

# Hvor mye skal du ha for en diagnose?

**E**n kollega på sykehuset fikk dette spørsmålet for noen dager siden av en pasient som han så seg nødt til å frata Bekhterev-diagnosen. Pasienten hadde seilt under denne diagnosen i mange år, men det viste seg nå, i forbindelse med at han søkte min kollegas faglige støtte for halv uføretrygd, at den var satt på feil grunnlag. Han fylte faktisk ikke kriteriene for diagnosen som i mange år hadde gitt ham blåresepter, varme bad og gratis fysikalsk behandling i inn- og utland. Hans spørsmål til min kollega var uttalt med et glimt i øyet, men under lå nok en erkjennelse av hva tapet av diagnosen innebar for ham. En diagnose er ofte en kjærkommen forklaring på noen symptomer og plager, og gir en viss status og aksept. Det er lettere å henvise til Bekhterev-sykdommen enn å måtte forklare at en har noen plager som ingen vet hva er.

Mannens symptomer var de samme da han kom til min kollegas kontor som da han dro, men samfunnets vilje til å anerkjenne hans besvær i form av kroner og øre var med et pennestrøk borte. Muligheten for pengeutbetalinger kan sannsynligvis påvirke både grad av symptomer og hvordan pasienten gir uttrykk for disse, trolig oftest på det ubevisste plan. Jo yngre pasienten er, jo større sumner er det snakk om ved uføretrygding, og jo større kan kanskje denne påvirkningen bli. «Et sammensatt bilde», sier vi ofte når vi synes det hele virker ullent – og vi krysser av, eller hvertfall burde krysses av, i rubrikken på sykemeldingsblanketten der det spørres om det er andre faktorer enn sykdommen som spiller inn. Å holde tunga rett i munnen som fagperson i saker der pasientenes ubevisste ønsker preger symptombildet, er utfordrende legearbeid.

En diagnose bygger på anamnese og funn og er vårt redskap i arbeidet med å sikre pasienten rett behandling. Dette er den tradisjonen vi er opplært i og som hele vårt fag bygger på. Ønsket om og behovet for å sette en diagnose på pasientens plager er godt plantet i vår naturvitenskapelige tenkemåte. Imidlertid er enkelte diagnoser omdiskutert som vitenskapelig gyldige og spørsmål omkring dette har versert i flere heftige diskusjoner om trygderettigheter de siste årene.

I noen tilfeller kan en diagnose lukke en prosess der pasienten egentlig hadde trengt en medvandrer på veien til bedre innsikt i hva symptomene er et uttrykk for. Enkelte diagnoser som fibromyalgi og postviralt tretthetssyndrom kan etter mitt skjønn være slike lukkere. Det kan på kort sikt være godt å få et navn på smertene en opplever, men jeg tror vårt behov for slik diagnose-setting ofte passiviserer både lege og pasient og en unnlater å gå nærmere inn på hva disse smertene betyr og hva de er et uttrykk for. Bruk av slike diagnoser krever i hvert fall at legen også bruker andre tilnærminger enn den rent naturvitenskapelige. Flere har tatt til orde for å bruke en fenomenologisk metode i møte med denne pasientgruppa. Dette innebærer å legge til side vår vanlige naturvitenskapelige tenkning og åpne opp for meningsinnholdet i pasientens symptomer. Kanskje vi litt oftere skulle hatt et «har livet satt seg i kroppen?»-perspektiv i møte med disse pasientene og vært litt mindre opptatt av å finne absolutt alle triggerpunktene.

Å våge å stille seg åpen for pasientens verden er krevende. Ofte er vår tankegang preget av en diagnose i journalen, og vi danner oss skremmende raskt et bilde av hvem vi tror vi har med å gjøre. Hvem har ikke i et øyeblikk av selvransakelse kjent hva diagnosen fibromyalgi utenpå en journal gjør med vårt første møte med pasienten? «Når jeg treffer en ny pasient kan jeg faktisk ikke vite noen ting om dette mennesket», påpeker Tor Jacob Moe i dobbelttimen i dette nummeret av *Utposten*.

Diagnose-setting skal være et redskap til hjelp for pasienten, og Bekhterev-pasienten som ikke lenger har Bekhterev har nå muligheten for en åpnere og sannere tilnærming til plagene og livssituasjonen.

Gunhild Felde