



Utpostens
dobbelttime

Hasse Melbye

INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Intervjuer har fått en dobbelttime hos professor i allmennmedisin Hasse Melbye ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Det er lett å bare kalle ham med fornavn og «alle kjenner Hasse». Ikke så skummelt å komme til time da. Han jobber i vanlig praksis i byen også, men dette er en «professortime».

Mange har blitt smittet av hans iver for spirometri i praksis,

men det var med pneumonier hans forskerliv begynte.

Det er noe like stødig og solid over temavalgene som over mannen selv, men egentlig har Hasse ganske uvanlige kjepphester! Han har viktige kunnskaper som er ukjente for mange av oss. Les selv!

Timen begynner med det intervjuer visste hun ville vite noe om. Hun går rett på sak uten å skjule sin skepsis (og manglende erfaring) med spirometri i praksis: «Vi har nå kjøpt spirometri i Tana, men kan vi bli gode nok på spirometri med vårt lille pasient grunnlag? Er det lurt å investere tid og krefter i det? Blir det kvalitet?»

Ja, jeg tror det. Det er trening som må til for å gjennomføre undersøkelsen på en god måte. Det er hjelpepersonalet som gjerne gjør det, og de må gjøre det såpass ofte at de klarer å gjøre det riktig. Da er det ikke noe problem at man ikke har stort materiale.

Og det tar ikke mye tid!

Hvis man kan gjøre det ved kontroller av astma, KOLS og av og til ved luftveisinfeksjoner også, så får man god trening! Kommer det en nedre luftveisinfeksjon så kan man ta spirometri og følge opp med kontrollspirometri hvis man finner dårlige resultater. Det er et poeng at en del av de med nedre luftveisinfeksjoner er veldig obstruktive. Det er ofte et viktig element i plagene de har. Behandler du ikke obstruksjonen, så behandler du dårlig. Man har tradisjonelt tenkt «skal pasienten ha antibiotika eller ikke», men man må også tenke på om pasienten er obstruktiv eller ikke. Skal de ha medisiner for det? Det kan derfor ofte være at man har noe å hjelpe pasientene med utenom antibiotika. Man bruker da B₂-agonist i lettere tilfelle og prednisonkur i

tyngre tilfelle. Reversibilitetstest kan også være aktuelt i forbindelse med en luftveisinfeksjon. Da kan man i mange tilfelle få mistanke om at dette egentlig er en forverrelse av astma eller KOLS. Det er ganske morsomt, for hjelpepersonalet også. Det er fint å se effekt av behandling!

Hva med barn? Hvilken plass har spirometrien og hvor små kan barn være for å gjøre spirometri?

Ca. sju år er gjerne grensen for spirometri på barn. PEF målinger kan de gjøre helt ned til fem-års alderen, men det krever ofte trening. Så det er bare nyttig dersom barnet stadig vekker bruker PEF måleren sin og får trening i å gjøre det riktig. Når det gjelder diagnostikk, så holder det som regel med klinisk undersøkelse av barn hvis de stadig vekker har tilbakevendende obstruktivitet, – at man hører etter piping i brystet og om de har forlenget ekspirium. De dårligste vil ofte ha en høy respirasjonsfrekvens. Man kan behandle ut i fra det.

Hasse er som en sildrende kilde med rent vann i landskapet av slim, hoste og ufrie luftveier. Hva er opphavet til kilden, hvor kommer interessen for lunger fra?

Det er en del av medisinen som er ganske sentral. Forskningskarrieren begynte med at jeg ble spurt om å holde en forelesning for studentene om luftveisinfeksjoner. I den forbindelse kom jeg over en artikkel i tidsskriftet «Practitioner», i 1983–84, om en britisk allmennpraktiker som hadde skrevet om sine erfaringer med pasienter med lunge-

betennelse. Han hadde et ganske stort materiale gjennom mange år. Det viste seg å være så forskjellig fra det jeg hadde lært i studietiden, så jeg syntes det var veldig interessant. Det var noen åpninger og ledige lønnsmidler på ISM og jeg begynte i 1/2 stilling der. Slik fikk jeg se nærmere på de diagnostiske kriterier vi bruker, og hvor gode de er. Det var en spennende sak uten at jeg hadde noen idé om at det skulle bli mer ut av det en et lite prosjekt. Det jeg fant var blant annet at legene feiltolket auskultasjonsfunn i stor grad.

Kan man få en forståelse for hvordan lungelydene genereres, så kan det gi et helt annet bilde i diagnostikken. Det er nødvendig å virkelig forstå dette for å vri om på den tradisjonelle fortolkningen av lungefunn. Det sitter godt fast det man lærte i studiet. Det skal mye til for å stole mer på sykehistorie og CRP og ikke så mye på nettopp auskultasjonsfunnene. Da må en ha en forståelse av for eksempel hvordan knatrelyder kan oppstå ved ganske mange andre tilstander enn pneumoni, og hvorfor det også kan være helt normale lungefunn. Så forståelsen av lungelydenes patofysiologi er viktig. Det viser seg at vi tross alt legger mye vekt på dem. Man undersøker lungene for å finne ut om hypotesene ut fra anamnesen stemmer. Lungefunnene kan imidlertid bare gi tilleggsinformasjon. Det er som regel ikke mer verdifullt det du hører enn det du får frem i anamnesen. Jeg har vært heldig og fått være med i International Lung Sound Association som har årlige møter om forskning på dette området. Mange ingeniører og datafolk er med også, og jeg synes temaet er veldig interessant og faktisk veldig sentralt. Men det er ikke så ofte man slipper til med det...

Intervjuer skjønner plutselig hvorfor Tromsø-studentene skryter av at akkurat Hasse lærer bort lure knep for å få frem tydelige lungelyder.

For å få frem lungelyder må du ha en viss flow i luftveiene. Noen puster for svakt. Man må puste med åpen munn for da øker flowen. Noen har ikke en passiv ekspirasjon, men styrer selv luften ut. De slapper ikke av og da blir det en veldig svak lyd. Pipelyder vil ikke komme skikkelig frem og ekspirasjonsluften vil høres svakere ut enn det den egentlig er. Så det å følge litt med på hvordan pas puster er viktig. Kanskje man instruere dem i det de puster, få de til å slappe av og ha åpen munn.

Fra lungelydenes mangfoldige verden søkte Hasse inn i CRP-ens verden. Allerede på slutten av 80-tallet begynte han å jobbe med denne testen.

Hurtigtesten var ikke kommet da, så dette var ikke en vanlig undersøkelse. Arbeidet var veldig lovende for det viste seg at CRP er en kjempe god test. Da særlig for å skille mellom pneumoni og andre nedre luftveisinfeksjoner.



sjoner, som akutt bronkitt og forverrelse av astma og KOLS. Ved de tilstandene er det som regel helt normale CRP verdier. Det er bare hvis man kommer til i et tidlig stadium, i første uke av en virus infeksjon, at det kan være lett forhøyet CRP verdi. Da kan det være vanskelig å fortolke CRP verdier. Men når pasientene har vært syke i mer enn én uke, og det har de ofte vært når de kommer til lege med akutt bronkitt og sånt, da er det lettere å fortolke CRP funnene. Da har de fleste en normal CRP. De fleste bronkitter skyldes jo virus. Det kan også være chlamydia eller mycoplasma, og man har ikke holdepunkter for at det gjør noe nytte å behandle dem hvis det da ikke blir en pneumoni ut av det. Så disse akutte bronkittene har altså en forhøyet CRP i begynnelsen av forløpet og etter en uke nærmer det seg normal verdier, selv om de fortsatt har hoste og oppspytt, eventuelt litt obstruktivitet. CRP-testen har slått an i Norden og det brukes veldig mye CRP i Sverige, Norge, Finland og en del i Danmark. Ellers i verden er den lite brukt.

Er dette opprinnelig en norsk test?

Ja, den som brukes mest i Norge, Nycocard CRP, er utviklet i her i landet. Det finnes også en god finsk hurtigtest.

Hasse fortsetter ubedt å lære bort spennende sider om vår gode venn CRP. Det er ingen tørke å spore, det sildrer...

Legene vil jo også gjerne ha en enkel fasit å forholde seg til, men så enkelt er det ikke. CRP stiger raskt opp etter en tre-fire dagers sykdom, så faller den igjen og normaliserer seg ila en uke ved virale infeksjoner. Tidlig i forløpet trengs en høyere verdi for å si sikkert om dette er bakterielt eller ikke. Har en vært syk i 14 dager vil CRP på 25 være et sikrere tegn på en bakteriell infeksjon enn en CRP på 50 den tredje sykdomsdagen. En må ha et dynamisk syn på CRP. Jeg har akkurat gjennomført en CRP-undersøkelse sammen med ressurskommune-prosjektet her i Nord Norge. Der har vi målt CRP hver dag fra første dag de kommer til lege og så hver dag til dag sju, så dag 10, 14 og 21. Denne undersøkelsen vil gi mer kunnskap om hvordan CRP-verdien varierer.

Ved kilden er det godt å være, vannet kvikker opp, men tørsten etter mer bare øker... «Lunger i praksis» er et tydelig tegn på at flere vil ha klarhet og rene lunger. Er Hasse medlem?

Ja, som vanlig menig. Det er fint at det er en økende interesse for lungemedisin i allmennpraksis. Spirometri er jo blitt mer og mer vanlig, og det tror jeg har bidratt til at det er større interesse. Vi kan ta oss av KOLS/astma pasienter ganske bra nå. Både spirometri og CRP gir trygghet for legen. De kan hindre at vi behandler «for sikkerhets skyld», vi har midler for å påvise ting. For dette er pasienter som ofte ikke er så enkle å gi en klar diagnose. Vi klarer oss uten å trekke inn spesialister hvis vi kan bruke spirometer. Det

er bare når pasientene blir så dårlige at de kanskje må ha surstoff og slike ting at vi må på trekke inn spesialister. Ellers disponerer vi jo de samme medikamentene som dem. Dette er en pasientgruppe som er så stor at vi kan være noenlunde oppdatert.

Spirometri er veldig greit for å kunne seponere medisiner også. Hvis lungefunksjonen er god, kan man forsøke å trappe ned medisinene og se om den holder seg. Det er jo et problem at det antagelig brukes alt for mye inhalasjonssteroider som ikke har noen effekt ved KOLS.

Apropos tiltak uten effekt. Hva mener professoren om alle de gode rådene som vi er lært opp til å gi småbarnsforeldre, – råd hvis effekt kanskje kan trekkes i tvil. Hvordan er det med «katten»?

Rådene angår mest dem med allergi. Det er noen av de som får diagnosen astma som ikke er allergiske, som kanskje tidlig har hatt en RS-infeksjon og som har en tendens å få obstruktive episoder i forbindelse med virusinfeksjoner opp gjennom barnealderen. De vokser det ofte av seg. Disse barna er altså ikke allergiske og da behøver man ikke å tenke på katter og lignende.

Men de som har atopisk eksem som barn er utsatt. De kan det være greit å teste for å se etter allergi og gi saneringsråd. Er de ikke atopikere vil jeg avvente med testing. Og de aller minste kan man ikke teste.

Når det gjelder rådgiving kan man da kanskje se situasjonen litt an, se hvordan det går med barnet. Men jeg tror nok at atopikere og de med mye allergi i familien bør få råd om å fjerne katten for de vil ofte utvikle allergi mot flere ting.

Tilliten til professoren bare vokser og intervjuer drister seg til å spørre: «Hva tror du astma kommer av?»

Ordentlig astma er ofte allergisk betinget. Jeg vet ikke, men det har de siste årene blitt tatt til orde for at vi har det for rent og at immunapparatet ikke blir nok aktivisert mot infeksjoner slik at det er en overkapasitet til å reagere på andre ting. Men siste ord er ikke sagt her...

Timen er ikke over riktig ennå og det er mer på listen. Hva mener Hasse om behandling av pneumoni på sykestua?

Penicillin er første valg og virker godt på pneumokokker her i Norge, og de aller fleste alvorlige pneumonier skyldes pneumokokker. Ved KOLS ville jeg ofte valgt amoxicillin/ampicillin. Dårlige KOLS-pasienter er mer utsatt for å ha infeksjoner med Haemophilus influenzae. Men igjen, det er viktig å tenke på obstruktivitet hos alle med nedre luftveisinfeksjon, diagnostisere med spirometri og behandle også eventuell obstruktivitet!

KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom

AV ARNULF LANGHAMMER

Pasientene har oppdaget den nye farlige sykdommen

Aviser har de siste par år fokusert på den «nye» alvorlige lungesykdommen KOLS. Folk har dermed blitt familiære med begrepet, og mange har begynt å uttrykke uro for selv å ha denne tilstanden. Det er i grunnen ganske utrolig, men helsevesenet har unnlatt å forklare pasienten at hun har KOLS ut fra tro på at det sannsynligvis ville være vanskelig for henne å forstå. Vi har heller kalt det en form for astma, kronisk bronkitt eller emfysem. Sykdommens kompliserte navn og forkortelse har nok delvis ført til denne feilaktige forenkling overfor pasienter. Selv om media ikke hadde rett i at dette var en ny sykdom, har de på kort tid klart det vi med våre pedagogiske evner ikke har lyktes med.

Helsetjenesten har gjenoppdaget KOLS

Et forklarelsens lys over KOLS ser imidlertid også ut til å ha bredt seg innen helsetjenesten. Dette er nok delvis et resultat av en kontinuerlig prosess der man tilstreber konsensus angående diagnostiske kriterier, utrednings- og behandlingsanbefalinger gjennom «Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)». Andre viktige aktører har også de siste år fokusert sterkt på denne pasientgruppen. Farmasøytisk industri har oppdaget at disse pasienter er og vil være viktige potensielle brukere av deres produkter, og har derfor gitt til kjenne sine løsninger gjen-



Arnulf Langhammer

(48) allmennpraksis i Steinkjer fra 1983 og deltids engasjement ved HUNT Forskningscenter Verdal, siste 10–12 år.

nom sterke markedsføringstiltak. Deres engasjement har imidlertid vært nyttig for å øke helsetjenestens oppmerksomhet på KOLS. Det er imidlertid betenkelig at det medisinske miljø ikke tidligere har vært mer offensiv på dette felt. Vi skulle ha vekket hverandre, beslutningstakere, befolkning og pasienter. Det viktigste behandlingstiltak for KOLS, røykeslutt, har jo vært kjent lenge.

På legevakt

PASIENT 1. *En 45 år gammel kvinne kommer på legekontoret grunnet hoste og tung pust. Hun vil ha antibiotika for sin bronkitt. Hun hadde gjentatte bronkitter i barnealder, og var mye plaget med høysnue i skolealder. Hun har aldri røykt, får symptomer på rhinitt i møte med naboens hund, og blir tungpust ved forsøk på fysisk aktivitet. Hun har siste måneder våknet med tung og pipende pust to–tre ganger per uke. Ved auskultasjon hører du pi-*

luftveisinfeksjon, diagnostisere med spirometri og behandle også eventuell obstruktivitet!

Kunne du si noe om medikamentell behandling av hostende, lett obstruktive små barn også? (Timen er maksimalt utnyttet!)

Barn med hoste behandler en ofte med efedrin, men det er ikke dokumentert effekt av dette. Det hadde vært interessant å finne ut om det virkelig hjelper. Bivirkningene med urolige barn gjør jo at en helst skulle visst at det hadde effekt. β_2 -agonister vet man at ikke har effekt før etter 1 1/2 års alder, men da fungerer de ofte bra!

Ellers er det fint at foreldre får ansvar for barnet med astma, det gir dem trygghet og de lærer seg å takle forverrelser. Det har vært en tydelig utvikling med færre alvorlige astmaanfall og det skyldes nok for en stor del bedre egenbehandling. Dessuten har inhalasjonssteroidene gjort mye bra for både barn og voksne.

«Astma-angsten» både hos pasienter, pårørende og innad i helsevesenet er på tur nedover. Trygghet hos så vel foreldre som hos legene har nok en tendens til å smitte. Kanskje kan vi takke ildsjeler som Hasse for økt trygghet? Han har i løpet av timen i alle fall gitt meg tips i mine trygghetskapende relasjoner. Lunge-ly-