

Vent litt – og gjerne litt til

Et gammelt, opprinnelig latinsk ordtak sier at legens fornemste oppgave er å underholde pasienten mens naturen helbreder. Fortsatt er det viktig å beherske kunsten å avvente: den ekspektative terapi.

Legekunsten har vi hatt lenge, men fortsatt er livet forbausende kort, eller på latin: *ars longa, vita brevis*. Skuespilldikteren Molière, som for øvrig døde på scenen mens han spilte hovedrollen i sitt eget stykke *Den innbilt syke*, har sagt det slik: «Kunsten er lang, livet er kort, og legene formår med deres kunster og for deres egen fornøyles skyld å forkorte det ytterligere.» Bak alt dette ligger det fremste bud i den antikke legekunsten: *Nil nocere*, eller: Man skal aldri skade noen. Nå som da kunne både legemidler og diverse inngrep være direkte skadelige for pasienten.

Som så mange andre kloke ord og holdninger fra eldre tider er denne viktige kunnskapen blitt mer eller mindre glemt. Altfor få leger har detaljkunnskap om betydningen av ekspektativ terapi, eller ekspektanse. I tidligere tider, da legen hadde mye mindre å hjelpe seg med enn i dag, var denne behandlingsformen noe av det helt sentrale i medisinen. Ikke minst var den ett av indremedisinens viktigste hjelpemidler, slik det blant annet fremkommer i følgende sitat (fritt etter professor Ernst Schjøtt-Rivers (1901–1982)): «På tross av intens og vedvarende ekspektativ terapi med puls, blodtrykk og EKG tatt hver time, ble pasienten stadig dårligere og døde utpå natten.»

Med dagens avanserte medisin kan et slikt utsagn virke både taktløst og støtende, og konsekvensen av å vente for lenge kan bli direkte farlig. Men det må balanseres mot to andre typer overdrivelser som kan være nesten like farlige: overdreven bruk av undersøkelser (jf. Ulysses-syndromet) og lidenskapen etter å behandle (jf. furor sanandi). Det aller farligste er når en gal diagnose blir intenst behandlet med feil terapi – det vil si at de to fenomenene forsterker hverandre.

Da er det viktig å kunne hente kloke ord fra vårt naboland. Stephan Rössner har i mange år vært en av Sveriges fremste fagpersoner innen livsstilssykdommer. I tillegg har han en for-

tid som indremedisiner med et rikt forfatterskap og har vært redaktør i Svenska Läkaresällskapet. I denne artikkelen, som han skrev allerede i 1980 og som nå blir hentet frem i lyset igjen, viser han hvor viktig det kan være for pasienten at man av og til ser det hele litt an. I beste fall kan det virke direkte helbredende. Rössners artikkel er mer aktuell enn noensinne. Siden den gang har man delt den ekspektative terapien inn i to hovedformer: passiv og aktiv ekspektanse (1). Ved den førstnevnte bare venter man og ser. Ved den sistnevnte blir pasienten fulgt nøye opp, og skulle situasjonen forandre seg, griper man inn med én gang. Dersom kontakten mellom legen og pasienten er god, kan pasienten få resept på et relevant medikament, men bare bruke det hvis det blir nødvendig. I en nylig doktoravhandling har Sigurd Høye vist at man på den måten kan spare unødig bruk av antibiotika (2). Ved rygglidelser kan en slik holdning også praktiseres med stor suksess (1).

Glem ikke at hvis vi avsetter selveste *naturen* og dens helbredende kraft, så kan den hevne seg ganske grusomt. I verste fall går det ikke bare ut over pasienten, men det kan sette hele omsorgskulturen vår på spill.

Ole Didrik Lærum
ole.laerum@gades.uib.no

Ole Didrik Lærum er professor (adj.) ved Københavns Universitet og professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

1. Nylenna M. Vond rygg – vente og se? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3093–4.
2. Høye S. Delaying prescribing – a feasible strategy to lower antibiotic use for respiratory tract infections in primary health care. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2013.

Exspektans – en bra och billig terapi som bör användas oftare?

Stephan Rössner

Stephan Rössner, docent och poliklinikchef vid Medicinska kliniken, Karolinska sjukhuset, S-104 01 Stockholm 60.
 Nordisk Medicin 95: 144–146, 1980.

Exspektans är en terapiform som är tämligen borglömd i läkarutbildningen. Ändå borde det bakom värje diagnostisk eller terapeutisk åtgärd finnas ett övervägande om ekspektans. Om inte undersökningen eller provet kan få en behandlingsmässig konsekvens eller medicinen gör patienten bättre bör läkaren avstå från åtgärden. Men det är naturligtvis aktiv – på kunskap grundad – ekspektans läkaren i så fall skall tillämpa!

- Patienten verkär spänd, blank i ögonen, lös i magen och har laboratoriegränsvärden för tyreotoxikos. Är svettningen ett uttryck för övertidspress eller en hormonrubbnings? Vilken är vinsten med att behandla vägt mot vinsten att avvakta utvecklingen en tid? Vilket utrymme finns det för exspektans?
- Patienten är symtomfri, rädd för mediciner, men här en relativ hjärtvolym på över 600 ml/m². Vad kan vinnas med hjärtstärkande medicinering? Har man rätt att ta risken av en uppseglande svikt om patienten är under kontroll?
- Sänkan är 50 mm per/timme tre veckor efter en infektion. Patienten mår bra men sänkan har bara krupit ner. Ligger det något annat bakom? Bör man utreda om orsaken är en tumör – eller vänta och se om inte allt normaliserar sig ändå?

Tre vanliga situationer i kliniskt arbete, situationer som skilda läkare utifrån specialitetsinriktning, kunskap och personlighet kommer att bemästra på olika sätt. Några kommer att agera med diagnostik och farmaka i samtliga fall, andra kommer att avvakta utvecklingen. Att utreda och behandla är omfattande moment i den kliniska delen av vår läkarutbildning, att avvakta och invänta, dvs att ägna sig åt exspektans, är en åtgärd, som vi inte lärt oss använda lika väl. Denna artikel belyser några faktorer, som sammanhänger med tillämpningen av exspektans i kliniskt arbete.

Exspektans är en behandlingsform som ofta har god effekt och måttliga biverkningar och som samtidigt är billig. Sannolikt har emellertid sjukvårdens explosionsartade utveckling av terapimetoder medfört att exspektans fått en mindre plats i vår behandlingsarsenal än vad den egentligen förtjänar. Man måste emellertid skilja på olika former av exspektans.

Passiv exspektans

Patienten kan uppfatta exspektans som brist på intresse från läkaren. Detta är kanske orsaken till att många läkare, framför allt i början av sin bana, inte betraktar exspektans som ett förstahandsalternativ.

Passiv eller oavsiktlig exspektans innebär att patienten tillfrisknar medan papperskvarnarna mal. Det är inte helt ovanligt att sänkan blivit normal igen eller att smärtan forsvunnit när remissen väl kommit fram till «specialisten» och specialisten också fått tid att ta emot patienten. Denna form av exspektans är med rätta kritiserad. Patienten uppfattar handläggningen som nonchalans och brist på intresse – «ingen gjorde någonting». Den läkare som mottagit remissen och finner att patienten tillfrisknat konstaterar till sin belåtenhet att ytterligare åtgärder inte är nödvändiga. Han eller hon kan avskrivna fallet utan att reflektera

över vilka processer som ägt rum från sjukdomsdebuten till den första läkarkontakten och mellan denna och besöket hos specialisten.

Om den förste läkaren i sådana fall får feedback från specialisten kan han eller hon kanske vidga sina indikationer för exspektans. Om patienten stått på väntelista länge kvarstår emellertid frågan: Hade tillfrisknandet kunnat påskyndas och patientens lidande minskats med andra medicinska åtgärder tidigt under sjukdomsförloppet?

Aktiv exspektans

Betydligt viktigare är aktiv energisk exspektans. Det innebär att läkaren tar ett personligt ansvar och också klargör för patienten att tillståndet sannolikt är sådant att den bästa behandlingen är att avvakta. Ett sådant beslut innebär inte att läkaren är lättsinnig eller avstår från att engagera sig i fallet. Tvärtom. För att våga tillämpa aktiv exspektans måste läkaren ha gedigna kunskaper, god praktisk erfarenhet och en viss personlighet.

Patienten måste få klart för sig att det faktum att han eller hon lämnar mottagningen utan recept i handen, röntgenstrålar i kroppen eller suturer i skinnet ingalunda är ett utslag av läkarens likgiltighet utan av en på erfarenhet och gediget medicinsk kunskande baserad bedömning. Grundtanken måste vara att det vid tillstånd som med stor sannolikhet spontant går i remission är onödigt att utsätta patienten för de risker, som praktiskt taget varje medicinsk behandling ändå kan innebära.

Vem vågar vanta?

Läkarens benägenhet att använda exspektans är självfallet beroende av vilket tillstånd det gäller och vilka andra behandlingsmöjligheter som står till buds. Neurologen, vars terapiarsenal till stor del utgörs av sjukgymnastik, B-vitaminer och långvårdsremisser, använder sig flitigt av exspektans. Kirurgen däremot, som har så många operativa metoder att pröva, finner det otillständigt att hindra patienten från att komma i åtnjutande av alla kirurgins förtäffligheter. För den nytexaminerade invärtesmedicinaren med farmakologi som specialintresse kan det i början te sig självklart att behandla varje tillstånd av ohälsa med läkemedel – och ofta finns det ju då mycket att välja på.

När är exspektans aktuell?

Vissa sjukdomar lämpar sig bättre än andra för exspektans. Det är osannolikt att exspektans kommer att få en framträdande plats när det gäller behandling av sepsis eller mjältruftur. Däremot används exspektans i dag ofta vid banala sjukdomstillstånd såsom luftvägsinfektioner, ömhet i muskler eller sömnsvårigheter.

Sannolikt skulle emellertid exspektans kunna användas i större omfattning också vid sjukdomar, där vi i dag i allmänhet väljer andra former av terapi. Det kan finnas anledning att påminna om de engelska undersökningar, som visar att vissa patienter med akut hjärtinfarkt kan vårdas i hemmet utan att komplikationsfrekvensen eller mortaliteten behöver öka (3).

Författarna menar att infarktavdelningens miljö kanske inte alltid är den bästa för patienten, och många antiarytmika som i dag ges (ofta i kombination) har så allvarliga biverkningar att dessa kanske överväger nyttan.

Den svenska Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation har nyligen publicerat ett symposium om farmakoterapi inom geriatriken (7). Där finns många tankeväckande rön om patienters användning av ordinerade läkemedel. Särskilt äldre patienter har i många fall svårt att ta sin medicin enligt läkarens ordination. Man vågar rent av påstå att endast en minoritet av dessa patienter tar sina mediciner som läkaren tänkt sig. Även unga människor sköter emellertid medicineringen bristfälligt, särskilt om deras sjukdom medför få eller lindriga symtom. En serie undersökningar från McMaster University i Kanada har t ex visat att det är mycket svårt att få asymtomatisk hypertoni att regelbundet ta antihypertensiva trots att de fått utbildning och trots belöningssystem, träning i blodtrycksregistrering i hemmet etc (1). Det är uppenbart att vi inte får göra oss några illusioner om att patienterna verkligen använder alla de farmaka som läkare skriver ut. Resonemanget mynnar ut i två frågor:

- Hur ofta är exspektans ett fullgott alternativ till receptskrivning?
- Ger läkare tillräcklig information till patienter som med säkerhet kommer att ha nytta av läkemedel?

Läkaren som terapeutikum

Läkarens personlighet och attityder spelar självfallet en stor roll för hans eller hennes inställning till exspektans. Det är ganska orimligt att begära att en nytexaminerad läkare skall ha tillräckligt erfarenhet för att kunna väga riskerna med behandling mot chanserna för att aktiv exspektans skall ge resultat. Men även bland erfarna läkare varierar inställningen till exspektans. Den tekniskt händige läkaren ser ett sjukdomstillstånd som en störning i maskinen, och då är det naturligt att man analyserar möjligheterna att med olika medikamentella eller operativa åtgärder få maskinen att fungera normalt igen. Det finns dock kirurger vars stora talang är deras förmåga att avstå från operativa ingrepp i sådana fall där vinsterna kan förväntas bli begränsade. Med stigande ålder och ökande erfarenhet genomgår säkert många läkemedelsförskrivande läkare en utveckling mot en viss terapinihilism. När

högen av biverkningsrapporter växer, behandlingskostnaderna stiger och patienternas öppet visade missnöje tilltar är det allt svårare att argumentera för en farmakoterapi med begränsade effekter och potentiellt allvarliga biverkningar.

Hur reagerar patienten?

Patientens attityd är självfallet avgörande för expektansens värde som behandlingsinstrument. Många människor som är sjuka avstår från att söka läkare därför att de så att säga är experter på expektans, dvs de är förvissade om att det mesta går över av sig självt. Andra som söker sjukvårdens hjälp kan inte acceptera expektans som behandlingsalternativ, men en del av dem uppfattar diagnostiska procedurer som terapeutiska. Blodprovstagning eller lungröntgen kan sålunda vara suverän «behandling» vid t ex banala infektioner, i varje fall om patienterna inte är på det klara med att detta enbart är diagnostiska åtgärder.

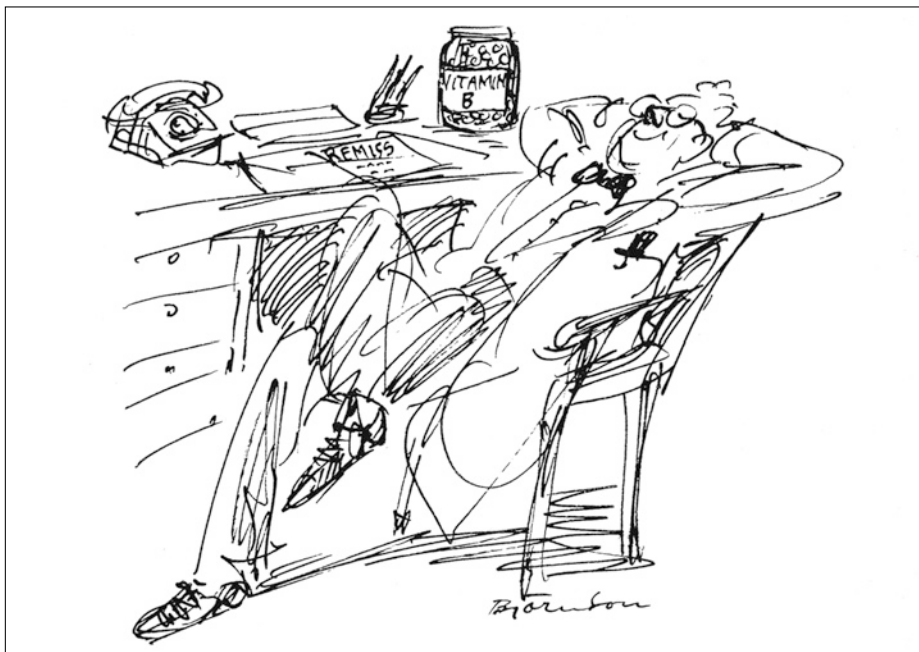
Aktiv expektans allt mer nödvändig

Även om värdet av olika typer av hälsoundersökningar ifrågasatts finns det en tendens att antalet screeningprocedurer ständigt ökar. Detta innebär att det kommer att ställas allt större krav på läkaren. Aktiv expektans kommer att krävas oftare därför att man måste förhindra att symptomfria människor med serumkosmetiska skönhetsfel utsätts för omotiverade specialundersökningar eller annu värre behandling. Vi måste undvika att bidra till utbredningen av Odyssevs-syndromet (2). Detta innebär ju att en patient som söker för en viss åkomma utsätts för omotiverade undersökningar, som avslöjar bifynd, vilka föranleder behandling. Det uppstår ständigt nya diagnostiska och terapeutiska komplikationer och efter en lång slingrande vandring kommer patienten äntligen ut från sjukvården men är då märkt av läkemedelsexantem, frakturer efter fall från undersökningsbrisar, iatrogena blodskador etc medan det ursprungliga, relativt godartade tillståndet helt glömts bort under irrfärderna.

Nya aspekter i utbildningen

Henrik Wulffs bok «Rationell klinik» (6) borde vara obligatorisk läsning under den medicinska grundutbildningen. Det är nödvändigt att dagens medicine studerande får en mer nyanserad uppfattning om «vad som sker i det som synes ske». Det är viktigt att den kliniske farmakologens data om biologisk tillgänglighet kompletteras med uppgifter om hur få patienter som verkligen sköter sin medicinering enligt ordinationen – och om hur många läkare som verkligen forskriver läkemedel adekvat, dvs ger en rationell farmakoterapi.

Det är viktigt att vi också inom läkarutbildningen poangterar att många sjukdomar, även en del allvarliga, kan behandlas effek-



Neurologen, vars terapiarsenal till stor del utgörs av sjukgymnastik, B-vitaminer och långvårdsremisser, använder sig flitigt av expektans.... Teckningar: Erik Björnson, Stockholm

tivt genom att man avvaktar, observerar och registrerar men inte till varje pris prövar det ena terapeutiska alternativet efter det andra; ofta kan vi ju ändå inte utvärdera effekterna.

Sannolikt skulle expektans kunna användas på ett bättre sätt än i dag inom sjukvården. Det är angeläget att läkare gör varandra uppmärksamma på att vissa av våra åtgärder faktiskt är en form av expek-

tans och att detta är en etablerad behandlingsform, inte bara ett nonchalant sätt att behandla patienter och att ignorera symtom. Aktiv, energisk expektans är något helt annat än glömska och brist på intresse för patientens problem.

Denna skillnad måste vi klargöra både för oss själva och för patienterna. Läkare säger ofta att patienterna förväntar sig ett recept när de söker läkare, men en färsk engelsk



Kirurgen däremot, som har så många operativa metoder att pröva finner det ootillständigt att hindra patienten från att komma i åtnjutande av kirurgins förträffligheter.



För invärtesmedicinaren med farmakologi som specialintresse kan det i början te sig självklart att behandla varje tillstånd av ohälsa med läkemedel och ofta finns det mycket att välja på...

undersökning visar att läkarna ofta tror fel. Endast hälften av de patienter som söker läkare i England förväntar sig att få ett recept, men engelska läkare tror att sådana förväntningar finns hos 80 procent av patienterna (5). Uppenbarligen kan läkare tillämpa aktiv expektans i atskilligt fler fall utan att göra patienterna besvikna!

Expektans när diagnosen är oklar

Frågan om expektansens utnyttjande i vår terapi hänger till stor del samman med våra behov av diagnoser. Det känns otryggt att inte kunna klassificera ett sjukdomstillstånd (fastän kanske hälften av besöken i öppen vård inte kan klassificeras entydigt). Det verkar inkompetent att fortsätta på den diffusa linjen genom att inte föreslå någon specifik åtgärd. «If you cannot make a diagnosis, at least make a decision» är ett klokt tankesätt, som gäller den diagnostiska delen av patientens kontakt med sin läkare. För terapiavsnittet av patient-läkar-kontakten kan man tänka sig ett annat anglosaxiskt uttryck: «When in doubt, don't».

Ett viktigt skäl till att expektans är en betydelsefull behandlingsform är att många sjukdomar har sina non-disease (antisjuka) motsvarigheter. Meador skrev 1965 en essä «The Art and Science of Non-disease» (4). Där framförde han hypotesen, att inte bara sjukdomar utan även frånvaro av sjukdom kan klassificeras. Avsaknad av sjukdom behöver inte betyda hälsa utan kan enligt Meador tänkas förekomma i följande grupper

1. *Imitationer.* Vem har inte letat efter feokromocytom hos nervosa, svettiga individer med hjärtklappning och röda kinder eller beställt steroidanalyser på feta, håriga kvinnor för att kanske finna Mb Cushing?
2. *Gränsvärdestolkning.* Oroliga människor med tyroideahormoner i övre gränsvärdet behöver ändå inte ha tyreotoxikos.
3. *Normal variation.* Kortvuxenhet hos en individ med korta föräldrar behöver ingalunda vara dvärgväxt.
4. *Felaktiva laboratorie-svar.* Det har upprepade gånger framhållits, att laboratorieanalyser endast är hjälpmedel med oundvikliga felkällor, och att den terapeutiska konsekvensen måste baseras på en bedömning av patienten som helhet.
5. *Övertolkning av undersökningsfynd.* Röntgenfynd, som inte kan bekräftas vid operation; funktionella systoliska blåsljud, som inte betyder stenosis är exempel på övertolkning.

De ovan nämnda situationerna, där man till många reella sjukdomar kan finna motsvarande non-diseaseformer, borde vara en viktig tankeställare. Ty om vissa sjukdomar primärt skall behandlas med expektans är det väl uppenbart, att deras non-ekvivalenter inte heller skall behandlas. Och under den osäkra period, när man inte vet, kan det vara nyttigt att avvakta.

Non-disease är, hävder Meador, dessutom ofta vanligare än själva sjukdomen. Läkaren är rädd för att betrakta patienten

som frisk. «En frisk patient är en som inte är tillräckligt noggrant undersökt ... » I den utredningskarusell, som följer, känns det sedan futtigt att inte fullfölja de medicinska insatserna med någon terapi av mera påtagligt slag.

Igenkännandet av non-disease-systemet, som löper parallellt med vår gängse klassifikation av sjukdomar, måste också läras in under läkarutbildningen. Vetskapen om systemets betydelse borde göra oss alla medvetna om svårigheten att ha ett säkert diagnostiskt fundament inför det terapeutiska handlandet. Det borde stämma till eftertanke och ge expektansen ett ökat utrymme.

Litteratur

1. Haynes, R B, Sackett, D L, Gibson, E S, Taylor, D W, Hackett, B C, Roberts, R S & Johnson, A L: Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet* i: 1265–1268, 1976.
2. Lærum, O D: Ulysses-syndromet. Helseproblemer hos patienter med non-disease. *Nord Med* 91; 205–207, 1976.
3. Mather, H G, Morgan, D C, Peårson, N G, Read, K L Q, Shaw, O B, Steed, G R, Thorne, M G, Lawrence, C J & Riley, I S: Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. *Br Med J* 1: 925, 1976.
4. Meador, C K: The art and science of non-disease. *New Eng J Med* 272: 92, 1965.
5. Thomas, K B: The consultation and the therapeutic illusion. *Br Med J* 1: 1327, 1978.
6. Wulff, W: Rational diagnosis and treatment. 1 ed Blackwell Scientific Publication Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, 1976.
7. Farmakoterapi inom geriatriken. Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation 1979.

ANNONSE

SYK – SKADET – UFØR

Vi har spesialisert oss innen trygderett og personskadeerstatning.

Vi kan tilby Deres pasienter inntil 1 time gratis rådgivning innenfor de nevnte saksområder.

Advokatfirmaet
Andersen
M.N.A.

Skippergata 33
0154 OSLO

Telefon: + 47 22 41 95 55
Telefaks: + 47 22 42 01 63

Email: anders.andersen@aaajuss.no
Webadresse: www.aaajuss.no

Kostnadsfri inkasso:

1. Ingen etableringsgebyrer eller årsavgifter.
2. Du beholder ALLTID hele hovedstol uansett når vi løser saken.
3. Du beholder 50% av rentene selv.
4. Ingen påslag ved rettslig inkasso.
5. Ikke løsbare saker belastes ikke (ved f.eks konkurs/gjeldsordning)
6. Gunstig inndekningsrekkefølge.
7. Ved feil kan oppdrag trekkes kostnadsfritt.
8. Fast saksbehandler og kundekontakt.
9. Gratis håndtering av gjeldsordning, dødsbo og konkursbo.
10. Gratis purre-service.
11. Du får svar 7 dager i uken, vi jobber aktivt med å løse en sak fra dag en ved bruk av post, e-post og telefon.
12. Vi utbetaler til våre kreditorer en gang i uken



Vi er godkjent av Finanstilsynet for å drive inkassovirksomhet, og bestreber oss på å behandle skyldnere med respekt, og innenfor god inkassoskikk. Siden vi er et lite inkassobyrå kan vi ta raske beslutninger for å få til en løsning.

WWW.TOTALINKASSO.NO

Epost: post@totalinkasso.no • Telefon: 412 51 648

Via våre samarbeidspartnere over hele landet, kan vi også gi et godt tilbud på regnskapsføring.