

# Så kan **second opinion** bli värdefullt för båda parter

**S**ecund opinion är ett vedertaget, värdefullt och väl definierat begrepp som kan göra mycket nytta inom sjukvården, men som alltför ofta missbrukas, och som då kan göra betydande skada. En bra förklaring på begreppet från nätet kan vara ”råd från en andra expert (som i detta fall är en senior läkare) för att säkerställa att råd från en första expert är korrekt.” Begreppet kan således inte likställas med domstolarnas tingsrätt-hovrätt-högsta domstol där meningen är att *överpröva* den lägre instansens beslut, och där sedan den övre instansen beslut gäller. När det gäller second opinion är det istället en fråga om att *ompröva* ett beslut – eller snarare en beslutskedja – men där sedan *first opinion* har precis lika stort värde som *second opinion*. Medan *first opinion* då till stor del manifesterat sig i handling, kommer *second opinion* att uttryckas som ett skriftligt utlåtande och gärna en diskussion med den aktuella patienten.

**Sjukvården bör ses** som en både stor och komplex verksamhet som är baserad på både erfarenhet och kunskap när den är som bäst. Även i de bästa sammanhang kan det emellertid gå fel någon gång, vilket är rimligt eftersom det inte finns någon vettig människa som tror att man blir felfri bara för att man genomgått en läkarutbildning och fått en läkarlegitimation. ”Att fela är mänskligt, att förlåta gudomligt” skrev den engelske författaren Alexander Pope (1688–



1744 – han översatte bland annat Illiaden och Odysseen till engelska) men hade nog då endast översatt det latinska *Errare humanum est, ignoscere divinum*. De flesta av läkarens fel är obetydliga och obemärkta (och oavsiktliga) och behöver inte diskuteras mera, medan andra spelar större roll och mår bra av att genomlysas så opartiskt som möjligt. Det gäller framför allt de beslut och beslutskedjor som bygger på en tolkning där en ”livsåskådningsvärdering” varit av betydelse.

**Exempel på detta** är det beslut man tog i Norge om att ett nytt cytostatikum skulle betalas av staten under förutsättning att den genomsnittligt förlängde patientens liv med minst fyra månader

(och då med rimlig livskvalitet och i avsaknad av orimliga kostnader). Detta låter som ett klokt beslut ur samhällets synvinkel, men kunde – då jag arbetade i sex år i Norge – vara svårt eller omöjligt för enskilda patienter att acceptera. För den enskilde patienten kunde en eller två månader extra i livet te sig som maximalt värdefulla och värda att betala mycket för. Det kunde gälla önskan om att få se dottern gifta sig, barnbarn födas, att försona sig med någon, ordna upp ekonomi till de efterlevande, återse en bestämd plats eller något liknande. Denna typ av önskningar är svåra att bygga in i en allmängiltig algoritm, men kan inkluderas i en second opinion om den inte var det i den första.

**Ibland är en patient** missnöjd med bemötande, diagnostik eller behandling och säger sig därför vilja ha en second opinion, oftast i syfte att få en annan patientansvarig doktor, någon gång till och med för att ge den förste doktorn en ”knäpp på näsan”. Detta har emellertid inget att göra med en second opinion. Att ”alla kan inte älska alla” måste vara en sentens vars innebörd ska accepteras, och leder då till att man ibland bör se till att en patient får byta doktor eftersom förtroendet inte finns – kanske till och med i båda riktningarna. Det innebär inte att man ska verka för att patienterna ska byta doktor så fort det kärvar något i kontakten – varje läkare måste anstränga sig för att få förtroende i varje

patientkontakt och förtroende är inget som automatiskt uppstår utan något som man förtjänar. Om det i några fall uppstår en så betydande förtroendeklyfta att den ser omöjlig ut att reparera bör läkaren emellertid medverka till ett byte. I flertalet fall blir det dock knappast aktuellt eftersom patienterna tar saken i egna händer och byter läkare på egen hand. Detta har inget som helst att göra med second opinion.

**I min egen praxis** använder jag second opinion-principen av och till och då kan det exempelvis gälla en patient av typen:

**En 60-årig ensamstående** man som är kraftigt överviktig och som självmant avslutat sin arbetskarriär i förtid och som upprepat söker för buksmärta och trötthet. Vid granskning av journalen visar det sig att han sökt ett stort antal läkare tidigare och genomgått ett mycket stort antal ultraljudsundersökningar, koloskopier, gastroskopier, CT, MR, etc samt naturligtvis blodprov utan att man funnit någon förklaring till besvären. Patienten kräver ständigt nya undersökning och anför olika varianter på sina besvär som nytillkomna. Läkaren finner det orimligt att utreda ytterligare och patienten känner sig missförstådd.

**I detta läge** är en second opinion en god utväg. Patienten får då välja vart han eller hon vill bli skickad och läkaren ber om hjälp hos den klinik eller vårdcentral patienten väljer. I remissen står det då tydligt att läkare och patient inte kommer vidare och att båda behöver hjälp. Någon gång kan den andre läkaren komma med någon ny tanke, men oftast består den förste läkarens begründade uppfattning. Det ger läkaren och patienten en trygghet i att fortsätta det besvärliga samarbetet och hindrar patienten från att söka hos nya läkare som inte heller kan hjälpa honom eller henne.

**En annan patienttyp** är de med smärttillstånd med eller utan organisk diagnos som hela tiden kräver mer smärtstillande, mer sömnmedel, mer lugnande och där mönstret är så tydligt att det knappast är rimligt att skicka till en specialiserad smärtklinik. Här kan en second opinion vara av stort värde för att få patienten att förstå att mer medicin inte leder framåt och att det inte är läkaren det är fel på. Det viktigaste i detta sammanhang är emellertid att påpeka

att avsikten inte är att vältra över en besvärlig patient på en annan läkare, utan att ge underlag för att fortsätta att hjälpa även en besvärlig patient.

**När det handlar** om cancersjukdomar gäller det vid second opinion oftast frågan om att ge eller att inte ge en viss behandling. I USA har frågan ofta en ekonomisk bakgrund eftersom de där försäkrade patienterna får sin behandling betald först efter att en oberoende läkare sagt att behandlingsstrategin är den rätta. I det fack som jag arbetat är det också ur patientens synvinkel rimligt att få verifierat att en operation med några procents risk för mortalitet men ingen möjlighet till bot utan operation är rimlig i det enskilda fallet. Man ska betänka att det knappast är önskvärt med en kirurg som inte utstrålar säkerhet om att ”denna stora och komplicerade operation ska gå bra” trots den kunskap och erfarenhet som operatören har om att det trots allt kan gå illa. Patienten som lägger sig på operationsbordet ska få rätt information för att kunna välja – *informed consent* – men när valet är gjort är det trygghet och support som gäller.

**På min mottagning** får jag också ett antal patienter med pankreascancer som blivit rekommenderade resektion, men som vill höra också vad en som är kunnig inom området men som inte längre opererar har att säga. Exempel på de frågor som patienten vill ha svar på av den oberoende läkaren är:

**Vad händer om** jag inte vill bli opererad? Är det verkligen nödvändigt med alla cellgifter, är det inte bättre att få bort allt så snart som möjligt?

**Detta är frågor** som patienten sannolikt fått svar på från den läkare som rekommenderat operation, men som patienten vill ha verifierade från en fysisk person och inte bara via nätet. De frågor som sedan tillkommer och som den förste läkaren inte kunnat svara på på samma sätt är exempelvis:

**Den kirurgen som** jag varit i kontakt med, kan han/hon sina saker? Är detta det bästa sjukhuset för min operation? Vilken vana har de?

**Det är sällan** patienten undrar över de resultat som jag som läkare är intresserad av eftersom patienterna i grunden alltid förutsätter att det ska gå bra om någon föreslagit ett stort kirurgiskt ingrepp. Den läkare som gör ett second

opinion-utlåtande i dessa fall kan emellertid ge svar inte bara på de frågor som patienten ställer utan också de frågor som patienten inte ställer. När det gäller cystiska pankreastumörer (exempelvis IPMN) ser jag second opinion som särskilt viktig.

**En annan typ** av pankreascancerpatienter – kanske de vanligaste – är de som inte blivit erbjudna operation på grund av alltför stor överväxt eller levermetastasering. De, och deras anhöriga, undrar alltid om detta verkligen är ett riktigt beslut, om man inte kan ge cellgifter och sedan operera respektive om det inte finns något annat sjukhus (med det menar de oftast utomlands) som kan ge hopp om bot. Denna patientgrupp är kanske den med pankreascancer som har den största nyttan av en second opinion. I de allra flesta fallen kan man undvika att patienterna råkar ut för charlataner utomlands som gör mer skada än nytta – även om man då inbegriper att hoppet om att få bot i sig är en behandling. En klok diskussion av second opinion-karakteristik kan ge en bättre bas för den fortsatta vården i dessa fall som oftast är mer krävande för samarbetet än vad en kurativt syftande operation innebär.

**Slutligen finns det** då en grupp som uttrycker tveksamhet om en palliativ behandling, oftast cellgiftbehandling och oftast en behandling som kraftigt understöds av anhöriga som vill att ”allt ska göras” även i de fall patienten inte vill. Den primära läkaren har ju här en mycket svår uppgift; det går inte att säga till patienten att ”visst kan vi ge behandling, men jag tror inte att det kommer att hjälpa.” Den läkare som är beredd att behandla med cytostatika måste göra det med en utstrålning om att det är ett bra beslut. Även här kan second opinion vara av stort värde.

**Sammanfattningsvis** tror jag att om man håller sig till den verkliga betydelsen av second opinion – att en oberoende expertläkare gör en grundlig och genomtänkt bedömning utan att ens vara i närheten av att ta över patientansvaret – så är second opinion av stort medicinskt värde både för läkaren och patienten.

ÅKE ANDRÉN SANDBERG

