

# VAD ÄR ALLMÄNLÄKARENS BEPRÖVADE ERFARENHET VÄRD?

**Läkare skall arbeta utifrån de vetenskapliga resultat som finns inom medicinen. Men även medicinska beslut fattas ofta på rent erfarenhetsmässig grund. Med utgångspunkt från några fallbeskrivningar diskuteras hur vetenskap och beprövad erfarenhet passar in i läkarens kliniska vardag.**

Hälso- och sjukvård skall bedrivas i enlighet med »vetenskap och beprövad erfarenhet». Hur skall det gå till i praktiken? Man kan inte vänta sig vetenskapliga svar på alla frågor som uppstår i vården. Och även när det finns vetenskapliga studier att tillgå, kan man inte vara säker på att resultaten alltid är giltiga också vid vård av vanliga patienter. Beprövad erfarenhet (vad som nu menas med det) är inte alltid ett pålitligt substitut för kunskap.

## **Kliniskt beslutsfattande särskilt kompetensområde**

Kliniskt beslutsfattande, »clinical reasoning», i en nyligen utkommen handbok definierat som »the thinking and decision making processes which are integral to clinical practice» [1], har introducerats som ett särskilt kompetensområde i skärningspunkten mellan vetenskap och beprövad erfarenhet inom medicinen. Men det gäller att vara skeptisk också mot etablerade föreställningar och sanningar. Sålunda manas i en tysk-engelsk symposiebok om kliniskt beslutsfattande till »Kritik der medizinischen Vernunft» [2].

Klinisk erfarenhet, analytisk förmåga och sund skepsis räcker dock inte

## **Författare**

INGVAR KRAKAU  
universitetslektor, distriktsläkare,  
allmänmedicinska enheten, Nord-  
västra sjukvårdsområdet, Karolinska  
sjukhuset, Stockholm

ANDERS ÖVERBY  
distriktsläkare Sköneruds läkardi-  
strikt, Koppom.

långt om det vetenskapliga underlaget är klen.

## **Bristande vetenskapligt underlag för klinisk praxis**

Det har i olika sammanhang framförts att endast 10–20 procent av medicinska åtgärder är grundade på vetenskap [3, 4]. Även när det gäller behandling av vanliga tillstånd som förmaksflimmer och hypertoni är det vetenskapliga underlaget svagt [5, 6]. Det samma gäller inom det kirurgiska området [7] och inom ortopedisk medicin [8], för att nämna några exempel.

Dock har framförts att många utsagor om bristande vetenskapligt underlag själva skulle vila på bräcklig grund. Vid genomgång av journaler från en brittisk medicinklinik kom man nyligen fram till att 82 procent av vidtagna åtgärder var vetenskapligt grundade [9].

## **Hur hantera kunskapsmassan?**

Även om man kan tvista om problemets omfattning, kommer man inte ifrån att läkare ibland måste fatta beslut utan att det finns (tillräckligt) underlag. Annars skulle vården knappast fungera.

Kunskapsbaserad medicin, »evidence based medicine», har på senare tid blivit ett samlande begrepp för medicinskt beslutsfattande på vetenskaplig grund. Man kan urskilja en pedagogisk process med de fyra stegen: problemformulering, litteratursökning, kritisk granskning av relevanta studier och klinisk tillämpning [10].

Men med den snabbt ökande produktionen av vetenskapliga artiklar är det sedan länge omöjligt för den enskilde läkaren att överblicka vad som skrivs inom den egna specialiteten. En invärtesmedicinare skulle behöva läsa 17 nya artiklar per dag, året runt [11]. Det internationella Cochrane-nätverket med sina databaser för olika specialiteter, särskilda tidskrifter som Evidence-Based Medicine med systematiska kunskapsöversikter och inte minst SBUs kritiska granskning av kunskapsunderlaget för olika behandlingsmetoder är nya hjälpmedel för praktiskt verksamma läkare så att de kan hantera en snabbt växande kunskapsmassa.



**SERIE**

## **Omprovningen**

Det är också viktigt att ta tillvara den erfarenhet som enskilda läkare får i sitt dagliga arbete. Bara inom primärvården här i landet görs årligen upp emot tio miljoner besök, vilket genererar en avsevärd mängd kliniska observationer – ett i stor utsträckning outnyttjat underlag att testa hypoteser på.

Vi vill här bidra med några konkreta exempel på klinisk erfarenhet från allmänmedicinsk vardag som väcker frågor som inte bör förbli obesvarade.

## **En ovanlig diagnos**

En 77-årig kvinna hade kärlekskramp, B<sub>12</sub>-brist, högt blodtryck och depression. I augusti vårdades hon på sjukhus på grund av vänstersidig kraftnedsättning i ben, tolkad som slaganfall, i januari intogs hon på grund av förvirring utlöst av citalopram. Vid ett återbesök hos distriktsläkaren i februari besvärades kvinnan av smärta i vänster ben och höft. Ökande gångsvårigheter. Vid undersökning befanns att kraften var nedsatt i vänster ben. Patellarreflexer och vibrationssinne i benen var normala. Akillesreflexer saknades. Röntgen av höftlederna normal.

Patienten återkom en och en halv månad senare på grund av ökande gångsvårigheter och ryggsmärta. Distriktsläkaren fann att vibrationssinnet saknades i vänster fot och var svagt i höger. Nedsatt kraft i bägge ben, framför allt i vänster. Dunkning i ryggen gjorde att det pirrade i benen. Patienten fördes akut till närmaste sjukhus under diagnosen ryggmärgskompression, alternativt nytt slaganfall. Kvinnan undersöktes på akuten, infektionsprov och elektrolytstatus togs. Därefter överfördes hon till ett sjukhem för bedömning av ADL-funktion och träning.



Ett balansnummer för allmänläkaren.

Fjorton dagar senare (i april) ringde personalen på sjukhemmet till distriktsläkaren som arbetade ett par mil därifrån. Patienten hade blivit sämre och kunde inte stå, känseln i benen var nedsatt. Läkaren beordrade omedelbar ambulanstransport till sjukhuset. Samtidigt avsändes en remiss per telefax med diagnosen ryggmärgskompression. En vecka senare opererades kvinnan för ett spinalt meningeom (th VI). Efter några månader kunde hon gå så gott som utan stöd och klarade sig utan kateter.

*Ny sjukdom.* Det kan finnas många orsaker till att diagnostiken blev fördröjd, men det finns en del att fundera över:

En gammal människa med flera samtidiga sjukdomar blir sämre och får tilltagande smärtor och kraftnedsättning i benen. Det är då lätt att inrikta sin diagnostik på en sjukdom som patienten haft tidigare (slaganfall), och kanske tolka de nya symtomen som en försämring av den ursprungliga sjukdomen.

Distriktsläkaren misstänkte dock i första hand ett ovanligt sjukdomstillstånd (ryggmärgskompression), i andra hand slaganfall, och sände patienten till sjukhus. Där intogs en avvaktande attityd.

*Ovanlig sjukdom.* Det kan i den här situationen rent allmänt finnas anledning att fundera över hur man på specialistnivå uppfattar en allmänläkares förslag till en ovanlig diagnos. Vilka överväganden utlöser detta? Skall allmänläkare överhuvudtaget fundera över

ovanliga sjukdomar? Enligt vår uppfattning tveklöst ja.

Kanske är det som man på sina håll uppfattar som ovanligt i själva verket något som läkaren ofta bör fundera över?

*Leta ofta!* Den distriktsläkare som ställde diagnosen ryggmärgskompression på ovanstående patient har de senaste åren upptäckt ytterligare flera fall av spinal stenosis. Det kanske är så att ryggmärgskompression är vanligare än vad många läkare tror? Den som söker han finner! Använd dagligen stämgaffel (64–128 svängningar/sekund)! Jämför med celiakifrekvensen som ökat – kanske bland annat beroende på att vi numera oftare letar efter sjukdomen.

*Ompröva om patienten återkommer.* Ovanstående patient kom också tillbaka till distriktsläkaren kort efter ett planerat besök. Därvid väcktes misstanken om en ny sjukdom. En återkommande patient skall fungera som en larmklocka för läkaren. Den ursprungliga diagnosen kanske är fel, en ny sjukdom kan ha tillstött. Ett mer aktivt handlande kan vara motiverat. Trots att misstanken om ryggmärgskompression var väckt krävdes det två »återkomster» till sjukhuset innan diagnosen var klar. Ålder och allmäntillstånd skall inte heller ensamma avgöra diagnostisk intensitet.

### Gjorde rätt, men på fel grund

En 75-årig kvinna besökte allmänläkaren. Hon hade sedan tidigare diagnoserna hjärtsvikt, kärlkramp, gonartros och periodvis magsårsbesvär. Nu hade patienten sedan ett halvår tillbaka be-

svärats av diarré och ibland buksmärtor. Avföringsodling och sköldkörtelprov var normala. Grovtarmsröntgen planerades men läkaren funderade också i följande banor: Kunde det vara så att patientens långvariga cimetidinterapi för magsårsbesvär orsakat en bakteriell överväxt i tunntarm och magsäck med åtföljande buksymtom [12, 13]?

Amoxicillin och metronidazol sattes in mot den förmodade bakterieöverväxten i tunntarmen. Buksmärtor och diarré försvann. Efter terapins upphörande drabbades kvinnan av ett gastroskopiskt verifierat magsår.

Kanske var det så, att den sjukdom som läkaren behandlade var en Helicobacterinfektion i magsäcken, inte en bakteriell överväxt i tunntarmen? Händelsen inträffade innan det blivit rutin att behandla magsårspatienter med antibiotika.

*Omedvetet rätt?* Möjligen är detta inte alls ovanligt inom medicinen: En beprövad erfarenhet är att en viss terapi botar en patients sjukdom. Men kanske innebär behandlingen att läkaren gör någonting helt annat än vad han tror? Hur är det t ex med behandling mot högt blodtryck och hjärtinfarkt? Effekten är mindre än vad som gäller beträffande slaganfall och har inte kunnat påvisas i alla studier [6]. Har blodtrycksmedicinen någon annan (metabol?) effekt utöver trycksänkningen? Vissa hypertoniker blir av med sin huvudvärk under behandling med betablockerare. Numera vet vi att sådan huvudvärk oftast inte beror på högt blodtryck utan orsakas av migrän. »Vi tänkte fel, men det blev rätt.»

### Ryggsmärtor

En gammal provinsialläkare tipsade en gång om hur man snabbt kan bota en patient med akuta ryggsmärtor: Ge 75 mg petidin intramuskulärt i ena skinkan och infiltrera samtidigt lokalbedövningsmedel subkutant inom det ömmande området. Det är förvånansvärt vilken god effekt detta har ibland.

*Beprövad erfarenhet.* Varför hjälper denna behandling? Muskelavslappning? Dramatisk behandling av en läkare som säger att »nu blir du bra»? Eller är »referred pain»-teorin aktuell? Det vetenskapliga underlaget är förstås bräckligt, men hos en del allmänläkare är detta »beprövad erfarenhet», som det stod i 1890 års läkarinstruktion.

Kanske rör det sig om samma effekt som vid de skenoperationer som utförts på kärlkrampspatienter med god effekt: Man bara skar upp och sydde ihop utan annan åtgärd [7]. Men sådan verksamhet får inte bli ett stort inslag i allmänläkarens verksamhet, i allmänhet skall

man använda sig av vetenskapligt dokumenterade metoder. År 1890 talades det ju om vetenskap och beprövad erfarenhet, även om den tidens läkare sällan hade annat än sin erfarenhet att gå efter [14].

En annan beprövad erfarenhet är att ryggpatienter mår bättre vid promenad i skogen än på plan mark. Kanske det senare ger en ensidig belastning av ryggmuskulerna jämfört med ojämn mark? Vetenskapligt dokumenterat?

*Reflexioner.* Under studietiden lärde vi oss att långdragna ryggbesvär bör föranleda rektalpalpation. En prostatacancer kunde ju missas! Men behandlingsresultaten vid prostatacancer är tveksamma [15]. Vad skulle Ansvarsnämnden (HSAN) säga om en läkare som missade detta, även om den medicinska nyttan är omstridd? Och vilken oro medför diagnosen? Visst kan det vara bra att få en förklaring till ryggsmärtor, även om cancer kan vara en bi-diagnos och inte den reella orsaken. Kanske medför också cancerdiagnosen att patienten vidtar för honom angelägna åtgärder. Genom rektalpalpation av ryggpatienter kan förstås även andra botbara smärttillstånd avslöjas.

Med detta exempel vill vi visa att en beprövad erfarenhet kanske rent vetenskapligt är tveksam, och till och med kan göra att patienten känner sig sjukare än vad han är.

Om en patient drabbas av ryggsmärtor med nervrotspåverkan eller diskbräck kan man förutse att arbetsförmågan kommer att vara i flera veckor. Men sjukintyget bör ändå bara utfärdas för en kortare tid. På så sätt måste patienten ringa läkaren när sjukskrivningen går ut, och man kan då diskutera annan terapi eller utredning. Men om sjukintyget redan från början utfärdas för flera veckor finns risken att patienten väntar länge med att höra av sig. Det vill säga läkaren har handlat efter beprövad erfarenhet utan vetenskapligt underlag.

### En fond av tyst kunskap

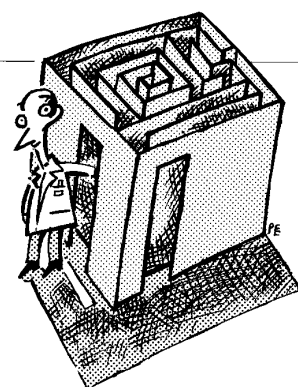
Det finns stora fält i läkares vardag, inte minst allmänläkares, som t ex inte SBU kan fånga upp, men som bör bli föremål för forskning. Det är viktigt att betona den enskilde läkares personliga ansvar inför patienten, vilket kräver en egen bedömning som inte alltid kan hänföras till det som är vetenskapligt belagt. Läkare, inte bara allmänläkare, måste utbildas att hantera den osäkerhet som verkliga patienter förr eller senare ger anledning till.

Och vissa områden måste kanske skyddas från sträng rationalitet. Det finns till slut en fond av tyst kunskap utan vilken boklig lärdom blir död kunskap!

### Litteratur

- Higgs J, Jones M, eds. Clinical reasoning in the health profession. Oxford: Butterworth & Heinemann, 1995.
- Schmidt JG, Steele RF, eds. A critical view of medical reasoning. Mainz: Verlag Kirchheim, 1994.
- Smith R. Where is the wisdom ...? The poverty of medical evidence. BMJ 1991; 303: 798-9.
- Dubinsky M, Ferguson JH. Analysis of the National Institutes of Health medicare coverage assessment. Int J Technol Assess Health Care 1990; 6: 480-8.
- Hornstam B, Held P. Digitalis vid förmaxflimmer – vetenskap eller beprövad erfarenhet? Läkartidningen 1992; 89: 2358-62.
- Werkö L. Behandling av lätt blodtrycksstegring. Få studier hållbara vid kritisk granskning. Läkartidningen 1994; 91: 1533-40.
- Johnson AG. Surgery as a placebo. Lancet 1994; 344: 1140-2.
- Malmivara A, Häkkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kousma E et al. The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity? N Engl J Med 1994; 332: 351-5.
- Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. Lancet; 1995; 346: 407-9.
- Rosenberg D, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ 1995; 310: 1122-6.
- Haynes RB. Where's the meat in clinical journals? ACP Journal Club 1993; 119: A23-5.
- Läkemedelsavdelningen. Farmakoterapi vid ulcus och dyspepsi. Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1985; nr 3: 1-4.
- McEvoy A, Dutton J, James OFW. Bacterial contamination of the small intestine is an important cause of occult malabsorption in the elderly. BMJ 1983; 287: 789-93.
- Stolt CM. Den beprövade erfarenheten. Medicinsk idéhistoria och läkekonst i Boråsbygden 1780-1900. Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsskrift 1994 (suppl 19). Akad avh.
- Schröder FH. Detection of prostate cancer. BMJ 1995; 310: 140-1.

*Se även medicinsk kommentar i detta nummer.*



**enligt  
min  
erfarenhet**

### Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19