rads.htm>

”Ordet proctit betyder inflammation i ändtarmen. En strålproctit är en inflammation i ändtarmen, vars orsak är en strålskada. ... Den kroniska formen kan uppstå en lång tid efter strålbehandling - ibland många år efteråt, och den har en tendens att långsamt förvärras under en lång tid.

...
Ända upp till 40% av patienter som fått strålbehandling på bäckenområdet kan uppvisa tecken på en kronisk strålskada. Av dessa är de flesta dock lindriga och symtomfria. Omkring 5 - 10% av patienterna har allvarliga men av sjukdomen.

*... Vilka är de vanliga symtomen?
 En strålskada på tarmen kan orsaka förträngningar, stenosering, som gör att födan inte kan passera.*

...(Oftast) opereras ändtarmen bort, och patienten får en stomi. Operationen kan vara problematisk eftersom

strålbehandlingen gjort vävnaderna sköra och patienten ofta har sammanväxningar efter tidigare operation på samma område....”

Ändå har inte ett ord sagts om denna möjlighet varken på regionsjukhus eller specialistklinik. I stället har man efter den framtvingade stomioperationen ju utan vidare undersökning förklarat tarmstoppet med en inoperabel och tidigare okänd tumör i ändtarmsområdet.

I början av maj har vi ett nytt samtal med specialistläkaren: Nya prover är nu tagna både mikrobiologiska och biopsier. Man undersöker förekomsten av mer sällsynta mikroorganismer samt förbereder insättande av stent i urinledaren genom röntgen. Kan kanske förträngningen handla om urinsten? Något besked om detta erhåller vi inte. Vid senaste palpation visar sig nu att de tidigare ”förhårdnaderna” nu är oförändrade i storlek. Vi möter en rätt mjuk attityd. - Hur klarar ni att leva med osäkerheten och att aldrig få besked? frågar hon.

Vi svarar att osäkerhet inte är det värsta, men negativa prognoser är svåra att leva med. (Detta beror ju delvis på att vi inte litar särskilt mycket på medicinska besked överhuvudtaget). På vad sätt läkaruttalanden skulle kunna undanröja osäkerhet kunde vi faktiskt inte heller begripa. Det skulle ju kräva att man litade på vad läkarna säger, vilket hade varit fullkomligt livsfarligt: både lugnande besked och katstrofbesked hade ju så

när tagit livet av Kicki redan, tur att vi inte litat på dem. Ville vi känna säkerhet får vi ordna det på annat sätt

I detta läge erkänner hon att några cancerceller inte hittills stått att finna i de biopsier som tagits. Om de prover som tagits i dag fortfarande är negativa (dvs ej cancer) vill man ändå för säkerhets skull öppna buken för att kolla vidare. Då kan man ev också rätta till det bräck som tidigare operationer ställt till. Sekreteraren ska ringa om kallelse till genomgång och ev op. Till detta kommer nu också frågan om *stent* i urinvägarna kan sättas in. Detta ska vi få besked om dessförinnan.

Som avslutning på samtalet med den denna dag strålande Kicki säger läkaren – Jag önskar jag hade halva den energi du har.

Vi anser oss alltså själva kunna ”hantera osäkerheten”, men vi börjar undra hur sjukvårdsapparaten nu ska klara den: Antingen har Kickis påstådda tumör, konstaterad vid stomioperationen spontant och mirakulöst försvunnit på ett par månader, i strid med alla läkarvetenskapens regler. Eller också har samtliga läkare då misstagit sig, och skickat hem henne för att dö under den palliativa vårdens överinseende, utan ytterligare undersökning efter en felaktig diagnos. Naturligtvis undrar vi hur många som i så fall drabbats av detta öde under årens lopp.

Några veckor senare får vi denna fråga i vart fall delvis belyst, genom notiser i dagspressen: En man från Ulricehamn har anmält lasarettet till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, efter att vi fått ett felaktigt besked om att hans mamma var döende. Mannen skriver i anmälan att modern kördes akut in med ambulans till lasarettet - efter ett par timmar flyttades hon till intensivvårdsavdelningen.

Sonen åkte hem men blev kontaktad några timmar senare med beskedet om att modern var döende och att all vård skulle avslutas. Efter någon dag påpekade sonen att mamman – tvärtemot alla medicinska förväntningar – alltmer piggnade till. I

Ulricehamnstidningen några dagar senare framgår att den 83-åriga mamman åter är hemma, omtumlad men pigg.

Kicki hade därefter mestadels strålande humör och ökad energi. Medicineras med cyklokapron ett par dagar efter omfattande biopsier. Därefter är hon optimistisk och på benen i stort sett varje dag, även om besvären varierar från nästan obefintliga till kraftiga smärtor, dock alltid övergående. Under sommaren varierar obehagsnivån, då och då med bevärliga karpattunnsyndrom med våldsam nattlig smärta i armen.

Uppenbarligen hänger karpalsmärtorna samman med den ökande sommarvärmerna och ökad vätskesvullnad i kroppen. Björkbladsthe och örtplåster visar sig till slut kunna kupera smärtorna rätt effektivt. Har nu gått upp

till ca 68 kg från 57 i januari. Buken är fortfarande kraftigt svullen, men minskar ändå efterhand, tycks det. Alltmer riktas våra misstankar mot att även led- och ryggsmärtorna i bäckenområdet i själva verket handlar om efterverkningar av strålbehandlingen.

En dag i slutet av juni ropar Kicki från toastolen, har haft praktiskt taget normal avföring via rumpan trots sk tarmstopp och trots stomi....Livet finner alltid en lösning, som de sa i Jurassic Park. Eller kan det ha varit stomioperationen i januari (då den nya sk tarmtumören också konstaterades) som gick lite väl snabbt? Vi får väl se, men negativt kan det knappast vara.

Med livet i behåll – men att sia är svårt.

Kicki väntar nu /augusti 2007/ på operation av bl a bukbräck o pyelostomi-stent. Argumenten för och emot denna operation förtjänar att beröras. Naturligtvis har vi inte - liksom tidigare - fått någon vettig information ang risker och fördelar från sjukvårdens sida. Å andra sidan är det ohållbart för Kicki att i all framtid leva med såväl tarm- som pyelostomi, fr a med de infektionsrisker som den senare innebär.

Buksvullnaden är fortfarande kraftig och gångsvårigheterna och ljumsksmärtan tycks variera med buksvullnaden, som skiftar något från dag till dag. En lyckad operation borde kunna ersätta pyelostomin

med en stent och hjälpligt normalisera bukbråcket, och därmed också minska smärta och gångsvårigheter. På sikt finns också förhoppningar om att tarmen ska kunna hopkopplas och stomin tas bort. Slutligen räknar vi också med att operationen ska definitivt kunna avfärda ev spekulationer och medicinsk oenighet om kvarvarande concertumörer i bukhåla och underliv. Att undanröja sådana misstankar är viktigt inför varje ev fortsatt medicinsk kontakt, så att Kicki då inte kan avfärdas som ”cancerpatient i slutskedet”.

Operationen nu handlade alltså egentligen inte om något ”nytt” ingrepp, utan om att fullborda den serie ingrepp som redan påbörjats. Att avbryta vore mer riskabelt än att fullfölja, så som vi såg det. Det visade sig också att operationen skulle gå mycket smidigt, sedan den erfarna kirurgen ägnat åtskilliga småstunder åt förtroendeskapande sängkantssamtal före och efter ingreppet. Naturligtvis blev resultatet inte sämre av att han direkt kunde meddela att cancerdiagnosen från stomioperationen i januari nu helt kunde läggas på hyllan, och att även tarmstomin borde kunna återställas inom några veckor.

De skador och funktionsnedsättningar som Kicki nu kämpar med är - efter allt vad vi kan finna – främst resultat av den medicinska sk cancerbehandlingen, och inte av någon obönhörligt framskridande cancer enligt den klassiska medicinska mytologin. Skadorna bör därför trots allt successivt gå att läka, låt vara kanske inte fullt ut.

Trots allt har hon ju ändå nu kommit ut på andra sidan med livet i behåll, och en livskvalitet som gör varje dag i sig värd att leva. Det långsiktiga målet är ju att hon ska ”komma tillbaka” och kunna återuppta sitt jobb, åtminstone på deltid. Dit är det dock ännu en bra bit kvar. - Men livet är alltid osäkert, säger vi ofta till varann. Man kan bli överkörd av en långtradare i morgon också. Och nån gång kan vi skratta åt vår tanke – för väldigt länge sedan – att köksrenoveringen skulle vara vårt sista stora projekt...

Myter och lärdomar om cancer och cancervård

Om patientinformation, diagnoser och prognoser

Varje gång man gör en undersökning, så drar man på sig ett framtida informationsproblem - dvs hur ska resultatet av undersökningen meddelas? Eftersom lugnande information alltid mottas med tacksamhet och är oproblematiske, uppstår problemen främst när det finns något oroande att informera om. Den normalmisstänksamme patienten noterar naturligtvis alla ugglor i mossen, och samtalet nalkas snabbt då det gamla sällskapsspelet ”sänka ubåt”.

Å ena sidan vill läkaren ju egentligen inte oro, inte fördystra tillvaron för patienten, å andra sidan upplever han ju en skyldighet att inte ljuga, och kan naturligtvis inte dra på sig beskyllningar att ”dölja verkligheten” för patienten och anhöriga. Man tassar gärna som katten runt den heta gröt, för att söka pejla

fram ”vad vill patienten egentligen veta?”

När emellertid patienten tydligt säger i från att ”jag vill inte nu ha information om xxx”, så som Kicki gjorde i juli 2006 - blir emellertid problemet och ambivalensen fullkomligt ohanterligt för sjukvården. Läkaren bröt då igenom den försvarsmur vi hade satt upp, och ”informerade” rakt emot vad vi ville veta just då. Det är troligt att hon upplevde det sjukvårdsinterna regelverket och informationsplikten som starkare än patientens uttryckta vilja. Det är svårt att säga att hennes handlande var direkt felaktigt, valsituationen blev antagligen helt enkelt omöjlig att hantera.

En del av informationsproblemet i detta skede ligger i **förtroendefrågan**: Kan patienten lita på att läkaren agerar med patientens främsta för ögonen? Syftar informationen till att läkaren själv ska hålla ryggen fri, och pressa in patienten i ett visst hörn, dvs till att acceptera en behandling eller annan process som hon är misstänksam mot, och inte vill vara med om? Eller syftar informationen till att skydda patientens egen integritet och valmöjligheter i en vanskelig och svårbedömd situation? Alltför ofta har vi upplevt information av det första slaget - något som naturligtvis blir destruktivt för hela den fortsatta dialogen och ev behandlingsprocessen.

Under vår egen resa har vi naturligtvis varit med om mer eller mindre misslyckade och destruktiva informationstillfällen. De inledande

informationstillfällena under juli månad 2006 åstadkom mycket frustration och upprördhet, delvis därför att de genomfördes klumpigt, men också - naturligtvis - därför att informationen i sig var obehaglig att ta till sig.

Det går inte heller att på ett rimligt sätt värdera informationens genomförande, skilt från informationens innehåll. Lugnande besked kan ges på nästan vilket sätt som helst, de upplevs alltid som ”positiva”.

Men hur ger man negativa - oroande - besked på ett bra sätt?

Vi har kommit fram till att själva frågan i sig är omöjlig. Läkarens uppgift, enligt det traditionella synsättet, dvs ”att så skonsamt som möjligt underrätta patienten om en dyster prognos”, är helt enkelt omöjlig att lösa på ett bra sätt. Antingen svamlar han i dimmor, fiskar och försöker släta ut informationen så att den verkliga innebörden inte går fram. Eller också klampar han på som en elefant i en porslinsbutik, och drar igång akuta diagnoschocker.

Just denna omöjlighet visar att problemet inte är ett informationsproblem, utan är inbyggt i hela vår förhärskande sjukdomslära och sjukvårdsfilosofi. Det är inte ”informationssättet” i sig som är problemet, utan det underliggande medicinska paradigmet, på

vilket informationen grundas.

Det gamla ordstävets ”Det dunkelt sagda är det dunkelt tänkta” kan illustrera samma samband: Är det medicinska paradigmet grymt, lögnaktigt och destruktivt så måste självklart också den medicinska informationen bli misslyckad och destruktiv

Konfrontationer

Trots de officiella grundsatserna är påståendena om patientens inflytande i vården rätt ihåligt. Vid flera tillfällen har skarpa replikskiften ägt rum av följande slag

- Jag vill inte ha/vägrar/ ha kontrastvätska, penicillin, göra ingrepp utan bedövning osv

- Jo, men du måste! (för doktorn har sagt det, våra rutiner kräver...)

- Nej, jag går inte med på det!

- Sen när är det patienterna som bestämmer vården?

- Det får vara hur det vill, det är min kropp och den bestämmer jag över. Du får tala med doktorn eller göra vad du vill.

Det anmärkningsvärda är inte att kommunikationen

mellan patient och personal ibland kan packa ihop. Det verkligt bekymmersamma är att personalen som regel verkar fallen från skyarna inför att möta oeftergivligt motstånd från patienten, Tydligare än allt annat visar detta på hur vårdkvaren mal på, oavsett vad patienten har att komma med, sakligt och välgrundat eller ej. Det är lätt att föreställa sig den vanliga utgången ur situationen ovan, om det handlar om en försvagad och auktoritetsberoende patient utan ordentligt med skinn på näsan och utan stöd av anhöriga med fristående kunskaper och omdöme.

Anhörigrollen och den sociala situationen.

Det är självklart att man som anhörig kommer i andra rummet när någon i familjen drabbas av cancer, och att ens behov måste sättas åt sidan, i vart fall för en tid. För egen del är jag egen företagare med arbetslokaler och mottagning i det hus där vi bor. Detta har möjliggjort att (hjälpigt) förena den tidvis krävande omsorgen (dag och natt) med yrkesverksamhet på sparlåga, där risken för ekonomisk kollaps dock inte varit försumbar.

Det kom som en överraskning att samhällets s k stöd i samband med att någon drabbas av långvarig och vårdkrävande sjukdom i hemmet var så ytterst rudimentärt. Det regelsystem som finns via (försäkringskassan) är begränsade till två månader, medan kommunens s k anhörigvård tycks uteslutande

avse permanent handikappade och äldre. För en egenföretagare är dessutom regelsystemet så svårhanterligt att vi föredragit att inte ens söka använda oss av det. Den anhörig som försöker sköta en vanlig anställning samtidigt som han ska sköta en hemmavarande familjemedlem med omfattande behov av stöd och omvårdnad torde snabbt duka under. Hur andra familjer klarar detta – om de gör det – vet vi faktiskt inte.

Kontrasten har också varit slående mellan hur ofta och gärna vi erbjudits eller föreslagits *samtalsstöd* av olika slag, och det obefintliga *praktiska stöd* som vi faktiskt behövt av och till för att få vardagslivet att fungera. Någon fråga ens om min (Ulfs) ork och beredskap för tjugofyratimmarsberedskap under oöverskådlig tid har överhuvudtaget aldrig ställts. Det har inte ens funnits någon att diskutera de praktiska behoven med, annat än vänner och anhöriga, som kunnat glida in med en hjälpande hand i kritiska lägen.

Trots att vi på sitt sätt var förberedda, kom ändå Kickis massiva omvårdnadsbehov i samband med cytostatika, strålning och operationer som överraskning. Därmed inställer sig också frågan – ställd inte bara av oss, utan av många av våra egna vänner och anhöriga: - Vad händer egentligen med dem som skickas hem från sjukhus till sängliggande hemmavistelse, och som inte har ens det glesa sociala skyddsnät som vi själva har? Vem hjälper dem till toaletten, tar hand om deras spypåsar, springer med brickor, handlar och lagar deras

önskemat, tröstar och byter deras kläder, osv, vecka efter vecka, månad efter månad? Och vem försörjer den/de anhöriga som fastnar i detta ekorrhjul, utan rimlig möjlighet att sköta sitt heltidsarbete?

Och hur påverkas den sjukes livsvilja och uppmärksamheten på hans behov, av sådana yttre förhållanden? Vi kan bara ana.

Cancermyterna och deras konsekvenser

De medicinska åtgärder och den information vi mött under resans gång, framför allt under de första månaderna, tycks i stor utsträckning haft mer till syfte att rädda de officiella – och vetenskapligt obevisade - cancermyterna, och mindre att värna om Kickis liv och välmående. Vi börjar se hur de olika myterna hänger ihop som ler och långhalm i detta:

- 1) Cancer uppstår utan orsak och leder med säkerhet till döden. Endast skolmedicinsk behandling har möjlighet att rädda patienten, dock inte med någon större säkerhet.
- 2) Självläkning eller icke-ortodox effektiv behandling existerar inte och kan inte existera.
- 3) Av denna anledning är varje skolmedicinskt ingrepp försvarbart, oavsett skador och smärtor, även om behandlingen är skadlig eller t o m dödlig.

4) En cancerpatient kan därför utveckla vilka symtom eller skador som helst, de beror ändå med säkerhet på cancer - eller på den ”tuffa behandling” som cancer kräver och medför. Att undersöka och diagnosticera andra tillstånd än cancer är därför ointressant och slöseri med värdefull läkartid.

5) Att behandla andra skador hos cancerpatienten är meningslöst, nya skador tillkommer ju ständigt till följd av cancer eller behandlingen. När/om cancerbehandlingen visar sig ineffektiv och ”slaget är förlorat” återstår endast smärtlindring och neddrogning.

6) Inför så dystra utsikter är det självklart att patient och anhöriga blir chockade, aggressiva, verklighetsförnekande och griper efter halmstrån. Det är därför ingen större idé att lägga tid på att sakligt lyssna på deras berättelser, frågor, förslag och iakttagelser, de är ändå inte användbara. Vänlighet och förtröstan kan man ju visa, men då i största allmänhet

Myterna är dödliga

Det är självklart att när sådana myter omsätts i verkligheten så resulterar de i att cancerpatienter löper stor risk att dö. Sammantaget grundlägger de en praktik som mer påminner om demonutdrivning än om läkekonst. (En av den medeltida demonutdrivningens

principer var ju att göra tillvaron i människokroppen så obehaglig att demonen föredrog att lämna den)

De direkta dödsorsakerna kan då vara av olika slag:

- a) själva cancers biologiska effekter
- b) cancerbehandlingens biologiska effekter; förgiftningar, stympningar, strålskador
- c) utebliven behandling mot botbara andra skador o sjukdomar
- d) nedsatt livsvilja, ev suicid, till följd av plågor, isolering, påfrestande sociala förhållanden i samband med sjukdomen, och medicinsk s k information

Myterna försvaras och upprätthålls

Det är också självklart att varje hot mot cancermyterna måste bemötas och bekämpas av sjukvården. Jag har fått ett antal mail som tyder på att de få patienter som helt undandrar sig den konventionella behandlingen ofta också i övrigt isoleras och nonchaleras av sjukvården. (-Vill du inte ha vår x-behandling så får du väl klara dig själv!)

Detta innebär ju bl a att om de - mot sjukvårdens förmodan - ändå skulle tillfriskna så finns ingen medicinsk dokumentation av denna självläkning, och deras tillstånd kan vid behov i efterhand definieras godtyckligt; ”han har i och för sig levt några år med sin cancer tack vare sin starka vilja, men en noggrann undersökning skulle säkert visa.....”, osv. Risken att en

patient som läxats upp, isolerats och nonchalerats, senare frisk och kry ska återvända till kliniken för att kräva att hans tillfrisknande dokumenteras på medicinskt oantastligt sätt, är rätt liten. På bl a detta sätt kan sjukvården undvika att obekväma rapporter om spontantillfrisknande hamnar i rullorna.

Under min sk basmedicinska utbildning för många år sedan hade jag tillfälle att vara med vid en obduktion av en påstått cancersjuk kvinna. Självt var jag nyfiken på att se hur dessa fruktade tumörer i verkligheten såg ut och följde patologens arbete med stort intresse: Han blottlade och pekade på strålskadade lungor, cytostatikaskadad lever och tarm, men några tumörer kunde han tyvärr inte visa på . När därefter obduktionsprotokollet skulle skrivas angav han dödsorsaken till "cancer", något som jag då ställde mig frågande till. -Jo, förklarade han och gav mig därvid en nyckel till den medicinska sk logiken; - ***om hon inte haft cancer hade hon inte fått strålning eller cytostatika, och därför inte heller fått skador av detta. Därför anses dödsorsaken vara cancer.***

Ett så märkligt tänkande är alltså grunden för den dödsorsaks-statistik som ligger bakom den allmänna uppfattningen om cancer och cancerbehandling: När en patient får en cancerdiagnos så kommer alltså hans framtida dödsorsak med stor sannolikhet kommer att anges som cancer, oavsett hur många år efter diagnosen han då överlevt. Endast en tiondel av dem som avlider obduceras, och man kommer

knappast att någonsin senare allvarligt pröva om cancerpatienten i själva verket dog av något annat.

"Framstegen i behandlingar av cancersjukdomar är mestadels inga framgångar alls, utan en statistisk synvilla, som i värsta fall kan förvandla friska människor till sjuka"! Den som säger detta är cancerläkaren Ulrik Dige¹. Vad är grunden för detta?
Jo bl a

1) Genom att skolmedicinen under många år spridit skräcken för cancer och uppmanat till skärpt uppmärksamhet på allt som kan vara cancer, så upptäcks cancer i regel tidigare i dag än för trettio år sedan.

2) Därmed upptäcks många lindriga eller självläkande cancerfall som annars skulle förblivit odiagnosticerade tills patienten dött av ålder eller av någon annan sjukdom. En bieffekt av detta är att det i statistiken verkar som om risken för cancer ökat, och därmed förtjänar ökad uppmärksamhet.

3) När det gäller allvarliga cancerfall står skolmedicinen i stort sett lika maktlös som för trettio år sedan, oavsett strålbehandling och cytostatika. Men genom att i statistiken blanda upp de allvarliga cancerfallen med de lindriga kan man få det att framstå som att man lyckas rädda allt fler, i vart fall i procent räknat. Genom att cancerfallen upptäcks tidigare blir också överlevnadstiden efter diagnos automatiskt

¹ Cancervårdens illusioner, .2000taletsvetenskap. nr 3/96

längre, vilket man också - falskeligen - tillgodoräknar behandlingen effektivitet.

"Obduktionsstudier visar att symtomfria cancerhärdar finns hos flertalet äldre. Drygt 60% av männen över 60 år har t ex prostatacancer.Eftersom tester kan ge positivt resultat även bland helt friska individer, finns inga gränser för hur stor sjukvårdsmarknad vi kan skapa - såvida medborgarna ställer upp. Friska människor omvandlas till patienter eller "riskpatienter" vilket motiverar ytterligare analyser och göder en expanderande privat laboratorieverksamhet" fortsätter Ulrik Dige.

Kropp, själ och placebo

Den i dag allt genomsyrande medicinska föreställningen är att alla händelser, förändringar och reaktioner i kroppen kan reduceras till kemiska och fysiologiska orsaker, medan "andliga" faktorer – känslor, livsåskådning, vilja, livsenergi osv – överhuvudtaget inte har medicinsk betydelse. Denna föreställning är emellertid inte äldre än ca sjuttio år, dessförinnan hade den medicinska sk vetenskapen en betydligt mer nyanserad uppfattning, där läkekonsten ofta lika mycket bestod i att befördra patientens känslomässiga och andliga styrka som hans mer vegetativa funktioner.

Många senare tids erfarenheter visar emellertid att det ofta är svårt att omsätta provrörserfarenheter i den mänskliga kroppen. Den klassiska sk *placebo-*

effekten synes märkligt verksam också i vår moderna och välutbildade tid, så som den framträder vid olika undersökningar och experiment. Vid behandling av levande patienter tycks man däremot ofta inte bara negligera, utan använda placebo-krafterna åt rakt motsatt håll - dvs för att ingjuta misstro, rädsla och ångest hos patienterna. I all synnerhet gäller detta inom cancerområdet, och det finns anledning att tro att en betydande del av de ofta dystra resultaten beror inte blott på skadliga fysiska och kemiska behandlingsmetoder, utan också på starkt negativa placeboeffekter. I själva verket kan de cancermyter vi talat om, betraktas som ändamålsenliga redskap för att åstadkomma en stark negativ placeboeffekt.

Dagens skolmedicinska syn på cancer och cancerbehandling – som helt fokuserar på de fysiska/kemiska faktorerna - förtjänar alltså stor skepsis. Den förhärskande tesen är att cancer uppstår i princip genom att en enda cell spontant eller till följd av någon form av kromosomskada börjar dela sig i snabb takt, och utan att kunna hejdas, till dess tumören blir livshotande. Behandlingsprincipen är enkel: Det gäller att så snabbt som möjligt skära bort eller döda de snabbväxande cellerna. Då blir patienten frisk.

Samtidigt vet man att så är det ofta inte: Patienten blir långt ifrån alltid frisk på så sätt. I stället uppstår t ex ofta nya cancerhärdar på andra ställen i kroppen. För att förklara detta har man uppfunnit en hittills helt obevisad teori om **metastaser**, dvs att cancerceller

förflyttar sig med blodomloppet, och slår rot på något annat ställe i kroppen där de börjar växa, ungefär som ogräs. Trots detta förklarar man blodtransfusioner helt ofarliga, även om blodet skulle råka komma från personer vars cancer ännu ej diagnosticerats. (*Lancet* 2007, refererad av SR ekot 18 maj 2007) Hur blodet kan vara ofarligt för andra personer samtidigt som det forslar livsfarliga fröer till metastaser har ännu ej förklarats eller bevisats.

Det finns åtskilliga erfarenheter som demonstrerar de andliga, psykiska faktorernas direkta inverkan på kroppens kemiska och fysiologiska funktioner, något som ligger helt utanför den traditionella cancerbehandlingens område. (Mera om detta bl a i avsnittet om "Remarkable Recovery". En annan vetenskapsman som fördjupat sig i hur psykiska faktorer kan styra genetiska förändringar är Bruce Lipton.) Därmed ligger dessa faktorer faktiskt inom det område som är påverkbart för patienten själv och hans anhöriga, och ger dem möjlighet att vrida utvecklingen åt det positiva hållet..

Många torde invända att även om psyket har en stor inverkan, så ligger det utom räckhåll för de flesta att ge sig själv så kraftiga suggestioner genom t ex meditation, hypnos, etc – att de enbart på detta sätt kan bekämpa sin cancer. Denna invändning missar emellertid kärnan i resonemanget: Det handlar kanske inte om att i första hand tillföra **nya** suggestioner, som då dessutom ofta blir verkningslösa därför att de strider

mot allt vad patienten i övrigt tror på, hört och läst under sitt liv. Det handlar inte heller om ”käck tillrop” av det slag som är vanliga också inom sjukvården, vilka i princip går ut på att även om framtiden är dyster så gäller det att kämpa på och se glad ut. I stället är det den underliggande **verklighetsuppfattningen** – som reducerat patienten till ett makt- och integritetslöst vårdobjekt i händerna på för honom opåverkbara kemisk/fysiologiska processer - som ofta verksamt bidrar till att ta livet av honom.

De behövliga mentala ansträngningarna handlar då inte om att främst fantisera ihop en önskebild av framtiden - utan om att sluta tro på negativa fantasier och tillrättalagda fakta, vilka skapar en negativ verklighetsuppfattning. Det handlar om att ifrågasätta, punktera och underminera den påstått vetenskapliga syn på cancer – och därmed på de egna överlevnadschanserna – som intrumfats sedan barnsben, och som utgör den mäktigaste av alla negativa placebofaktorer.

Det främsta redskapet är därvid inte någon övermänsklig inbillningsförmåga, utan ett kritiskt och aktivt sunt förnuft, som inte låter sig kuvas av auktoritetstro och bannbullor. Och detta förnuft ligger inom räckhåll för de allra flesta, såväl anhöriga som patienter. Har man dessutom en stark visionär kraft och förmåga att styra sina tankar, desto bättre – men ingalunda nödvändigt.

Det kan verka omöjligt att ”tänka sig frisk”. Oftast behövs det inte. Det kan gott räcka med att ”sluta tänka sig sjuk”.

Varför har dödligheten i cancer inte sjunkit?

I de flesta dödliga sjukdomar (hjärt- o kärl-, infektionssjukdomar mm) har dödligheten minskat i takt med stigande välfärd, hygien och skydd i samhället. Det är också sedan länge välkänt att ohälsa, fattigdom och förkortad livslängd följs åt på individuell nivå. Innebörden av detta brukar dock inte beaktas i medicinska sammanhang, ty det skulle hota en del medicinska myter, inte bara dem som rör cancer.

Exempelvis hänger risken för insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdomar starkt samman med individens utbildningsnivå. (Se t ex SCBs Folkhälsorapport 2005). Under senare hälften av nittonhundratalet ägde en sk utbildningsexplosion rum: Den från början största gruppen ”lågutbildade” förvandlades till en minoritet, medan den ”högutbildade” gruppen ökade från 5% till 40% av befolkningen. (Se t ex http://www.scb.se/statistik/UF/UF0506/2003M00/pyramid_agg.pdf)

Den minskning av sjuk- och dödlighet i dessa sjukdomar som ägt rum, låter sig statistiskt väl förklaras just med den höjda utbildningsnivån bland befolkningen. Man behöver alltså inte alls förutsätta

nya mirakelmediciner under denna tid, tvärtom måste den medicinska utvecklingens nettobidrag ha varit rätt marginellt. Att vissa patienter utan tvekan ”räddats till livet” genom medicinska innovationer hindrar ju inte att andra i det fördolda drabbats av för tidig död till följd av dem.

Hur kan just personens utbildningsnivå så kraftigt ”slå igenom” på hans/hennes hälsotillstånd? Jo, enkelt uttryckt har utbildningsnivån, åtminstone fram till våra dagar, också varit en god indikator på position i samhället, levnadsnivå, välfärd och bekvämlighet. Detta kan påverka hälsan på många självklara sätt – i att vara utsatt för fysiska och psykiska övergrepp och risker, dålig arbets- och bostadsmiljö, skydd mot väder och vind, olyckor, bristfällig kost och hygien, överansträngning, brist på trygghet och sociala skyddsnät osv. Det svenska begreppet ”må” (text i ”att må dåligt”) lär härröra från samma ord som ”makt”, att ”förmå”, osv. Att vara maktlös, att sakna kontroll över sitt liv, har därmed även funnit ett språkligt uttryck i ”må dåligt”.

Det är därmed inte så konstigt att en stigande utbildningsnivå och materiell välfärd i sig är hälsosam. Medicinens företrädare söker dock ofta och falskeligen tillskriva sig äran av en alltsedan sjuttonhundratalet ökande medellivslängd (från ca 36 till i dag närmare 80 år). Några argument som bör moderera den medicinska självgodheten är att

- medicinska tjänster under lång tid var förbehållna ett fåtal och knappast kan ha påverkat den genomsnittliga livslängden hos befolkningen, vilken ändå ökade

- en stor del av den tidigare medicinska repertoaren i dag har utmönstrats som hälso- och livsfarlig,

- den ökande livslängden till stor del berott på en minskande barnadödlighet medan de massiva medicinska satsningarna framför allt kommit de äldre till del

- att ökningen av livslängden hos just de äldre åldersgrupper som fått del av dessa medicinska satsningar har varit synnerligen blygsam

- att t ex effekten av barnvaccinationskampanjerna är synnerligen diskutabel, bl a eftersom många av dem ägt rum först sedan motsvarande sjukdomar närmast helt avklingat bland befolkningen

- att även många andra tidigare folksjukdomar , t ex TBC, närmast försvunnit , trots att motsvarande då hyllade medicinska behandlingsmetoder och vacciner i dag avfärdas som ineffektiva.

(Se t ex

<http://www.klokast.se/Nyhet/2005/MAR/Mar05.html>)

Att individens ekonomiska, sociala och icke-medicinska situation har dominerande betydelse för hans hälsa borde alltså vara en självklarhet. Dock inte

inom medicinen självt, där sociala och ekonomiska framsteg ofta anses ha som enda uppgift att finansiera och sprida medicinsk utveckling, vilken därefter bringar folket hälsa och levnadsår. Denna myt spricker dock liksom trollen i dagsljus.

Trots denna ökande livslängd och borttynande ”klassisk” sjuklighet finner vi två områden där utvecklingen står stilla eller går åt motsatt håll. Det ena området utgörs av de ”*nya sjukdomarna*” med dunkelt ursprung - en del av dem kallas ”autoimmuna”, ett medicinskt begrepp som beskriver vad som sker, men inte varför det sker, och därför inte är till nån större nytta. Här avses alltså sjuklighet som under tidigare sekler varit praktiskt taget okänd, som oftast inte tycks vara livshotande, men sänka livskvalitet och försörjningsförmåga för de drabbade, t ex fibromyalgi, autism, bokstavsbar, demenser, trötthetssyndrom, depressioner, mm. Det andra området är just cancer.

Cancervården står alltså (med få undantag) med sedan närmast trettio år oförändrad eller t o m ökad sjuklighet och dödlighet. Ändå borde rimligen även denna ha minskat – på samma sätt som hjärt- och kärlsjukdomar och TBC. Ny forskning pekar i stället på att risken för insjuknande t o m kan ÖKA med stigande utbildningsnivå.

”..Forskarlaget har även studerat kopplingen mellan utbildningsnivå och risken att drabbas av bröstcancer. De

har följt över en och en halv miljoner svenska kvinnor mellan år 1990 och 2004. Trots att forskarna tog hänsyn till faktorer som till exempelvis ålder, antal graviditeter och familjemedlemmar som drabbats, så kvarstod det faktum att kvinnor med högskoleutbildning löpte 44 procent högre risk att drabbas av godartad bröstcancer än kvinnor med högst nioårig grundskola. De högutbildade hade även en högre risk att insjukna i elakartad bröstcancer.

– Det är givetvis inte utbildning i sig som orsakar bröstcancer, utan troligast är att högutbildade kvinnor är mer benägna att gå på screening, vilket är det säkraste sättet att upptäcka förstadier till bröstcancer,..”
<http://www.newsdesk.se/view/pressrelease/utbildningsnivaa-paaverkar-risken-foer-cancer-och-chansen-att-oeverleva-164460>

Notisen ger en bra bild av medicinsk argumentation: Märk forskarens kommentar: Det märkliga fyndet att högutbildade kvinnor insjuknar oftare än lågutbildade, skylls på att ”upptäcktsrisken” för dem är större än för lågutbildade. (Rimligen borde då detta gälla inte blott bröstcancer, utan även flertalet andra sjukdomar) Men om nu den underliggande insjuknanderisken för hög- och lågutbildade är densamma – vad hände då med alla de lågutbildade kvinnor som alltså inte screenades och vars tidiga cancer därmed aldrig upptäcktes? Enligt den medicinska cancerlogiken måste dessa lågutbildade, icke-screenade, kvinnor ju så småningom även de bli diagnosticerade, om än i ett mer framskridet skede. Skillnaden mellan låg- och högutbildade borde alltså på sikt bli densamma, även

om de lågutbildade skulle diagnosticeras vid högre ålder. Men det är ju inte detta man rapporterar sig ha funnit, utan motsatsen.

Alternativa förklaringar är mindre i linje med de officiella cancermyterna, och diskuteras därför inte ens av media, forskare eller läkare.. En är t ex att odiagnosticerad bröstcancer allt som oftast går tillbaka, och aldrig blir föremål för medicinska åtgärder, dvs självläks. En annan tänkbar förklaring är att högutbildade kvinnor oftare utsätts även för andra faktorer eller fr a medicinska ingrepp, som kan öka cancerrisken², t ex hormonbehandling eller just mammografi.

Det konstateras i samma artikel att högutbildade generellt oftare överlever sin cancerbehandlingen:

”Forskarna konstaterar att de högutbildade har i snitt 40 procent högre chans att överleva ett tjugotal olika cancertyper än lågutbildade. Några exempel är tjocktarms-, bröst-, urinblåse-, hud- och lungcancer.”

Eftersom det inte förekommer någon screening när det gäller dessa cancerformer är det dock svårt att ange detta som anledning till de märkliga skillnaderna. Här

² J Natl Cancer Inst. 2007 Aug 1;99(15):1139-41., Glass AG, Lacey JV Jr, Carreon JD, Hoover RN.

Breast cancer incidence, 1980-2006: combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography, and estrogen receptor status.

spekulerar man i stället i att högutbildade har ”tätare läkarkontakter” i största allmänhet, vilket skulle leda till tidigare upptäckt. Här tvingas de dock överväga ett antal icke-medicinska faktorer som förklaring, t ex socialt nätverk och livsstil, bl a kost, motion, alkohol- och tobaksvanor. Ett problem med dessa förklaringar är att tex alkoholkonsumtionen inte alltid följer utbildningsnivån på det sätt man förutsätter, exempelvis är andelen kvinnor med hög alkoholkonsumtion betydligt större bland högutbildade kvinnor än bland lågutbildade. (SCB: ”Alkohol och tobaks-bruk”)

Bland de alternativa förklaringar man inte alls diskuterar är om hög- och lågutbildade skulle få olika behandling, det som nämns i en bisats är att ”följsamheten” mot den medicinska behandlingen kan variera. Underförstått att högutbildade patienter skulle vara mer ”lydiga” mot medicinska föreskrifter, och att lydriad mot dessa skulle leda till tillfrisknande – bådadera antagandena kan alltså ifrågasättas, och är veterligen inte undersökta. Det är fullt rimligt att anta motsatsen – t ex att högutbildade patienter har bättre kapacitet att ifrågasätta och komplettera den behandling man får, t ex med alternativ vård och kosttillskott efter eget val.

En notis från vetenskapsradion refererar den 15 augusti att ”diet ger skydd mot återfall”,

”Att det finns ett samband mellan maten vi äter och risken

att drabbas av tjocktarmscancer är känt. Ju mer frukt och grönt du äter, ju mindre är risken att drabbas. Däremot finns inte lika mycket forskning på vad som är bra och dåligt att stoppa i sig efter en fullbordad cancerbehandling.

Men nu visar alltså en ny och välgjord studie bland 1000 cancerpatienter publicerad i medicintidskriften Jama att den som efter en avslutad tjocktarmscancerbehandling åt mycket av vad forskarna kallar en västerländsk diet med mycket rött kött, fett och vitt mjöl fick en tredubblad risk att få ett dödligt återfall av tjocktarmscancer jämfört med patienter som åt lite av den maten...”

Det borde vara självklart att den som har ekonomi och insikt nog att själv komplettera den slätstrukna sjukhusmaten (Kickis noterade rekord är köttfärsås fyra dagar i rad) har möjligheter att påverka sin återfallsrisk och överlevnad. Många patienter anser sig inte heller kunna vänta på att den av läkemedelsbolagen styrda forskningen ska tvingas acceptera och införliva olika naturliga tillskott av vitaminer, mineraler och örtpreparat i den behandling de får, utan väljer och finansierar själv sådana medel – ofta utan läkarens vetskap. Även andra medicinska och icke-medicinska insatser står till förfogande för den som har resurser, kunskaper och initiativ.

Den slutsats och rekommendation man kan dra av detta är att den som rätt och slätt förlitar sig på de medicinska insatser som doktorn föreslår, är i ett åtskilligt sämre läge än den som själv värderar situationen, tar initiativ och kompletterar

behandlingen efter eget huvud och bästa förmåga.

Några vetenskapliga statistiska studier över rent alternativ vård - där man helt avvisat den konventionella cancerbehandlingen och prövat andra metoder – har jag inte kunnat finna. Denna avsaknad av studier är inte så märkligt – i de flesta länder, inklusive Sverige, är det lagbrott att erbjuda professionell alternativ behandling mot cancer.

Frågan återstår dock: Hur kommer det sig att medan sjuklighet och dödlighet i andra klassiska sjukdomar gått ned, så kvarstår cancervården med oförändrad eller t o m ökande sjuklighet och dödlighet??

Detta behöver alltså inte bero på att ”cancer” är så i grunden olik andra sjukdomar. I stället kan det till stor del bero på att cancervården tillskansat sig logiska, medicinska och humanitära undantagslagar. Undantagslagarna innebär ju mycket konkret att (som vi visat tidigare):

- man inte skiljer på död och lidande orsakat av sjukdomen och vad som orsakas av behandlingen.
- att man accepterar behandlingsskador som skulle vara oacceptabla inom andra vårdområden
- att man tillrättalägger patientinformationen och manipulerar patienterna , med hänvisning till ”hans/hennes eget bästa”, och med hänvisning till ”den orimligt svåra situationen” och att patienten befinner sig i chocktillstånd

- att man därmed tillfogar patientens personliga integritet och självbestämmande stora skador

(Så ersätts t ex inte läkemedelsskador av läkemedelsförsäkringen ” om patientens grundsjukdom bedöms vara svårare än den skada läkemedlet orsakat” vilket närmast alltid anses vara fallet vid cancer). Därmed blir ju fältet fritt för i princip obegränsat skadlig behandling.

Skadlig behandling kan alltså hålla den officiella cancerdödligheten uppe, utan att detta framgår av dödsorsaksstatistiken. I stället skylls den höga dödligheten på cancersjukdomen i sig, och motiverar ständigt ökande forsknings- och vårdanslag, samt förlänar detta verksamhetsområde prestige och anseende i proportion därtill. I USA räknas sjukvårdsskador som den i storlek tredje dödsorsaken, (motsvarande ungefär två Twin-Towers-katastrofer i veckan) i Sverige är förhållandena likartade men än mer nedtystade.

Som ett argument för mörkläggning av och nedtystande av sjukvårdsskador framförs ofta att ”vinsterna” av behandlingen är större än ”nackdelarna”. Denna förutfattade mening är dock sällan bevisad i praktiken – inte minst därför att förutsättningarna för sakliga jämförelser ofta undermineras av sjukvården själv. Detta fenomen visar sig tydligt även inom andra områden, t ex när man försöker uppskatta biverkningar och sjuklighet

bland vaccinerade och ovaccinerade barn, behandlade och obehandlade cancerpatienter, osv. När alternativ helt saknas och ”oönskade” skador och biverkningar redan från början bortförklaras och ursäktas, och därmed inte heller statistikförs – ja vad ska man då jämföra med? Och hur kan man då veta att ”vinsterna” är större än ”nackdelarna”?

En på något begränsat område minskande statistisk dödlighet, vilket ju normalt tolkas som ett stort medicinskt framsteg, kan mycket väl bestå i att man ersatt en starkt skadlig men sakligt ineffektiv behandlingsform, med en något mindre skadlig men lika ineffektiv. Så minskade t ex dödligheten i barnleukemi när man slutade isolera barnet från sin familj under behandlingen. Samtidigt ökades cytostatikadoserna. Vad var den egentliga orsaken till den minskande dödligheten? Denna typ av analyser har vi inte sett ett spår av i den traditionella cancerlitteraturen.

Cancermyternas yttersta syfte

Dessa undantagslagar gör cancer till ***ett lukrativt affärsområde*** för forskare, vårdapparat, byråkrati och industri. Samtidigt måste undantagslagarna motiveras genom en ogenomtränglig mytologi, vars huvuddrag vi försökt skissera ovan. Resultatet blir bl a att också sjukdomsindelning, kategorisering och statistik förblir ogenomtränglig för den oinvigde, och ger oändliga manipulationsmöjligheter för den insatte.

Inom cancerforskningen kan man i skydd av den accepterat höga dödligheten utveckla och prova allt giftigare och skadligare s k läkemedel, med många andra användningsområden, en tradition som upprätthållits sedan Auschwitz dagar.³

Cytostatikabehandlingen mot cancer har t ex sitt ursprung i studier av senapsgasens verkningar.

Kommersiella biprodukter med stora förtjänstmöjligheter- t ex sk bromsmediciner som AZT men också rent kemiska o biologiska stridsmedel - uppstår naturligtvis ur en forskning på människor, där normala restriktioner och hänsyn kan sättas åt sidan.

Sjukdomar med starkt negativa prognoser öppnar naturligtvis också de allra innersta facken i plånböckerna hos dem som drabbas. Cancer är ett klassiskt område för ”kvacksalveri”, och i t ex Sverige är t ex alternativ cancerbehandling (av icke legitimerad sjukvårdspersonal) helt förbjudet. Det legala skyddet för patientens plånbok är därmed möjligen större än skyddet av patientens frihet, liv och lem.

³ Se t ex <http://www.klokast.se/SARA/Rathsv.html>

Cancer i verkligheten då?

Prognoser - att läsa statistik

Cancerstatistiken anger traditionellt ”överlevnaden” fem och/eller tio år *efter diagnos*. Sk scanning och känsliga undersökningsmetoder gör att diagnoserna i dag ofta ställs något tidigare än förr. Därför borde den genomsnittliga överlevnadstiden, mätt på detta sätt, ha förbättrats något med årtiondenas lopp, alldeles oavsett behandlingens effektivitet. Även den ökade allmänna välfärden borde ha bidragit – precis som när det gäller de flesta andra sjukdomar. Endast inom ett fåtal områden (bl a barnleukemi) har man emellertid statistiskt kunnat påvisa några större förbättringar, i huvudsak är överlevnadschansen i dag densamma som för trettio år sedan. De små för att inte säga obefintliga framstegen vitsordas ofta också av t ex Cancerfonden, då som argument för än mer ökad forskning,

Här ska vi dock först granska en annan aspekt på cancerstatistiken; nämligen den ofta märkliga skillnaden mellan patienternas överlevnad under år 1-5 resp år 6-10 efter diagnos. Vi har tidigare berört detta när det gäller *livmoderhalscancer*, som i Kickis fall: Dvs de första fem åren efter diagnos dör 33,5% av kvinnorna, nästkommande femårsperiod dör endast 7 %.

Av tabellen nedan framgår motsvarande siffror för några andra cancerformer. (För övriga cancerformer går de lätt att beräkna med underlag från ”Cancer i Siffror”)

(Den fjärde tabellraden anger hur stor andel av de som levde år 5 som dog år 6-10 efter diagnos)

CANCERFORM

	Dödlighet år 1-5	Dödlighet år 6-10	år 10/år5
Pankreascancer	96%	2%	50%
Levercancer	92%	4%	50%
Lungcancer:	87%	4%	31%
Magsäckscancer	82%	5%	28%
Äggstockscancer:	55 %	10 %	22%
Njurcancer	46%	11%	20%
Non-Hodgins-lymfom	45%	15%	27%
Ändtarmscancer:	43%	9 %	16%
Tjocktarmscancer	43 %	6 %	11%
Skelett-, bindvävsca	41%	9%	22%

Livmoderhalscancer	33%	7%	10%
Urinblåsecancer	33%	7 %	10%
Prostatacancer:	22%	23 %	29%
Livmoderkroppscancer	18%	4%	5%
Bröstcancer:	14 %	11 %	13%
Malignt melanom	13%	5%	6%
Hudcancer (ej melanom)	10%	10 %	11%

(Anm: Siffrorna enligt ovan ur SoS: *Cancer i Siffror* tycks inte vara ålderskorrigerade, vilket ju är en brist, dock inte större än att SoS anser dem informativa nog. Därför vågar även vi här lägga dem till grund för resonemanget. Här redovisas siffror för kvinnor och män sammanslagna)

Enkelt uttryckt : Klarar man de första fem åren är utsikterna att överleva nästkommande fem år ofta ljusare, ibland så ljusa att de närmar sig normalbefolkningens. Endast när det gäller prostatacancer ÖKAR dödligheten med åren, något som troligen kan förklaras med den högre medelåldern bland de nydiagnosticerade.

För den som omedelbart faller till föga inför dessa siffror och finner att ”mina överlevnadschanser verkar

obefintliga” måste dock några kritiska fakta understrykas: Denna tabell anger den *sammanlagda* dödligheten av flera olika orsaker, som vi tidigare nämnt:

- a) själva cancers biologiska effekter
- b) cancerbehandlingens biologiska effekter; förgiftningar, stympningar, strålskador
- c) utebliven behandling mot botbara *andra* skador och sjukdomar
- d) nedsatt livsvilja, ev suicid, till följd av plågor, isolering och medicinsk s k information

Det är ju denna sammanlagda dödlighet som rimligtvis är intressant för patient och anhöriga. Många av dessa faktorer är synnerligen påverkbara av patienten själv och anhöriga.

Siffrorna avspeglar också bara dem som diagnosticerats och därmed i regel utsatts för intensivt negativ placebo – inte dem som undgått diagnos och i avsaknad av diagnos kan ha självläkt. Det finns remarkabla fall där personer med just de mest ”hopplösa” cancerformerna i själva verket snabbt tillfrisknat - med eller utan behandling.

Man kan misstänka att de varierande siffrorna också avspeglar *effekterna av den traditionella cancerbehandlingen*: Levern är t ex kroppens främsta avgiftningsorgan. Det är lätt att inse att vid allvarligt nedsatt leverfunktion är kroppens förmåga att stå emot

cytostatikabehandling synnerligen begränsad. Den höga dödligheten är därför inte mycket att undra över: Att utsätta en person med försvagad avgiftningsförmåga för kraftig förgiftning är naturligtvis i sig destruktivt, alldeles bortsett från sjukdomen i sig.

Det finns inga – i vart fall har jag inte funnit några – motsvarande siffror över överlevnaden vid obehandlad cancer. Och intresset hos medicinska forskare för att ta fram sådana siffror tycks vara mycket litet.

Beror skillnaden i dödlighet på cancer i sig?

De cancerformer som utvecklas mycket snabbt, galopperande, skulle naturligtvis ändå hinna ta livet av patienten långt innan femårsdagen passerats, något som vi ser t ex när det gäller småcellig lungcancer. Men flertalet cancerformer har en betydligt mer långsam utvecklingstakt, något som lett till uttrycket att man ”får leva med sin cancer” i stället för att dö av den.

Cancers biologiska utveckling anses ju vara att tumören, såret etc obönhörligt växer med åren, och att störningarna på kroppsfunktionerna därmed successivt ÖKAR med tiden. Rimligt vore alltså att dödligheten borde ÖKA med åren. Men tabellen visar alltså att dödsrisken kraftigt minskar med tiden efter diagnos. Vad gäller mer långsamt framskridande cancerformer kan alltså knappast cancer själv förklara denna minskade dödlighet.

Kan skillnaden i dödlighet förklaras av att cancerbehandlingen är så effektiv?

Förklaringen *skulle* naturligtvis kunna vara att (nästan) alla som diagnosticeras med cancer också får cancerbehandling - dvs i regel cytostatika samt ev strålning - och att en betydande andel av dem blir så botade av denna behandling, att deras hälsa och överlevnadschanser har normaliserats efter fem år, medan de övriga dör.

Men andra fakta talar kraftigt mot denna tolkning - tex en australisk studie från 2004 av cytostatika-behandlingens effekter för 22 olika cancerformer⁴ :

⁴ The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies.
Clin Oncol (R Coll Radiol). 2004 Dec;16(8):549-60. Morgan G, Ward R, Barton M.

Department of Radiation Oncology, Northern Sydney Cancer Centre, Royal North Shore Hospital, Sydney, NSW, Australia. gmorgan1@bigpond.net.au

AIMS: The debate on the funding and availability of cytotoxic drugs raises questions about the contribution of curative or adjuvant cytotoxic chemotherapy to survival in adult cancer patients. **MATERIALS AND METHODS:** We undertook a literature search for randomized clinical trials reporting a 5-year survival benefit attributable solely to cytotoxic chemotherapy in adult malignancies. The total number of newly diagnosed cancer patients for 22 major adult malignancies was determined from cancer registry data in Australia and from the Surveillance Epidemiology and End Results data in the USA for 1998. For each malignancy, the absolute number to benefit was the product of (a) the total number of persons with that malignancy; (b) the proportion or subgroup(s) of that malignancy showing a benefit; and (c) the percentage increase in 5-year survival due solely to cytotoxic chemotherapy. The overall contribution was the sum total of the absolute numbers showing a 5-year survival benefit expressed as a

Man kommer här fram till att cytostatikabehandling ökar fem-årsöverlevnaden endast med drygt 2 %. Detta utgör alltså en nettoeffekt där de personer som dött p g a cytostatikan reducerats från dem som överlevt tack vare den. För 98 personer av 100 spelar cytostatikabehandlingen alltså ingen (positiv) roll överhuvudtaget när det gäller att hålla sig vid liv. Man måste cytostatikabehandla 100 personer för att rädda 2. De övriga 98 får enbart kännas vid nackdelarna, vad man kan utläsa.

Skillnaden i dödlighet mellan år 1-5 och år 6-10 är för de flesta cancerformer, som synes av tabellen, långt större. Skillnaden är i själva verket så stor att cytostatikabehandlingens positiva effekter på livslängden närmast måste anses marginella (medan dess negativa inverkan på livskvaliteten är odiskutabla).

Beror skillnaden i dödlighet på andra faktorer - t ex andra skadeverkningar av cancerbehandlingen och övrig behandling under de första åren?

percentage of the total number for the 22 malignancies. RESULTS: The overall contribution of curative and adjuvant cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adults was estimated to be 2.3% in Australia and 2.1% in the USA. CONCLUSION: As the 5-year relative survival rate for cancer in Australia is now over 60%, it is clear that cytotoxic chemotherapy only makes a minor contribution to cancer survival. To justify the continued funding and availability of drugs used in cytotoxic chemotherapy, a rigorous evaluation of the cost-effectiveness and impact on quality of life is urgently required.

Cancerbehandlingen - med cytostatika och strålning - torde vara som intensivast och dess negativa effekter torde vara som mest dramatiska under de första fem åren. När patienten är starkt påverkad av chock, strålning, operationer och cytostatika - metoder med starka biverkningar - är det närmast omöjligt att skilja ut och diagnosticera och behandla andra hotande tillstånd; sjukhusinfektioner, tarmstopp, magsår, osv. Det är också i detta tillstånd som han är som mest mottaglig för negativa suggestioner, sk negativ placebo. Vad gäller feldiagnoser, utebliven behandling och nedsatt livsvilja är det svårt att säkert veta om dessa faktorer ökar eller minskar med tiden, bortsett från den inledande diagnoschocken.

Ändå vågar vi misstänka att en stor del av överdödligheten under de första fem åren efter diagnos inte beror på canceren i sig utan på biverkningar och undermålig vård för andra tillstånd än själva canceren, och/eller nedsatt livsvilja. Denna siffra varierar naturligtvis mellan olika cancerformer, men torde ofta kunna handla om 10-20%. Den underliggande orsaken till detta går att finna i de cancermyter vi beskrivit tidigare.

Det måste alltså helt ligga inom möjligheternas gräns att höja femårsöverlevnaden vid många cancersjukdomar med 10-20%. Detta inte genom laborieforskning, inte genom nya massiva resurser, utan genom att de förhärskande cancermyterna slaktas, och att detta sker konsekvent på alla led i

vårdapparaten och samhällslivet.

I Kickis historia under det första året efter diagnos kan vi lätt identifiera ett antal sådana potentiella katastrofsituationer, t ex:

1) ett antal gånger då hon varit på vippen att ges kontrastmedel eller penicillin med risk för akuta allergichocker och med risk för dödlig utgång, något som kunnat undvikas endast tack vare hennes egen ständiga uppmärksamhet.

2) Alltsedan den första palpationsundersökningen drabbades Kicki ständigt av akuta febertoppar och smärtsamma bukinflammationer, vilka inte gavs annan förklaring än ”hennes sjukdom”, och behandlades med kraftiga antibiotikadoser och smärtstillande medel. Först efterhand kunde vi räkna ut att dessa symtom inte utlöstes av någon tumör, utan av de kraftiga palpationerna vid undersökningarna, och först långt senare fick vi klart för oss att detta hade läkarna känt till redan från början, men underlätit att informera oss om. Vid många tillfällen ledde dessa symtom till att Kicki helt misströstat om sin prognos, varvid risken för suicid eller tablettförgiftning varit stor.

3) Att inleda strålbehandlingen utan att ha klarat ut underlivsinfektionerna var riskabelt, något vi själva inte insåg i förväg, men som en läkare borde ha insett. När sedan en operation behövde göras i november (för att klarlägga vad som hänt i underlivet under

behandlingstiden) var många vävnader strålskadade och sköra, och läkte därför inte på normalt sätt. Vår egen bedömning är att bukbräck, deformationer och åtskilliga komplikationer efter operationen berodde just på att den föregåtts av kraftig strålbehandling.

4) ett i det längsta odiagnostiserat tarmstopp, som under månader skylldes på än det ena än det andra, trots att tarmstopp till följd av strålskada och påföljande *proktit* ska vara en välkänd biverkan inom sjukvården. Hade vi lyssnat på specialistläkarens råd att ”det har varit en tuff behandling, det här måste få ta sin tid!” i stället för att åter propsa på akutvård, hade slutet varit nära, bl a eftersom närings- och kaliumvärdena då visade sig vara farligt låga.

5) Feldiagnos vid den påföljande stomioperationen, då tarmstoppet i stället (utan vidare provtagning) bedömdes vara en fastvuxen och terminal buktumör, vilket föranledde remiss till det palliativa teamet (vars uppgift alltså är ”vård i livets slutskede”, dvs neddrogning i stället för botande eller livsförlängande behandling.) Hade inte snabba andra åtgärder initierats, så skulle Kicki nu också ha drabbats av allvarliga njurskador, eftersom det inte hade ansetts lönt att åtgärda stoppet i en av urinledarna. Hade vi haft tilltro till denna bedömning hade Kickis fortsatta smärtor och obehag tolkats som att ”slutet nalkas”, och lätt kunnat föranleda neddrogning, och eventuellt suicid.

Om EN patient under ETT år av behandling kan råka ut för detta, är det rimligt att betydligt fler patienter råkar ut för motsvarande händelser då och då, och att dessa då och då får dödlig utgång - bortsett från allt annat lidande.

Kicki – ett undantag? Ingalunda!

Från Landstingens i Östergötlands web-sida:
2006-02—27

Lex Maria - Anmälan om oväntat dödsfall.

Chefläkare Hans Rutberg vid Universitetssjukhuset i Linköping har gjort en anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Ärendet rör en patient som påbörjade strålbehandling mot en cancer i munhålan i september 2005. Patienten inledde behandlingen polikliniskt och bodde hemma. I början av oktober fick patienten uttalade besvär från munhålan med svåra smärtor. Man satte då in morfinpreparat. Patienten fick tilltagande smärtor och i samverkan med Smärtenheten gjordes ytterligare tillägg i smärtmedicineringen. Patienten flyttade den 10/10 till patienthotellet pga ett ökat behov av smärtlindring. Den 12 oktober på morgonen återfanns patienten avliden på patienthotellet. Polismyndigheten kontaktades och rättsmedicinsk obduktion genomfördes. Obduktionen visade höga doser av smärtstillande medel i blodet samt svullnad och inflammation av övre luftvägarna till följd av strålbehandling. Kliniken har genomfört en händelseanalys av ärendet. Ärendet anmäls nu enligt Lex Maria då det är önskvärt att få handläggningen av fallet granskat av Socialstyrelsen.

Ytterligare upplysningar: Chefläkare Hans Rutberg, 013-22 48 28

Socialstyrelsens beslut (dnr 41-2389/06, dnr NSC-CL-2005-121) Socialstyrelsen har låtit ett av de vetenskapliga råden granska ärendet och bedömningen är att behandlingen har skett i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att orsaken till dödsfallet inte säkert kan

fastställas, men att flera samverkande oförutsägbara faktorer kan ha bidragit till den tragiska utgången. Socialstyrelsen finner inte skäl att kritisera verksamheten eller någon bland hälso- och sjukvårdspersonalen med anledning av den anmälda händelsen. Socialstyrelsen kommer inte att vidtaga någon ytterligare åtgärd med anledning av anmälan.

Ersätt cancermyterna med verklighetsbaserade teser!

Om en ny cancerbehandling skulle introduceras, vilken skulle höja femårsöverlevnaden i någon cancersjukdom med 10-20 %, skulle detta troligen medför nobelpris och remarkabel uppmärksamhet. En sådan förbättring borde vara fullt möjlig redan i dag. Men för att genomföra detta skulle det krävas att man slaktade de cancermyter som vi tidigare beskrivit, och som gjort cancer till ett lönsamt affärsområde, och ersätter myterna med mer välgrundade grundsatser, t ex följande:

Myt 1) Cancer uppstår utan orsak och leder med säkerhet till döden. Endast skolmedicinsk behandling har möjlighet att rädda patienten, dock inte med någon större säkerhet.

I stället: Orsakerna till cancer utgörs i allmänhet av olika skador, kemiska, psykosociala, genetiska mm, men i det enskilda fallet är orsakerna/skadorna oftast okända.

Myt 2) Självläkning eller icke-ortodox effektiv behandling existerar inte och kan inte existera.

I stället Om de verkliga orsakerna i det enskilda fallet undanröjs kan också spontan stagnation eller självläkning ske. Men om man inte känner de verkliga orsakerna i det enskilda fallet har ”läkarvetenskapen” endast farliga och osäkra metoder att bromsa tumören.

Myt 3) Av denna anledning är varje skolmedicinskt ingrepp försvarbart, oavsett skador och smärtor, även om behandlingen är skadlig eller t o m dödlig.

I stället: Ortodox cancerbehandling är mest att likna vid att söka slå ihjäl en geting med en spade: ibland går det, men ofta ställer man till med mer skada än nytta. Oskadliga metoder, som grundas på rimliga antaganden om orsakerna i det enskilda fallet – t ex avgiftning, kognitiv terapi, TFT, etc – bör i första hand prövas. Att följa patientens eget val och egna önskemål har stor betydelse, eftersom detta stärker hans integritet och livsvilja. Men så länge kunskapen om cancer är så bristfällig som den är, kan man inte heller helt och på förhand schablonmässigt avvisa den traditionella cancerbehandlingen. Ibland träffar man getingen med sin spade.

Myt 4) En cancerpatient kan därför utveckla vilka symtom eller skador som helst, de beror ändå med säkerhet på cancer - eller på den ”tuffa behandling” som cancer kräver och medför. Att undersöka och diagnosticera andra tillstånd än cancer är därför ointressant och slöseri med värdefull läkartid.

I stället: Man är inte skyddad mot andra skador och sjukdomar bara för att man har en cancerdiagnos, tvärtom är man oftast än mer sårbar. Eftersom läkaren oftast saknar kontroll över själva canceren, så ligger hans verkliga möjligheter mest i att hjälpa i patienten med sådana ”kringproblem”. Cancerödligheten kan drastiskt minskas genom en god ”omkringvård”, under tiden som kroppen själv får möjlighet att bekämpa och läka själva canceren.

Myt 5) När/om cancerbehandlingen visar sig ineffektiv och ”slaget är förlorat” återstår endast smärtlindring och neddrogning.

I stället: När nöden är som störst är hjälpen som närmast. Smärtor är ofta ett tecken på att kroppens läkningsarbete satt fart. ”Nu har vi gjort allt...” är ett läkarbesked med väl så stora chock- och skadeverkningar som den inledande cancerdiagnosen, och en kraftigt självuppfyllande profetia. Endast patienten själv kan veta när slutet är nära, det är inget han behöver eller kan underrättas om av andra.

Myt 6) Inför så dystra utsikter är det självklart att patient och anhöriga blir chockade, aggressiva verklighetsförnekande och griper efter halmstrån. Det är därför ingen större idé att lägga tid på att sakligt lyssna på deras berättelser, frågor, förslag och iakttagelser, de är ändå inte användbara. Vänlighet och förtröstan kan man ju visa, men då i största allmänhet

I stället: Patient och anhöriga är oftast den bästa informationskällan när det gäller att finna ut cancerorsakerna i det enskilda fallet (även om de inte inser eller medger själva sambandet). De kan ofta också peka på de ”kritiska faktorer” som måste lösas för att läkning ska kunna ske.

Man kan inte kräva av vården att den ska bota allt. En bra början för en bättre cancervård är dock att den slutar ta livet av patienterna.

Alternativ behandling av cancer

Det finns flera alternativa uppfattningar om cancer, som den svenske cancerpatienten normalt aldrig kommer i kontakt med, och som leder till helt andra slutsatser vad gäller behandlingen. Gemensamt för de flesta är att man uppfattar **cancer som en relativt vanlig och normal åkomma i kroppen.**

Cellförändringar och tumörer kan bildas och brytas ned av kroppen själv, i de flesta fall utan att upptäckas eller diagnosticeras. När det gäller varför och hur detta sker lägger olika forskare tonvikten vid olika faktorer, vilka dock snarare kompletterar än motsäger varandra: Den tyske läkaren **G R Hamer** har övertygande visat hur starka känslomässiga påfrestningar och kriser kan utlösa tumörbildningar vilka kan upplösas av kroppen sedan den ursprungliga känslomässiga konflikten lösts.

Att få diagnosen "cancer" innebär för patienten en stark känslomässig chock, i de flesta fall uttolkad som ett akut dödshot, och har i sig förmågan att framkalla nya tumörer, t o m hos tidigare helt friska personer. Se mer om Hamers arbete och situation på Den Nya Medicinen

Andra, t ex dr **Hans Nieper** visar hur kroppens eget försvar och självreparerande mekanismer mot kromosomskador kan skadas genom t ex jordstrålning, kemiska gifter o näringsbrister, vilket kan öka risken för cancerutveckling. Den behandling han utvecklat innebär uteslutande användning av naturliga preparat som stärker uppbyggnaden av kroppens eget försvar. **Kurt Nielsen**, biopatins grundare, uppfattar cancer som det logiska slutstadiet i en allvarlig förgiftningsprocess, inte något som plötsligt drabbar någon som en blixtnedslag från klar himmel. En avgiftande behandling kan vända den cancerösa processen till läkning.

Dr Hulda Clark och t ex de tyska läkarna Beck och Weber uppfattar och behandlar cancer som i första hand en infektion av mikroorganismer och parasiter (i sin tur följande i spåren av inre förgiftning). Förutom seriös avgiftning innebär behandlingen också direkt mot parasiterna riktade åtgärder i form av bekämpningsprogram och elektromagnetisk fyrkantsvågsstrålning, vilken numer kan genomföras med enkel utrustning, en sk Zapper

Även sk jordstrålning och elektromagnetisk strålning har framförts som möjliga cancerorsaker.

Förstahandsåtgärder i dessa fall är ju att avstöra strålkällorna eller undvika deras närhet.

Det finns alltså alternativ till behandling med cytostatika och strålning, alternativ som många gånger i praktiken visar sig effektivare än skolmedicinens "friserade" resultat. Den sk vetenskapen gör emellertid allt för att undvika att sådana metoder kommer fram och på objektiva grunder jämförs med dess egna. I Sverige råder också lagstadgat förbud mot yrkesmässig alternativ cancerbehandling, vilket gör risken än mindre för att den traditionella cancervården ska seriöst granskas.

I Tyskland finns också en etablerad biologisk behandling vid ett antal sjukhus, där man med stor framgång utnyttjar kroppens naturliga försvarsmöjligheter mot cancer, t ex genom att framkalla hypertermi och hyperglukemi, dvs i klartext: **hög feber** och **högt blodsocker**. Den konventionella skolmedicinen betraktar ju dessa två tillstånd som självständiga sjukdomstillstånd, som ska bekämpas med allehanda gifter. Enligt ekologisk medicin utgör de naturliga försvarsmöjligheter som kroppen vid behov kan - och ska - utnyttja. Vilken roll t ex antibiotika- och insulinbehandling spelar vid cancers uppkomst kommer väl först framtidens medicin att klart belägga...

Det finns däremot (ännu) inget lagförbud mot att den sjuke själv eller hans anhöriga, skaffar sig insikter och kunskaper för att ta ansvar för sin behandling .

Det finns ingen anledning att ge upp hoppet bara för att man fått en diagnos!

”Nyhetsklipp 17 maj 1999 SVT TEXT

Cancerpatienter kan slippa behandling

Tack vare en ny svensk teknik kan många av dem som drabbas av prostatacancer slippa behandling och därmed biverkningar som impotens, urinläckage och tarmbesvär. Med tekniken kan arvsmassan i beskedliga tumörer identifieras, tumörer som patienten kan leva med i minst femton år utan behandling, rapporterar Ekot. Därmed kan patienten erbjudas ett alternativ: att avstå behandling.

Enligt Ekot berör det här hälften av de cirka 6 000 prostatacancerfall som upptäcks varje år.”

Vi kan alltså konstatera att hittills har (minst) hälften av alla prostatacancerpatienter uppspårats, diagnosticerats och behandlats i onödan, till stora kostnader och stort lidande. När man nu officiellt bekräftar vad Ulrik Dige påstår i citaten tidigare , och alltså upphör med viss meningslös och skadlig cancerbehandling, framställs detta som ett nytt "medicinskt framsteg". (På samma sätt som det framställdes som ett stort "medicinskt framsteg" när man på artonhundratalet slutligen förmådde läkare att tvätta händerna innan de gick från obduktionssal till förlossningssal... Att den sk vården fram till dess alltså

ofta tagit livet av patienterna nämns sällan som anmärkningsvärt.) När sjukvården slutar med barbariska metoder är det "stora medicinska framsteg". Kommer vi någonsin få veta hur dessa "friska cancerpatienter" har använts för att frisera statistiken rörande behandlingsresultaten för övriga cancerpatienter?

Alternativ behandling i praktiken då?

Den offentliga vård som erbjuds patienten i vårt land är i princip kostnadsfri eller i vart fall starkt subventionerad – för patienten, och i huvudsak organiserad av svenska landsting och sjukvårdsregioner. Den ska enligt lagen utövas enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, vilket innebär en fokusering på kirurgi och behandling med patenterade läkemedel, och att många andra tänkbara, mer oskadliga, behandlingsmetoder aldrig kommer i fråga.

Kirurgi och traditionell läkemedelsbehandling vilar på principen att läkaren genom att förgifta och stympa patientens kropp ska avlägsna det som skadar honom. Problemet är att förgiftningar och stympningar också skadar patienten, många gånger än värre.

Det är därför rätt vanligt att den som kommit i närkontakt med den reguljära cancerbehandlingen börjar leta efter ”alternativ behandling”. Ofta sker det först när den traditionella cancerbehandlingen allvarligt utarmat patientens motståndskraft och närmast

omintetgjort alla förutsättningar för andra angreppssätt, och utsikterna till framgång är minimala. Begreppet ”*alternativ*” betyder dock ”i stället för”, inte ”tillsammans med”, eller ”när allt annat har misslyckats”.

Enligt svensk lagstiftning är det förbjudet för andra än legitimerad sjukvårdspersonal att behandla cancer. Lagstiftningen motiveras offentligt med skyddet för den enskilde att i en desperat situation bli lurad och uppskörtad av lurendrejare. Eftersom även läkare som använder oortodoxa metoder får sin legitimation indragen, så kan följaktligen ingen professionell ”alternativ behandling” ges i Sverige. Ändå finner vi inte så sällan i artiklar och annonser begreppet ”alternativ cancerbehandling”.

Det finns nämligen läkare och kliniker som använder ovanligare och speciella metoder - t ex *hypertermi* – som komplement till den traditionella cancerbehandlingen med cytostatika, strålning etc. Men den rätta beteckningen för detta är just *komplementära* metoder, inte *alternativa*. Detta är viktigt att hålla i minnet, för den som söker alternativ vård just för att slippa den traditionella vårdens ofrånkomliga skadeverkningar.

Den bistra sanningen är att alternativ cancervård – vård som ges *i stället för* den traditionella - i dag måste ske i egen regi, som en form av *egenvård* (eller möjligen som exklusiv och experimentell utlandsvård.

Det bör dock påpekas att även den ordinarie cancervården rätteligen bör betecknas som experimentell, någon större kontroll över förloppet har man inte.

Läkare kan inte erbjuda alternativ till sig själva, och andra än läkare är förbjudna att arbeta med cancervård. Men även tappra egenvårdspionjärer tvingas i regel att i ett eller annat stadium falla tillbaka på den offentliga vården, även om de väljer att tacka nej till åtskilliga av dess erbjudanden. Om inte annat så krävs t ex sjukskrivning eller intyg för att täcka kostnader via försäkring eller utlandsvårdsavtal. Den cancersjukets vårdbehov handlar sällan enbart om tumörbehandling, alternativ eller konventionell, tvärtom kan ju en rad olika andra hälsoproblem och behov dyka upp.

Egenvårdaren in spe har i regel inte heller använt någon större del av livet för att förbereda sig för sin sjukdom. När han väl blir sjuk har han alltså från början sällan mer kunskap om området än vem som helst. Det innebär att han hinner begå många misstag och utsätta sig för många skador, innan han ens börjar förstå att han själv måste ta ansvar för sin hälsa. Då måste han tänka om och skaffa sig nya kunskaper, kanske i ett läge där kropp och huvud ofta inte orkar med större ansträngningar, och det egna handlingsutrymmet är hårt begränsat.

Den som söker alternativ till den offentliga cancervården hamnar alltså ändå nästan alltid i beroendeställning till och i dold eller öppen kamp med sjukvården. Det ”alternativa” får han som regel stå för själv.

Det säger sig självt att med sådana förutsättningar kan man inte åstadkomma mycket till statistiska ”resultat av alternativ cancervård” att visa upp. Mycket talar för att just detta också är syftet med dagens lagreglering och kvacksalverilagstiftning.

Att ta vara på erfarenheter

Om forskningen – som ibland hävdas – av etiska skäl inte kan genomföra oklanderliga vetenskapliga experiment för att studera självläkning och effekten av alternativ cancerbehandling, vore ju ett minimikrav att man i vart fall tar vara på de erfarenheter som spontant uppkommer. Det är - trots allt - varje år ett betydande antal personer som väljer att ”gå sin egen väg” när det gäller sin cancervård. Det mest otroliga och komprometterande för den officiella vården är att man inte synes på något sätt intressera sig för dessa patienter och deras erfarenheter, varken som individer eller som underlag för seriös forskning. Därmed kan man också hålla sanningen om cancer och cancermyterna i mörker.

Statistiska metoder och deras begränsningar

Det finns en stark tro – för att inte säga övertro – på statistik, både inom den moderna medicinen och bland allmänheten. Överlevnadssiffror av den typ som vi tidigare refererat används för att bedöma och göra prognoser för enskilda individer. Som vi påpekat innebär det lätt att man via olika mekanismer skapar självuppfyllande negativa profetior.

Statistik kan dock aldrig ge starkare bevis eller säkrare bilder av verkligheten än vad de begrepp och observationer medger som statistiken bygger på. Och när det gäller cancer är begreppen ofta motsägelsefulla, sammansatta och bedrägliga.

Låt oss som illustration ta ett enkelt exempel från ett annat område: **brännskador**:

Det är ganska lätt att diagnosticera brännskada och räkna antalet diagnoser under en period. Olika personer får brännskador av olika anledningar och på olika sätt, därför att de utsatt sin kropp för mer värme eller strålning än vad den kan hantera. Kroppen reagerar enligt vissa principer och reaktionerna visar sig i olika stadier som rodnande och smärtande hud, blåsbildning, sår eller vävnadsförstörelse. Brännskador kan uppkomma vid t ex långvarig vistelse i solen, vid spisen, i yrkeslivet när man kommer i kontakt med varma vätskor och ytor osv.

Olika personer kan vara olika disponerade för brännskador: Somliga individer har ljus och känslig hy, medan andra har grövre och hårdare, man kan vara olika känslig på olika ställen på kroppen, somliga har mera hudpigment som skyddar mot solstrålningen. Somliga av dessa egenskaper är ärftligt betingade, andra inte.

Anta nu att vi inte hade haft fungerande värmereceptorer i vår hud, och därmed kanske inte heller uppfunnit termometern. Vi hade då ännu inte hittat den minsta gemensamma nämnaren för alla dessa tillstånd – värme. I stället hade vi kanske sökt gåtans lösning genom statistiska undersökningar av t ex

- vem som drabbas av brännskador
- var de drabbas av brännsskador
- hur skadorna ser ut
- osv

Forskare skulle nu rapportera teorier och iakttagelser från all världens hörn om t ex

- genetiska samband (mörkhyade tycks mera skyddade än ljushyade).
- att bl a badstränder, kök och smältverk var särskilt farliga högriskmiljöer
- att påklädda människor tycktes drabbas något mindre av vissa slag av brännskador
- att somliga människor gång efter gång drabbades av brännskador, medan andra tycktes helt förskonade
- osv

Men varje gång man försöker statistiskt undersöka dessa iakttagelser visar det sig att de inte håller, inte är ”signifikanta”. Ty när vi slår ihop alla brännskador i en enda grupp, så består den gruppen av en myriad av olika orsaker, en myriad av olika bakgrunder, människor med olika förutsättningar osv, och var och en av de olika distinkta orsaker som i verkligheten finns, blir inte tillräckligt tung för att ”slå igenom” i undersökningarna. Och det visar sig att t ex när folk undviker badstränder och kök så drabbas de ändå av brännskador (ty de fortsätter att sola och laga mat på andra ställen), att många typer av brännskador kvarstår trots att de ständigt håller sig påklädda, osv.

”Brännskadornas gåta” förblir alltså fortfarande stor. Så länge vi inte funnit den gemensamma nämnaren så tvingas vi arbeta med trubbiga och ineffektiva medel för att undvika brännskador. I själva verket skulle våra statistiska undersökningar leda fram till en rad provisoriska ”förebyggande åtgärder” (som efter ett tag visade sig ineffektiva) – som att ständigt gå (och ligga) påklädda och svettiga, laga mat i vardagsrummet, spärra av badstränderna, genetisk manipulering av ljushyade, stänga smältverk, osv.

När vi inte har tillräckligt med grundläggande kunskap om ett område kan alltså statistiska metoder ge mycket vilseledande resultat. Risken är då stor att vi använder begrepp som växlar i betydelse från gång till gång och plats till plats, att vi under

samma begrepp gömmer saker som i inte har det minsta med varann att göra, att vi förväxlar orsaker och verkningar, osv. På så sätt kan vi framställa ständigt växande mängder av data, hypoteser och teorier, som efter ett tag ändå inte visar sig hålla, och stora mängder fragmentariskt vetande som är närmast omöjligt att tillämpa i praktiken. En del av dem kan vi ett tag omsätta till självuppfyllande profetior, ofta med stort lidande och onödiga ritualer som följd.

Detta är det läge cancerforskningen i dag befinner sig i, och det är detta begränsade och förvirrade s k vetande som cancerpatienten i dag möter i vården.

De individuella orsakerna till cancer och valet av behandling i det enskilda fallet

Med en korrekt uppfattning om brännskadornas orsaker är det dock inte så svårt att bekämpa dem. Men så länge vi blandar ihop solbränna med skador från kokande potatisvatten och folk som ramlar i smältverkets brännugn, kommer vi fortfarande att kämpa med ”brännskadornas gåta”.

För att kunna lösa ”cancers gåta” måste vi alltså också söka få ett grepp över orsakerna i det enskilda fallet. Det finns flera olika ansatser till detta

Den danske cancerläkaren Ulrik Dige har försökt klassificera orsakerna till cancer på ungefär följande

sätt

- Ett isolerat cellfel (mutation), som inte kan repareras.
- Ett överbelastat/försvagat reparationssystem.
- En energiblockering som skapar en "blind fläck" i den holografiska bilden.

Ett annat sätt att klassificera cancerorsakerna skulle kunna vara t e x

- mutationer till följd av t e x strålning. Även s k jordstrålning och elektromagnetisk strålning kan ha potential att framkalla cancer, troligen bl a genom att åstadkomma genskador,
- genetiska /ärftliga/ faktorer
- kemiska skador (giftbelastning) till följd av kraftig giftexponering utifrån
- kemiska skador (giftbelastning) till följd av nedsatt avgiftningskapacitet och reparationsförmåga
- psykiska trauman och påfrestningar
- infektion (virus, svamp, bakterier, parasiter)

En rimlig behandling måste utgå från kunskap om orsakerna i den enskilde patientens fall: Dige menar att den traditionella cancerbehandlingen har sin plats när det gäller att utrota "isolerade cellfel" men att helt andra metoder är tillämpliga när det gäller cancer som utvecklats av andra orsaker.

Det borde alltså vara orimligt att behandla förgiftningsorsakad cancer med ytterligare förgiftning

– den rimligaste metoden borde i stället vara ”avgiftning”. Men både avgiftning och traditionell cancerbehandling kan i sin tur vara ineffektiva och irrelevanta då cancer utlösts av akuta psykiska trauman – t ex sorg eller skräck, så som Gerd R Hamer beskrivit.

Min erfarenhet som naturmedicinare (där jag dock inte får behandla cancer i sig, men ändå rätt ofta möter cancerpatienter) är att patienten själv rätt ofta har bakgrunden till sin sjukdom klar för sig. Om han/hon befrias från oket av latinska diagnoser och medicinsk rappakalja anser hon sig ofta veta rätt väl om orsakerna ligger i ett påtvingat och outhärdligt äktenskap, en traumatisk uppväxt, en ohälsosam livsföring, en skadlig arbetsmiljö, osv.

Det fantastiska i dagens cancervård är att man överhuvudtaget inte bryr sig om att söka fastställa de individuella orsakerna (annat än i vissa undantagsfall t ex där genetiska faktorer tros spela in), och anpassa behandlingen därefter. Någon samlad erfarenhet av ett sådant individ- och orsaksinriktat angreppssätt finns dock inte, än mindre några statistiskt övertygande sammanställningar av vart denna ansats kan leda. Själva infallsvinkeln - och de möjligheter som den ger – står dock öppen för den enskilde i hans eget ställningstagande till och val av behandling.

Några alternativa erfarenheter, tips och resurser för egenvård:

Remarkable Recovery

För ett tiotal år sedan gavs dock en bok ut, där man redovisade ett stort antal ”omöjliga” tillfrisknanden, huvudsakligen från cancer av olika slag. Ännu finns den inte utgiven på svenska, troligen beroende på motstånd från den medicinska bläckfisk, vars tentakler också tränger långt in i förlagsvärlden. Den som behärskar engelska språket rekommenderas starkt att ta del av denna:

”Remarkable Recovery” – The first scientific proof that people CAN and DO recover from terminal illness. Hirschberg & Barasch ISBN 0 7472 4813 3

Författarna till ”Remarkable Recovery” betonar främst psykosociala faktorer och attityder bakom de spontana tillfrisknanden man funnit. Detta betyder inte att medicinska, fysiologiska eller kemiska faktorer är oviktiga, endast att denna bok inte funnit särskilt starka sådana samband bland de personer man studerat. De faktorer man pekar på är sådana som

- stark tro på en positiv utgång
- kämpaanda
- acceptans av sjukdomen
- att man ser sjukdomen som en utmaning
- förnyad livsvilja
- tro, positiva känslor, känsla av meningsfullhet

- känsla av egen kontroll, förändringar av vanor och livsstil
- socialt stöd

Det som de tillfrisknade själva ansåg bidragit till deras återhämtning var bl a

- bön (68%)
- meditation (64%)
- motion, promenader, musik, stressreduktion

Boken är ingen receptsamling på ”hur man blir frisk”, men ger däremot många tips och ledtrådar för fortsatt forskning på området.

A Course in Miracles

Det – jämfört med dagens vetenskapliga – mest radikala synsättet på sjukdom representeras nog av den esoteriska skriften ”*A Course In Miracles*”, till vilken det också finns ett appendix, speciellt inriktat på helande. Perspektivet är att ALLT fysiskt skeende i grunden styrs av andliga/psykiska energier; vilja, val och beslut. Det kan för många vara svårt att ta till sig, men många sk exotiska fenomen, rapporterade från t ex indisk yoga, kinesisk energilära, qi gong, mm, ger betydande stöd för att många fler fysiska och fysiologiska processer i människokroppen står under medvetandets kontroll. Det finns ett antal nätverker, kurser och naturligtvis böcker om detta, (numera även i svensk översättning) främst tillgängliga via

alternativa bokhandlar och Internet.

Hypnoterapi, guidade meditationer, den inre resan

Olika personer är i olika hög grad mottagliga för suggestiva metoder, typ hypnoterapi, guidade meditationer etc. En del fall av dramatiska tillfrisknanden som skildras i "Remarkable Recovery" har använt sig av just sådana metoder. En av de metoder som sprids och utbildas om i Sverige går under namnet "Resan", efter boken med samma namn av Brandon Bays. Metoden sprids av utbildade terapeuter, men boken finns också att köpa separat.

SSEAH <http://www.sseah.se/> (Svenska Skolan för Etisk och Analytisk Hypnoterapi) bedriver såväl utbildning som förmedling av hypnoterapeuter med varierande inriktning. Sk regressionsterapi kan t ex gå ut på att hjälpa patienten att arbeta sig ned till skikt i minne och tankar, som är svårtillgängliga i det vardagliga medvetandet, t ex svåra barndomstrauman, som på ett destruktivt sätt kan prägla hela ens vuxna tillvaro. Även sk tidigare-liv-regressioner förekommer, vilka kan hjälpa patienten till en ny syn på hela sin existens, mening i tillvaron och vara ytterst ångestbefriande. Att detta kan vara en betydande hjälp i ett läkningsarbete efter en cancerdiagnos finns ingen anledning att betvivla.

Liksom vid all annan personligt förmedlad terapi och

behandling är det viktigt att patienten själv så tidigt som möjligt försöker precisera ”vad det är han vill ha hjälp med” genom den behandling han söker, och med jämna mellanrum utvärderar vad han tycker sig få ut. Att däremot ständigt vara på sin vakt och i varje stund vara kritiskt inställd mot sin terapeut är däremot destruktivt och slöseri med tid och pengar.

TFT- tankefältterapi

Det finns flera metoder för traumabearbetning som utnyttjar kombinationer av traditionell akupunktur/pressur/ och kognitiva metoder. Själv har jag främst erfarenhet av en metod som kallas tankefältterapi, TFT, och som tagits fram av Roger J Callahan. Ett antal böcker finns på svenska och andra nordiska språk. Auktoriserad utbildning ges i Skandinavien av Mats Uldal, <http://www.muischool.com/>.

Det finns också utbildade terapeuter på de flesta håll, även i Sverige, men flera av böckerna i ämnet avser att vara ren hjälp till självhjälp. De flesta torde dock från början ha god hjälp av en erfaren terapeut.

Eftersom metoden kan ge mycket snabba resultat när det gäller att släppa chockreaktioner, ångest- och panikattacker, osv, är den definitivt värd att pröva för den som t ex efter en diagnoschock har svårt att komma ned på fötterna och själv ta befälet över sitt liv igen. Ofta utgör den ett mycket verksamt och

biverkningsfritt alternativ till psykofarmaka, sömnmedel och smärtstillande medel.

SIEMs kurs i ekologisk medicin

Själv har jag sedan ett antal år gett en utbildning via web-en, inriktad på dem som vill ha bättre förståelse för att själva kunna ta ansvar för sin egen och andras kroppar, som patient, terapeut, förälder eller anhörig. Eftersom den f n endast kan erbjudas via Internet finns också närmare information på nätet:

<http://www.klokast.se/kurs>

I SIEMs kurs förklaras bl a grunderna för avgiftning och näringsterapi. Det finns en mångfald av mer specifika teorier och tillämpningar av dessa principer, som inte går igenom i kursen, men som kan ha stort värde i det enskilda fallet, exvis makrobiotik, Johanna Budwigs principer, osv. Det är dock lätt att via andra källor skaffa sig information om dessa.

Andra avgiftande , immunstimulerande och tumörbekämpande metoder

En bred tradition och mycket allmängods inom den alternativa medicinen inriktar sig på att genom avgiftning och hälsosam kost bryta det allmänna förgiftnings- och ev infektionstillstånd som man antar ligger bakom att en person börjat drabbas av tumörer (men också av andra hälsoproblem). Bland de mer specifika teorier som kan skönjas finns t ex

makrobiotik, Arne Waerlands ”frisksporter”, Josef Östlunds lära (bl a mungbönor) etc.

Till allmängodset hör också föreställningen om att *oxidativ stress, s k fria radikaler*, utövar nedbrytande kraft på cellmembran och DNA och därmed ökar risken för cancerösa förändringar i arvsmassan, likaväl som den nedsätter kroppens naturliga motstånds- och reparationsförmåga av sådana skador.

I stort sett alla teorier om alternativ cancerbehandling betonar därför just vikten av ett giftfritt och allmänt naturligt levnadssätt som minskar risken för oxidativ stress och bl a innebär rikligt intag av s k antioxidanter – i naturliga former eller som mer eller mindre syntetiska kosttillskott.

Tyngdpunkten läggs dock på lite olika aspekter, och ibland också på användningen av specifika medel och redskap.

Vatten är en central substans när det gäller avgiftning. Dr Batmanghlij (www.sorena.se) hävdar också att dehydrering är en verksam bakgrund till cancer och tumörbildning, och att bl a ett medvetet ökat *vattendrickande* skulle ha en cancermotverkande effekt. Detta har delvis bekräftats i annan forskning, t ex när det gäller urinblåstumörer. Andras avgiftningsmetoder – t ex s k tarmrening – motiveras av samma resonemang, nämligen att en allmänt sänkt giftnivå i kroppen och förbättrad utsöndringskapacitet

också motverkar uppkomst och utveckling av cancer.

Dr Linus Pauling (nobelpristagare) blev känd bl a för sin rekommendation av mycket stora doser C-vitamin (en välkänd antioxidant). Många andra antioxidanter (bl a omega-3-fettsyror av olika härkomst) har på liknande sätt ställts i förgrunden av olika författare (och fr a företag).

Dr Hans Nieper menar att mikroskador på cellmembran kan åstadkommas (bl a genom oxidativ stress , näringsbrister mm) och därmed förstöra cellens förmåga att reglera sin inre kemiska miljö. Därmed minskar cellens vitalitet, bl a uttryckt i den elektriska potential som hos friska celler ska finnas över cellmembranet, och risken för cancerutveckling ökar. Vissa mineralföreningar – etylaminofosfater, EAP - särskilt CaEAP, är särskilt lättupptagliga och användbara för cellerna när det gäller att ständigt reparera sina cellmembran.

Kurt Nielsen (biopatins grundare) anser att när cellens inre miljö drabbats av kraftig inre förgiftning utvandrar mitokondrier (energiproducerande inre cellkroppar) ur cellen för att söka överleva i den omgivande intercellulärvätskan. Den på så sätt degenererade övergivna cellen skiftar överlevnadsstrategi och övergår från syreandning till ett slags jäsningsprocess för att utvinna energi för sin överlevnad, och bildar på så sätt en cancercell. Endast en radikal avgiftning kan återställa den kemiska inre

miljö cellerna behöver för att återgå till normal funktion.

Dr Hulda Clark uppfattar cancer som ett resultat av parasitinfektion, och förordar bl a parasitbekämpande örter och elektromagnetisk fyrkantstrålning med hjälp av en s k Zapper.

Dr T Simoncini , <http://www.curenaturalicancro.com/> , uppfattar cancer som resultatet av en svampinfektion – Candida Albicans. Både den allmänna infektionen och tumörerna lokalt kan enligt henne bekämpas med *natriumbikarbonatlösning*, och hon redovisar ett antal patienthistorier som stöd för sin uppfattning.

Att *grönssakskost* motverkar cancer är en tes som funnits i många olika stöd, även om verknings sättet och teorierna runt detta varierar: från att allmänt fiberrik kost förebygger tarmtumörer till grönsakerna innehåller av speciella ämnen. Specifikt har *sulforafan*, vilket stimulerar leverns avgiftningsfunktioner, kommit i förgrunden, ett ämne som i särskilt stor utsträckning finns i broccoli och i synnerhet *broccoligroddar*.

Ett B-vitamin, *amygdalin*, ibland kallat B17, innehåller cyanoföreningar, för vilka cancerceller sägs vara särskilt känsliga och sårbara. Naturligt förekommer det i alla fruktkärnor, men framför allt stenfrukter typ aprikos, nektariner etc. Bl a p g a förgiftningsrisken är detta ämne svårt att komma över via handeln. Även att konsumera naturliga aprikoskärnor har sina praktiska

problem, att svälja dem hela är inte tillrådligt. Hadnböcker i konsten att få i sig B17 finns dock i handeln..Troligen är den mest allmänna och praktiska tillämpningen av detta, att se till att kosten innehåller riktligt med frukt, och att gärna äta även kärnor, mandlar och fröer, t ex av äpplen.

Andra, mer perifera, forsknings- och resonemangskedjor leder till än mer exotiska kostinslag: *Myror* saknar t ex vanligt immunförsvar, men drabbas ändå inte av cancer, eftersom de tycks bära på starka substanser som reparererar och skyddar dem mot mutationer och genförändringar. En närliggande tillämpning av detta är så klart att infoga ett tillskott av levande myror i den dagliga kosten – vilket faktiskt förekommer i många kulturer, vilka av oss västerlänningar brukar karaktäriseras som ”primitiva”.

Djuphavsfiskars organismer måste ha stor förmåga att utsöndra natrium tillbaka till havet. Detta möjliggörs bla genom några ämnen i deras lever, *taurin* och *isaethonsyra*. Genom den ständiga inre dräneringen av natrium för cancerceller svårt att överleva, vilket visar sig i att djuphavsfisk extremt sällan drabbas av maligna tumörer. Bl a detta har lett till att t ex *hajbrosk-* och *hajleverolja* fått en användning som kosttillskott.

Trots olikheterna i resonemang och begreppsapparat finns alltså en betydande överensstämmelse i synsättet

mellan de olika författare, teorier och traditioner. De refereras ovan, som sökhjälp och ledtrådar för den som själv vill ta ansvar och gå vidare med sin egen behandling, och avser inte att vara rekommendation för någon viss person eller sjukdom. Framför allt vill jag understryka att det inte är tillrådligt att dogmatiskt eller helt förlita sig till ett enda ”patentmedel”, utan att söka ta vara på så mycket som möjligt av de tips för livsföring och kosthållning som erbjuds i de alternativa traditionerna.

Helt utanför utrymmet för denna genomgång ligger de månghundraåriga medicinska traditioner som förvaltas av indisk naturmedicin (sk Ayur-Vedisk medicin) och traditionell kinesisk medicin (TCM). Även för dess utövare i Sverige gäller emellertid den svenska sk kvacksalverilagen, vilken utesluter dem från direkt cancerbehandling. För den som själv vill sätta sig in i dessa traditioner finns dock i dag utmärkta svenskspråkiga böcker.

Det största problemet för den som söker motverka sin cancer och förbättra sin hälsa genom att avgifta sin kropp kommer dock troligen inte att vara vare sig att genomföra de livsstilsförändringar som krävs, att få tillgång på kunskap och forskningsresultat eller få fram de preparat och livsmedel man vill använda sig av. Det största problemet kommer i stället att vara att undvika medveten förgiftning och andra sjukvårdsskador, att finna oskadliga metoder att hantera mer oskyldiga fast besvärande symtom (så man

slipper sjukvården) , samt i någon mån att finansiera sådana åtgärder, som normalt inte täcks av det offentliga, skattebaserade, sjukförsäkringssystemet. Det är inte en slump att fattiga är sjukare och dör snabbare än vad rika gör.

Hälsohem och utlandsvård

Min erfarenhet är att många patienter inte har möjlighet att allvarligt överväga mer ingripande eller kostnadskrävande alternativa behandlingsmöjligheter. Förutsättningarna är bl a att man disponerar en rejäl plånbok, ofta att man har goda språkkunskaper och ett gott socialt stöd omkring sig , att de dagliga omvårdnadsbehoven är små, och att man socialt och emotionellt är så stabil att man klarar sig utan sina nära och kära, osv. I än högre grad än annars är det viktigt att patienten själv vet vad det är han söker och vill ha hjälp med, och kan värdera de behandlingsmetoder som erbjuds, annars är risken stor att han i desperation sätter sprätt på stora pengar utan motsvarande nytta. I synnerhet som en stor del av den vård som från början tycks vara alternativ, vid närmre beskådande visar sig bygga på samma principer som den etablerade cancervården, finns det ingen anledning att fördjupa sig i detta här. De verkligt ”alternativa” hälsohem etc som finns i Sverige (t ex Mistelgården) har oftast små resurser att arbeta med och kan i bästa fall utgöra ett stöd och komplement till en patient som redan vet precis vad han behöver och är på egen hand beredd att

fullfölja den avgiftning och de livsstilsförändringar som man här kan få hjälp med.

Cancer-, patient- och handikappföreningar

De föreningar jag själv kommit i kontakt med representerar inte något som helst alternativ till den etablerade cancervården, utan utgör snarare en välintegrerad del av den. Du kan kanske ha viss glädje av dem om du hamnar i ett kroniskt skede – t ex kurativ hjälp, fonder och social verksamhet, men troligen inte för att diskutera alternativ inriktning på din cancerbehandling.

Fonder och bidrag

Det faller utanför syftet och utrymmet för denna bok att diskutera de ekonomiska stödsystem som står till förfogande för sjuka. Förutom försäkringskassan och kommunernas biståndsverksamhet finns dock fonder och bidragsmöjligheter – men som tur är också böcker om detta.

Se bla på Internet:

<http://www.curo.nu/resurser/ansvu.pdf>

<http://web.telia.com/~u19504346/brorshemsida/fonder.htm>

Tyvärr är det nog så att fonderna har sådana villkor att de ofta främst är en tillgång i en situation där ekonomin och vardagslivet redan har havererat.

Den kulturella bilden av cancer

En vanlig TV-kväll konfronteras man ett antal gånger med våra vanligaste föreställningar om cancer. Inte bara är det då Cancerfondens insamlingspropaganda och nyheternas vanliga ”lovande” forskningsresultat, utan cancermyterna är också ett stående och användbart inslag i dramatiken:

När figurer ska utmönstras ur såpoppor, när författarna behöver skissera utdragna dödsförlopp och tragiska scenarios – vad är då mer användbart än en cancersjukdom: Publiken blir då med ett enda ord – *cancer* – införstådd precis med vad som kommer att hända och har hänt. När skräck ska spridas, och t ex industri och politiker behöver argument för eller emot olika kemikalier, industriella processer, näringsmedel osv – vad är då mer behändigt än att beteckna dem som ”cancerframkallande” eller ”cancerförebyggande”?

De stora luckorna i detta förespeglade vetande blottades något för ett par år sedan genom den skakrylamid-affären: I samband med byggandet av den omstridda Hallandsåstunneln skedde stora läckage av akrylamid – ett ämne som klassats som miljöfarligt -, skandalens vågor rullade höga, opinionsyttringarna avlöste varandra och ansvariga huvuden krävdes på fat.

Något senare avslöjades att samma kemiska ämne – akrylamid - bildades i betydande mängder i samband med många matlagingsprocesser, och kunde återfinnas i många livsmedel som dittills brukat betecknas som oskyldiga, t ex stekt potatis, chips, mm. Inga studier kunde dock påvisa någon praktiskt ökad cancerfrekvens bland dessa konsumenter. Frågan blev nu också en ”het potatis” för livsmedelsverket, eftersom konsekvenserna av detta ”miljölarm” nu blev fullkomligt oöverskådliga, och några förnuftiga rekommendationer av traditionellt slag inte kunde utfärdas.

I dag tycks de hälsovårdande myndigheternas uppfattning ha blivit att akrylamid å ena sidan teoretiskt måste betraktas som cancerframkallande och att det bevisligen förekommer i rikliga mängder i våra livsmedel, men att detta i praktiken inte spelar någon roll för vad vi anses böra stoppa i oss.

När det gäller akrylamid råder alltså vattentäta skott mellan teoretiska kunskaper och praktiska åtgärder. Det som i teorin anses vara cancerframkallande anses i praktiska livsmedelssammanhang inte medföra någon risk som behöver beaktas. Detta tycks dock inte ha påverkat synen på akrylamid som miljögift...

Historien är lärorik genom att den avslöjar luckorna i vårt vetande, samt den godtycklighet med vilken makthavare kan tillämpa det vetande man åberopar sig av. Man måste också fundera något över hur själva

verkligheten bakom ser ut:

De laboratorieexperiment genom vilka man prövar "cancerrisken" hos olika kemiska ämnen etc kan alltså inte automatiskt översättas till i verkligheten ökade sannolikheter för cancerfall. Det måste finnas ett antal mellanliggande faktorer som i hög grad modifierar riskbilden. Dit bör räknas individens egen *försvarskapacitet*, t ex förmåga att motstå exponeringen genom att avvärja, omvandla och utsöndra potentiellt riskabla ämnen, vilken då i normalfallet skyddar honom mot cancer. I det fall då exponeringen verkligen resulterar i cancer måste detta skyllas likaväl på luckor och brister i denna motståndskraft, inte bara på exponeringen.

På motsvarande sätt skyddar ju ett starkt *immunförsvar* oss från att smittas av många bakterier som vi dagligen utsätts för. Endast hos individer, vars immunförsvar försvagats kraftigt - t ex just genom cancerbehandling - drabbas i praktiken av allvarligare infektioner av dessa sk opportunistiska bakterier.

En liknande schizofren situation råder när det gäller tandfyllningsmaterialet kvicksilveramalgam. Det finns bevisligen många människor som lever ett till synes friskt och aktivt liv trots stora mängder amalgam i sina tänder. Det finns - lika bevisligen - också människor som under lång tid kämpat med kronisk ohälsa av många slag från det de fått sin första amalgamfyllning fram tills de avlägsnat samtliga sina fyllningar, varefter

de rätt snabbt återhämtat sig. Likväl hävdar den högsta medicinska expertisen att kvicksilver är giftigt, men att amalgam i tänderna är oskadligt (men dock bör undvikas av miljöhänsyn) (sic!)

Den enkla orsak-verkan-modell som den medicinska s k vetenskapen vill använda för att klarlägga kemiska ämnens och bakteriers ”sjukdomsframkallande” egenskaper svarar alltså inte mot praktiska erfarenheter och biologiska realiteter. Alla reagerar inte på samma sätt på samma exponering, det finns ett mellanled av ”*individuell motståndskraft*” som till stor del bestämmer utgången.

Det man brukar kalla biologiskt ”immunförsvar” (med antikroppar etc) utgör bara en ringa del av denna individuella motståndskraft, många andra iakttagbara aspekter utgörs av avvärjningsförmåga (bl a genom cellaktivitet och mikrofloras status i hud, slemhinnor och tarm), funktionen hos viktiga försvars- och läkningsreflexer i kärl- och cirkulationssystem, närings- och vätskestatus, giftbelastning i övrigt, utsöndringsorganens status och kapacitet, genetiskt betingade specifika känsligheter, osv men också mer psykiskt och socialt betingade faktorer – integritet, självkänsla osv.

Det är närmast ett överlevnadsvillkor för den moderna medicinska vetenskapen att denna totala individuella motståndskraft lämnas outredd och outforskad. Ty det skulle visa sig att många aspekter av den påverkas

kraftigt negativt av medicinska åtgärder, och därmed berövar denna ”vård” en stor del av dess legitimitet.

Den medicinska propagandan sprider därför en förenklad och lögnaktig bild av de sammansatta riskfaktorerna bakom sjukdomar – även och framför allt då cancer. Det underliggande budskap som präglas in i oss när vi möter cancer och cancerrisker i våra media är samstämt och uniformt: *Något att bli dödsförskräckt för och till varje pris undvika.* Denna propaganda gör att vi blir räddare än vad vi behöver vara, och framför allt att vi ofta blir rädda för alldeles fel saker.

Ty bland det som kraftigast och effektivast torde köra den individuella motståndskraften i botten är – just det - *rädsla.*

”Endast en sak behöver vi frukta, och det är rädslan självt” lär en amerikansk president ha sagt under kriget. Något liknande torde gälla den som har oturen att dra på sig en cancerdiagnos. Inte heller Kicki och jag kan erbjuda någon enkel lösning på hur man bekämpar cancer. Men en bra början är att sluta bekämpa sin egen motståndskraft, och i stället slå vakt om sin egen integritet och vitalitet – även om den s k vetenskapen påstår att den är till hinders.

Brev till dig som fått eller misstänker cancerdiagnos

Jag får åtskilliga brev och telefonsamtal från personer som fått beskedet eller väntar besked att de har cancer av något slag, och föreslagits behandling - strålning, cytostatika - som de har motvilja mot. Man letar desperat efter något "alternativ". Detta brev är speciellt riktat till personer i denna situation, och baseras på erfarenheter av många sådana samtal. Under de år som detta brev har varit tillgängligt har jag också i efterhand fått höra av en del läsare som berättat att de haft stor nytta och glädje av att läsa det, och tillämpa det som står här.

Du måste från början veta att svensk lagstiftning förbjuder alternativmedicinare att ägna sig åt cancerbehandling. Det betyder t ex för min del att jag inte kan åta mig att "behandla din cancer" .

Däremot är det inte förbjudet för mig att tillhandahålla information och råd, som jag anser vara viktiga. Jag har funnit att det är bättre att göra detta via brev, än via långa telefonsamtal.

Detta brev pekar på några viktiga faktorer i den krissituation man hamnat i som "cancerpatient", och som ofta är svåra att inse och acceptera:

A) Du befinner dig (sannolikt) i chocktillstånd. Det gör att din allmänna förmåga att överblicka och lösa

problem är kraftigt nedsatt.

B) Detta är **inget "normalt" problem**, de metoder du vanligen använt för att lösa olika problem i livet fungerar oftast inte i denna situation. Chocktillståndet bidrar också till att du inte kan använda dig av "normala" problemlösningsmetoder. Tvärtom kan dina "normala" problemlösningsmetoder ofta vara rent destruktiva, bl a därför att de förstärker chocktillståndet.

C) Problemet är **bara till en liten del ett "medicinskt" problem**. Den ojämförligt största delen av problemet handlar om olika **tankemönster** - dina egna och andras. Dessa tankemönster handlar både om livsåskådning och om kroppens sätt att fungera. Det handlar både om de tankemönster du själv använder dig av, och om omgivningens - familjens, läkares, etc. Det är inte tumören, såret, svulsten, etc som skapar dina problem idag. Det är de tankemönster du - och omgivningen - använder som skapar kaos och ångest.

D) Din verkliga uppgift i nuläget är alltså i första hand

- att **bryta chocktillståndet**
- att **bryta tankemönster** som skapar kaos och ångest

Ofta kommer du att ha stort motstånd mot att acceptera det jag just har sagt, och bestämt hävda att problemet är något annat, och att detta gäller andra men inte dig. Det får du tycka om du vill, men då har jag inte mer

att säga. Men eftersom du ändå skaffat dig det här brevet, kan du ju ändå läsa resten också. Det kan ju finnas något användbart i det

Bryt chocktillståndet!

Betrakta dig själv som en person som befinner sig i chocktillstånd!

Ett chocktillstånd kännetecknas av t ex

- svårigheter att äta, sova, hålla dygnsrytmen
- känsla av oro, nervositet, stress, känsloutbrott, obalans, malande tankar,
- rastlöshet, varierande mellan hyperkänslighet och apati, etc
- kyla, frusenhet, kalla händer och/eller fötter, darrningar, spända muskler, nedsatt utsöndring etc.

Chocktillståndet har flera konsekvenser:

Man kräver inte vanligen att en person i chocktillstånd ska fatta livsavgörande beslut. Du kan inte räkna med att beslut som du fattar i chocktillstånd är särskilt genomtänkta och välgrundade, förmågan till kritiskt och analytiskt tänkande är närmast lamslagen. Om du ändå fattar sådana beslut är risken överhängande att omedvetna och känslomässiga motiv kommer att styra beslutet - du handlar i panik. Resultatet av panikhandlingar får du i bästa fall leva med, i andra fall dör du av det.

Panikbeslut grundar sig alltså på omedvetna och känslomässiga motiv, som oftast inte är åtkomliga för förnuftet. Jämför gärna med vad som utspelar sig ombord på en färja som håller på att sjunka. I regel dras man åt det håll dit man ser att andra går, åt det håll som auktoriteter förespråkar, åt det håll man tidigare har fått höra är säkrast. Däremot analyserar man inte situationen, värderar argument och håller huvudet kallt.

Så länge du befinner dig i chocktillstånd kommer du alltså att fatta beslut som inte är dina egna, utan avspeglar vad andra tyckt och tycker, tänkt och tänker, gjort och gör, sagt och säger. Det är av den anledningen som du instinktivt letar efter auktoriteter som kan ge känslomässigt stöd.

När du sedan finner att olika auktoriteter omkring dig har olika uppfattningar, att en del av vad de säger verkar förnuftsstridigt, och att det i många fall inte verkar finnas någon vettig lösning - då förstärks naturligtvis ditt chocktillstånd. Nu måste du "välja vem du ska tro på". Du kommer alltså inte undan att fatta beslut trots att du är i chocktillstånd.

Din absolut viktigaste uppgift är därför att komma ur chocktillståndet!

Om du nu fattar beslut som du inte kommer att stå för i framtiden kommer de att "förfölja dig". Du kommer sannolikt att anklaga dig själv för att du lyssnade på /

eller inte lyssnade på! den ene eller den andre. Du kommer att anklaga dig själv för att du inte undersökte olika alternativ, eller för att du kritiklöst accepterade det ena eller det andra. Alldeles oavsett vilka beslut du fattar under chocktillståndet är risken överhängande att du kommer att leva med självanklagelser under resten av ditt liv, självanklagelser som kan vara väl så svåra att leva med som mer fysiska symtom.

Självanklagelserna bottnar i känslan att du faktiskt inte utnyttjat din egen förmåga när det gällde att lösa problemet, utan att du lät dig manipuleras åt det ena eller andra hållet.

Du har löst många svåra problem tidigare i ditt liv. Du har löst dem genom att utnyttja din förmåga att se, höra, tänka, känna och värdera olika faktorer utifrån vad just du anser viktigt och värdefullt. **Din viktigaste uppgift just nu är att frigöra din egen förmåga att fatta beslut. För att göra det måste du komma ur chocktillståndet, och försöka uppskjuta viktiga beslut tills du känner att du faktiskt är beredd att fatta dem.**

Den viktigaste faktorn bakom ditt chocktillstånd är sannolikt begreppet cancer och vad du tror dig veta om cancer.

Det är alltså inte själva tumören, svulsten, såret, cellförändringen etc som är orsak till ditt chocktillstånd och hindrar dig från att fatta bra beslut.

Det är i stället **dina tankar och känslor omkring begreppet cancer** som göder paniken!

Dina tankar och känslor runt cancer är - i de flesta fall - helt grundade på vad du hört av andra eller läst. Nästan allt du hört eller läst ger bilden av att

- cancer innebär att kroppen går till angrepp mot sig själv
- cancer ofta är svår eller omöjlig att bota
- cancer ofta slutar med döden eller svåra behandlingsskador

Att få diagnosen cancer tolkas därigenom ofta som någon form av villkorlig dödsdom. Att reagera på en dödsdom med ett chocktillstånd är fullt rimligt - när skulle man annars reagera med chock? Men en dödsdom är fortfarande bara ord och tankar som någon säger till en. Det avgörande för ens reaktion är vilken tillit man sätter till dödsdomen, om man tror på den eller ej! Lika viktigt är så klart vilken innebörd man lägger i "att dö" : om man ser det som ett syndastraff, ett totalt misslyckande och sammanbrott för allt man hållit kärt - eller som en final och avslutning på det lärorika och värdefulla liv, som man har bakom sig.

Livsåskådning

Det är lika bra att gå till botten med en sak från början: Du kommer att dö! Alla människor kommer att dö! Frågan är bara när och hur. Att förlika sig med detta är i sig en prövning som är inbyggd i livet självt, och ställer krav på en livsåskådning som gör att döden är en acceptabel och meningsfull avslutning på livet. (och kanske t o m innebär en övergång till en annan tillvaro).

Om man inte utvecklat en personlig livsåskådning som gör att man känslomässigt försonats med tanken på att livet en gång tar slut, kommer naturligtvis cancerdiagnosen som en dubbel chock, en dubbel utmaning:

Dels inser man att ens livsåskådning inte fungerar, utan kräver omprövning. Att förändra sin världs- och livsåskådning är i sig omskakande och ibland smärtsamt. Men - rakt på sak - om du hittills haft en personlig livsåskådning som inte tagit hänsyn till att du nån gång ska dö. så är det snarast en positiv sak att du nu blir påmind om att det är dags att skaffa sig en livsåskådning som gör det! Insikten om att din livsåskådning inte höll måttet kan leda till dåligt samvete och självanklagelser, t o m identitetskriser – ”vem är jag egentligen, och vem har jag varit?” Men använd inte detta som ursäkt för att undvika att arbeta dig fram till en åskådning som håller!

(För att göra en liknelse: Om du glömt bort att din bil har dåliga bromsar är det närmast positivt att det dyker upp något på vägen, så att du blir påmind om det. Det är inte självklart att du för den sakens skull måste köra ihjäl dig! Du har fortfarande möjlighet att väja och styra undan, och därefter skyndsamt reparera bromsarna! Det kan finnas skäl till självförebråelse för att man kört med dåliga bromsar. Men det finns ingen anledning att fortsätta att anklaga sig själv när man är på väg till verkstaden.)

Oro, sorg och bekymmer

Dels inser man att slutet kan vara relativt snart förestående, och kan slita sönder alla de relationer som gör livet just nu meningsfullt och värdefullt. Genom att föreställa sig sin egen snara bortgång tar man därtill ut all sorg och saknad i förväg, gärna kryddad med oro och bekymmer för alla dem som blir kvar och självanklagelser för att man inte längre kan vara där, till hjälp och stöd åt dem man älskar.

Rädsla för plågor

Man förutser ofta också en smärtsam och plågsam behandlings- och döendeprocess, med tilltagande vanställt utseende, orkeslöshet, beroende och plågor, och upplever därmed en växande rädsla och plåga - alltsammans tar man ut i förväg och sannolikt helt onödigtvis.

Det är sådana tankar som upprätthåller chocktillståndet!

Det är viktigt att du inser att det är just sådana envisa tankar som upprätthåller chocktillståndet. Det är inte tumören i sig, det är inte vad läkarna säger, inte vad du läst, inte vad du sett eller hört, det är inte någonting annat än just dina ständiga tankar löpande i spåren ovan, som skapar och upprätthåller chocktillståndet. Genom dessa mal du ständigt hur meningslöst både livet och döden verkar, sorg och saknad, rädsla, plåga och självanklagelser.

Du kan lätt hamna i föreställningen att "du inte kan kontrollera dina tankar", du är hjälplöst utlämnad till dystra och mörka fantasier. Du kan hålla med om och förstå att dessa dystra tankar skadar dig själv och din kropp, men du påstår att du inte kan skingra dem själv, du kan t o m säga att du vill "ha hjälp" att få bukt med dina negativa tankar.

Om du hävdar att du inte kan ändra dina tankar vill jag påstå: De negativa tankar du ägnar dig åt är inte dina egna tankar! (Det är den enda rimliga anledningen till att du inte kan ändra på dem!) De är ett uppkok på andras tankar och föreställningar som du har blivit serverad under lång lång tid, och som du övertagit omedvetet, som om det vore dina egna - men det är de inte! Det är andras röster du hör i huvudet - inte din egen!

Du har nog varit med om följande situation: En person kör bil medan en eller flera andra hela tiden tjatrar om alla faror som dyker upp - se upp, akta dig, nu är det rött, skramlar det inte där bak, vad är det som låter, luktar, osv Du vet antagligen hur detta brukar påverka bilkörningen, och kan vara förvånad över att föraren överhuvud taget kan hålla sig kvar på vägen. Situationen kan påminna om den som råder inuti huvudet på många som fått en skrämmande diagnos.

Om du vill kan du säkert identifiera en och annan av dessa röster och auktoriteter från din barndom eller ditt vuxna liv - och sakligt börja granska vad det är de egentligen säger och hur trovärdigt det är. Du kommer sannolikt att finna att mycket få av dem har ägnat någon längre stund åt att studera din nuvarande situation och göra prognoser för den eller har den medicinska kunskap som borde krävas för att göra sakkunniga uttalanden med giltighet för just din situation i nuet. I stället genljuder ditt huvud av deras allmänna farhågor, dåliga samveten, rädslor och ångest som du nu håller på att göra till dina egna.

Du kan inte ändra på vad dessa auktoriteter en gång har sagt och gett uttryck för. Men det är inte dina egna tankar du hör. och du kan välja velt du vill lyssna på. eller om du vill lyssna alls.

Jämför gärna exemplet med bilföraren ovan - med passagerarutrymmet fullt av bråkiga och oroliga

"hjälpare". Huvudproblemet för honom är INTE "vem som har rätt", argumentera med var och en, ju säkrare kör han i diket. Huvuduppgiften är att i stället koncentrera sig på körningen, lita på sina egna ögon och öron, och sin körvana.

Se alltså till att du behåller koncentrationen på uppgiften!

Det kan du bara göra genom att avvisa alla tjatrande röster inom och utom dig. Genom att följa dem kan du möjligen försäkra dig om någon att skylla på i framtiden, men det är en klen tröst. Den enda auktoritet som kan gälla i ditt liv är din egen! Livet är det dyrbaraste du har. och ditt liv är ditt. Det finns ingen annan som kan överta körningen åt dig!. De beslut du fattar nu måste vara förankrade i dig själv, i ditt eget sätt att tänka. och i dina egna känslor. Därför måste du bryta chocktillståndet och komma i kontakt med dig själv och din verkliga förmåga att lösa dina problem:

Att söka svar på livets gåtor. att söka mening med det som sker - genom t ex meditation, avslappning, filosoferande, religion, konst. - hjälper dig att bryta chocktillståndet. Självanklagelser, odlandet av misslyckande och otillräcklighet, uppmålande av hotbilder etc förstärker chocktillståndet.

Att vidta åtgärder för att förenkla det praktiska livet för sig själv och sina närmaste, klara ut relationsproblem

en gång för alla, förlåta och be om förlåtelse. glömma oförrätter och befria sig från dåliga samveten - allt detta hjälper dig att bryta chocktillståndet. Att älta gamla sorger och konflikter och eventuellt söka fastställa "vem eller vad som har skulden till att jag blivit sjuk" håller dig kvar i chocktillståndet.

Den viktigaste faktorn bakom all smärta och plåga är rädsla! En smärta som varar en begränsad tid - en minut, en kvart, en halvtimme, en dag - kan du alltid klara och hämta dig ifrån. Det har du gjort många gånger förut. Men en plåga som du tar ut i förväg, genomlider, fruktar och förstorar varje dag, varje minut, och som därmed aldrig tycks få ett slut, blir naturligtvis outhärdlig. En smärta eller plåga som du förknippar med ett positivt mål kan du uthärda och t o m frivilligt välja - t ex vid idrottsträning eller barnafödande.

Men om du förknippar plågan med syndastraff, obotlig skada och självutplåning - då blir också en lätt plåga snabbt outhärdlig. Det är alltså rädslan i nuet som är din stora "fiende" , inte den eventuella smärtan eller plågan i framtiden! Det är den innebörd du lägger i smärtan som avgör dess kraft.

Många cancerpatienter dör inte av sin tumör eller sitt sår. De dör av utmattning till följd av ett utdraget chocktillstånd, ofta tillsammans med stark förgiftning av läkemedel eller andra behandlingsskador.

Försök greppa HELA situationen du befinner dig i!

Det är mycket lätt att stirra sig blind på EN fråga, EN situation, och därmed tappa perspektivet och rodret i livet: t ex: - Ska jag gå med på operation eller inte? Då glömmer man lätt att det kommer en dag EFTER operationen också, frågor som måste lösas, och som man i bästa fall har tänkt igenom och förberett sig och andra på. Vem tar över på jobbet...? ...hämtar dig efter operation ...tar hand om hunden...? ...skaffar en rullstolsramp till trappan? ... tittar till dig om du vissa dagar inte orkar ur sängen...? Osv.

Det kommer kanske månader av sängvistelser eller mödosamt rehabiliteringsarbete. Många människor kan bli påverkade på olika sätt av din nya situation, antingen du gör si eller så. Försök tänka igenom årtal framöver, olika sätt som ditt liv kan komma att gestalta sig, och hur du kan förbereda dig,

Kanske greppar du inte alla faktorer ännu, och kanske hittar du ännu inte lösningar på allt. Men att förbereda sig på detta praktiska sätt innebär också att chockreaktionen minskar och ditt vanliga förnuft kan börja fungera igen.

Söka information?!

Många diagnos-drabbade ägnar all tid åt ett intensivt informationssökande omkring allt som har med deras sjukdom att göra. Det kan vara på gott eller ont:

Sökandet är på ont om det först och främst går ut på att "fastställa skulden" till sjukdomen, hitta det "rätta botemedlet", till att försöka göra detaljerade prognoser över vad som kommer att hända, över hur stor överlevnadschansen är, osv. Än värre är det om sökandet sker i känslan av att "det är bråttom, tiden rinner undan, jag deltar i en kapplöpning med döden om att hitta svaret". Allt detta förstärker i regel chocktillståndet och de negativa tankar som upprätthåller det. Det kan ändå ha det positiva med sig att man kommer underfund med att ingen vet något med säkerhet, och att det alltså inte finns några auktoriteter som nan helt vågar ty sig till. Då inser man att man måste lösa problemet och fatta beslut själv. Tillbaka till ruta 1 alltså.

Sökandet är på gott om det sker för att bekräfta - eller upptäcka - att utgången faktiskt är oviss, att också den mest negativa diagnos kan komma på skam, att också obotligt dödsdömda senare återfinns leva i allsköns välmåga, osv. Det är också positivt i den mån det leder till slutsatsen att man vågar ifrågasätta och avvisa förslag om handikappande och stympande ingrepp med osäkra resultat, som man har instinktiv motvilja mot, och därigenom inte behöver frukta också dessa.

Den mest önskvärda utgången av sökandet är inställningen att "Om ALLTING ändå är ovisst kan jag ju lika gärna göra det jag själv känner för!" Denna inställning befriar dig nämligen från känslan av att vara fångslad, pressad, tvingad och fången - en avgörande faktor i det chocktillstånd du måste bryta. När du väl nått denna inställning kan allt fortsatt informationssökande vara dig till verklig hjälp!

Uppfatta beslutssituationen korrekt!

Detta är inget normalt problem där normala problemlösningsmetoder är användbara!

De vanliga sätt vi har att lösa vardagens problem brukar innebära att man t ex försöker

- slå fast vad man vill eller inte vill åstadkomma
- hitta olika medel som verkar leda dit.
- välja de medel som säkrast och riskfriast verkar leda till målet
- finna "lämpliga" kombinationer och kompromisser mellan för- och nackdelar, t ex mellan pris och kvalitet

I regel går det till så när vi t ex ska välja bil, hus, skolgång åt barnen, osv. Under problemlösningen söker vi information och värderar olika informationskällor, skaffar oss garantier och referenser, lyssnar på auktoriteter och folk som anser sig veta, osv.

I situationer där man upplever att livet står på spel fungerar detta sätt att lösa problem, i regel inte alls. Livet är inte förhandlingsbart, eller i vart fall vill vi inte uppleva att det är det: "Målet" - dvs att rädda livhanken - borde alltså vara givet.

Rädd för att dö?

Det märkliga är emellertid att många cancerpatienter faktiskt inte är särskilt rädda för att dö, att förlora livet. Däremot kan man vara panikslagen inför utsikten att ens sjukdom eller död ska innebära att familjen ska splittras, att företaget ska gå i konkurs, att ingen ska ta hand om hunden, att inte kunna förverkliga vad man hade tänkt sig, att göra personer i sin omgivning besvikna, osv osv!

Om man granskar dessa olika rädslor och panikanledningar finner man att de i regel vilar på illusioner, dvs ohållbara tankemönster:

Vet du *ex med säkerhet* verkligen att familjen splittras av att du är sjuk eller om du dör? Kan det inte lika gärna bli så att familjens sammanhållning stärks eller blir opåverkad? Varför är det så viktigt att familjen måste hålla samman? Kanske utvecklas dess medlemmar bättre och får ett rikare liv var för sig? Är verkligen *just du* bäst skickad att avgöra det? Är det *säkert* att de problem de kan möta på vägen är olösbara

och destruktiva? Kan det inte vara så att de utvecklas och lever ett rikare liv, får ett bättre självförtroende genom problem de kan möta och lösa? Osv.

(Du kan ställa samma typ av frågor oavsett vad det är du är rädd för: konkurs, vem ska ta hand om hunden, osv)

Du måste rimligtvis komma till slutsatsen att du inte med säkerhet VET eller ens KAN VETA vad som är bäst eller vad som kommer att hända i framtiden. Men samtidigt kommer du att konstatera att **du har en stark känsla av att veta bäst**, och en stark önskan att få kontrollera och få styra det som ska hända . Just denna intensiva känsla är en av dina starkaste fiender, som du måste besegra. Den motverkar nämligen alla förändringar och läkningsförsök i din kropp.

Rädslan underhålls av fantasier!

Det enda du faktiskt VET är möjligen att du i nuläget är rädd för det ena och det andra, och att din rädsla yttrar sig i fantasier som du valt ut för att de ska vara så plågsamma som möjligt.

Om du vill - och vågar - finner du att du lika gärna kan välja ut behagliga och positiva tankar: Du kan i stället välja att fantisera om din familj som en samling starka och positiva personer, som utvecklas till glädje för sig själv och andra, just genom sin förmåga att möta och

lösa problem. De eventuella svårigheter din egen sjukdom eller bortgång kan medföra för dem kan t o m hjälpa dem att utveckla sådana egenskaper.

Du måste alltså medge att du faktiskt inte VET vad som är bra eller bäst för dem. På samma sätt måste du sannolikt medge att du inte VET något med säkerhet vare sig om vad som är bäst när det gäller företaget, hunden, omgivningen osv. I bästa fall vet du bara att du TROR ATT DU VET, och att denna tro gör dig rädd.

Hur ska du kunna använda "normala problemlösningsmetoder" när du inte VET vad som är bäst? Hur ska du då kunna välja rätt medel? Hur ska du då kunna bedöma risker, kostnader och för- och nackdelar?

Vissa saker VET du dock med stor säkerhet: Du vet att du är rädd. Du vet att du har mörka och plågsamma fantasier. Sannolikt vet du också att du känner dig vanmäktig. Men detta är det enda du med säkerhet kan VETA! Det du med säkerhet VET handlar alltså uteslutande om din INRE situation - dina känslor och tankar. Om den yttre situationen VET du inget, du kan tro, anta, fantisera, låta dig övertygas, men VET gör du inte!

Du VET alltså att din inre situation är plågsam. Du föreställer dig också troligen att det enda sättet att minska den inre plågan är att förändra och få kontroll över den yttre verkligheten på något sätt - bli av med

tumören, ordna upp företaget, komma till rätta med barnen, hustrun, osv.

Denna föreställning är ohållbar. Hur skulle du kunna vinna kontroll över yttervärlden när du inte har kontroll ens över dig själv - dina känslor och tankar?

Skulle du våga åka med ett fartyg, vars kapten ständigt fantiserar om isberg, undervattensklippor och skeppsbrott, grubblar över och talar om sjörövare och maskinrumssexplosioner, vars kajuta är tapetserat med bilder från fartygskatastrofer, osv?

I bilskolan får man lära sig att INTE stirra på hinder och faror längs vägen, registrera dem, men inte stirra på dem. Om man stirrar på dem ökar risken markant att man faktiskt kör på dem!

Det är ett oerhört svårt steg att erkänna för sig själv att man faktiskt inte har någon säker kunskap om yttervärlden, framtiden, utan att ens tankar omkring den faktiskt utgörs av fantasier. Mycket av den världsbild och livsåskådning man mödosamt byggt upp under livets gång raderas därigenom.

Det kan vara smärtsamt och jobbigt. Men man dör inte av det. Tvärtom kan man få leva på nytt, tack vare den insikten.

Problemet är bara delvis fysiskt-medicinskt!

När vi väl slagit fast att du är i chocktillstånd, och att dina vanliga problemlösningsmetoder inte fungerar - då kan det vara dags att titta på det här med tumören såret, cancer etc.

Det finns många teorier om varför cancer uppstår. Det berättar vi en del om på annan plats. Men det är inte säkert att du nu är särskilt mottaglig för eller intresserad av djupgående teorier.

EN sak kan emellertid vara av mycket stort intresse för dig: Många dramatiska och svåra kroppsliga symtom är i själva verket inte tecken på "sjukdom" utan på att kroppen läker - eller har läkt - efter en skada. Enligt t ex dr Hamer uppstår många sk tumörer och cystor först när den egentliga skadan är över, och kroppen har börjat läka. Själva tumören eller cystan är då inget att oroa sig över, den är inte något tecken på att kroppen "angriper sig själv" utan ett tecken på att kroppen återhämtar sig efter en specifik skada.

Det är ju ganska irrationellt att bli förskräckt över tecken på att kroppen läker och reparerar. Ändå är det mycket mycket vanligt, och ibland slutar oron med katastrof.

Om du inte vet om din tumör, cysta etc är ett tecken på att du är utsatt för skada, eller tvärtom : ett tecken på att kroppen faktiskt läker - då måste du nog återigen

erkänna just att du inte vet! Och att vara panikslagen därför att man inte vet - det är inte rimligt. Det är rimligt att bli nyfiken, eventuellt oroad, över saker som är viktiga att veta men man inte vet - men det är inte rimligt att bli panikslagen. Det finns massor med saker du inte vet och aldrig kommer att veta. Du vet inte om du kommer bli överkörd av en buss i morgon - det kan möjligen göra dig lite orolig, men knappast panikslagen?

Om dina symtom i själva verket är läkningstecken - då finns ju överhuvudtaget ingen anledning till oro. (Möjligen kan du behöva vidta bekvämlighets- eller praktiska åtgärder av olika slag) Och om dina symtom är tecken på att din kropp är utsatt för skada - då gäller det ju att ta reda på vad skadan består av, och helst undanröja den. Men då är det ju inte kroppen som är bekymret - utan skadeorsaken!

De tveklöst vanligaste skadeorsakerna är känslomässiga kriser samt förgiftningar. Förgiftningar kan förbättras genom sanering av kost, miljö och oskadlig behandling. Emotionella kriser kan lösas genom bearbetning av känslor och relationer. Ingentenda förbättras genom panik.

Det som är verkligt viktigt för dig att veta - och acceptera - är att ingen med säkerhet kan göra prognoser för hur det ska gå just för dig. Det händer att patienter frågar "är det här farligt?". Jag brukar svara att man kan dö t o m av en finne på näsan - om man är

tillräckligt rädd för den! Och det händer att patienter återhämtar sig från de mest hotande tillstånd.

Däremot är världen full av människor som försöker inbilla dig att just de vet hur det ska gå. Naturligtvis säger de flesta att "*om du gör som jag säger, om du betalar det jag vill, om du underkastar dig den behandling jag föreslår* " så går det bra, annars

Men det finns ingen som kan påstå något sådant med säkerhet. Det de med säkerhet kan påstå är att om du opererar bort din tarm, så är den borta. Om du betalar för mirakelkuren så är du av med pengarna.

Du kan välja att tro, eller att inte tro. Men valet är ditt.

Om du väljer att tro på mig så är det det känslomässiga chocktillståndet som slutligen tar livet av de flesta cancerpatienter - inte tumören, såret, etc.

Många gånger förenas chocken i praktiken med starka kemiska gifter, operationsskador och strålskador, som också kan ta livet av folk. Om - och endast om - man kan återvinna lugn och själslig balans har man en rejäl chans till ett bra liv i framtiden. (Och fall nu inte i fällan genom att tänka "*om jag bara vore fri från min cancer så skulle jag minsann vara så lugn o balanserad så.....*" Tänk om!)

MEN: om du själv personligen är *helt övertygad om* att endast en radikal operation, förgiftning eller bestrålning kan rädda dig - då tycker jag också du ska låta genomföra detta. Om du med säkerhet vet att "*först när jag är opererad kommer jag att känna mig lugn*" - då tycker jag du ska låta operera dig. Inte som en nödvändig fysisk eller medicinsk åtgärd - utan som en nödvändig åtgärd för att du ska återfå lugn och besinning, och därmed kunna bryta chocktillståndet.

Jag kanske kan vara ännu tydligare: Om du är personligen *övertygad* om att en viss och endast en viss åtgärd kan bota dig - då ska du genomföra den, om det så handlar om att låta dig dras genom ihåliga träd, lemlästas, förgiftas, läsa Ave Maria tusen gånger, eller dricka barkdekokter från Burmesiska regnskogar.

Men syftet med den fysiska behandlingen är då inte att påverka din kropp, utan att lugna dig själv, och återställa din själsliga balans och livstillit. Därför att UTAN återvunnen själslig balans och livstillit har du inte en chans.

Men om du INTE är personligt övertygad om att en viss behandling kommer att "rädda dig" - varför ska du då låta genomföra den? Ja, om det inte kostar dig särskilt mycket, och inte medför några risker, då kan du ju "pröva". Men om behandlingen medför allvarliga risker och stora kostnader, och du inte är övertygad om resultaten utan misstrogen och tveksam - då tjänar ju behandlingen inte mycket till när det gäller att

återskapa lugn och själslig balans?

Med återvunnen själslig balans och livstillit har du däremot rätt bra chanser. Då kan du använda dina normala sätt att lösa problem på - och de fungerar. Då kan du betrakta din kropps olika signaler med ett visst jämnmod, och pröva och söka vettiga åtgärder rör att komma tillrätta med dem. Och du har då förlikat dig med tanken att nån gång ska också du dö, utan att ständigt gnaga över när och hur det ska ske.

Då kan du också välja behandlingsmetoder för dina krämpor och skavanker, utifrån vad du själv tror på och kommit fram till - utan att paniken ständigt ligger på lur för att sabotera varje ansträngning.

Ekonomiska aspekter

Frågan om plånbokens storlek när det gäller cancervård är delikat. Den från början ofta självklara attityden ”*kosta vad det kostar vill, bara jag blir frisk!*” är mer än lovligt naiv och destruktiv. Ingen människa kan i förväg utlova att du blir frisk – eller ens bättre. Däremot kommer med säkerhet räkningarna att drivas in om du inte betalar. Det fåfänga hoppet om att ”vetenskap och beprövad erfarenhet” ska visa sig infrias just i ditt fall, är emellertid också det just – en förhoppning. Trösten ligger möjligen i att du i så fall misslyckas under applåder och stöd av allsköns expertis, medan du annars riskerar att misslyckas under

beklagande huvudskakningar från samma auktoriteter. Men möjligheten finns också att du lyckas på egen hand – och då troligen blir ihjältigen och bortviftad som en ”anekdot”, ett undantagsfall med ringa betydelse.

Du kan alltså inte i förväg med säkerhet veta vad som är ”en god investering” och vad som är att kasta bort pengarna. Om du – liksom de flesta – har en begränsad plånbok måste du ta hänsyn till olika scenarios: Du kan stryka med inom de närmaste månaderna av någon anledning, du kan kanske hanka dig fram under många år, med vacklande hälsa och otaliga problem, eller du kan faktiskt också bli ganska eller helt återställd. Att satsa sina ”sista slantar” på en osäker mirakelkur, för att sedan överleva, men sjuklig och fattig under många återstående år är inte alltid särskilt attraktivt. Att sälja hus och hem och förbereda sig på att tyna bort, för att därefter finna sig frisk och stark men helt berövad sitt invanda liv – se där ett annat inte helt ovanligt scenario. Och du är inte ensam att få ta konsekvenserna av dina val: Det är inte ovanligt att anhöriga har starka synpunkter på hur du ska göra – mer eller mindre öppet. När det t ex gäller sjuka som lägger pengar på alternativvård är det inte ovanligt att anhöriga öppet eller dolt anklagar dem (och deras terapeuter) för att förskingra deras rättmätiga arv.

Endast du själv vet vad som är rätt strategi för din egen del – den kan variera beroende på dina tillgångar, din

ålder, din livssituation osv. Det enda allmängiltiga som kan sägas är att det bör vara **just du själv som fattar beslut** om detta, medvetet och i förväg, inte i panik eller under utpressning från olika intressenter omkring dig, och inte genom att du först i efterhand konstaterar att du målat in dig i ett hörn där ditt återstående liv ändå tycks menings- och glädjelöst. Men om du känner en klar och bestämd övertygelse om hur du ska göra - gör då det utan alltför många sidoblickar på och hänsynstaganden till andra!

I umgänget med sjukvården; tänk på att

Lyssna på alla, lita inte helt på någon. Du kan behöva använda dig av sjukvårdens tjänster, men akta dig för att lämna över ansvaret till den!

ACCEPTERA INTE TIDSPRESS! Ta inte något för givet - vare sig negativa eller positiva besked, och speciellt inte besked som innebär stor tidspress! Det finns knappast några cancerösa tillstånd, där utgången hänger på dagar, veckor eller ens månader efter diagnos, och i dessa få fall är du antagligen redan "rökt", och kan lika gärna ta det lugnt i alla fall.

Ofta försöker man intala dig att ditt liv hänger på att du omedelbart accepterar en föreslagen undersökning eller behandling, utan längre betänketid. Men om en motsvarande försening skulle ske i ett fall som ditt, men bero t ex på att läkaren missat diagnosen, eller du

kommit bort i rullorna, och fallet hamnar i Patientskadenämnden – då skulle det bli en helt annan bedömning⁵.

Lita inte helt på auktoriteter! Det finns ingen annan som med säkerhet vet vad som är bäst att göra i just ditt fall. Och **om** det skulle finnas någon sådan, så kan han säkert vara så sakligt övertygande att han inte behöver hota eller skrämmas.

Släpp inte beslutanderätten ifrån dig även om du blir rädd och inte förstår! Sök inte konfrontationer med sjukvården, men var inte rädd för att ta konfrontation om de behövs! Ditt liv kan hänga på att du bevakar vad som händer, stoppar sådant som du vet eller tror är galet, och pressar fram sådant som du anser nödvändigt. Det ligger ett stort egenvärde och läkande kraft i att själv behålla makten och initiativet, att själv kontrollera och föreslå, i stället för att bli

⁵ ”Vad som är viktigt att ha i åtanke är att en försenad diagnos inte alltid leder till skada. Det finns inte någon skada om en försenad diagnos inte innebär några konsekvenser för patienten. En tidigare korrekt ställd diagnos vid t.ex. bröstcancer behöver inte innebära en annan behandling än kirurgi, radioterapi osv. Om patienten kan visa att en försenad diagnos lett till att tumören växt lämnas alltid en ideell ersättning för psykiska skador på ca 25 000 kr. Båda rättsfallen visar tydligt vikten av och svårigheten i att kunna bevisa att en försenad diagnos har inneburit konsekvenser för patienten”. Ur : Patientens rätt till ersättning vid skada inom hälso- och sjukvård. En analys av problematiken med patientskadelagen Författare: Emma Danielsson INTERNATIONELLA HANDELSHÖGSKOLAN HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING, maj 2007

påprackad och paketerad. Låt ingen pådyvla dig en tidtabell som du inte är övertygad om. Skjut upp, kräv mer information, skaffa information från annat håll!

Fråga ofta: ”har jag nu fått all den information som jag kan behöva?” Fråga om biverkningarna av de mediciner du får! Möjligheterna att i efterhand få skadestånd för läkemedelsskada är små. Minns att produktansvarslagen inte tar ansvar för biverkningar som redan är kända, dvs står i FASS. Den som får ta ansvaret i praktiken är du själv! Därför finns det all anledning att kräva information i förväg, och i vart fall under medicineringens gång!

ACCEPTERA INTE att nya symtom och problem som dyker upp skylls på ”sjukdomens framskridande”! I regel är de nya symtomen i stället följer av de undersökningar, behandlingar och mediciner som du fått! Forska själv, t ex via FASS och Internet! Räkna med att även undersökningar är ingrepp, ibland allvarliga ingrepp med skadeverknningar. Försök följa och förstå vad som händer i din kropp, och vad som beror på vad!

Sätt inte allt på ETT kort, lita inte på EN läkare, försök gärna engagera fler i ditt fall.

Omge dig med rådgivare utan egenintresse, de behöver inte ha medicinsk utbildning men däremot mycket sunt förnuft. Förklara för dem hur du tänker, vad du funderar över och vad du tänker göra. Är de av rätt

kaliber så kommer de att sätta fingret på dina ömma punkter, dvs frågor som du inte själv fått svar på, och som du kan gå vidare med, t ex till din läkare, eller undersöka själv. Låt dina rådgivare få all information om dina undersökningar och din behandling, låt dem följa med överallt där det går, ifrågasätta och begära information. Ge någon av dem, som du verkligen litar på, mandat att besluta å dina vägnar om det skulle uppstå situationer när du själv inte kan – t ex mitt under en operation, eller när du är medvetslös osv.

MOBILISERA tidigt de nära vänner och anhöriga du har, förbered dem på att du under vissa perioder (t ex i samband med behandling) kan få omvårdnadsbehov, och försök att bygga upp ett stödjande nätverk omkring dig, som är rustat också för situationer då det kniper på allvar.

OM DU HAR NÅGON ANHÖRIG som anser sig veta bättre än du, och mot din vilja söker driva eller pressa dig åt något håll när det gäller din behandling eller dina levnadsförhållanden under tiden du är sjuk – håll honom/henne på avstånd! Det är dig och ditt liv det handlar om. Din integritet och ditt självbestämmande är din viktigaste tillgång för att bli frisk.

Försök distansera dig och se ditt liv på avstånd:
Beakta **ALLT** du vet om ditt hälsotillstånd, stirra dig inte blind på just den tumör el dyl som nu har dragit uppmärksamheten till sig. Beakta **ALLA** svagheter i din kropp, alla känsligheter etc som du känner till eller

misstänker, och försök göra en handlingsplan som gör att saker sker i rätt ordning. Panik och halsöverhuvud är ingen bra plan. Se eventuellt till att vissa saker görs först, (ex om du redan väntar på en operation etc) innan du accepterar att andra åtgärder ska vidtas.

Bekämpa paniken! Det finns inget tvång att göra det ena eller det andra, inte ens ett rent "förnuftsmässigt" tvång. Den statistiska skillnaden i överlevnadstid mellan t ex cytostatika och icke-cytostatika är som vi refererat synnerligen begränsad. Däremot är cytostatika ofta förenat med kraftigt obehag, för att inte säga lidande, under avsevärd tid. De allra flesta får alltså inte ut några fördelar av detta lidande. Endast du själv kan avgöra vad som är viktigast, och du bör kräva att få vara den som avgör.

Många andra faktorer kan vara mer avgörande för utvecklingen, ditt liv och för ditt välmående, än ditt val av medicinsk behandling. Det kan handla om t ex relationer med närstående, livsåskådning, och hur du lär dig hantera gamla och nya jobbiga upplevelser och trauman. Meditation, avslappningsövningar är bra. Försök hitta och ta vara på stunder, dagar, veckor när du kan bli absorberad av helt andra saker än frågan om din cancer och dess behandling. Slå vakt om dina sömnrutiner, så att du låter dig störas så lite som möjligt! Upprätthåll en god dygnrytm och vila.!

Fantisera inte för mycket om att "allt ska bli som förut". Rätt ofta blir det inte det, men det kan bli rätt

bra i alla fall. Det hänger faktiskt rätt mycket på dig själv.

I din situation känner man sig ofta hjälplöst ensam och övergiven. Jag hoppas att detta brev gett dig insikten att du inte på något sätt är ensam. Att jag kunnat - och behöver - skriva detta brev beror på att jag närmast dagligen får mail och samtal från personer i din situation. Den är i själva verket mycket vanlig och dina känslor inför den är närmast mänskligt allmängods. De flesta kommer ändå ur situationen med återställd livsglädje och balans.

Jag vill att du läser detta brev flera gånger. Allt är kanske inte så lätt att förstå och ta till sig första gången. Sen kan du naturligtvis använda det som sägs som du själv vill. Det är ju ditt liv.

Jag måste också upprepa vad jag sa i inledningen av detta brev: Som alternativmedicinare får jag inte behandla den som söker mot cancer. Det betyder också att jag inte kan lägga en stor del av min arbetstid på saker jag inte får göra, och inte kan ta betalt för. Till skillnad mot den skattefinansierade sjukvården finns det ingen annan än mina patienter som täcker mina kostnader. Systemet är - i mitt tycke - grymt och vansinnigt, men det är inget jag har uppfunnit själv. Så ser den lagstiftning ut, som svenska folket röstat fram i val.

Du kan alltså inte ringa mig för att diskutera vad som

bör göras åt just din cancer. Jag kan eller får inte svara.

Däremot kan du söka mig för andra hälsoproblem du bekymrar dig över (förgiftningar, näringsbrister etc) eller skaffa dig mer kunskaper om ekologisk medicin, dr Hamers rön etc. Den information du då behöver finner du på Internet: <http://www.klokast.se/siem/>

Om du behöver hjälp för att dina känslor inför situationen är alltför svåra att hantera, finns bättre **alternativ till de psykofarmaka** som sjukvårdspersonal frikostigt delar ut. Ett av de ofta bästa alternativen heter TFT – *tankefältterapi* - och det finns auktoriserade terapeuter runt om i landet. Det finns även liknande metoder som presenteras i böcker och via nätet. En sådan behandling kan hjälpa dig att återfinna dig själv, lägga diagnoschocken bakom dig, och koncentrera dig på de problem och frågor du måste ta i.

Min telefon är 0515-51420

Trädet , Augusti 2007

Ulf Brånell
www.klokast.se