

Ultralyd i allmennpraksis

I Tidsskriftet nr. 26/2001 omtales bruken av ultralyd i allmennpraksis i en kronikk av Frode Lærum & Berit Mørland (1) og i en redaksjonell kommentar av Svein Zander Bratland (2). Det ble stilt spørsmål om nytteverdien, ressursbruken og den faglige forsvaret vedrørende bruk av ultralyd i allmennpraksis.

Legekontoret mitt er 14 mil fra nærmeste sykehus eller røntgeninstitutt. I 2000 kjøpte jeg et åtte år gammelt ultralydapparat for 50 000 kroner og deltok i et tre dagers ultralydkurs for allmennpraksis («Hardangerkurs»). Jeg har hospitert på en sykehusavdeling for å lære mer ultralyd og har lest en lærebok om grunnleggende abdominal ultralyd. Etter hvert har jeg begynt å føle meg mer trygg på min diagnostiske kompetanse i abdominal ultralyd. Øvelse gjør mester.

Min erfaring er at ultralyd i allmennpraksis ofte er nyttig og kan være ressursbesparende fordi pasienter slipper å reise 14 mil til en røntgenavdeling. Det gjelder f.eks. spørsmål om gallestein, aortaaneurisme, leie i svangerskapet, avklaring av blødninger tidlig i svangerskapet, om spiralen er på plass i uterus. Dette er problemstillinger som rimelig enkelt kan diagnostiseres med ultralyd. Andre funn jeg har gjort er nyrecancer (tilfeldig funn), pancreascancer, hydronefrose, lårvenetastose, Bakers cyste, cystenyrrer, levermetastaser og utallige gallesteiner. Det man ser, ser man. Er man usikker, så henvises pasienten til spesialist/radiolog.

Allmennpraktikere driver behandling og diagnostikk av mange forskjellige tilstander: Man behandler og diagnostiserer psykiatriske problemstillinger uten å være psykiater, man tolker EKG og diagnostiserer og behandler hjertesykdommer, noen driver også med prehospital trombolytisk behandling uten å være kardiolog osv.

På legevakt er ultralyd et nyttig hjelpemiddel ved magesmerter (gallestein/aortaaneurisme), blødninger og smerter tidlig i svangerskapet (intrauterint svangerskap/abort). Man gjør som ellers i medisinen og begynner med anamnese, klinisk undersøkelse og ev. blodprøver. Ultralyd kan være til hjelp i den videre kliniske beslutningen. Man kan få svar der og da, og pasienten slipper ev. å reise til sykehus for ultralydundersøkelse.

Jeg opplever at hverdagen blir mer interessant og at det utvider grunnlaget for videre beslutninger – til beste for pasienten. Ultralyd er bedre enn bare fingrer, øyne og stetoskopet, man får jo sett inn i magen på folk!

Jeg er klar over mine begrensninger her som ellers i medisinen og at jeg ikke er radiolog. Jeg henviser fortsatt pasienter til ultralydundersøkelse på sykehus og røntgeninstitutter der jeg ikke føler meg kompetent til å gi et sikkert svar.

Jeg ville ikke klart meg uten den støtten et ultralydapparat gir i min allmennpraktiske hverdag.

Gol

Nils Rune Nilsen

Litteratur

1. Lærum F, Mørland B. Ultralyddiagnostikk i primærhelsetjenesten – ny teknologi kan gi økt utbredelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3103–4.
2. Bratland SZ. Trenger allmennleger nye diagnostiske metoder? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3039.

Fysioterapi etter hjerneslag

I en artikkel av Birgitta Langhammer & Johan Kvalvik Stanghelle i Tidsskriftet nr. 24/2001 presenteres en studie der det konkluderes med at såkalt Motor Relearning Programme (MRP) er bedre egnet enn behandling etter Bobath-konseptet i tidlig fase etter hjerneslag (1). Artikkelen bygger på Langhammers hovedfagsoppgave fra 1998 (2). Studien har så alvorlige svakheter at den ikke kan stå ukommentert.

Studien er basert på en grunnleggende feilaktig beskrivelse av Bobath-konseptet. Både tolkingen av litteratur og operasjonaliseringen avviker sterkt fra konseptets grunnlag, utvikling og praksis i sin moderne form. Sentral nyere litteratur (3, 4) er ikke tatt med i referanselisten. Meg bekjent er det intet Bobath-basert fagmiljø som praktiserer terapi i overensstemmelse med Langhammers manual for «Bobath-metoden», der det bl.a. står: «Utviklingsteoribasert: se barns motoriske utvikling. Pasienten skal først kunne snu seg i sengen og deretter sitte, krabbe, gå» (2). Dette undervises ikke på kurs om Bobath-konseptet og står heller ikke slik beskrevet i litteraturen det henvises til (5). Ifølge Lennon (3) avviste Berta Bobath selv en slik form for praksis allerede i 1984. Bobath tar også avstand fra Langhammers metode for manuell stimulering (5), som består i å stryke og klappe på svak muskulatur etter tessen «riktig muskel det vil si om dorsalfleksorer er svake stimuleres på dem da funksjonen skal utføres» (2).

Langhammer bygger sin studie på en påstand om at Bobath-konseptet er basert på en hierarkisk og refleksbasert forståelse av motorisk kontroll, og at behandlingen styres av

en slik grunnleggende tenkning. Dette stemmer selvfølgelig ikke (3, 4). At man tidligere brukte slike modeller, ikke først og fremst for å forme praksis, men for å forklare det som skjedde (5), er en annen sak. Den bevegelsesvitenskapelige forståelse av motorisk kontroll har utviklet seg enormt, og Bobath-konseptet har fulgt med i denne utviklingen (3).

Langhammer er tidligere gjort oppmerksom på manglende samsvar mellom det hun har undersøkt og det som faktisk kjennetegner Bobath-konseptet. I artikkelen ignoreres alle innvendinger (1). Dette svekker Langhammers troverdighet. Studien har ingen validitet med mindre hun kan dokumentere at det hun kaller Bobath-metoden faktisk praktiseres innen Bobath-konseptet.

Tromsø

Helge Hæstad

fysioterapeut
spesialist i nevrologisk fysioterapi
instruktørkandidat, International Bobath
Instructors Training Association

Litteratur

1. Langhammer B, Stanghelle JK. Fysioterapi etter hjerneslag – en randomisert kontrollert studie. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2805–9.
2. Langhammer B. Bobath eller Motor Relearning Programme? En sammenligning mellom to typer fysioterapibehandling for hjerneslagpasienter. En randomisert kontrollert studie. Hovedfagsoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, 1998.
3. Lennon S. The Bobath concept: a critical review of the theoretical assumptions that guide physiotherapy practice in stroke rehabilitation. Physical Ther Review 1996; 1: 35–45.
4. Gjelsvik B, Gjelsvik O. Bobathkonseptets behandlingsprinsipper for sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I: Mork TE, Lervik M, Eikrem SL, red. Eldre i fokus. Oslo: Kommuneforlaget, 1993.
5. Bobath B. Adult hemiplegia: evaluation and treatment. 3. utg. London: William Heinemann, 1990.

B. Langhammer & J.K. Stanghelle svarer:

Bobath-metoden ble opprinnelig utarbeidet og presentert av ekteparet Berta og Karel Bobath. Gjennom sine bøker og kurs har de sørget for at en hel generasjon Bobath-instruktører har videreført deres ideer (1, 2). Bobath & Bobath introduserte en behandlingsmetode og en teoretisk forklaringsmodell basert på datidens nevrofysiologiske forståelse. De var således grunnleggere og «eiere» av Bobath-metoden (Bobath-konseptet). International Bobath Instructors Training Association (IBITA) har på ingen måte «arvet» konseptet eller fått tillatelse å

gjøre endringer i de grunnleggende prinsippene. De som har hørt Bobath & Bobath presentere sin metode, vet at de var strikte angående teoretisk grunnlag og metode. De ville ikke ha noen «blanding» av ulike behandlingsmetoder og forklaringsmodeller. De har heller ikke forandret noe i sin tekst om sensorisk stimulering fra 1984 til 1990 (1, 2). Ekteparet Bobath gikk bort kort tid etterpå.

Mange Bobath-tilhengere tror de behandler etter en ny systemteoretisk forståelse, mens de i praksis ikke forandrer noe av tilnærmingen eller behandlingsmetoden. Ifølge Fay Horak (3) avslører de spørsmålene som en fysioterapeut stiller ved behandling av en nevrologisk pasient, hvilken forståelse hun/han har om hvordan sentralnervesystemet kontrollerer bevegelse. Innen Bobath-forståelsen praktiseres fremdeles fasilitering/inhibering, «guiding» og forsiktig progresjon av behandling styrt av fysioterapeut. Dette kan ikke kalles systemteoretisk fremdrift.

I vår studie fant vi at pasienter som ble behandlet i henhold til Motor Relearning Programme (MRP), med en funksjonell tilnærming, var færre dager innlagt i sykehus, fikk raskere bedring, ble like bra eller bedre i motorisk funksjon og minst like selvstendige i dagliglivets aktiviteter som pasienter som ble behandlet i henhold til Bobath-metoden (4). Hvis dette er riktig, kan man legge Bobath-metoden til side og konsentrere seg om å utvikle en ny funksjonell tilnærming.

Det er viktig med en kritisk holdning til behandlingsmetoder. Vi trenger mer forskning på dette området. Det vi ikke trenger, er forsvar for og «oppdatering» av en metode som har hatt sin funksjon som banebrytende og grunnleggende. Nå trenger vi å gå videre.

Bærum/Nesodden *Birgitta Langhammer
Johan K. Stanghelle*

Litteratur

1. Bobath B. Adult hemiplegia: evaluation and treatment. London: William Heinemann Medical Books, 1974.
2. Bobath B. Adult hemiplegia: evaluation and treatment. London: William Heinemann Medical Books, 1990.
3. Horak F. Assumptions underlying motor control for neurological rehabilitation. I: Lister MJ, red. Contemporary management of motor control problems. Alexandria, VA: Foundation for Physical Therapy, 1991: 11–27.
4. Langhammer B, Stanghelle JK. Fysioterapi etter hjerneslag – en randomisert, kontrollert studie. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2805–9.

Metadon og thyreoideaforstyrrelser

Mange pasienter som står på metadon, får vektøkning. Dette kan være et resultat av velvære og bedre livskvalitet, men kan også være såpass betydelig at det er uforenlig med fortsatt metadonbruk. Jeg har i min praksis hatt atskillige metadonbrukere. I 1999 hadde jeg som pasient en 45 år gammel

kvinne som da hadde stått på preparatet i 4–5 måneder og lagt på seg 30 kg. Hun ville ha sjekket stoffskiftet. Det ble gjort. Nivået av thyreoideastimulerende hormon (TSH) var lavt, men nivåene av fritt tyroksin (T4) og fritt trijodtyronin (T3) var også lave. Hun hadde i tillegg flere symptomer på hypothyreose (1).

Hun fikk Thyroxin Natrium på blå resept og kom seg, gikk ned 20 kg, og hadde det betydelig bedre. Etter en tid ville hun slutte med metadon og begynne med Subutex. Det var ikke mulig her i Vestfold innen rammen av legemiddellassisteret rehabilitering, så hun fikk Subutex forskrevet av meg.

Hun følte seg etter hvert hypertyreot, gikk ytterligere ned i vekt, fikk løs mage (!). Tyroksin ble da gradvis seponert, og etter en periode med høye TSH-verdier, normaliserte T3-, T4- og TSH-verdiene seg. Verdiene har nå vært stabile i flere måneder. Pasienten har det fortsatt bra på buprenorfin, men er ikke i et behandlingsopplegg godkjent av Sosialdepartementet.

Sammenhengen mellom metadon og thyreoideaforstyrrelser er lite kjent, men er omtalt av flere forfattere (2, 3). Dette er en side ved metadonbehandlingen man bør være oppmerksom på.

Holmestrand

Roger Gundersen

Litteratur

1. Hegge PE. Og så må du ikke stille spørsmål. Oslo: Cappelen, 1999.
2. Novick DM, Poretsky L, Kalin MF. Methadone and thyroid-function tests. Clin Chem 1989; 35: 1807–8.
3. Azizi F, Vagenakis AG, Portnay GI, Braverman LE, Ingbar SH. Thyroxine transport and metabolism in methadone and heroin addicts. Ann Intern Med 1974; 80: 194–9.

Pårørende – belastning eller ressurs?

Kreftpasientene er de som er syke og er de som skal stå i sentrum, men pårørende til en kreftpasient har også en sorg. I perioden Tormod var syk, mistet jeg kjæresten min og fikk en pleiepasient. Å gå fra et år på folkehøyskole, der jeg fikk daglige kjærlighetsserklæringer enten per brev, telefon eller ved besøk og hvor vi bare lengtet etter å være sammen hele tiden, til å møte en mager, dødssyk gutt i en sykeseng som ikke orket å prate med meg, var et så vanvittig sjokk at jeg ikke klarer å beskrive det. Hver dag i et år hadde vi ventet på å kunne flytte sammen og se hverandre hver dag. Man kan kalle det klisjé eller hva man vil, men Tormod var og er min store kjærlighet. Vi var så forelsket det første året at jeg tenkte at dette er for godt til å være sant, nå skjer det vel noe galt snart... og det gjorde det. Den sorgløse, forelskede fasen i forholdet var definitivt over – og den fikk vi aldri tilbake.

Tormod var akutt, livstruende syk, og i tre uker visste vi ikke stort om utsiktene hans.

Jeg «brukte opp» omsorgen min for en lang periode etter de ukene. Jeg bodde på sykehusene sammen med Tormod hele den tiden, og ikke én eneste gang var det noen av de sykehusansatte som pratet med meg om hvordan jeg hadde det. Jeg følte meg usynlig og i veien, på tross av at jeg selv mente at jeg hjalp bra til med det daglige stellet av Tormod. Vi levde i to forskjellige verdener, på hver våre sider av kreften: pasientens og den pårørendes.

Min appell til sykehuspersonalet og særlig sykepleiere som man som regel har mest kontakt med er: Ta dere de ekstra minuttene til å prate med den/de pårørende også. Som regel er dere flinke til å prate med pasienten, men de pårørende trenger ofte en prat alene. Ikke vær så redde for oss, for at vi skal begynne å gråte og bli hysteriske, for får vi ikke «tømt oss», blir vi som en tidsinnstilt bombe, som bare går rundt og tikker. Får vi også litt omsorg, en brus, en vits, hva som helst slik at vi føler at vi er i live, så er vi en kjemperessurs som kan avlaste det overarbeidede sykehuspersonalet for enkle oppgaver som vasking av vår kjære, gi ham mat osv. Tenk på det...

Oslo

Hanne Sørensen

ungdomsgruppen i Den Norske Kreftforening

Om behandling av vorter og andre alvorlige lidelser

En dag i august behandlet jeg to pasienter i allmennpraksis: En gutt på 12 år med ti håndvorter, og en kvinne på 45 år i krise.

Vortene tok det fem minutter å vurdere og fryse (takst 2ad + 109a*10). Krisen tok 40 minutter i en krevende, men givende dialog (2ad + 2cd*2). Begge konsultasjonene gav en inntekt på 110 kroner i egenandel, mens trygderefusjonene var på henholdsvis 750 og 190 kroner. Nitrogenet tok jeg 40 kroner for, papirlommetørklærne ingenting. Altså totalt 900 og 300 kroner, eller 180 og 7,50 kroner per konsultasjonsminutt. Gutten var til konsultasjon hver uke i tre uker, kvinnen etter to, fire og seks uker.

Tårer gir sjelden klingende mynt, men skal nitrogen lyde som gull? Kjære Legeforening, hvorfor har det vorte slik?

Arendal

Harald Reiso

Vi intervjuer Kåre Willoch: Det er sannsynlig at noe usannsynlig vil skje

Tidsskrift for Den norske lægeforening bringer i nr. 27/2001 et intervju med undertegnede, om samfunnets sårbarhet (1). Det gir på enkelte punkter en misvisende fremstilling av hva jeg har sagt. Jeg må be om at noen av feilene blir rettet.