

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