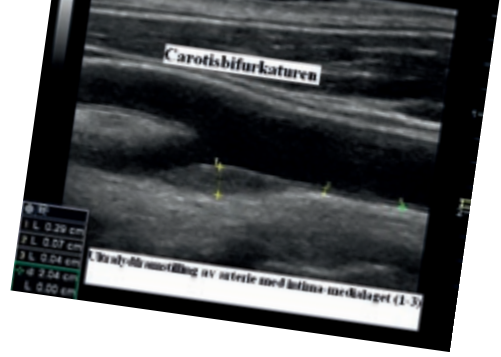


# Ultralyd

## – allmennlegens beste venn



■ MORTEN GLASØ fastlege i Rælingen kommune

**Ultralyd er på full fart inn i allmennmedisinen. Det er på tide. Det er nesten ikke til å forstå at det i flere tiår kun var gynekologene og kardiologene som så teknologiens muligheter innen klinisk medisin.**

Organer en bare kunne palpere, perkutere og stetoskopere kan enkelt «gjennomlyses», til og med i «tre dimensjoner». Så god har teknologien blitt at vi kan skille strukturer på millimeternivå. Vi kan se om det er inflammasjon, om det er væske eller om noe stenger et utløp. På toppen av det hele er dette et verktøy, som nærmest ikke har skadelige effekter. I en ordinær fastlegepraksis i en typisk by/land-kommune, med nærhet til spesialist-tjenester, har vi tall som viser at apparatet brukes ved minst 10 prosent av konsultasjonene. Det samme kan en ikke si om EKG eller spirometri. Hvorfor bruker en ikke det samme argumentet for disse hjelpemidlene? Eller når det gjelder laboratoriemedisin? Svaret er enkelt. Allmennlegen forventes ikke å drive findiagnostikk, men skal skille syke fra friske. Fastlegen er portvakten til spesialisthelsetjenesten. Ergo er det ingen forskjell mellom forskjellige diagnostiske verktøy.

Pretest-sannsynligheten er lav uansett. Hvordan kan vi da bli gode, og hvorfor hevdet det at ultralyddiagnostikk skiller seg ut?

Alle som begynner med det er enige om at at ultralyddiagnostikk har bratt læringskurve. Å finne urinblæra, fosterhodet eller abdominalaorta er ingen heksekunst. Når en oppdager dette er det heller ikke vanskelig å se et bankende fosterhjerter, hydrops i et kneledd eller en trombe i en lårvene. Derimot er det helt fantastisk at fastlegen kan avverge en innleggelse ved å avkrefte fosterdød. Like flott er det at primærlegen kan påvise et aortaaneurysme og henvise i god tid før det sprekker.

Det er slett ikke bare ved alvorlige diagnoser ultralyd er nyttig. Innen muskel- og skjelettlidelsene er ultralyd en uovertruffen støttespiller. Tendinoser, tenovaginitter, artroser og artritt «lyser» opp. Vi kan demonstrere ribbeinsbruddet, eller vise foreldrene «green stick»-lesjonen. Serien av tilstander ultralyd-apparatet kan bistå fastlegen med å avklare er lang. Til og med pneumonier, pneumothorax og ileus står på listen.

Ved siden av diagnostikk er ultralyd til stor hjelp ved behandling. Vi kan se at spiralen eller blærekateteret er på plass, og at nåla står i leddet eller i lymfeknuten. Vi kan være sikre på at vi treffer rundt senen og ikke i den.

Men er ikke sannsynligheten stor (og fall-

høyden enda større) for at fastlegen overser noe eller feiltolker et funn?

Dette er det mest bakstreverske argumentet som kan presenteres. For en kliniker er det ikke alskens teknologi som er avgjørende for hennes eller hans valg. Hver enkelt lege forventes dessuten å drive forsvarlig. Det gjør vi ved å vurdere hele pasientbildet, med sykehistorie, klinisk funn og resultat av diagnostiske tester. Sier den kliniske tilstanden at pasienten er syk, legger en inn på tross av manglende ST-elevasjon eller lav CRP. Fremstår pasienten som frisk legger en ikke inn på grunn av påvist gallestein eller forhøyet CRP. Vi slutter ikke å samtale med pasienten eller å undersøke han eller henne fordi vi har fått et ultralydapparat.

Det er altså ikke slik at fastlegen skal ta over radiologens eller organspesialistens arbeid. Men fastlegen forfiner sin diagnostikk og bidrar til bedre pasientforløp. Det er min påstand at sykehusene, poliklinikkene og avtalespesialistene får en bedre hverdag når alle allmennleger tar dette i bruk. De får mer presise henvisninger og de «unødvendige» henvisningene blir færre. Slik blir det mer tid og ressurser til dem som trenger det.

Legeforeningen var tidlig ute og konkluderte med at ultralyddiagnostikk er nyttig på allmennlegekontoret. Det har kommet takster i normaltariffen.

## EN KOMMENTAR TIL: *Ultralyd i allmennpraksis*

Etter å ha arbeidet som radiolog i over 30 år, har jeg fått følge utviklingen i ultralyddiagnostikken. Denne har selvfølgelig utviklet seg sammen med den teknologiske utviklingen innen de forskjellige modalitetene. Ultralyd ble først tatt i bruk av gynekologene for fosterdiagnostikk, men røntgenavdelingen tok for over 30 år siden i bruk apparatet. Så kom kardiologene, urologene og andre spesialiteter etter hvert som apparatene ble bedre.

Ultralyddiagnostikk kan nok mulig ha po-

tensiell nytteverdi på allmennlegekontoret. Det som derimot per nå er hovedproblemet for allmennlegenes bruk av ultralyd er manglende supervisjon og systematisk opplæring i ett miljø der kollegaer med erfaring kan veilede. Radiologer trenger flere år med stort pasientvolum, kontinuerlig supervisjon og tilbakemelding, litteraturlesing og muligheten for å sammenholde ultralyddiagnostikk med andre modaliteter før de begynner å beherske ultralyddiagnostikken. Hovedproble-

met en uerfaren ultralydbruker alltid vil møte, er at man ikke uten videre er i stand til å vurdere om man kan vurdere. For undersøkelse av abdominale organer trenger man minst 1000 undersøkelser bare for å få en oversikt over normalanatomien. Man tror f.eks. at man ser et forkalket aortaaneurysme, og så er det i virkeligheten columna, eller man ser en urinblære som egentlig er en ovarialcyste. Galleblæren blir oppfattet som ascites. Fokal steatose i lever blir oppfattet som mulig



Men Legeforeningens arbeid kan ikke stoppe der. Takstene er alt for lave til å forsvare innkjøp av apparatur i 300 000–500 000 kroners klassen. Det må på plass en helt annen finansieringsordning enn gjennom normaltariffen.

For så rask og så god implementering av ultralyddiagnostikk i allmennmedisinen som mulig, behøver vi læresteder og lærekrefter og vi behøver forskning. Så langt har et lite antall leger påtatt seg ansvaret på fritida. Mye

tyder på at luften er i ferd med å gå ut av ballongen. Flere ildsjeler faller fra.

Samhandlingsreformen er den gyldne anledningen for Legeforeningen, kommunene og sykehusene til å få plass ansvarlig utdanning og kvalitetssikring av allmennlegenes ultralyddiagnostikk. Det vil alle parter tjene på, ikke minst de vi skal hjelpe, pasientene.

Som leger, organspesialist eller ikke, er vi like forskjellige som folk flest. Noen av oss vil gå på en smell, andre vil det ikke. Alle har vi

det samme ønsket om å gjøre en god jobb. Ultralyddiagnostikk på fastlegekontoret vil bidra til at jobben blir gjort enda bedre. Spør gynekologen og kardiologen om de hadde greid seg uten.

 [morten@stallbakken.no](mailto:morten@stallbakken.no)

HCC. Subcutane lipomer blir mistenkt å ligge intramuskulært. Dype venetromboser blir oversett. Eksemplene er mange, og som ultralydutøver i over 30 år har jeg altfor mange eksempler til å rolig kunne sitte å se på at allmennlegene «leker seg» med ultralyddiagnostikk som faktisk er den vanskeligste diagnostiske modalitet innenfor «røntgenfaget». Merkelig nok, dersom man skal tro Glasø som hevder at henvisningene blir bedre dersom allmennlegene tar i bruk ultralyd, er det erfaringsmessig få eller ingen henvisninger der allmennlegene på bakgrunn av ultralyd-funn ønsker videre radiologisk utredning

som viser seg å egentlig være indisert, med den bekymringen unødig videre utredning medfører hos pasienten.

Men utviklingen går videre, derfor er det viktig at man hele tiden vurderer kost/nytteverdien av «medisinske nyvinninger». Av den grunn bør man kanskje støtte seg på litt mer relevant forskning enn studier som vurderer om ultralydbruk i allmennpraksis gir økt trygghet hos allmennlegen (og pasienten) eller ikke. Bortsett fra de enkleste vurderinger (begrenset fosterdiagnostikk og måling av residualurin) er min påstand at falskt positive og falskt negative diagnoser er altfor høye.

Dette burde det forskes på før ultralydbruken gir unødvendig engstelse hos pasientene, falsk trygghet hos allmennlegen og man i tillegg bruker offentlige midler til takster. Samtidig bør legeforeningen og da spesielt radiologforeningen komme mer aktivt inn for eventuelt å lage til en ansvarlig utdanning og kvalitetssikring av allmennlegenes ultralyddiagnostikk, noe som tilsynelatende foreløpig er nærmest fraværende.

**Tor Austad**, radiolog  
[austaddiagnostikk@gmail.com](mailto:austaddiagnostikk@gmail.com)