

# Jagten på en diagnose

Lotte Hvas

*Forfatteren beskriver nogle af de problemer som vi slås med i almen praksis, når vi i mødet med patienter med medicinsk uforklarlige symptomer møder kravet om en diagnose fra såvel patienter som fra samfundet i øvrigt. Denne artikel tager udgangspunkt i et oplæg, der blev afholdt ved temadagen om »Lidelsens mange sprog«.*



**BIOGRAFI:**  
Praktiserende læge i 20 år, og tilknyttet Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

**FORFATTERS ADRESSE:**  
Industrivej 3, 4720 Præstø.  
E-mail: lotte.hvas@dadlnet.dk

»Diagnostik er en etisk disciplin, som må sammenlignes med dåb«

*John Nessa, norsk almenmediciner*

Den første patient med uforklarlige muskelsmerter, som jeg oplevede som nysnedsat praktiserende læge for efterhånden mange år siden, gjorde et uudsletteligt indtryk. Hun sad foran mig i stolen med store forventninger til den nye læge. Hun så egentlig strålende ud, og det eneste iøjnefaldende var hendes halskrave. Den var ikke hvid eller grånusset, som de plejer at være, men var beklædt med et farvestrålende og storblomstret stykke stof. Halskraven var simpelthen umulig at få ud af synsfeltet. Hun forklarede samtidig, at det værste ved hendes smerter var, at ingen kunne se, hvor dårligt hun havde det. Tydeligvis fungerede hendes halskrave som ikon på hendes lidelse og en mulighed for at synliggøre de usynlige smerter.

Som alle andre, der starter egen praksis, gjorde jeg mig dengang overvejelser om, hvordan »mine« patienter skulle behandles. Der skulle ikke gives penicillin over telefonen, eksistentielle symptomer skulle ikke behandles med angstdæmpende midler, og børn med øjenbetændelse skulle ikke have antibiotisk salve, når det kun handlede om en virusinfektion. På samme vis havde jeg en (naiv?) ide om, at jeg ville undgå at kategorisere patienternes smerter og lidelser med uhensigtsmæssige diagnoser som fibromyalgi, whiplash, kronisk træthedssyndrom, og hvad

der ellers findes af betegnelser for tilstande, hvor lægevidenskaben må melde pas. Før min tid i praksis havde jeg været ansat som lægekonsulent og havde set alt for mange eksempler på ulykkelige forløb, hvor menneskelig lidelse blev rubriceret som biologisk sygdom for at kunne give et eksistensgrundlag.

Men dagligdagen i praksis viste sig selvfølgelig at byde på store udfordringer i forhold til idealerne, og efterhånden som årene er gået, er der også i min patientskare en del patienter, der har fundet deres identitet i kraft af de »nye« diagnoser. Selv om jeg selv forsøger at være kritisk med brugen, har jeg som andre ikke undgået forskellige mærkater blandt andet på grund af det krav, der er fra såvel patientens som fra samfundets side, om en forklaring, en årsag, en diagnose.

Frustrationerne kender jeg også og ved fra kurser og supervision, at også andre

kæmper med afmagt eller ligefrem vrede, når vi ud fra vores tillærte medicinske viden ikke kan forstå patienternes mange klager. Det ender ofte i følelsesladede diskussioner om, hvorvidt patienterne fejler noget overhovedet, om de bare har »ondt i livet«, eller om vi ikke alligevel med forfinede nye metoder en skønne dag vil være i stand til at afsløre objektive fejl i muskel- eller nervefibre. Patienterne bliver på samme vis frustrerede og finder styrke i patientforeninger, når deres smerter bliver beskrevet som noget, de nærmest selv har fundet på, og når de møder kommentarer om, at »det hele sidder over kraveknappen«.

Opdelingen mellem psyke og soma, som har hængt ved siden *Descartes'* tid, er blevet en hæmsko for at se og forstå, at tingene hænger sammen og ikke kan adskilles. Men i almen praksis *skal* vi rumme det hele. Vi har et unikt system,



Illustration:  
Lotte Klixbüll, TRYG.



*Med en diagnose kan patienten føle, at lidelsen bliver anerkendt, og en diagnose giver håb om, at der også findes lindring. En diagnose kan også give pause fra hverdagens mange krav, og til og med ansvarsfraskrivelse, fordi symptomerne skyldes en sygdom, som man ikke er herre over. Foto: Thyra Hilden.*

hvor alle mennesker gratis og uvisiteret kan opsøge os om ethvert problem af helbredsmæssig karakter.

Som oftest går det godt. Vi er i stand til at være til stede i mødet med den enkelte, og vi kan afslutte de fleste henvendelser med en behandling, et godt råd eller et trøstende ord. Vi benytter os af de lægefaglige grundelementer, hvor vi undersøger, stiller en diagnose og behandler.

Diagnosen, ja, den kommer ind som omdrejningspunktet. Undersøgelserne i kraft af patientens sygehistorie, lægens undersøgelse og evt. supplerende undersøgelser i form af fx laboratorietest eller røntgen, sigter på at kunne stille en diagnose.

Diagnosen leder videre til, hvilken handling der kan tilbydes: medicin eller kirurgi? Henvielse videre i systemet, samtalerterapi eller blot »vente og se«? Vi har flere strenge at spille på. Og diagno-

sen er god at have. Den er sjældent en sandhed og skal ikke tages for mere, end den er, nemlig vores egen opfundne måde til at kategorisere symptomer og skelne forskellige tilstande fra hinanden.

Brugt rigtigt er diagnosen et uvurderligt redskab til god lægelig behandling, til forskning, til kommunikation på tværs af landegrænser og sprog og til overvågning af sundhedstilstanden globalt som lokalt. (Alle ved vel, hvad influenza A (H1N1) er, og hvordan vi skal handle, når nogen er mistænkt for at være syg).

### **Rask eller syg?**

Problemet med diagnosen opstår imidlertid i to situationer: Når diagnosen bruges til alt mulig andet, end den er beregnet til (det kommer jeg tilbage til), og når der er uenighed omkring diagnosen mellem den, der får diagnosen (patienten), og den, der giver diagnosen (lægen). Retten

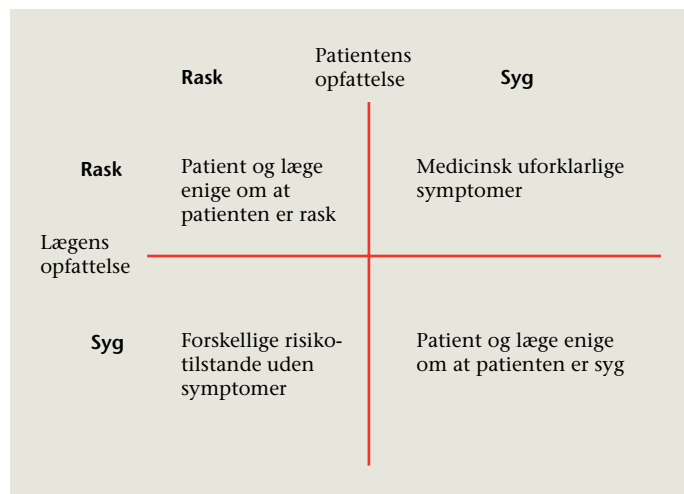


Fig. 1. Læger og patienter kan have forskellig opfattelse af, hvornår patienten er syg. Kun i to af de fire kvadranter er patient og læge enige, i de andre to kvadranter er der grobund for uoverensstemmelser og kontroverser.

til at definere bliver afgørende – det der i magtanalyser kaldes »definitions magten«, dvs. retten til at skelne mellem sundhed og sygdom, normalitet og afvigelse (1).

Den helt overordnede diagnosticering, nemlig syg eller rask, har været genstand for mange sociologiske overvejelser omkring den manglende fælles forståelse af sygdomsbegrebet mellem læg og lærd (2, 3). Uden at gå ind på hele diskussionen om forskelle mellem *illness* og *disease* kan det være gavnligt at se på Fig. 1.

Fig. 1 beskriver, at læger og patienter kan have forskellig opfattelse af, hvornår patienten er syg.

Når lægers og patienters forståelse falder sammen, er det uproblematisk, hvad enten det drejer sig om en enighed om, at personen er rask (øverste venstre kvadrant), eller at personen er syg (nederste højre kvadrant). Men i de øvrige to kvadranter finder vi til gengæld grobund for uoverensstemmelser og baggrunden for mange af de kontroverser, der er omkring sundhedsvæsenets udvikling og funktion i dag.

#### NÅR PATIENTERNE IKKE ER SÅ RASKE SOM DE TROEDE

Dels oplever vi i tiltagende grad, at mennesker, der selv opfatter sig som raske, gennem kontakten med sundhedsvæsenet (og os) får at vide, at de slet ikke er så raske, som de går og tror, men er i risiko for at udvikle sygdom eller har tidlige stadier af en sygdom, som endnu ikke har manifesteret sig som symptomer (nederste venstre kvadrant). Det er mennesker, der gennem undersøgelser ikke længere defineres som raske, men får en diagnose: De lider nu af hypertension, osteoporose eller sågar kræft, uden at de selv havde en forestilling om det forinden.

#### NOGLE PATIENTER HAR MEDICINSK UFORKLARLIGE SMERTER OG SYMPTOMER

Dels er der den sidste kvadrant (øverste til højre), hvor de mennesker befinder sig, som denne artikel handler om: Patienter, der har medicinsk uforklarlige smerter og symptomer, men hvor lægerne ikke kan finde nogen »objektiv« forklaring. I stedet for veldefinerede kategorier bruges beteg-

nelser som funktionelle lidelser, somatiseringstilstande, medicinsk uforklarlige symptomer osv.

### Hvad gør vi?

#### Og hvad burde vi gøre?

Vi bruger de kendte virkemidler: vi undersøger, så godt vi kan, forsøger at diagnosticere og forsøger at behandle. Vi sender ofte patienterne på uhensigtsmæssige odysseer i sundhedsvæsenet såvel som i det alternative behandlesystem. Alle ønsker at gøre godt og forsøger samtidig at dække over magtesløsheden, som kan være ubærlig, når man som læge først og fremmest ønsker at hjælpe, men må indse, at vi trods medicinens store lande-

vindinger er endt op med en stigende gruppe mennesker, som ikke passer ind i vores måde at forstå sygdom på.

Eller som en af mine andre patienter sagde, da hun ville konfrontere mig med den medicinske ufuldkommenhed:

»Hvordan kan det være, at I kan afsløre hele DNA og genomet – men I kan ikke finde ud af, hvad jeg fejler?«

Det kan være svært at gøre det, som vi efterhånden har lært er rigtigt: At turde sige nej til flere undersøgelser og behandlingsforsøg, samtidig med at vi anerkender patientens symptomer, at hjælpe patienten med at acceptere, at situationen er, som den er, og endelig at forsøge at give en form for forklaring, som giver

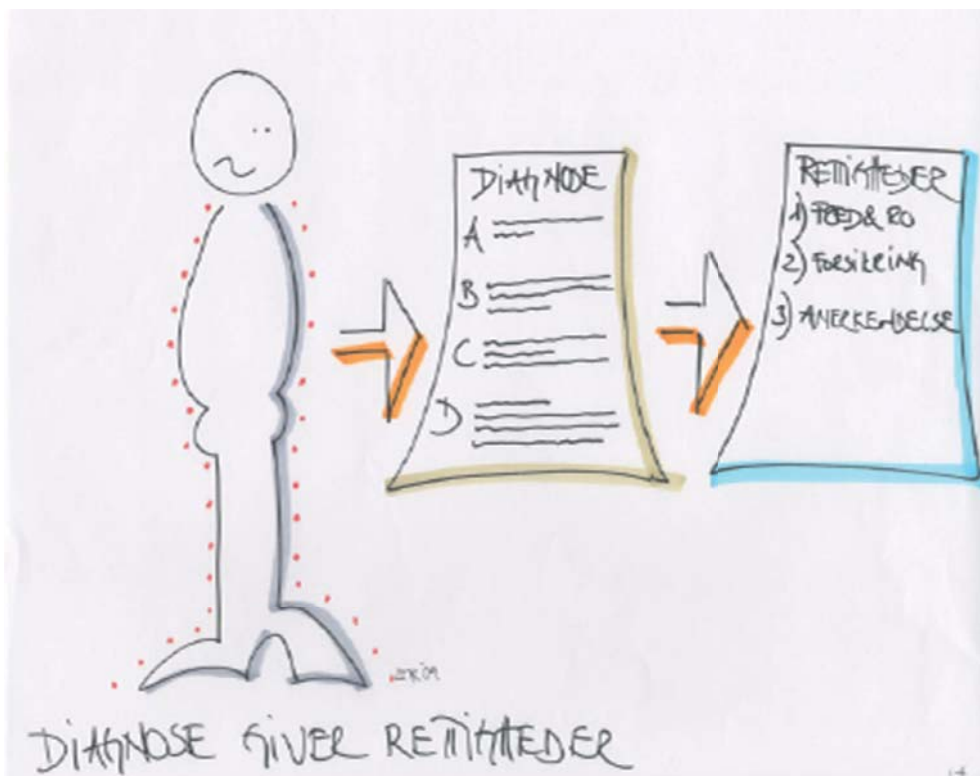


Illustration: Lotte Klíxbüll, TRYG.



Illustration: Lotte Klixbüll, TRYG.

mening for patienten, og som inddrager såvel biologiske som psykologiske og sociokulturelle faktorer.

### Diagnoser bruges og misbruges

Som tidligere nævnt, kan diagnoser være en ganske udmærket ting, men kan også bruges – eller rettere sagt misbruges – til andet, end de oprindeligt var tænkt. En diagnose er ikke kun en betegnelse på en sygdom eller en tilstand; en diagnose er også det samme som en rettighed.

I kraft af medicinens og lægernes magt og indflydelse i samfundet – og lægernes

ret til at definere hvad der er sygdom – har *Conrad & Schneider* allerede i 1980 defineret det, de kalder »institutionel medikalisering« (4). Hermed mener de en form for medikalisering, hvor adgangen til sociale, pædagogiske, retslige eller administrative ydelser gøres afhængig af medicinsk diagnostik og henvisning.

Som eksempler nævnes store dele af det sociale ydelsessystem, socialpædagogiske hjælpeforanstaltninger og adgang til at drive bestemte erhverv eller funktioner, til tekniske hjælpemidler, til adaption, til forsikringsydelser, til særlige af-

straffelsesformer. Og vi kender det så udmærket, at vi som praktiserende læger skal afæskes en diagnose, så vores patient lettere kommer igennem det sociale system, får udbetalt en forsikringsydelse eller får andre rettigheder.

Godt nok er sygedagpengeloven lavet om, så der skal lægges mindre vægt på lægens ord, men vi bliver stadig fanget på det forkerte ben: Hvordan skal vi for eksempel svare på LÆ 255, punkt 7: »Er der tale om sygdom i medicinsk/klinisk forstand?« Ja/nej? Jeg tænker altid: Kan det være sygdom, hvis det ikke er i medicinsk/klinisk forstand? Berettiger en sådan i så fald til sygedagpenge?

Eller forsikringselskabet der spørger til nedsat erhvervsevne: »Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre dele af sit hidtidige arbejde?« Uden medicinsk diagnose: ingen penge.

Med en diagnose kan patienten føle, at lidelsen bliver anerkendt, og en diagnose giver håb om, at der også findes lindring. En diagnose kan også give pause fra hverdagens mange krav og til og med ansvarsfraskrivelse, fordi symptomerne skyldes en sygdom, som man ikke er herre over.

I oplægget til temadagen hed det også: »Sygdom skal behandles – lidelse skal anerkendes og forstås«. At sygdom og lidelse kan adskilles så skarpt, er næppe muligt, og læger skal vel både forsøge at behandle sygdom og lidelse – om end ikke med de samme virkemidler.

Og forståelse skorter det formentlig på: At forstå disse lidelser, som vi ikke har forklaring på, er måske også for meget forlangt. Men anerkendelsen af den enkelte patient og dennes symptomer må vi altid forsøge at holde fast i. Gennem an-

#### Krav om diagnose

- Ønske om effektiv behandling
- Diagnose giver rettigheder:
  - Ret til pause
  - Ret til dagpenge
  - Ret til forsikring
  - Ret til ...
  - Anerkendelse?

Boks 1.

erkendelse af sine symptomer kunne patienten måske slippe den identitet som syg, som opstår i kraft af diagnosen, og slippe for at bære en farvet halskrave for at gøre lidelsen synlig og mere acceptabel for omverdenen.

Måske er den bedste vej at gøre som *Jens Hilden*, der fortæller om sit virke som praktiserende læge (i 28 år) blandt patienterne på Nørrebro, København: »Jeg forholdt mig kritisk til diagnosen, ikke til patienterne, som jeg vidste, havde det, som de beskrev det« (5).

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

#### LITTERATUR

1. Fugelli P, Stang G, Wilmar B. Makt og medicin. Oslo: Unipub skriftserier, 2003.
2. Holstein B, Iversen L, Søndergaard T. Medicinsk sociologi. København: FADLs Forlag, 1988.
3. Elsass P. Sundhedspsykologi – et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab. København: Gyldendal, 1995.
4. Conrad P, Schneider JW. Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. Soc Sci Med 1980;14A:75–9.
5. Hilden J. En 68'er – læge på Nørrebro. I: Nørrebro historier. København: Nørrebro Lokalthistoriske Forening & Arkiv, 2008.