

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

Et allmennmedisinsk lærestykke med ingredienser fra mange fagfelt

Det er vinter og det er rett etter frokost for vikarlegen som er kommet for en ukes hardkjør i distrikts- Norge. Hun er i gangen og skal ta på varm jakke for å nyte god tid og ren luft på vei til morgenmøtet med de andre kollegene. Ute snør det.

Da ringer vaktmobilen. Det er fra lensmannskontoret. De trenger hjelp til å fastslå hvor lenge en kvinne funnet ute har vært død. Det støkker i legen. – Død kvinne, hvem er det? Hun tenker umiddelbart på Liv Marie som har bekymret legene siste uker pga forverring av schizofrenien. – Det må ikke være henne!

I drose kommer hun seg til stedet der politiet venter. En presenning ligger over liket, bare to nakne legger stikker ut. To tykke legger. – Liv Marie, tenker legen.

Hun stopper opp og kjenner hjertet slå raskt da presenningen trekkes til side. Det er Liv Marie... som hun hadde så mange fine samtaler med den foregående sommeren. Liv Marie som var godt voksen, hyggelig, meget intelligent og sosial. Gode replikker var et varemerke.

Nå er hun død og naken. Legen kjenner umiddelbar trang til dekke den kalde kroppen.

Samtidig er legen litt forvirret over å se at lensmannsbetjentene har tråkket rundt liket og laget masse spørsmål i snøen.

– Hvordan har de tenkt å sikre spor i etterforskningen? undrer hun.

Selv nærmer hun seg forsiktig og spør om lov for hver ting hun rører og hvert spor hun lager. Hun har lest mange kriminalromaner.

Oppdraget er å fastslå dødstidspunkt. Det er kanskje stivhet i kroppen, hun finner ikke dødsflekker.

– Hva kan man trekke av det? Huff, så vanskelig.

Vikarlegen kommer etter hvert til legekantoret og får anledning til å dele det tragiske med kollegene. Nesten sint i stemmen forteller hun om hvem som er funnet død. Alle reagerer.

– Nei, ikke henne! Alle kjenner Liv Marie.

– Var det mye snø på liket, spør en, for å få vite mer om dødstidspunktet.

– Temperaturen! sier plutselig vikarlegen. – Hvordan kan jeg få målt den? Hvis hun har frosset i hjel, må jeg vite temperaturen.

– Ambulansen har hypotermi-termometer. Ring dem!

To erfarne ambulanspersonell drar for å måle temperaturen. I mellomtiden kommer flere opplysninger frem. Vaktlegen kvelden før ble tilkalt da Liv Marie ble funnet bevisstløs og med lite klær på i egen leilighet av hjemmesykepleien. Blodsukkeret var under 1. Glucose intravenøst hjalp godt og hun ble helt bevisst,

klar og orientert da hun var kommet til sykestua. Liv Marie var inne i en dårlig periode psykisk. Alle visste det, og alle engstet seg; legene, hjemmesykepleien som var innom to ganger daglig, psykiatrisk sykepleier, legevaktsentralen som hadde hyppige samtaler og andre i nettverket til Liv Marie. Psyken var virkelig svært dårlig. Paranoiaen var åpenbar og leiligheten trengte ikke bare vask, den trengte sanering. Det med å ha lite klær på var også nytt det siste halve året.

Men kvelden før var det sukkersyken som var problemet. Liv Marie brukte insulin, og det hadde alltid gått bra. Tidligere samme dag hadde hun ringt hjemmesykepleien for å få de til å handle mat. Ettermiddagsvaktplanla innkjøp litt senere mot kvelden, men kjørte på en innskytelse en ekstra tur innom Liv Marie før handleturen. Det reddet livet til Liv Marie... for en stund. Legen på vakt ville legge inn Liv Marie på lokal- sykehuset for natten, men det var ikke lett.

– Et hypoglykemiafall som er kupert kan taes hånd om lokalt, var svaret. Det er lite vi kan tilby her. Legen følte seg ikke helt komfortabel med avgjørelsen og ringte to ganger for å få lagt pasienten inn. Pasientens psykiske tilstand gjorde ham usikker. Han følte han ble avvist og beholdt i stedet Liv Marie en stund på sykestua. Da det fremdeles manglet mat i Liv Maries leilighet, gjorde legen en avtale med henne om at hun kunne dra på butikken for å kjøpe mat. Hun måtte imidlertid være tilbake til kl 19.00. Da den avtalen ble holdt og det ikke var klare psykotiske trekk å finne, fikk Liv Marie dra hjem slik hun absolutt ville. En forsikring var at hjemmesykepleien skulle ta seg av insulinet fra da av og komme innom morgenen for å sette det og ta en sjekk på pasienten.

Legekollegiet sitter fremdeles sammen den tunge morgenen. De utsetter pasienter og forstår at de må jobbe sammen om «krisen» som er oppstått.

– Hvorfor ble Liv Marie funnet bare en natt senere, naken ute i snøen? Var hun allikevel så psykotisk at hun hadde stormet ut naken?

– Skulle vi ha presset mer på tidligere i uken for å få henne inn på det psykiatriske sykehuset? Hun var der jo to uker rett før jul og var faktisk dårligere da hun kom tilbake.

– Var hun altså allikevel til fare for seg selv.

– Trappet vi ikke opp Haldolen raskt nok?

Tankene er mange mens kollegene diskuterer og igjen ringer telefonen. Det er politiet, de vil ha en diagnose.

– Kan hun ha frosset i hjel? – Jaaaa, eh, vi vet ikke... blir svaret. Så et spørsmål fra ambulansen.

– Hun har en temperatur på 34 grader, skal vi resuscitere?
 – Ja! Start resuscitering og kom inn med henne! Vi kan ikke erklære noen for død som er kald. Varm og død, skal det være! 34 grader er dessuten ikke en temperatur man dør av.

Ambulansepersonellet intuberer og gjenopplivningsforsøk settes i gang ca en time etter at vikarlegen så pasienten første gang. Defibrilatoren viser asystole og verken atropin, adrenalin eller godt utført hjerte-lungeredning gir egenrytme. AMK-legen på lokalsykehuset høres både utenlandsk og svært engstelig ut på telefonen da en ringer for veiledning. HLR avsluttes etter 30 minutter.

Det blir en hektisk dag for alle ettersom hendelsen har gitt forsinkelser. Allikevel arrangeres en slags debrief etter endt arbeidsdag, for hjemmesykepleien og involverte leger. Søsteren til avdøde er hjemmesykepleier og møter. Det blir en vanskelig

samtale i et klima der «hun burde vært innlagt før» råder. Liv Maries fastlege leder.

– Hun har jo hatt et hjerteinfarkt i 1995, sier søsteren plutselig.
 – Har det noe med dødsfallet å gjøre? Datteren til Liv Marie var her i julen, hun mente at Liv Marie ikke kunne ha lenge igjen slik hun røkte og så sliten som hun så ut.

Patologen bekrefter den akutte hjertedøden etter en uke. De finner tre så potte tette koronarkar at patologen sier han ville spist Lipitor fra 20-års alder dersom han var i slekt med avdøde.

– Hvordan kunne hun ha gjort noe fysisk overhodet? spør han.

Pårørende informeres om dødsårsak og finner trøst i at Liv Marie ikke frøs i hjel. Hjelpemiddelet informeres. Mange har reagert på dødsfallet og roer seg med at hjertet sannsynligvis ville ha stoppet uansett.

Mer bakgrunnsinformasjon

Et dypdykk i journalen gir noen tråder. Dykket blir dypt for Liv Marie har registrert 100 kontakter med legesenteret bare i 2003. Det er ikke færre for de foregående årene. Man finner et hjerteinfarkt fra '95. Det er ikke nevnt lenger når en kommer ut i år 2000. Infarkt blir nærmest glemt og ikke noe man tar hensyn til i vurderingene på vakttid. I 2000 blir hun henvist til koronarutredning og en finner usikre funn. Det blir noen turer til lokalsykehuset, før utredningen avsluttes uten koronar angiografi. Liv Marie bruker fast nitroglycerin og har faktisk oppsøkt lege flere ganger siste år for angina. Hver gang har EKG vært negativt og troponintest negativ. Pasienten har oftest konkludert selv med at det nok bare var angsten. Det kunne også være konklusjonen på telefonhenvendelser om brystmerter. Smertene forsvant med en beroligende prat. «Det er nok bare psykisk». Den siste levemånedene var nitro- forbruket høyt, men pasienten forklarte det med at hun tok tablett i stedet for røyk. Psyken var jo dårlig. I løpet av høsten bytter Liv Marie fastlege uten at noen fraråder henne det. Vanlige oppsatte timer på dagtid var Liv Marie ikke flink til å møte til. Kontaktene var overveiende på vakttid og med tilfeldige leger.

Diskusjon

Liv Marie var svært godt likt og svært god til å snakke for seg. Det var svært menneskelig å lytte mye til det hun sa og mente om egen helse. Det synes som om de fleste i helsevesenet gjorde det i stor grad og ikke stoppet opp lenge nok til å ta et profesjonelt overblikk på hennes helsetilstand. Dette til tross for at schizofrenien var kjent og gjorde det sannsynlig at hun i perioder ville ha et forvrengt bilde av virkeligheten og derfor ikke alltid kunne trekke gode konklusjoner om fakta.

Koronarutredningen i 2000 ble avsluttet tidlig. Forklarte Liv Marie koronarsymptomer med psykisk syke til kardiologene? Hørte også de mest på pasienten?

De multiple kontaktene relatert til schizofrenien tok både fastlegens tid og fokus, samt hjemmesykepleiens og psykiatrisk sykepleiers oppmerksomhet. Det var alltid noe «å rydde opp i » eller noe Liv Marie ville diskutere. Journalen ble svært lang og uoversiktlig.

- Kan Liv Maries forverring av psykisk tilstand allerede høsten 2003 ha vært koronart betinget?
- Kan økende angina ha gjort henne sykere psykisk, slik at brystmerter ble tolket paranoid av henne selv, – at noen var etter henne, som angst?
- Hvorfor tenkte ikke psykiaterne på det psykiatriske sykehuset på dette under innleggelsen rett før jul? Liv Marie hadde jo en kjent angina og var i høyrisikogruppen for forverring av koronarsykdommen.
- Var det anginaplagen som gjorde at hun følte seg varm og kledde av seg?

Var det til slutt sterke brystmerter opplevd som farlig forfølgning som gjorde at Liv Marie stormet ut grytidlig en morgen og falt om da hjertet stoppet ikke langt fra hjemmet. Da det fatale så hendte, var lokale tilpasninger valget til politiet. De ringte rett til legen, ikke til AMK og det tok tid før noen forstod at det hastet. Legen gjorde det hun blir bedt om og tenkte ikke på prosedyrer, slik ambulansepersonellet etter hvert gjorde. Var det nettopp klare prosedyrer vikarlegen skulle hatt i ryggmargen da Liv Marie ble funnet livløs? Umiddelbar HLR, fordi det er prosedyren, – uavhengig av vurderinger om det er noen vits eller ei? Temperaturen ble målt til 34 grader mer enn én time etter melding inn til politiet. Ingen viste hvor lenge Liv Marie hadde ligget livløs i snøen da hun ble funnet. Ingen vet hva temperaturen var da. Gjenoppliving begynte først en time etter melding til lege.

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slike gjør jeg det»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Hvordan lese artikler?

Unge kolleger klager over mangel på tid til å lese det de synes de burde lese. Ingen har nok tid. Vi oversvømmes av faglig stoff. I spesialistutdanningen må vi lese for å identifisere oss med faget. Siden må vi lese for å opprettholde en god kompetanse. Og hvis vi vil skrive selv, må vi lese hva andre før har skrevet. Men hvordan få lest mest mulig på kortest mulig tid? Til et kurs for leger i psykiatrisk spesialistutdanning ble jeg utfordret til å fortelle hvordan jeg leser artikler. De leste artikler fra begynnelsen til slutten, samtidig som de krevde av seg selv at de også skulle lese kritisk. Det var ikke mange de rakk. Insuffisiensfølelsen var til å ta og føle på.

Slik leser ikke jeg. Når jeg leser et tidsskrift begynner jeg med å skimme innholdsfortegnelsen (som man kan få automatisk over internett fra de viktigste tidsskrifter). Finner jeg en tittel som interesserer, leser jeg **først konklusjonen i abstraktet**. Kommer den med noe virkelig nytt, leser jeg **innledningen til diskusjonen**. Der skal forfatterne fortelle hva som er det viktigste funnet og diskutere hvilke implikasjoner det har. Hvis jeg er interessert i en oppdatering av

kunnskapsstatus i det området som artikkelen handler om, leser jeg **starten på innledningen**. Mer leser jeg ikke, hvis jeg ikke skal referere til artikkelen i en egen artikkel.

Hva med den kritiske lesning? I den løpende lesning for å holde meg à jour, stoler jeg på at referee'ene i velrenommerede tidsskrifter har gjort jobben sin. Når jeg referer til andres artikler i mine egne artikler, leser jeg i hvert fall hele abstraktet, og gjennomgår artiklene kritisk med hensyn til metodikk og representativitet i forhold til min egen undersøkelse.

Noen av de unge kolleger syntes at de vitenskapelige artiklene var nærmest uleselige. De har helt rett. Kampen om spalteplass har ført til at hver setning inneholder et vell av informasjon. Ord er veid og veid. Kliniske erfaringer eller eksempler er fraværende. Det er ikke meningen at de skal leses fra begynnelsen til slutt av andre enn dem som forsker på det samme, snevre feltet. Vi andre kan trygt lese som for eksempel jeg gjør.

Per Vaglum

Psykiater/professor ved Inst. for medisinske adferdsfag UiO.

Konklusjon

Liv Maries historie viser allmennmedisin slik det kan være, en blanding av mange fagfelt, – uoversiktlig og med mange aktører. Både følelser og fakta spiller inn.

Akuttmedisinen er heller ikke lett å putte inn i en bås eller prosedyre. Vårt lensmannskontor har vi etter dette instruert i å ringe 113 dersom minste mulighet for personskade eller død. Der møter de klare hoder og Norsk Index for medisinsk nødhjelp som vil veilede i situasjoner der forvirring kan være tilfelle, der følelser pga nærkjennskap kan forkludre tenkingen. Kanskje kan ett liv reddes en gang pga dette grepet.

Historien viser at somatikk «opp i dagen» lett oversees år psykiatrien blir blomstrende. To eller tre sykdommer på engang er vanskelig å se i sammenheng for både allmennleger, somatiske spesialister og psykiatriske spesialister.

Legevaktskontakter i stedet for kontroller på dagtid forstyrrer muligheten for oversikt for fastlegen. Kanskje er dette mest et problem på små steder der vaktlegene ofte gjør litt av fastleges oppgaver på vakttid. Slik praksis kan gi et falsk inntrykk av at pasienten blir godt ivaretatt. Omsorgsbiten var det ikke noe å si på i Liv Maries tilfelle, men det faglige overblikket manglet. Det er legens oppgave i det lokale behandlingstilbudet. Vi må være oss det bevisst slik at det ikke drukner i empati og positiv fortolkning på en kjær pasients vegne.

I ettertid har informasjon ut til hjelpeapparat og pårørende vært viktig for ro og fornyet tillit i bygda. Kanskje kan man ikke kreve at ting skulle vært gjort annerledes. Vi var mange som gjorde så godt vi kunne. Men man kan godt prøve å lære noe av historien!

Dr. NN