

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Hva må til for å utelukke sykdom hos de som er «friske og bekymret?»

AV SVERRE LUNDEVALL

Han har vært allmennlege i Tromsø og Oslo siden 1983. Er nå fastlege på Fagerborglegene i Oslo med en liste på 1200. Han har en deltidsstilling som veilederkoordinator i Legeforeningen og er involvert i allmennlegers videre- og etterutdanning. Han er medforfatter av boka Fastlegen.

I allmennmedisinen ser vi ofte tidlige og uferdige sykdomsbilder. Prevalensen av sykdommer er også annerledes enn i en sykehuspopulasjon. Derfor er våre diagnostiske strategier ved vanlige kontaktårsaker som slapphet, svimmelhet og smerter til-

passet slik læreboka Allmennmedisin (1) beskriver og utdyper.

Men oftere enn før kommer vi inn i prosessen på et stadium der spørsmålet ikke er hvilken sykdom pasientene har, men om de i det hele tatt er syke. Og oftere enn før har pasientene egne diagnoseforslag.

Min hverdag handler i økende grad om å sette punktum for bekymringer. Mer presist: Å usannsynliggjøre eller utelukke mulige diagnoser som tilsynelatende friske mennesker tenker at de kan ha. Pasientenes forventninger om en test for å være «på den sikre siden» er større enn før. Argumenter om at sannsynligheten for den aktuelle sykdom er liten, eller at undersøkelsene som etterspørres er dyre eller problematiske, kan virke irrelevante.

«En fetter av meg har fått konstatert cøliaki, og jeg har de samme symptomene. Kan vi ta en test for å finne ut om jeg har det samme?»

«Jeg kommer for å få en rekvisisjon. Jeg har lenge vært følelsesløs i et område på leggen, og har hørt at nå kan man påvise multippel sklerose med MR av hodet.»

I konsultasjoner prøver jeg å se saken fra pasientens side, og min indre samtale kan her bli:

(imøtekommende stemme): «Tja. Selv om jeg ikke tror videre undersøkelser vil avsløre noen sykdom, ønsker jo pasienten å få undersøkelsene gjort? Og da er det vel nyttig å gjøre det?»

(kritisk stemme): «Er du i fritt fall? Gjør du *alt* pasientene ber om? Krysser du kritikkkløst av på blodprøveskjemaer? Henviser du uten hemninger til røntgen og MR og spesialister? Det blir for dyrt for fellesskapet! Og falske positive svar skaper forvirring! Hvorfor kan du ikke sette ned foten?»

Pasienten tar ofte siste stikk: «Kjære doktor Lundevall, jeg har tillit til deg. Men hvorfor ikke likevel undersøke nærmere? Man kan jo ikke forvente at en allmennlege skal vite alt?»

Jeg liker pasientene mine. Alle gjør så godt de kan innenfor sine rammebetingelser, slik jeg også selv gjør. Jeg vil være en følgesvenn. Jeg vil forstå dem, jeg liker ikke å si nei. Jeg verken kan eller vil bli mer autoritær enn jeg er. Men jeg vil gjerne bli mer effektiv i å utelukke eller usannsynliggjøre ulike sykdommer når slike i utgangspunktet virker mindre sannsynlige. Jeg trenger et tryggere grunnlag for å foreslå for pasienten at vi kan vente og se.

Mangler det noe i de medisinske lærebøker?

Strategier for utelukkelse er ikke systematisk omtalt i medisinske lærebøker. Kapitlene om sykdommer er skrevet mer med tanke på påvisning enn utelukkelse. En indremedisinsk lærebok som Harrisons «Principles of internal medicine» (2) er bygget opp rundt sykdommenes positive kjennetegn, etiologi, diagnose, laboratoriefunn og behandling. Om cøliaki står det at tynntarmsbiopsi og respons på glutenfri diett er grunnlaget for diagnosen. Serologi med antiendomysium er nevnt som ledd i påvisningen. Men det står ikke om et negativt serologisvar kan brukes til å sette punktum.

Sykdomskapitlene i læreboka Allmennmedisin (1) er mer praktiske. De har en fast disposisjon med en innledende beskrivelse, sykehistorie, klinisk undersøkelse, tilleggsundersøkelse, tiltak og råd, prognose og oppfølging. Men heller ikke her er utelukkelse systematisk omtalt. Under cøliaki er det nevnt at endomysiumtest har høy sensitivitet og spesifisitet. Det betyr muligens at denne testen er egnet til å utelukke sykdommen?

Så har vi NEL, Norsk Elektronisk Legehåndbok, et utmerket oppslagsverk. Jeg bruker det i konsultasjonene hver dag. Cøliaki er fyldig omtalt. Men vekten er hele tiden lagt på påvisning av sykdommen, blant annet ved screening av slektninger. Det står ikke i klartekst når man kan sette punktum for en løst fundert mistanke. Under differensialdiagnose er nevnt både irriterbar tarm, ulcerøs colitt, kronisk pankreatitt og flere. Men ikke den mest sannsynlige, nemlig *ingen sykdom*.

La meg foreløpig slå fast at i sentrale oppslagsverk mangler en systematisk omtale av utelukkelse, for eksempel et fast avsnitt under hver sykdom som heter: «Diagnosen er mindre sannsynlig hvis ...»

Hvorfor mangler dette avsnittet? Er det fordi kunnskapen mangler, eller er det fordi man ikke har innsett behovet? Er det fordi man har tenkt at utelukkelse er et speilbilde av påvisning, altså at ved fravær av de typiske symptomer, og ved negative diagnostiske tester så har man ikke diagnosen?

De fleste leger, ikke bare allmennleger, driver med utelukkelse. Hvordan gjøres malignitetsjakt ved nyoppdaget polymyalgia revmatika for å utelukke bakenforliggende kreft? Hva slags undersøkelser anbefaler onkologen for å utelukke at magesmerter kan være tegn på residiv hos en mann som tidligere er behandlet for testikkelkreft? Hvordan kan nevrologen overbevise pasienten om at hun ikke har multipel sklerose selv om det er gjort visse funn ved MR av hodet?

Utelukkelse av sykdom er en svært vanlig legeoppgave, og det må være mye å hente på å få systematisert denne delen av vår kliniske kunnskap!

Målrettede undersøkelser for ressursbesparende utelukkelse

Vi trenger kunnskap om tester i form av anamnesticke spørsmål, kliniske undersøkelser, blodprøver eller andre undersøkelser som, hvis de er negative, kan utelukke en sykdom eller sette punktum for en mistanke. Det vil si tester med høy sensitivitet. Helst også høy spesifisitet, slik at det ikke blir for mange falske positive svar.

En bekymret mor kommer med sin lille gutt som er forkjølt og har fått prikker. Jeg tror at en treåring som *ikke* virker allmennpåvirket, og *ikke* er høyfebril, ikke har meningo-kokksykdom selv om han har enkelte små røde prikker (muligens petekkier) som ikke lar seg presse bleke med et glass. Men jeg vet ikke om noen har forsket på om dette er et forsvarlig resonnement for å sette punktum. Jeg tar kanskje CRP. Men hvordan skal jeg tolke svaret? Hva slags verdier kan jeg bruke for å underbygge forslaget om å vente og se i et slikt tilfelle? CRP < 50?

Min 70 år gamle pasient har i tre måneder hatt variabel konsistens på avføring, og noe luftplager. Det er normal rektaleksplorasjon, normal SR og tre negative hemofec. Det er fire måneders ventetid på coloskopi. Kan en normal fekaltest ytterligere usannsynliggjøre muligheten for cancer coli så jeg kan la være henvise? Hvis nei, kan et negativt røntgen colon brukes?

I politietterforskning blir mistenkte sjekket ut av saken. Analogt med dette er de to engelskspråklige forkortelser for nyttige tester: *SpPIn* (*high specificity, positive, rules in*) og *SnNOut* (*high sensitivity, negative, rules out*) (3)

En eksempel på en god SnNOut test er *Ottawa ankle rules*. Dette er tre kliniske kriterier som ble utviklet for å redusere antall unødige røntgenundersøkelser etter ankelskader:

- 1 Pasienten kan ikke belaste skadet bein umiddelbart etter skaden og ved undersøkelsestidspunktet
- 2 Palpasjonsøsm nedre eller bakre kant av laterale malleol
- 3 Palpasjonsøsm nedre eller bakre kant av mediale malleol

Hvis alle tre kriterier er negative, er røntgen unødvendig for å utelukke fraktur.

Denne testen er ressursbesparende, veldokumentert, enkel, og gjelder en hyppig forekommende skade. Jeg ønsker meg mange flere tester av denne typen!

Et knippe av blodprøver, hvilke sykdommer utelukker jeg med dem?

«Hvorfor er jeg så slapp? Kan du finne ut om jeg mangler vitaminer eller mineraler, eller om jeg er allergisk mot noe?»

Dette er en vanlig kontaktårsak, hvor blodprøver må tas. Jeg har landet på: Hb, SR, CRP, glukose, ferritin, T4, TSH, B-12, ASAT, ALAT. Hvis jeg tar med kreatinin og Na, K, Cl, Ca og fosfat øker sjansen for å snuble borti et unormalt prøvesvar. Sporelementer som selen og sink styrer jeg unna. Heldigvis står det i perm fra mitt laboratorium at «Ved spørsmål om helsefare fra amalgamfyllinger har selenbestemmelser ikke vist seg å være av verdi.» (4) Når det gjelder allergitestene pleier jeg å vise pasienten hvilke allergener som inngår i vanlige paneler og få fram spesifikke mistanker før jeg krysser av for noe.

Blodprøver fungerer effektivt til å sette punktum. Hvis jeg kan si at alle blodprøver er fine (og det er de nesten alltid), er pasienten fornøyd. Problemet er mer på min side. Jeg føler at jeg driver en nokså vag virksomhet. Jeg skulle gjerne ha en autoritativ (kanskje til og med evidensbasert?) konsensus om at dette er god allmennpraksis, og en begrunnelse for hver enkelt prøve, hva den kan utelukke når den er normal. Dessuten kan det være prøver jeg burde tatt med, hva med LPK? ALP?

Rituelle undersøkelser og journalføring av negative funn som utelukkelsesstrategi?

I propedeutisk termin i medisinstudiet lærte vi om undersøkelsesteknikk og de tilhørende normalklisjéer for negative funn. En del av undersøkelsene virket temmelig rituelle. Men kanskje de er mer nyttige med tanke på utelukkelse av sykdom enn vi den gang forsto?

Allmennpraktikerens øyeritual er omtalt i læreboka Allmennmedisin (1). Det kan brukes til å utelukke et knippe av viktige øyesykdommer og består i:

- Visusundersøkelse, med gånbriller hvis pasienten bruker det
- Donders prøve på begge øyne
- Korneainspeksjon, eventuelt med fluoresceinfarging, i godt lys, helst med lupe
- Pupilleinspeksjon i dempet lys

Ved positivt funn på noen av disse kan man legge til:

- Rød refleks, eventuelt med oftalmoskopi
- Orienterende øyepalpasjon (ved øyesmerter)
- Cover-test (ved mistanke om skjeling eller dobbeltsyn)

I en tid med økende krav om dokumentasjon må en del av strategien være journalføring av negative funn. Et rødt og

irritert øye er nesten alltid noe jeg kaller konjunktivitt som jeg gir kloramfenikol for. Hvor langt skal jeg rutinemessig gå for å sjekke iridocyklitt ut av saken? Holder det med å se etter og journalføre at «pupillene er runde og egale og reagerer normalt på lys»? Eller bør jeg tilføye «Det er ikke smerter i det affiserte øyet når det friske belyses»?

Hvilke sykdommer er det viktigst å utelukke?

I tillegg til de behandlingstrengende, alvorlige og viktige diagnoser fins det til enhver tid emosjonelt ladete diagnoser. Diagnoser som pasientene vil bebreide meg for at jeg ikke stilte.

Treåringen har hostet i fire uker. Det er sårt å høre på. Jeg tenker at dette er en virus som vi ikke behøver å vite navnet på. Men moren har hørt om et barn i barnehagen som har kikhoste. Kan jeg sjekke om hennes barn har kikhoste? Jeg prøver å innvende at det ikke får noen konsekvenser å stille diagnosen siden det ikke gir noen nytte med antibiotika så sent i forløpet. Hun har hørt at behandling er bra likevel, med tanke på smitte til andre. Hun har en ettåring hjemme.

Er det tilstrekkelig å vise til at ungen er fullvaksinert og derfor ikke har kikhoste? Normal CRP utelukker ikke kikhoste, men kan være beroligende for både meg og mora likevel. Læreboka Allmennmedisin nevner nasofarynxprøve med tynn pensel. Jeg har prøvd dette en gang på denne aldersgruppen. Ungen omdannet seg til en tiger som kastet hodet i alle retninger, og forsøket måtte avbrytes. Da gjenstår serologi. Venepunksjon på treåringen. Jeg vil helst unngå det, men må det til så må det til. Vil negativt IgM etter fire uker utelukke kikhoste?

Mannen har rygg smerter og lurar på om han har Bekhterevs sykdom. Jeg husker en bok som het Farlige menn i hvitt, skrevet av en pasient der denne diagnosen ble oversett. Ett av de diagnostiske kriteriene for Bekhterev er i følge læreboka Allmennmedisin: *Nåværende eller tidligere smerter i thorakolumbalovergangen eller i lumbalkolumna.* (Det kriteriet oppfyller vi vel alle?)

De to andre diagnostiske kriteriene er:

Redusert bevegelighet i lumbalkolumna i alle plan – ventral-fleksjon, dorsalfleksjon og lateralfleksjon
Redusert toraksutvidelse til 2,5 cm eller mindre, målt i nivå med fjerde intercostalrom

Selv om jeg bedømmer disse to kriterier som negative føler jeg ikke at jeg kan sjekke Bekhterev helt ut av saken. Læreboka nevner at de kliniske symptomer som best kunne skille ut sykdommen var nattlige smerter som lindres av ak-

tivitet, men ikke av hvile. Kan jeg bruke fraværet av slike symptomer til å usannsynliggjøre Bekhterev? Kan jeg da sette punktum eller skal jeg ta HLA-B27 og håpe at den er negativ? Eller skal jeg rekvirere CT eller MR av IS-ledd?

Avslutning

I studietiden var jeg opptatt av sikker diagnostikk, sikker påvisning av sykdom. Det fineste var tester som var patognomoniske. Jeg begynte på en liste over slike for å bli en god lege. Men det løp ut i sanden.

Vi lærte også et annet latinsk uttrykk: Sine qua non. Uten hvilken intet. Det er tester med slike egenskaper jeg har etterlyst kunnskap om i denne artikkelen. Hva mener dere, kjære kolleger? Er dette et behov dere gjenkjenner? Kunne vi få til et felles løft for beskrivelse og kvalitetssikring av

våre utelukkelsesstrategier? Hva med å få dette perspektivet systematisk inn i senere utgaver av NEL og læreboka Allmennmedisin?

Hvis vi kan klare å stoppe ting før de får for store dimensjoner kan det spare ressurser som heller kan brukes til de åpenbart syke. Sannsynligvis er det lettere for oss allmennpraktikere å gjøre denne oppgaven enn det er for andrelinjetjenesten, siden vi er mer vant til å møte friske mennesker.

Referanser

1. Hunskaar S (red). Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003
2. Harrison's Principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill, 2001
3. Førsts blå ringperm. Oslo, 2004. Finnes i oppdatert versjon på www.furst.no
4. Pewsner D, Battaglia M, Minder C, et al. Ruling a diagnosis in or out with «SpIn» and «SnNOut»: a note of caution. BMJ 2004;329: 209–13

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no



Lesers respons på Utposten nr 6

Dagens mottagelse av Utposten fylte meg med stor glede! Også her er geriatri i fokus.

Men etter å ha lest lederen og Peter F. Hjorts bidrag føler jeg meg nødt til å komme med noen kommentarer.

For det første vil jeg takke professor Hjort for hans artikkel som er, i likhet med alt jeg har lest og hørt av ham, meget bra og full av erfaring. En artikkel vi unge kan lære mye av. Jeg er helt enig med ham i at vi trenger geriateren på sykehjem og er nesten helt enig med alle hans konklusjoner. Når det gjelder omsorgsgeriateren så tror jeg at denne ikke bør komme med dette navn. Jeg vil heller foreslå at en geriater kalles for en geriater, – om den jobber på sykehus eller sykehjem. Men det bør være to veier til å oppnå spesialiteten geriatri. Den ene er den tradisjonelle via indremedisin. Den andre, som proff. Hjort foreslår, skal ta utgangspunkt i spesialiteten allmennmedisin, – med et obligatorisk tilleggsår på et undervisningssykehjem hos en erfaren geriater eller på en geriatrik avdeling på et sykehus hos en erfaren geriater der også. Dette for å unngå fare for oppsplitting av spesialiteten allmennmedisin som Jannike Reymert i sin leder i Utposten påpeker. Ellers er jeg helt enig med Peter F. Hjort og håper inderlig at disse visjonene blir realitet om ikke så lenge. Jeg hadde med glede valgt denne veien for å bli geriater (jeg har tre år på indremedisinsk avdeling, fem år allmennmedisin med tilsynslegestilling på en demensavdeling med 30 pasienter som yrkeserfaring og er nå fersk spesialist i allmennmedisin – altså ung og fremdeles mye å lære).

Men jeg må også kommentere lederen til Jannike Reymert som jeg i store trekk er uenig med. Sykehjem fungerer per i dag allerede som sykehus på mange områder, – og skal det også (se Tidsskriftens artikkel «Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus?» Nr: 1844–7).

De vil aldri være konkurrent til lokalsykehusene som følge av at geriatrien kommer sterkere inn i sykehjem. Det er uten tvil på sykehjem «hverdagsgeriatrien» bør drives. Sykehjemspasienter skal og trenger som regel ikke legges inn på sykehus. Utredningen og behandlingen kan likegodt skje på sykehjem, påstår jeg. Kanskje med litt større problemer ut i distriktene, men med god planlegging og tett samarbeid med diagnostiske enheter bør dette gå.

Jeg ser for meg geriateren som et meget viktig ledd mellom 1. og 2. linjetjeneste, uansett om det er sykehusgeriateren eller sykehjemsgeriateren. Oppgavene er stort sett de samme, og samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjeneste må uansett bli mye sterkere på alle plan dersom en vil drive helsevesenet på en effektiv måte. Ikke konkurrenter men samarbeidspartnere.

Jeg håper og tror at fokusering på geriatri vil føre sykehjemmene ut av «det svarte hullet» de er i, – og det ikke bare nå, men også i fremtiden. Derfor er jeg meget takknemlig for dagens Utposten.

Med vennlig hilsen Peter Wapler,
fastlege og sykehjemslege (ikke tilsynslege) i Haugesund