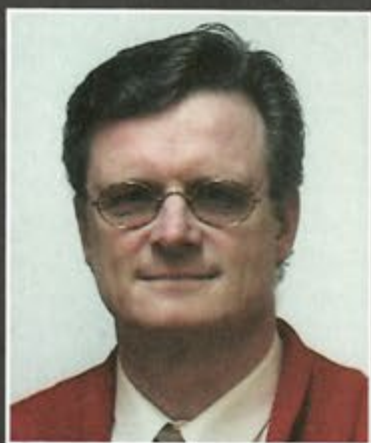


Diagnoser – en nødvendighet hver gang?



Gisle Roksund, f. 1951

Cand med 1976

Spesialist i allmenn og samfunnsmedisin

Tidligere kommunelege og helsesjef.

Nå allmennlege på normaltariff i bydelen Klyve i Skien

Det er fredag ettermiddag, et par pasienter dukket ikke opp. Tid for kort refleksjon rett før helga: Diagnosene mine, hvilke er de hyppigste? Winmed gir svaret i løpet av få sekunder.

Hovedgrupper: 1. L: Muskel/skjelettlidelser, 2. R: Luftveier. 3. P: Psykiske lidelser. Det virker greit nok, rimeligvis i tråd med vanlige oppfatninger om sykdommer og plager i norsk allmennpraksis.

Men hva med enkeltdiagnosene? 1: A45, Observasjon. 2: P25, Livsfaseproblem, 3: R74, Forkjølelse. Ja vel? De to første kan ikke akkurat sies å være veldefinerte sykdomstilstander, ei heller spesifikke symptomer. Og den tredje er en uskyldig, selvhelbredende tilstand. Steller jeg for det meste med friske folk? Ja, kanskje det?

A45 inneholder selvfølgelig en rekke forskjellige tilstander. Men når jeg tenker tilbake når jeg bruker den, dreier det seg om kontakter der årsaken er en eller annen bekymring for sykdom, det gjøres noen orienterende undersøkelser, evt. tas noen prøver. Jeg blir enig med pasienten om å se det hele an, det dreier seg "ikke om noe farlig", kall det gjerne «normalplager». Pasienten tilbys ofte å komme tilbake dersom det skulle gi mye plager, enn si endre karakter. Men som regel hører jeg ikke noe mer. Med andre ord: jeg regner dem som friske, det var noe de lurte på, en enkelt konsultasjon eller to avklarte det hele. 27-diagnosene «engstelig for sykdom» liker jeg ikke. I mine øyne stemples pasientene med denne diagnosen lett for å være spesielt engstelige, grensende til hypokondri. Derfor: A45, observasjon. Men diagnosen sier ingen verdens ting.

P25 velger jeg i mange situasjoner der folk kommer med diverse vanskeligheter, har «møtt veggen», mye har tårnet seg opp. De trenger en å prate med, trenger å avklare, skape rom for avgjørelser og nødvendige endringer. Sykemelding er ofte aktuelt. Mange har et depressiv islett, men jeg kvier meg for å bruke P76, da denne diagnosen inkluderer begrepet nevrose/nevrotisk. Og jeg ønsker ikke uten videre å stemple disse som nevrotikere, i hvert fall ikke i utgangs-

Mikroskopet er fra Semmelweis medisinsk-historisk museum i Budapest.



punktet. Ofte dreier det seg normale reaksjoner på vanskelige livssituasjoner. Samtalene vil dreie seg om hva den enkelte kan gjøre, hvilke valg som kan være nødvendige, bygge på de ressurser den enkelte måtte ha. I mitt hode virker det ikke spesielt terapeutisk å stemple disse som nevrotikere.

En annen grunn til at jeg kvier meg for å bruke P76, er at diagnosene er på vandring i trygdekontoret. Naturligvis har ansatte der taushetsplikt, men selv vet jeg lite om hva som skjer med disse dataene, og færrest mulig bør vite.. (Men utvikler det seg en skikkelig depresjon, er det naturligvis ingen grunn til ikke å bruke diagnosen P76.)

Hvorfor diagnoser hver gang?

Regningskortene er den umiddelbare årsak til at jeg/vi setter diagnoser på hver pasientkontakt. Regningskort uten diagnoser godtas ikke. Men må det være slik? Er det ønskelig? Legens rolle er naturligvis å diagnostisere og behandle sykdom. Og veldefinerte sykdommer er viktig å diagnostisere mtp spesifikk behandling. Men befolkningens bruk av allmennleger har endret seg. Det er en lavere terskel for kontakt enn før, og mange kommer med tilstander som ikke kan kalles sykdom. Mange kommer med forskjellige «normalplager» og livsvansker av ulike slag. Det kan gi funksjonssvikt, ja vel, men ikke alltid sykdom. Grunnen til at de kommer til oss, er at vi medisinerer er tillagt autoritet til å stille diagnoser og igangsette behandling, men også forvalter visse rettigheter og goder som attester, sykemeldinger mv.

Hvordan stiller jeg diagnosene?

Vanligvis ganske raskt på bakgrunn av klinisk skjønn. Ved veldefinerte sykdommer tilstreber jeg naturligvis å bruke anerkjente diagnostiske kriterier. Men ved alle uklare tilstander, «normalvarianter» og lignende, ønsker jeg ikke være særlig spesifikk. Derfor bruker jeg ofte A45. Ofte er det lettvis å bruke tidligere diagnoser. Dersom en pasient har en erkjent kronisk lidelse, vil ofte denne diagnosen gå igjen ved konsultasjoner omkring andre problemstillinger også.

Når jeg ser på diagnoselistene til kolleger, slår deg meg at disse kollegene bruker en del andre diagnoser og andre termer på ofte de samme tilstandene og de samme pasientene. Valg av diagnoser og begreper har etter min erfaring ganske mye med personlige vaner, smak, like/dislike å gjøre. Dersom jeg lager regningskort uten å ha satt diagnose først, vil mitt EDB-program spørre om «sist valgte diagnose» skal benyttes. Det er lettvis å svare ok. Såkalte «autotakster» håndteres alltid med å godkjenne siste tidligere satte diagnose.

Urinundersøkelse
av Gerard Don



Dette virker tilfeldig?

Ja, jeg tror det er så tilfeldig. Og grunnen er at konsekvensene av dette er få. Vi stiller diagnoser i en del tilfelle av plikt mer enn følelse av behov og nødvendighet. Problemstillingen går fram av journalnotatet. Den medisinske-diagnostiske merkelapp sier ofte lite.

Farer ved alltid å måtte stille diagnoser

Ofte(st?) er det klart at diagnose er viktig å stille. En skal vite hva en behandler, hva en henviser, hva som er medisinske inngangsbilletter til trygderettigheter osv. Men faren for overdiagnostisering er etter min oppfatning åpenbar: krav til diagnose ved hver kontakt medfører slik jeg ser det stor fare for å sette medisinske merkelapper på vanlige, normalt forekommende tilstander, herunder samfunnsmessige og sosiale problemstillinger. Vanskelige forhold blir lett til sykdom. Direkte uheldig for den enkelte pasient kan det også senere bli i vår «forsikringstid», der forsikringsselskapene i økende grad ber om å få utskrift av hele journalen, herunder tidligere satte diagnoser. Hva med risikovurderingen av en person som har hatt diagnosen «nevrotisk depresjon»?

Etter min oppfatning kan for hyppig bruk av f.eks. P76 «nevrotisk depresjon» også virke antiterapeutisk: den tenderer til å beskrive en nevrotisk personlighetsstruktur. Diagnosene vektlegger svikt, mens samtaler og behandling oftest vil konsentrere seg om funksjonsevne, ressurser og muligheter. Og jeg ville selv hatt meg frabedt å få denne diagnosen dersom jeg en gang i midt liv dukket opp hos en kollega fordi jeg hadde «møtt veggen» og hadde problemer med å takle hverdagen.

MÅ vi ALLTID stille diagnoser?

Jeg sier som hardingen: eg berre spyr.

Skien, 23.1.00

Gisle Rokstund

PS

Brukes Z-diagnosene i det hele tatt? Jeg har ingen blant mine 30 hyppigste, selv om min kollega en gang beskrev deler av vår pasientpopulasjon som «Hellemysr-folket».

DS