

Allmennmedisinske kompromisser

AV SVERRE LUNDEVALL

Er kompromisser en del av allmennmedisinens egenart? Er kompromissløs allmennpraksis noe mål? Jeg vil undersøke dette ved hjelp av noen kompromissløse kolleger jeg har funnet opp, de har fått etternavnet Brandsen etter Ibsens Brand.

Vi har

Dr Evidens Brandsen som aldri vil gå på akkord med sin faglige overbevisning, og bygger sin praksis på etterprøvbare forskning.

Dr Lydia Brandsen som har sin lojalitet til lover, regler og retningslinjer. Disse vil hun etterleve.

Dr Balint Brandsen som er humanist og ser pasientperspektivet som det primære. Han vier all oppmerksomhet til den pasienten som sitter i konsultasjon med ham og er opptatt av empati, kognitiv terapi og pasientens egne ressurser.

Heldigvis samarbeider disse tre med **dr Bente Slomsen** som ser pragmatisk på tingene.

Over til første pasient som er **Sohaila, en somalisk jente på 20 år**. Hun er nettopp ferdig med videregående skole og vil gjerne flytte hjemmefra og komme i gang med voksenlivet sitt. Men hun har kastet opp daglig i to måneder, og har derfor ikke greid å ta noen butikkjobb. Uten jobb ingen penger, og uten penger ingen egen bolig. Hun er gastroskopoert, hadde ikke noe ulcus men er helicobakter positiv. Gastroenterologen har foreskrevet trippelkur som hun ikke har tatt på riktig måte, og en ny trippelkur som hun muligens har tatt litt riktigere. Hun kastet opp mindre den uken hun tok pillene men så ble hun verre igjen og en ny pusteprobe viste fortsatt helicobakter. Dessuten har hun stikninger nedentil og er redd det er noe med underlivet.

Dr Lydia Brandsen møter henne med sin egen agenda. Hun har tenkt på denne familien i hele sommer. Sohaila er den eldste av barna. Lydia er opptatt av helsepersonellens plikter i forhold til mulig kjønnslemlestelse av barn og griper tak i det Sohaila sa om stikninger i underlivet: Kan du være gravid? **SOHAILA LER:** Jeg er jomfru. Og hvordan har debatten om omskjæring av jenter virket på deg? Sohaila rister på hodet og trekker på skuldrene, uutgrunnet. Kan hun være omskåret



Sverre Lundevall

57 år, fastlege på Fagerborglegene i Oslo, sammen med gode kolleger og medarbeidere. En av de fire veilederkoordinatorene i Legeforeningen

tenker Lydia og foreslår GU. Når Sohaila ligger på benken ser Lydia en litt uvanlig vulva. Kan det være adheranser? Lydia bestemmer seg for at hun tror dette er en variant av normal anatomi hos en som er jomfru, og bestemmer seg for å nøye seg med den utvendige inspeksjonen. Hva skulle hun gjort hvis hun hadde ment at jenta var omskåret? Meldt familien til politiet? (Lydia innser at hun ikke har sett noen tilfeller av omskjæring av kvinner og at det er en mulighet for at hun tar feil nå. Men hun kan sin jus og vet at hun i så fall blir skyldig i en «absolutt villfarelse», nemlig å bedømme anatomiske forhold feil. Derimot bryter hun ingen rettsregler.)

SOHAILA SIER PLUTSELIG: Jeg skulle ønske jeg hadde større pupper, min venninne har nettopp fått silikon, kan jeg også få det, jeg får jo psykologiske problemer fordi puppene mine er så små?

Dr Balint Brandsen overtar:

Det er nok vanskelig å få støtte til silikon. Men hvis du fikk større pupper, hva ville bli annerledes da?

Alt, sier Sohaila, hva med hormoner sånn som Espen Ester Pirelli Benestad har tatt?

Balint strever. Han vil gjerne få fram hennes perspektiv men blir forstyrret av sitt eget: Han synes jenta er nydelig og skulle bare ønske hun kunne se det selv. Kanskje han kunne få henne tilbake en dag til en lang samtale med løsningsorienterte spørsmål?

Dr Evidens Brandsen er opptatt av kontaktårsaken oppkast: Hva sier forskningen om behandling av helicobacter ved non-ulcus-dyspepsi? Hvor sannsynlig er det at sympto-

mene blir borte hvis helicobakterne blir borte? NEL har jo ni ulike oppskrifter på trippelkurer ved helicobakter, skal han prøve en av de andre? Han ringer sykehuset for å få tak i gastroenterologen som har signert den siste pusteprøven. Forhåpentligvis har de ikke bare tatt en prøve men også snakket med pasienten og foretatt en gastroenterologisk vurdering av årsaker til plagene hennes. Etter ti minutters telefonarbeid får han tak i en annen gastroenterolog som klarer å finne journalen og sier at Sohaila kun hadde fått tatt en pusteprøve, ingen konsultasjon eller vurdering. Hvorfor er det sånn undrer Evidens. Jeg sendte jo en henvisning for å få en vurdering? Vel, jeg får finne ut av dette selv. Jeg får prøve via Helsebiblioteket i kveld.

Bente Slomsen har fått en ide og avslutter konsultasjonen vennlig men bestemt: Jeg vil ikke gi sånne hormoner til en ung jente som deg. Men med hensyn til din kvalme og oppkast så synes jeg vi skal prøve i fire uker med Omeprazol, det er en av de medisinene du tok i den siste trippelkuren. Jeg tror det er den som gjorde at du var bedre i den uken. Kanskje vi nå kan bryte en ond sirkel, også kommer du tilbake om fire uker! Sohaila går takknemlig ut. O skjønn ungdom tenker Bente sentimentalt.

Så kommer **Gina 57 år** som fikk diagnosen diabetes for et halvt år siden, av **dr Balint**. Hun hadde da fastende blodsukker på 11.5 og HbA1c på 8.2. Hun var lett overvektig med BMI på 27 og hadde kolesterol på 6.7 og LDL på 4.7 og HDL på 1.0. Fastende triglycerider var 2.17 og blodtrykket var 150/85.

Evidens gnir seg i hendene. Dette er en pasient etter hans hjerte! Han ergrer seg over at Balint som vanlig har slurvet med prøvetaking, og hverken tatt fastende C-peptid eller anti-GAD slik at han strengt tatt ikke vet om dette er diabetes type I (i så fall en LADA) eller II. På den annen side, med debutalder 57 år og to tanter med diabetes II er sannsynligheten overveiende for at hun har en klassisk diabetes II med insulinresistens. Og viktigere: **Balint** har gitt pasienten en god og motiverende kostholdsveiledning, og startet med Amaryl, nå økt til 4 mg daglig, og Centyl for blodtrykket.

Dagens målinger er: HbA1c 6.6 og fastende blodsukker 8.8. Kolesterol er nede i 5.6 og LDL er 3.6. Triglyceridene er 1.9. HDL er fortsatt 1.0. De positive forandringene med lipidene er resultat av kostomleggingen. Men blodtrykket er 150/95 tross Centyl. **Gina** sier hun blir uvel av Amaryl etter den siste doseøkningen.

Hva skal **Evidens** gjøre nå? Hvilke supplerende undersøkelser trengs? **Balint** deltar i overveielser. Skal de nå ta de manglende prøvene: Fastende C-peptid. Anti GAD. Mikroalbumin i urinen. Vekt på nytt. Midjemål? Balint

mener dette vil gjøre dagens konsultasjon altfor kompleks, og dessuten kan veiing og måling av mageomkrets virke litt påtrengende nå. Hun har jo vært flink med kosten!

Evidens resignerer, og går over til å tenke på den medikamentelle behandling: Blodtrykket må ned! Og hun skal vel settes på simvastatin også? **Gina** er mer opptatt av at det fastende blodsukkeret om morgenen fortsatt er for høyt, og er ikke helt fornøyd med Amaryl.

Evidens ser i Legemiddelhåndboken at det står «behandlingsmålet for mange er fastende blodsukker mellom 4.5 og 7 mmol/l». Han er likevel usikker på om det er forskningsmessig grunnlag for å si at diabetikere med tilfredsstillende HbA1c får flere komplikasjoner dersom fastende blodsukker er litt forhøyet enn hvis også dette er normalt. Han blir handlingslammet.

Lydia griper inn: I blodtrykksbehandlingen må vi følge retningslinjene fra Legemiddelverket! Normalt plikter vi å prøve ut tiazider og betablokkere først. Muligens er det lempet på det med betablokkere, i hvert fall for diabetikere. Men må vi ikke i hvert fall først øke Centyl fra 2.5 mg til 5 mg og se på effekten av det etter tre uker? På internettsiden Legemiddelverket.no finner Lydia det hun antar er siste nytt i saken, nemlig at tiazid er foretrukket legemiddel som første valg og at ACE-hemmer kan legges til hvis tiazid ikke er nok. Det er ikke nærmere detaljer om doseutprøvingen, så Lydia tar sjansen på at Renitec comp vil være i tråd med retningslinjene.

Bente avslutter: Da får du ny blodtrykksmedisin nå, og vi gjør ikke andre endringer i dag enn å redusere dosen Amaryl litt, og antar at du fra neste gang heller får Glucofag i tillegg for å få fastende blodsukker enda litt bedre. Så sees vi om 14 dager!

20 minutter forsinket tar vi inn neste pasient, **Eva på 46**, hun gråter: Nå må du hjelpe meg. Jeg er daglig leder av det populære spisestedet «Fredrys Hjørne» og nå orker jeg ikke mer. Jeg er utslitt av personalansvar, av å motta sykmeldinger, finne vikarer, ringe og godsnakke med langtidssykmeldte og jobbe ekstra. Og eieren Freddy Lurifaks selv er for det meste i Sverige. Men i går kom han innom og jeg ba ham om at jeg måtte få en assisterende leder som kan avlaste meg! Vet du hva han svarte? Du må strukturere deg, Eva, med de oppgavene du har så burde du egentlig ha tid nok!! Etter alt jeg har gjort for ham og arbeidsplassen! Strukturere deg, Eva!! Dette er mobbing, mannen er psykopat! Jeg setter ikke min ben der mer!!»

Lydia har sluttet å lytte. Hun har forlenget forstått at Eva vil be om sykmelding for noe som ikke er en sykdom men en konflikt på arbeidsplassen, og hun gruer seg for den konfrontasjonen som må komme når hun forklarer Eva at hun

ikke kan gi henne sykmelding på dette grunnlaget. Men hun vil ikke la seg presse til å sykmelde selv om hun synes synd på Eva. Mens Lydia kjenner på dette ubehaget lar vi **Balint** få ordet: Jeg vil gjerne hjelpe deg. Kan du si litt mer om hva oppgavene dine går ut på?

EVA SER TAKKNEMLIG PÅ HAM: Jeg har hatt denne jobben i fire år. Jeg er den som alle kommer til hvis det er problemer. Hvis noen har kjærlighetssorg, hvis det er konflikter blant personalet, hvis en ansatt trenger fri for å ordne noe, hvis det er en maskin som går i stykker på kjøkkenet. Så har jeg ansvaret for lønn, sykepenger, kontakt med regnskapsbyrået, og mattilsynet, jeg tror ikke Freddy forstår hvor mye jeg har å gjøre.

BALINT: Nei det høres ikke slik ut, og nå hadde du håpet at han ville være enig i ditt forslag om en assisterende leder...

EVA: Han lot meg overhodet ikke snakke ut, og virket veldig stresset...

Balint innser at dette blir nok en lang samtale, men er bestemt på å være helt til stede for Eva, så får det ta den tiden det tar...

Derimot **Evidens** er blitt utålmodig:

Hvordan var det egentlig du tenkte at jeg kunne hjelpe deg?

EVA: Jeg får ikke sove, du må gi meg innsovningsmedisin. Og så trenger jeg noe muskelavslappende, jeg fikk noe en gang av din kollega, var det Somadril det het?

EVIDENS: Det finnes ikke noen ideell sovemedisin, men hvis du tenker på noe du bare trenger en kort tid så vil jeg foreslå Imovane. Når det gjelder Somadril derimot så har det ingen dokumentert muskelavslappende effekt og jeg kan ikke forsvare å skrive det ut.

EVA: Hva skal jeg gjøre da?

EVIDENS: Det er dokumentert at Yoga hjelper mot anspente muskler, kunne du ikke skaffe deg en DVD med avslappings-yoga?

EVA: Alt går rundt for meg nå, du må i hvert fall sykmelde meg i 14 dager så jeg får tatt meg litt inn.

EVIDENS: Du vet sikkert at vi leger er under overvåking fra trygdekontoret hvis vi sykmelder folk for noe som egentlig burde vært løst på arbeidsplassen. Vi løser ikke noe ved å kamuflere slike konflikter. Og hva slags diagnose skulle det stå på sykmeldingen?

EVA: Det blir ditt problem, jeg går ikke tilbake til den jobben. Jeg blir kvalm bare jeg tenker på den. Evidens synker ettertenksomt sammen og er svært glad for at Bente overtar.

Bente

Jeg forstår at du er i psykisk ubalanse etter den skuffende samtalen med arbeidsgiveren din og at dette medfører søvnløshet og anspenhet. Du får en ukes sykmelding med diagnosen P02 Situasjonsbetinget ubalanse. Mer enn en uke kan jeg ikke gi deg.

EVA (ØYNER ET HÅP): Men da kan jeg vel få en ny avtale med deg om en uke?

BENTE: OK, men nå må vi ta inn lille **Ludvig**.

Ludvig er grei, han er halvannet år og har vært varm og hostet men er bedre nå, og mor og far lar seg berolige når Bente har lyttet på ham, lyst inn i ørene og fått 1/10 sekunds motvillig glimt av svelget. Dette er en av de tredve virusinfeksjonene han skal gjennom før han fyller tre år, sier Bente oppmuntrende, og dette går bra, vi trenger ikke plage ham med noen CRP-blodprøve.

MOR: Med det samme vi er her så har Ludvig fra han var ett år sluttet å drikke melk, vi har prøvd alt, youghurt, og oster også. På helsestasjonen sa de vi kunne prøve parmesanost, men han vil ikke ha det heller. Så sa de at vi måtte gå til fastlegen og få tatt en blodprøve på calcium og vitamin D for å finne ut om han manglet noe. Kan vi få gjort det nå?

Bente blir overrumplet og tilkaller Evidens.

Evidens: Hvis vi tar blodprøver så får vi svar. Jeg tar aldri prøver hvis jeg ikke har en klar plan for hva jeg skal gjøre ved de ulike svaralternativene. Vitamin D finnes i tran. Tar han det? Mor ryster på hodet mens Ludvig går bort til et skap og trekker fornøyd i noen skuffer.

Nei, og vi får ikke i ham noen andre vitaminer heller. Kan han ikke få rakitt eller benskjørhet eller hva det heter?

Evidens har laget seg noen spørsmål i hodet:

Hvor lang tid tar det hos en ellers frisk gutt på halvannet år før et kosthold uten melkeprodukter får konsekvenser for benbygningen? Det er neppe noen randomiserte kontrollerte forsøk om dette. På hva slags grunnlag kan jeg mene noe da? Videre: Vil en blodprøve på calcium si noe om situasjonen i skjelettet hans? Kan det eller bør det foretas en bentetthetsmåling på et så lite barn? Hvis vitamin D i blodet er lavt kan man vel si at han bør ta vitamin D, men det vet vi vel uten noen blodprøve?

I det han skal til å forklare hvorfor det ikke skal tas noen slik blodprøve av Ludvig overtar **Balint:** For en frisk og aktiv gutt dere har! Ooops Ludvig, du skal vel ikke klatre opp i skuffen? Til foreldrene: Det er åpenbart at kostholdet hans ikke har gått ut over allmenntilstanden hans til nå. Det er dumt at han for tiden er sær når det gjelder melkeprodukter. Jeg tror ikke vi blir så mye klokere av å ta en blodprøve nå.

FAR AVBRYTER: Kan vi ikke gjøre det likevel siden helsestasjonen foreslo det?

BALINT (FORSTÅR AT HAN LIKE GODT KAN GI SEG): I så fall får vi ta det på barneavdelingens laboratorium, og han kan lime på en bedøvende lapp på huden en time i forveien så det

ikke gjør vondt. Hvis D-vitaminet ligger normalt så er det jo bra. Hvis det er lavt må vi snakke mer om hvordan vi kan få i ham D-vitaminer og kalk på en eller annen måte.

MOR: Hvis han ikke tåler melk må han få noe som erstatter det, jeg har hørt at barn kan få det på blå resept.

Lydia: Det gjelder ved immunologisk betinget melkeallergi som er meget sjelden, jeg tror ikke reglene åpner for det i Ludvigs tilfelle.

FAR: Det kan da ikke være så stivbeinte regler? Hvis gutten ikke tåler melk må vi da ha krav på støtte? Det må da være rom for å bruke skjønn?

Bente griper inn: La oss ta en ting av gangen. Det er åpenbart viktig for dere at den blodprøven som helsestasjonen har foreslått blir tatt. Så da gjør vi det. Da kan vi samtidig sjekke om han har melkeallergi. Så kommer dere tilbake om to uker så snakker vi om resultatet og hva som kan gjøres. Det kan hende vi må sende en forespørsel til en kostholdsekspert som er tilknyttet barneavdelingen. Derfor vil jeg at dere skal lage en detaljert skriftlig oversikt over kostholdet hans siden ammingen sluttet for et halvt år siden. Skriv opp hvilke melkeprodukter dere har forsøkt å gi ham, hvor lenge dere forsøkte, og hvordan det har gått.

Etterpå har legene et møte på lunsjrommet. **Bente Slomsen** ber om råd. Hun har fått brev fra NAV der hun blir bedt om å forklare hvorfor hun har skrevet ut Aerius i stedenfor førstegenerasjons antihistamin til en pasient.

LYDIA: Hvordan kunne du? Innrøm feilen og lov at du aldri skal gjøre det mer! Det er viktig at vi husholderer med fellesskapets penger. Det er bra at Legemiddelverket har tatt tak i dette.

EVIDENS: Kunnskapscenteret har sett på effektene og ikke funnet forskjell. Så da så.

BENTE: Men nå har jeg sett i Felleskatalogen at Aerius er billigere enn Cetirizin!

DE TRE ANDRE I KOR: Hva?!

BENTE: Så nå lurer jeg på hvorfor de opprettholder denne regelen...

LYDIA: Det må være en grunn, det er flinke folk i Legemiddelverket.

BALINT OG EVIDENS: Hallo! Vi må da også få tenke selv. Hvor lenge skal vi etterleve en ordning som er dyrere for fellesskapet? Og hvor lenge skal kontrollører i NAV bruke tid på å følge opp dette tapsprosjektet?

Men Lydia gir seg ikke. Hun sender epost til Legemiddelverket og får vite at det er noe som heter trinnpris. Cetirizin er på trinnpris, og 100 tabl koster kr 91 mens 100 Aerius koster kr 378. Prisene i Felleskatalogen er misvisende i denne sammenheng, det samme gjelder prisene i Legemiddelverkets egen prisdatabase. Dermed er tilliten til regelverket gjenopprettet, men alle fire synes at Legemiddelverket burde forklare dette med trinnpris samtidig med at de

kommer med sine påbud, og vise med priseksempler hva fellesskapet sparer.

Jeg vender tilbake til utgangspunktet om allmennmedisinske kompromisser. Mine oppdiktede leger begynte å leve sitt eget liv når de møtte pasienter. Ingen av de tre kompromissløse greide fullt ut å stå i rollen. De ble heller ikke, som Ibsens Brand, til fare for seg selv og andre. Kanskje fordi de avløste hverandre og samarbeidet så bra? Og ble berget av den pragmatiske og kompromissvillige Bente Slomsen. Trolig er alle disse fire legene stemmer i min indre samtale.

Ettertanke

Kompromisser er avveininger mellom ulike hensyn. For eksempel hensynet til faglig rasjonalitet, norsk lov og fornuftig ressursbruk.

Ofte vil våre kompromisser være mellom noe av dette og pasientens ønsker eller forventninger. Av og til kan det virke som spesialister og myndigheter som ikke møter pasienten i førstelinjen forventer at vi allmennleger kompromissløst skal etterleve nettopp deres retningslinjer. Altså uten å veie dem mot andre hensyn. Men det må være legitimt også å ta hensyn til pasientens ønsker og forventninger. Samtidig merker vi hvordan pasientenes egne bestillinger slår imot oss med voldsom kraft i helsevesenet nå. Og jeg tenker av og til på en dårlig dag: «Jeg er ekspeditør i helsevesenets supermarked. Pasienten ønsker MR. Fysioterapeuten har foreslått MR. MR skal bli!... Who am I to blow against the wind?»

En slik resignasjon kan føre til at jeg ikke lenger inngår kompromisser, men ensidig etterkommer pasientens ønske. Da kan klare retningslinjer være nyttig som motvekt.

I de nye nasjonale kliniske retningslinjer Korsryggssmerter står det: Billediagnostikk anbefales ikke ved akutte, subakutte eller langvarige korsryggssmerter, eller initialt ved nerverotsaffeksjon uten røde flagg. Og det følger med en fin pasientbrosjyre som forklarer dette nærmere. Takk!

Konklusjon

Allmennmedisinske kompromisser er nødvendige avveininger mellom ulike hensyn. Kompromissløs etterlevelse av ett sett regler eller retningslinjer vil ikke gi et optimalt helsetilstand. Jo mer velbegrunnede og klare og forståelige retningslinjer er, jo lettere vil det være å ta hensyn til dem ved avveininger vi foretar sammen med pasienten.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sverre.lundevall@legeforeningen.no

