

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 Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens



Prioriteringer og vurderinger til ettertanke...

Dette er to hendelser fra legevakt jeg har tenkt mye på. Begge handler om telefonhenvendelser fra pasienter og mitt valg av intervensjon på grunnlag av telefonopplysninger.

En førjulskveld for noen år siden hadde jeg legevakt – dette var før interkommunal legevakt med data og ekstra hjelpepersonell.

Den første hendelsen var i starten av influensaperioden det året. Jeg var fersk autorisert lege. En eldre mann hadde ringt og bedt om tilsyn til sin kone som ikke lenger klarte å stå på beina. Hun var i 70 årene, oppegående til vanlig, men nå var beina blitt visne, og hun hadde fått feber og var veldig sliten. Ingen hoste eller smerter ble beskrevet. Jeg hørte om henne ganske tidlig på vekten, ringte dem tilbake og avtalte et sykebesøk på slutten av vekten ca. fire timer senere. Jeg vurderte situasjonen som fredelig, hun hadde ingen lokaliserte smerter, men var blitt kraftløs i beina og måtte ligge til sengs. Hun hostet ikke, og hadde målt temperatur til drøyt 38 grader. Jeg skisserte noen alternativer til hjemmebesøk mens vi snakket på telefon: Alternativ 1 var at de kom ned på legevakten, men siden hun var sengeliggende i 2. etg. var ikke dette mulig. Alternativ 2 var at jeg kunne sende ut ambulanse for å hente henne til legevakten for undersøkelse. Det tredje alternativet var at jeg kunne forlate legevaktskontoret og reise til henne. Dette fant jeg vanskelig, da det var flere pasienter på venterommet som jeg vurderte at jeg ikke kunne reise fra. Derfor valgte jeg å vente til vekten var slutt, for så å reise hjem til henne. Ektemannen var en rolig kar, og insisterte ikke på at jeg måtte komme

med en gang, noe som sikkert bidro til min beslutning om å vente.

En halvtime etter avtalt tid, ringte jeg på døren hos ekteparet. Jeg ble møtt av ektemannen, og ble vist opp til soverommet i 2. etg. Jeg fant henne da sengeliggende, hun var våken, lå flatt i sengen, pustet raskt og gjorde litt vanskelig rede for seg. Ektefellen fortalte at hun gradvis hadde forandret seg siden han ringte legevakten, hun var blitt litt mer rotete på et vis, litt slappere og han merket hun var veldig forandret fra sitt vanlige jeg. På formiddagen samme dag hadde hun bakt småkaker til jul – hun hadde kjent seg så sliten og derfor gått opp og lagt seg etter dette. Han hadde støttet henne opp en gang for å late vannet, og det var så vidt han hadde klart å holde henne oppe. Hun hadde også hatt noen skjelvinger og vært frossen. Jeg tellet respirasjonsfrekvensen til godt over 40 pr. minutt, og målte temperaturen til 38,5 grader under armen. Hun hadde nedsatt allmenntilstand, hadde ikke fått i seg verken vått eller tørt siden hun la seg og var sliten og matt i kroppen. Hun var heller blek i huden, enn febrerød. Fra tidligere hadde hun hatt revmatoid artritt over flere år, utover dette var det intet spesielt.

Undersøkelsen ble gjort mens hun var liggende, hun klarte ikke reise seg, og vi var to som måtte hjelpe henne opp i sittende stilling for å få lyttet på lungene. Hun hadde normalt blodtrykk, jeg hørte litt slimlyder over begge lunger, men det var nokså sparsomt. Fikk ikke frem noen dempning. Hun klarte knapt løfte på beina i sengen – de var tunge som bly, men hun hadde følelse i huden. Lite liv i reflekser i beina, men normalt i armene. Jeg fant ingen iøyenfallende

hudforandringer hos henne. Det var lette forandringer i begge hender, som man får etter mange års RA.

På grunn av kraftsvækkelse i beina, hennes raske respirasjon og febrilia, tilkalte jeg ambulanse og la henne inn på medisinsk avdeling under diagnose «pneumoni». Etter dette reiste jeg hjem, og tenkte noen tanker om at hun kunne vel ideelt sett ha fått et sykebesøk litt tidligere på kvelden, fordi jeg nå oppfattet henne nokså medtatt allment. Jeg hadde en ubestemmelig, ugrei magefølelse med situasjonen, siden jeg ikke helt fikk tak i sykdomsbildet hennes.

Dagen etter var jeg tilfeldig i kontakt med legen som hadde tatt henne i mot. Han fortalte da at hun hadde blitt diagnostisert med pneumoni da hun ble innlagt på sykehuset, og det ble startet intravenøs antibiotikabehandling. Kort tid etter dette hadde hun fått en akutt forverring, og døde tre til fire timer etter innkomst i et bilde av sepsis med DIC. Det ble funnet oppvekst av pneumokokker i blodkultur hos henne. Hun hadde sikkert vært septisk da jeg møtte henne hjemme i sengen, før hun ble innlagt.

En tid senere; får jeg melding fra legevaktsformidlingen/AMK om en eldre kvinne i 70-årene som har mistet følelsen i beina. Hun har vært sprek og oppegående til vanlig, bor alene og klarer seg selv uten hjelp. Forhistorien var at hun tidligere samme dag hadde kontaktet legevakten da hun hadde kjent noen rare prikkinger i beina og de var litt tunge. Hun syntes hun hadde fått vansker for å gå så godt som vanlig, og hadde fått tilbud om undersøkelse på legevakten. En nabo fulgte henne da hun ankom legevakten ca. to til tre timer før jeg hørte om henne. Hun måtte sitte i rullestol da beina så vanskelig bar henne da hun skulle gå inn til undersøkelse. Hun ble undersøkt fra topp til tå uten at det ble funnet så mye galt – hun hadde hatt reflekser tilstede, ingen andre lokale symptomer enn prikking og tyngdefølelse i beina. Hun returnerte til hjemmet i drosje, sammen med sin nabo. Naboen hadde klart å hjelpe henne inn i heisen, opp i sjette eller sjuende etasje i blokken hun bodde, før beina sviktet henne helt, på vei inn i entreen. Det var da det ble ringt etter hjemmebesøk. Jeg fant henne liggende i entreen, helt ute av stand til å røre seg. Hun var våken, orientert, beskrev følelsesløshet i beina og hadde lite følelse i overkroppen og armene. Samtidig kjente hun seg veldig tung i pusten – dette hadde kommet etter at de forlot legevakten. I min medisinske turnustid møtte jeg en gang en yngre mann med sykdomsbildet Guillain Barre, som i all hast ble lagt inn på nevrologisk avdeling og trengte respiratorstøtte grunnet respirasjonssvikt. Denne situasjonen jeg nå møtte, lignet veldig på det jeg hadde sett i turnustiden. Jeg undersøkte henne liggende på gulvet da hun var helt ute av stand til å røre seg. Hun hadde utslukkede reflekser både

i armer og i beina, lite hudfølsomhet, og hun var kortpustet og fortalte om et trykk i brystet som ble større hele tiden. Det var ingen mulighet for henne å løfte så mye som en lillefinger. Hun ble innlagt nevrologisk avdeling som «rød respons», fikk diagnose Guillain Barre, ble respiratorbehandlet i flere uker, og kom seg etter hva jeg har fått høre, uten sekveler etter lammelsene hun hadde.

Begge disse opplevelsene har gjort noe med meg i forhold til prioritering og vurdering av sykdomsbilder på telefon. De to hendelsene ble ringt om som behov for sykebesøk på grunn av kraftsvikt i beina. Den ene hadde kun kort tid før vært på legevakten, men med svake symptomer på sykdom. Den andre hadde mer diffuse symptomer som kraftsvækkelse og litt feber i en tid med influensa i befolkningen. Medisinske vurderinger pr. telefon er ofte vanskelige. Situasjonene endrer seg fort, og de kan tolkes ulikt av pasient, pårørende, sykepleier og lege. Jeg har senere gått flere runder med sykdomsvurderinger pr. telefon, og har kommet til at det er best at ukarakteristiske sykdomsbilder blir vurdert med pasienten tilstede. Det å se på og ta på pasienten, og fornemme i situasjonen, er viktige deler av en medisinsk vurdering – i tillegg til å ha tilgang på enkle lab. prøver, røntgenundersøkelser og EKG.

Lene Dæhlen Selnes



ILLUSTRASJONSFOTO: R. LERICH