

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!»

*Lærerike
kasuistikker*

Hodepinepasienten

Pasienter med kroniske smerter er plagede og blir ofte av legen oppfattet som «vanskelige». Såvel pasient som lege blir ofte frustrerte, både fordi legen ikke kan løse pasientens problem, og fordi lege og pasient i en del tilfeller ikke kan bli enige om hva slags hjelp pasienten skal få. Særlig vanskelig kan dette bli når det ikke foreligger noen klar diagnose eller forklaring på pasientens smerter. Lege-pasientforholdet kan bli anstrengt, ikke minst hvis pasienten krever sterke smertestillende medikamenter som legen nødvendig vil skrive ut til pasienter med ikke-maligne lidelser. Dette er pasienter legen gjerne «kjenner i magen».



Ivar Skeie

f. 1952.

Cand. med. Oslo 1978.

Spesialist og veileder i allmennmedisin.

Fastlege/kommunelege

Åslundmarka Legesenter, Gjøvik

Pasienten jeg vil beskrive her er en mann som nå er snaut 60 år gammel, og som jeg har kjent i nesten 20 år. Han var i 20-års alderen utsatt for en motorsykkelulykke og fikk en alvorlig hodeskade som medførte en tids bevisstløshet. Han

**Tenker du KOLS?
Tenker du røykeavvenning?**



MEDINOR

Et AXIS-SHIELD selskap

Nå er det en fryd å gjøre spirometri!

*Vi har spirometeret som enkelt og raskt
gir en tilstandsrapport på dine pasienter!*



- Utviklet av lungeleger
- Gir høy kvalitet på resultatet
- Svært gode rapporter
- Ingen vedlikehold
- Verdens minste
- Sikkert mot smitte
- Enkelt å manøvrere
- Måler ekspirasjon og inspirasjon og Bronchodillatasjon



Ring, fax eller send deres bestilling til:
Eller ta kontakt for mer informasjon om produktet.

Medinor ASA Oslo

Postboks 94 Bryn

0611 Oslo

Tlf: 22 07 65 50

Fax: 22 07 65 15

kom seg etter dette uten større umiddelbare mén. Han ble gift og fikk barn. Han jobbet som snekker og fikk etter hvert jobb som innredningsmontør, og reiste mye rundt i landet i jobb. Han hadde ikke noe alkohol- eller medikamentmisbruk så langt jeg vet.

Utover i 30-åra ble han stadig mer plaget av hodepine. Han tok til å oppsøke leger rundt omkring når han var på jobbreise, og fikk etter hvert petidininjeksjoner mot hodepinen.

Jeg var lege på hjemstedet, og utover i 40-åra begynte han å bruke oss som legekontor. Han hadde da sluttet i jobben som montør, og det ble prøvd attføringstiltak uten at det lyktes for ham å komme i jobb, og han fikk etter hvert uførepensjon. Besøkene på legekontoret under akutte hodepineanfall ble hyppigere, og jeg syntes det etter hvert ble problematisk å gi petidininjeksjoner hver gang, men pasienten insisterte på at «det bare var dette som hjelp». Han brukte ikke petidin daglig, det kunne gå uker mellom hver injeksjon, men i perioder ble det flere injeksjoner i uka. Jeg hadde ikke indikasjoner på at han brukte andre leger parallelt. Jeg forsøkte alternative tilnærmingsmåter, injeksjoner av marcain mot smertepunkter occipitalt, bruk av ymse NSAIDs, smådoser av Nozinan og antidepressiva og migrenemidler, dette kunne hjelpe «litt» «av og til», men ble ingen tilfredsstillende løsning for pasienten, og ofte havnet vi tilbake på petidininjeksjoner. Vi hadde våre konfrontasjoner, og målet mitt var hele tida å finne en «annen løsning» uten bruk av opiater.

Pasienten ble grundig utredet hos nevrologer, øyelege og ØNH-lege. Hodepinen satt «bak øyet», i tinningen og bakover forbi øret til bakhodet. Som regel ensidig, men kunne være dobbeltsidig, og ikke lik hver gang. Han ble utredet med tanke på migrene, men nevrologenes konklusjon gikk mest i retning av spenningshodepine, kanskje med noe migreneinnslag. Øye- og ØNH-lege fant ikke patologi som kunne forklare smertene. Cerebral CT var normal. Han ble også vurdert på et av regionsykehusene, der man mente han hadde såkalt occipital hodepine, og de ville tilby ham avansert kirurgisk behandling for dette. Da de ble klar over hans opiatbruk, mente de imidlertid at dette var prognostisk negativt for operativ behandling, og den ble skrinlagt. Pasienten var ikke motivert for psykiatrisk henvisning, da han var «sikker på at det ikke hadde noe med nerver å gjøre».

Så der sto vi da, pasienten og jeg, begge frustrerte, han følte seg mistenkeliggjort som «narkoman», jeg følte at jeg beveget meg i grenselandet for «god medisin». Han fikk en del injeksjoner, andre ganger avvist, oppsøkte legevakta ganske ofte, dels på natta, dette utløste konflikter med ymse legevaktleger osv. Entusiastiske turnuskandidater prøvde å

«avvenne» pasienten fra opiater, uten at det førte til noen løsning, bare ytterligere konflikt. Til slutt, etter nok en runde hos nevrolog, som anbefalte henvisning til psykiater for psykoterapi for å løse medikamentproblemet, henviste jeg ham til den lokale psykiatriske poliklinikken.

Etter få dager fikk jeg brev fra overlegen som konkluderte omtrent slik: «Pasienten er kjent fra poliklinikken fra en del år tilbake. Han har en psyko-organisk lidelse etter hodeskade, og det anses ikke indisert eller hensiktsmessig å prøve psykoterapi mot hans medikamentforbruk. Han bør få fortsette å bruke petidin mot sine hodesmerter, og dette bør styres på forsvarlig måte av primærlegen».

Så viste det seg altså at han hadde vært vurdert av psykiater tidligere, henvist av andre. Overlegens konklusjon virket umiddelbart klok og riktig på meg. Følgende ble gjort: Pasienten og jeg inngikk en avtale om at han skulle få petidin ved hodepineanfall, men vi var enige om at vi skulle hindre at det ble et jevnt forbruk. Videre fikk pasienten noen petidin stikkpiller som han kunne bruke utenom legekontorets åpningstider, slik at han minst mulig skulle bruke legevaktsaker for dette problemet. Etter dette ble petidinforbruket heller mindre enn større, og forholdet til legekontoret ble mye mindre konfliktpreget, og han ble nesten helt frakoblet fra legevakta. Både pasient og lege følte seg bedre, pasienten var ikke lenger «mistenkeliggjort som narkoman» og legen følte at den praksis han egentlig alltid hadde fulgt, var forsvarlig. Jeg er ikke pasientens fastlege i dag, men så vidt jeg vet, fungerer systemet fremdeles om lag på samme måte, og er sannsynligvis det «beste» man kan oppnå.

Hva er så moralen i denne historien? Kanskje at vi ikke skal være for «firkanta i hue», eller «prinsippfaste», i alle sammenhenger. De aller fleste vil i utgangspunktet si at man ikke skal behandle spenningshodepine eller hodepine av uklar årsak med opiater, enn si sterke opiater. Men i visse tilfeller er kanskje situasjonen så sammensatt og spesiell at det likevel blir den beste løsningen. Det var en stor lettelse for meg da den kloke psykiateren «skar igjennom» problemet som hadde slitt både pasient og lege gjennom flere år, og sa at «dette problemet kan ikke løses optimalt, men man må godta den eneste løsning som kan fungere i praksis».

Denne historien kan det sikkert være ulike syn på, jeg tar gjerne mot kommentarer!

Ivar Skjeie