

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

Lærerike kasuistikker

ME– myalgisk encefalopati eller kronisk utmattelsessyndrom

I min praksis som fastlege er det spesielt en pasientgruppe som har gitt meg store utfordringer: Den gruppen unge mennesker som presenterer symptomer forenelig med kronisk utmattelsessyndrom.

Dette er en pasient jeg lærte mye av når det gjelder utredning og behandling av dette symptombildet.

Vi kan kalle henne Kristin. 40 år gammel. Lærer i småskolen. Tidligere stort sett frisk.

Ved første konsultasjon kom hun med det jeg oppfattet som en viral luftveisinfeksjon: Kortvarig hoste og slapphet, men ingen feber. Intet spesielt å finne ved undersøkelsen. Behandling: se an og sykemelding noen dager.

Etter kort tid, ny konsultasjon: Fortsatt plagsom hoste – normal spirometri og infeksjonsparametre. Serologi viser stigning av chlamydia pneumonia antistoffer IgM og IgA, forenlig med atypisk pneumoni. Blir behandlet med makrolid, men ingen bedring.

Stadig plagsomme luftveissymptomer i form av hoste, dårlig stemme, og utmattelse. Forverres av nye luftveisinfeksjoner. Normalt røntgen thorax.

Hun spør om dette er TWAR. Jeg konfererer med erfaren lungelege som bekrefter at chlamydia pneumonia infeksjoner kan gi langvarig forløp med residerende luftveisymper og utmattelse. Imidlertid er prognosen god på lang sikt. Fordi hun stadig er utsatt for småinfeksjoner som setter henne tilbake, blir hun omplassert på arbeidsplassen. Avventer spontan bedring. Forsøker inhalasjonsmedisiner uten effekt.

Pasienten begynner å bli utålmodig. Hun finner en artikkel på internett vedrørende behandling av TWAR med intermitterende makrolidbehandling etter en svensk modell. Jeg konferer med infeksjonsmedisiner som kjenner noe til dette: lite vitenskapelig hold, men vi kan gjøre et forsøk ettersom situasjonen er fortvilt. Pga. fare for resistensutvikling frarådes langvarig behandling. Vi prøver ut Klacid i to uker x to. Det har ingen effekt og forsøket avsluttes.

Tiden går – hun starter i aktiv sykemelding, men orker lite. Vi tar flere blodprøver – stoffskifte, hematologi, klimakterieprøver etc. Behovet for en spesialistvurdering begynner å komme pga varighet av symptomene. Det blir en omfattende utredning hos lungelege som konkluderer med funn

av mild bronkial hyperreaktivitet. Kan dog også finnes som et normalt fenomen. Flere astmamedisiner forsøkes ut. Ingen effekt.

Hun reiser på ferie til Syden og opplever at hun blir bedre. Hun ønsker å forsøke et lengre opphold – kanskje klimaendring kan være gunstig? Både arbeidsgiver og Statens pensjonskasse er positive. Hun reiser ut i noen måneder. Jeg får brev fra henne. Hun er symptomfri og orker å jobbe tilnærmet i full stilling.

Hun returnerer til hjembygda på våren, og etter fem dager har alle symptomene kommet tilbake. Hun oppsøker meg på nytt. Klarer knapt å jobbe mer enn noen timer pr. uke nå.

Ny runde hos lungelege som konkluderer som ved første undersøkelse. Men bildet er utypisk for postinfeksiøst trettethetssyndrom, og man lufter tanken om psykosomatisk utredning. Pasienten tar det tungt, men samtykker likevel til henvisning til Rikshospitalet. Henvisningen avvises – dette må håndteres av lokalt somatisk sykehus i samarbeid med psykiatrien der. Hun henvises, og etter en time på poliklinikken konkluderer man med at hun verken er deprimert eller psykotisk.

Jeg har permisjon et års tid, og hun følges opp av kollega. Hun får flere antibiotikakurer uten effekt. Henvises til ØNH-lege, det taes rtg bihuler: Alt med normale funn. Han foreslår bronkoskopi og ny henvisning til lungelege. Dette avslås da det ikke finnes indikasjon.

Jeg returnerer fra permisjon, og situasjonen er stort sett uendret – med unntak av at hennes rehabiliteringspenger snart er oppbrukt. Hun har ingen sykdomsdiagnose – kun en symptomdiagnose. Dette med psykosomatisk årsak er ikke tilstrekkelig utredet. Når jeg legger det frem for pasienten igjen, møter jeg betydelig motstand. Ikke lenge etter kommer hun tilbake med navnet på en privatpraktiserende lege i Oslo som er ekspert på ME. Hun ønsker henvisning dit. Jeg har ikke mye annet å tilby og ordner med henvisning uten egentlig å vite så mye om hva dette innebærer. Ikke lenge etter har hun fått diagnosen ME. Det er ønskelig med undersøkelse hos nevrolog for å fylle alle kravene til diagnosen, og jeg ordner med henvisning. Den avslås da man ikke synes man har noe å bidra med.

Hun innvilges tilslutt tidsbegrenset uføretrygd under diagnosen ME.

Hva vil jeg illustrere med denne kasuistikken? Den lærte meg mye om vanskelige problemstillinger i møte med denne pasientgruppen, den usikkerheten man forholder seg til og alle spørsmålene man sitter igjen med.

Hva er ME? Det er lite vitenskapelig kunnskap rundt sykdomsbegrepet og stor faglig uenighet.

Hvordan håndterer jeg det på best mulig måte? Min egen redsel for på den ene siden å overse alvorlig somatisk sykdom og på den annen side gi næring til psykosomatiske mekanismer.

Hvor henviser jeg? Hva kan lokalsykehuset tilby når du trenger hjelp til å utrede og håndtere disse pasientene? Hvem har kompetanse og ikke minst interesse for disse pasientene?

Hvilken behandling hjelper pasienten? Det er krevende for pasientene å forholde seg til mye informasjon fra internett, pasientforening etc. vedr behandling som kanskje kan hjelpe.

Det er fortvilende for legen, og selvfølgelig aller mest for pasienten når man opplever uførhet i ung alder på bakgrunn av et symptombilde som det er stor faglig uenighet om årsaken til. Det er også fortvilende å forholde seg til at det offentlige helsetjenestet ikke kan tilby enhetlig utredning og god behandling, og ofte viser manglende interesse for pasientgruppen.

Jeg har en ME pasient som pleier å uttrykke fortvilelsen slik: «Jeg skulle mye heller ha hatt en kreftdiagnose enn å ha ME. Det er i hvert fall en akseptert sykdomstilstand som alle kan forstå og sette seg inni hva betyr...»

Bente Mjølstad

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 «slik gjør (nå) 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!*

Kollega som pasient

Det er som regel både morsomt og hyggelig å forholde seg til kolleger. I de fleste sammenhenger der kolleger møtes, finner man raskt interessante og engasjerende temaer som gjør at praten løper lett og samværet føles berikende.

Har du en kollega som pasient, er det ikke gitt at det føles like greit. Fastlegereformen innebar en tydeliggjøring av organisering av helsetjenestene som har gjort at også mange leger (de fleste?) forholder seg til primærlegen sin som den man naturlig henvender seg til ved helsemessige problemer. Det å oppdage en kollegas navn på timelisten innebærer en utfordring som det kan være nyttig å ha tenkt igjennom på forhånd. Og, kanskje utfordringen i all hovedsak håndteres ved å tenke, planlegge og legge noen strategier for konsultasjonen med din kollega. Utfordringen i en slik konsultasjon trenger ikke nødvendigvis være særlig stor, du skal jo i prinsippet ikke gjøre noe annet for dine kolleger enn du gjør for de andre pasientene du har ansvaret for. Primært er kanskje dette mest en mental utfordring for deg.

Hva er det så som gjør at dette tross alt er en problemstilling som får deg til å stoppe opp og tenke deg om? Sannsynligvis er det vissheten om at i denne konsultasjonen møter du en med kunnskap og erfaring som kan være større enn det du innehar selv. Det kan jo være litt vrient å tilby en tjeneste til en som kanskje kan dette bedre enn deg selv. Du kan komme til å tenke at her har jeg lite å tilby og at du kan eksponere dine mindre sterke sider på en ubehagelig måte. Det er ikke riktig. Dersom hun eller han som søker deg hadde følt seg trygg på sine egne kunnskaper og vurderinger, hadde hun neppe bestilt time hos deg. Det er sannsynligvis en forventning til at du kan bidra med et eller annet som gjør at hun søker deg. Selv om din kollega kanskje har erfaring fra vurdering av et symptom hun bekymrer seg for, vet hun nok at hun ikke er særlig god til å vurdere symptomer hun kjenner selv. Derfor vil hun ha hjelp av deg til evaluering av dette. Hun vil sikkert også diskutere den videre håndtering av sin sykdom og den utredning som måtte være nødvendig.

Noen forhold kan virke tilslørende i en konsultasjon der pasienten også er lege. Særlig er det vanskelig dersom man ikke har klart hva legepasienten ønsker av deg. Noen kolleger

vil diskutere et problem, eller ha en vurdering av et symptom som de synes er vanskelige å vurdere selv. Andre vil kanskje at du skal ta en mer tradisjonell og omfattende legerolle. Dette må vi forsøke å avklare, vi bør rett og slett spørre om hva legepasienten ønsker. Samtidig bør man være klar på hva man kommer til å gjøre i en slik konsultasjon, og at du vil være like mye lege i denne konsultasjonen som i alle andre, selv om premissene er noe annerledes. Er det indisert med blodprøver, da blir det blodprøver. Finner du at MR ikke har noen plass i utredningen, da skal du kanskje ikke bestille MR. Når pasienten er lege, bør du bruke en del tid på å diskutere dine valg og de konklusjoner du trekker. Har du gode argumenter for dine valg, er det ingen problemer med å styre konsultasjonen i den retningen du synes er riktig. Blir argumentene plukket fra hverandre slik at det er klart at du burde gjort noe annet, er det intet prestisjetap å endre retning.

Mange syke mennesker har en tendens til bagatellisering av egne symptomer, så også med leger. Problemet med leger er selvsagt at de er så veldig mye flinkere til å skjule sin bekymring og til å overtale deg til å gå inn i sine avdramatiserende argumentasjonsreker. Dette kan kreve en betydelig årvåkenhet. Av og til kan ganske subtilt kommuniserte symptomer være det som trenger mest fokus. En antydning om klem i brystet, nattevette eller liknende kommer gjerne sammen med en bagatelliserende forklaring («det er sikkert bare litt stress»). Dette bør ofte avferdige en skikkelig utredning. Likeledes er det om å gjøre å holde hodet kaldt og gjøre de riktige tingene når din kollega ikke vil behandle det alt for høye blodtrykket eller når hun finner en eller annen grunn for å avstå med metformin selv om HbA_{1c} skriker til deg at hun trenger det. Da blir det din oppgave å få henne med på at denne behandlingen er like hensiktsmessig for henne som for andre mennesker i samme situasjon.

Med en gjennomtenkt strategi, et par deler ydmykhet og en del fasthet, er det ingen grunn til å grue seg for å ta i mot kolleger som pasienter.

Disse konsultasjonene blir ofte trivelige og svært greie.

ps.: Når var du til legen din sist?

Petter Brelín