

- Randomised trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ* 1994;308:1476-82.
13. Abelin T, Buerhler A, Müller P et al. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. *Lancet* 1989b;1:7-8.
 14. Cambell I, Prescott RJ, Tjeder-bruton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking related diseases: a placebo-controlled study. *Respir Med* 1996;90:47-51.
 15. Hurt RD, Lauger GG, Offord KP et al. Nicotine-replacement therapy with use of a transdermal nicotine patch – a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Mayo Clin Proc* 1990;65:1529-37.
 16. Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg JR. Work site smoking cessation: a meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies. *J Occup Med* 1990;32:429-49.
 17. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of changes. *Psychother: Theory, Research Pract* 1982; 19:276-88.

Det personlige efteruddannelsesbesøg

Valg af strategi for mødet med den praktiserende læge

ORIGINAL MEDDELELSE

Kaj Sparle Christensen, Marianne Rosendal,
Jette Møller Nielsen, Hans E.S. Kallerup & Frede Olesen

Resumé

Introduktion: En ændring af praktiserende lægers kliniske adfærd opnås bedst med udgangspunkt i identificerede behov og påvirkelige barrierer. I artiklen beskrives en model for det personlige efteruddannelsesbesøg, hvor målet er at facilitere og evaluere en tilsigtet adfærdsændring. Vi demonstrerer et eksempel på metodens praktiske anvendelighed og dens muligheder for at generere ny viden.

Materiale og metoder: Enogfyrre praktiserende læger i Århus og Vejle Amter deltog i foråret 2000 i et kursus i diagnostik og behandling af patienter med funktionelle lidelser. Alle deltagende læger blev tilbudt et opfølgende besøg i deres praksis efter seks måneder. Formålet med besøget var at facilitere og evaluere deres kursusudbytte inklusive deres erfaringer med brug af psykiatriske standardspørgeskemaer. Dialogen med lægerne var struktureret og tematiseret efter en model, som sigtede på systematisk at identificere behov og barrierer, herunder at fremhæve styrker, svagheder, muligheder og trusler forbundet med tilsigtede adfærdsændringer.

Resultater: Otteogtredive (93%) af lægerne modtog et efteruddannelsesbesøg. Den valgte model viste sig anvendelig og blev positivt modtaget af de praktiserende læger. Vi identificerede en række forhold af betydning for lægernes motivation og praktiske muligheder for at opnå og vedligeholde de tilsigtede adfærdsændringer.

Diskussion: Resultaterne viser, at modellen er brugbar, og at den accepteres af lægerne inden for rammerne af det beskrevne efteruddannelsesstilbud. Metoden kan med fordel indgå i udviklingen og evalueringen af det personlige efteruddannelsesbesøg herhjemme.

Det personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) er en metode, der i udenlandske undersøgelser har vist god effekt med hensyn til at påvirke praktiserende lægers kliniske adfærd (1, 2). I flere danske amter er der nu startet forsøg eller etableret faste ordninger med PEB blandt praktiserende læger. Intentionen har primært været at forbedre kvaliteten af lægemiddelordinationer og på det seneste også at implementere kliniske vejledninger i almen praksis (3).

Erfaringer fra udlandet kan imidlertid ikke ukritisk overføres til danske forhold. Det er nødvendigt at dokumentere indholdet, anvendeligheden og effekten af forskellige PEB-strategier. Hvad foregår der i »den sorte boks« i mødet mellem facilitator og den praktiserende læge (3, 4)? Hvad er effekten af dette møde målt på lægens adfærd, og hvad er patientudbyttet? (1).

Der er dokumentation for, at lægens kliniske adfærd bedst påvirkes i forhold til identificerede behov og påvirkelige barrierer (5). Anvendelige metoder til at identificere behov og barrierer hos lægen er interview, spørgeskemaundersøgelser og observationsstudier (5).

Vi har sat os for at deklare indholdet af et PEB efter en model, hvor strategien er baseret på under samtalen at identificere incitament og barrierer for ændringer af lægens kliniske adfærd. Vores afprøvning af den valgte model indgår i en større undersøgelse, der belyser effekten af et forsøg med psykiatrisk efteruddannelse af praktiserende læger – et område, hvor andre forfattere har advokeret for forsøg med etablering af PEB (6).

Vi havde på forhånd en forventning og et ønske om, at vi med et PEB baseret på den valgte strategi ville kunne facilitere lægens adfærdsændring og samtidig generere ny viden om lægernes motivation og praktiske muligheder for at opnå og vedligeholde de tilsigtede adfærdsændringer. Formålet med denne artikel er således dels at beskrive en metode til facilitering og evaluering af et efteruddannelsesstilbud, dels at påvise metodens praktiske anvendelighed og den viden den kan frembringe.

Materiale og metoder

Enogfyrre praktiserende læger i Århus og Vejle Amter del-

tog i foråret 2000 i et kursus i diagnostik og behandling af patienter med funktionelle lidelser. Kurset omfattede et to-dages internatkursus og fire opfølgende aftenmøder. Kursisterne gennemgik en kognitivt orienteret træning i at håndtere patienter med funktionelle lidelser. Desuden blev de instrueret i at bruge et psykiatrisk standardspørgeskema (*rating scales*) som en hjælp i diagnostikken. Spørgeskemaet er på én side og omfatter i alt 36 spørgsmål vedrørende somatisering, angst, depression og alkoholmisbrug. Kurset og det psykiatriske standardspørgeskema vil blive nærmere beskrevet i kommende publikationer.

Alle deltagende læger blev tilbudt et opfølgende besøg i deres praksis seks måneder efter kurset. Formålet med besøgene var at facilitere og evaluere lægernes kursusudbytte og erfaringer med brug af psykiatriske standardspørgeskemaer. Facilitatorerne var de fire førstnævnte forfattere, som alle er speciallæger i almen medicin. Én af forfatterne (*Hans Kallerup*) underviser på kurset, de øvrige forfattere har forskningsprojekter med relation til det samlede efteruddannelsesstilbud. Inden besøgene instruerede vi gensidigt hinanden gennem rollespil af PEB. Vi afsatte 30 minutter per besøg, som blev aflagt individuelt eller samlet hos læger i kompagniskaber. Lægerne fik ikke honorar for at modtage besøg.

Dialogen med lægerne var struktureret og tematiseret efter en model, som sigtede på systematisk at belyse lægernes behov og barrierer, herunder at fremhæve styrker, svagheder, muligheder og trusler forbundet med tilsigtede adfærdændringer (7). Den valgte strategi for besøget har vi mnemoteknisk forkortet IB SWOT: *incitements, barriers, strengths, weaknesses, opportunities* og *threats*. Under hvert enkelt besøg tog facilitator noter på en checkliste med reference til IB SWOT-modellen (Fig. 1) og optog samtalen på bånd. Facilitatoren anvendte eksplorerende spørgsmål, når det gjaldt hovedpunkterne, men ellers lagde vi op til en deltagerstyret åben dialog med lægerne. De indsamlede tilkendegivelser blev efterfølgende kategoriseret for hvert af

1. Mød lægen på lige fod og forklar rammerne for samtalen
2. *Incitementer*: I hvilke situationer gør du brug af .../
Gør du brug af ...?
3. *Barrierer*: Oplever du barrierer/hindringer (i dig selv) mod at bruge ...?
4. *Styrker*: Hvornår har du gavn af at bruge ...?
5. *Svagheder*: Har du oplevet problemer med at bruge ...?
6. *Muligheder*: Har du oplevet nye fordele ved at bruge ...?
7. *Trusler*: Hvad kan (i fremtiden) gøre, at du ikke vil bruge ...?
8. Har du forslag til forbedringer af ...?
9. Undgå diskussion – anvend åbne spørgsmål og fasthold fokus
10. Brug gerne omformuleringer som: »Det jeg hører dig sige, er ...«
11. Resumer efter hvert punkt og til slut

Fig. 1. Strategi for det personlige efteruddannelsesbesøg, hvor formålet er at evaluere og facilitere den tilsigtede adfærdændring.

hovedpunkterne, ved at facilitatorerne to og to fremlagde deres resultater over for hinanden. Syntesen af de generelle temaer, dvs. lægernes erfaringer, incitamenter, barrierer og forslag til ændringer, blev derefter dokumenteret ved transkribering af udvalgte bandede citater (8). Som et led i faciliteringen samlede vi temaerne i et fælles resumé, som vi sendte til lægerne tre måneder efter besøgene.

Resultater

Otteogtredive (93%) af lægerne accepterede at modtage et efteruddannelsesbesøg. Vi blev generelt positivt modtaget af lægerne. Den valgte strategi fungerede godt under alle besøgene. »Og det at der sådan bliver fulgt op på det nu her, ikke også, det gør jo også, at det ikke ligesom går i glemmebogen« (interview nr. 1). Resultaterne er i det følgende struktureret efter IB SWOT-modellen (Fig. 2A og Fig. 2B), dels ordnet i generelle temaer underbygget af citater.

Kurset

Generelt: Både læger med større og læger med mindre erfaring med kommunikationstræning beretter om et positivt udbytte af kurset og positive praktiske erfaringer med at anvende de indlærte teknikker. Flere af lægerne har oplevet, at det er blevet nemmere at have patienter, som de tidligere betragtede som vanskelige, i konsultationen: »Hvis det har flyttet noget, så har det i hvert fald flyttet min indstilling til de somatiserende patienter. De er blevet til at holde ud ... det kan patienterne mærke, og det flytter noget i den rigtige retning« (interview nr. 2). Lægerne har oplevet, at deres konsultationsstil er blevet modificeret: »Der er ingen tvivl om, at jeg griber dem anderledes an, end jeg gjorde – jeg har nok altid haft sådan min egen måde at komme ind på mange patienter. Det tror jeg, at det har vi nok i bund og grund alle sammen, når vi har været i praksis en tid. Så får vi sådan vores egen måde at gøre det på – men den er blevet modificeret« (interview nr. 3). Teknikkerne anvendes i varierende grad fra patient til patient, men kan i princippet bruges på alle patientgrupper: »... at man også sådan ved stringent somatiske patienter har lettere ved at komme ind på de bløde værdier, der hører med til at have en kronisk sygdom ...« (interview nr. 4).

Incitamenter: At nogle patienter kan opleves som mindre vanskelige: »Når man angriber det på den facon, så gør det det lidt lettere og jeg synes egentlig ikke, at jeg tidsmæssigt bruger mere tid nu ... det går jo meget lettere, og en som jeg synes var specielt vanskelig – det er blevet helt anderledes« (interview nr. 5).

Barrierer: Tidspresset i praksis: »Det er så svært at holde sig selv fast i det, fordi ... hvis man er kommet ind i, at der sidder for mange og venter, så er man ikke helt så effektiv i at bruge det her altså. Og det skøre ved det er jo, at man lærer det jo først, hvis man bruger det meget. Altså man skal bruge det meget for at lære det, altså for at blive bedre næste gang. Det er ikke så meget det, at man glemmer det, men man falder mere tilbage i gamle mønstre« (interview nr. 6).

Forslag til forbedringer: At arbejde med lægens personlige forudsætninger: »Jeg vil da sige, at det er et generelt pro-

Incitament: Vanskelige eller uafklarede patienter, hvor anderledes fokus kan være nyttigt. Metoden medfører ofte gode oplevelser af læge-patient-relasjonen, herunder øget patienttilfredshed. De indlærte teknikker anvendes hyppigt.

Barrierer: Tidsforbruget, dvs. tid til at træne og vedligeholde færdigheder og tid til at gå i dialog med patienten. Flere mente dog, at metoden på længere sigt kan virke tidsbesparende. Lægens personlige forudsætninger, herunder specielt konsultationsform og ressourcer. At lægen oplever modstand hos patienterne mod *reframing* af somatiske klager.

Styrker: Trådene samles i en teoretisk referenceramme, som er kombineret med praktisk færdighedstræning. Teknikkerne fungerer godt i almen praksis. Lægerne oplever bedre at kunne styre og kontrollere vanskelige konsultationer. Indgangsvinklen for samtalen åbnes og fokus fastholdes – uden at man som læge behøver at levere en færdig løsning til patienten. Interviewteknikkerne og visse dele af modellen er så generelle, at de kan bruges i alle typer af konsultationer. Interesse for at uddanne sig yderligere på området stimuleres, f.eks. inden for kognitiv terapi.

Svagheder: Nogle fandt det tidskrævende og vanskeligt at indøve hele modellen på det korte kursus. Der er således stadig en række elementer, der er vanskelige at bruge mere konsekvent i dagligdagen. Enkelte er blevet mindet om faren for forsinket diagnostik af somatisk sygdom, idet det kan være vanskeligt at holde alle muligheder åbne på én gang. Andre har oplevet at komme i en situation, hvor de ikke ved, hvordan de kommer videre i arbejdet med patienten.

Muligheder: Det er relevant og det virker i praksis. Oplevelsen af øget personligt overskud. At man kan anvende modellen mere systematisk i forhold til kronisk somatiserende patienter – og at disse patienter nu har fået en »diagnose«.

Trusler: Enkelte anførte frygt for forsinket diagnostik af somatisk sygdom (defensiv medicin). Konkurrence om lægens opmærksomhed. Tab af teoretisk viden og færdigheder over tid.

Fig. 2A. Resultater af praksisbesøgene, hvor vi efter IB SWOT-modellen evaluerede implementerbarheden af et psykiatrisk efteruddannelseskursus.

blem, jeg har, ... at jeg tit ikke kan lade være, og det gør så også, at jeg har for lang ventetid ... og det er jeg selv utilfreds med, men det handler om mine egne grænser ... at jeg skal lære at stramme mere op ...« (interview nr. 7). At lave kurser på flere niveauer og mindske tidspresset: »Jeg var ved at gå fuldstændig i spåner over det tempo, I havde på« (interview nr. 8).« At fortsætte med supervisionsgrupperne: »Et forum at vende tilbage til med problemerne, det tror jeg er vigtigt« (interview nr. 9).

Det psykiatriske standardspørgeskema

Generelt: Lægerne anvender de udleverede standardspørgeskemaer på indikation, dvs. ikke systematisk i forhold til bestemte patientgrupper: »Nu kender jeg de fleste af dem, jeg kender deres problemstilling og ved, hvor det kan være aktuelt (at bruge spørgeskemaet) ...« (interview nr. 10). Spørgeskemaet udleveres oftest til patienten ved afslutningen eller inden starten af en konsultation: »Jeg bruger det typisk til ligesom for at afslutte en konsultation, fordi nu kan jeg ikke bruge mere tid her, altså. Så må vi ligesom samle dem op med de nye briller på næste gang. Så har jeg altså brugt den i den sammenhæng som støtte og som model kan

Incitament: Som en hjælp i forhold til diagnostisk uafklarede patienter. For at forberede (*prime*) patienten og fokusere samtalen. For at afslutte en konsultation og vinde tid. For en sikkerheds skyld.

Barrierer: Anvendelsen af psykiatriske standardspørgeskemaer kan tænkes at være en »falliterklæring«, dvs. et udtryk for, at man ikke er god nok til at kommunikere med patienten. Tanker om, at patienten måske har modvilje mod, at lægen bruger et spørgeskema. Tanker om at det måske kan hæmme dialogen. Manglende tillid til spørgeskemaet som instrument.

Styrker: Patienterne har mulighed for at udtrykke sig inden for spørgeskemaets rammer, uforstyrret af lægen. Oplevelsen af at patientens dagsordenen *reframes*, og at der åbnes op for en mere ligeværdig dialog. Patienterne bringes til at distancere sig til deres symptomer, hvilket kan udnyttes terapeutisk. Det kan være lettere at tale om særligt følsomme emner ud fra spørgeskemaet, fx alkoholmisbrug. Oplevelsen af større diagnostisk sikkerhed. Besvarelsen fungerer som et dokument. Undertiden overraskes både lægen og patienten af besvarelsen.

Svagheder: Anvendelsen er ikke tilstrækkelig indarbejdet, og man glemmer derfor nemt at bruge det. Man skal forholde sig til muligheden for falsk positive og falsk negative besvarelser af spørgeskemaet. Det er vanskeligt for lægen selv at udpege relevante målgrupper af patienter.

Muligheder: Tilgangen virker ofte tidsbesparende. Diagnostikken og dialogen forbedres. Patienterne udtrykker større tilfredshed. Besvarelsen af spørgeskemaet kan i sig selv øge patientens selvindsigt. Mulige målgrupper af patienter: Hyppige brugere i almen praksis, mænd med »små symptomer«, misbrugere og patienter, som virker fjendtligt indstillet over for lægen.

Trusler: Glemsel (ingen *reminding*). At der ikke er nogen systematik for brugen. Konkurrence om lægens opmærksomhed fra andre sider.

Fig. 2B. Resultater af praksisbesøgene, hvor vi efter IB SWOT-modellen evaluerede implementerbarheden af et psykiatrisk standardspørgeskema.

man sige, struktur for vores samtale næste gang« (interview nr. 11). Både læger og patienter har haft overvejende positive erfaringer med at bruge psykiatriske standardspørgeskemaer som en del af konsultationsprocessen: »Jeg synes, at det har været meget nyttigt – også på en måde jeg ikke havde forestillet mig ... I to af tilfældene har patienterne brugt det til at ændre på nogen ting, bare ved at have skrevet skemaet. Det synes jeg var lidt sjovt ... Jeg behøvede næsten ikke at sige noget som helst ... De talte ud fra det, de var kommet til at tænke på, ved at skrive det skema. Den ene skiftede arbejde for eksempel ...« (interview nr. 12).

Incitament: 1) At bidrage til diagnostisk afklaring: »Vi kan også i løbet af konsultationen komme frem til ... at jeg er blevet så forvirret ... er den her patient deprimeret eller hvad er det? Så det giver mig ro og arbejdsrum at få dem til at udfylde det skema« (interview nr. 13). 2) At spare tid: »Hvis man er klar over, at man alligevel skal ind på den problematik, så sparer det (spørgeskemaet) tid« (interview nr. 10). 3) At forbedre dialogen: »Jeg tror, at de (patienterne) er lidt mere ærlige på et skema, end de er, når de snakker med mig« (interview nr. 14).

Barrierer: 1) »Falliterklæringen«: »Jeg oplever det nok

lidt som en falliterklæring at være nødt til at give en patient et skema, sådan noget med – jamen kan du da virkelig ikke selv finde ud af det?» (interview nr. 1). 2) Tro og fornemmelser: »Jeg tror mere på min egen fornemmelse end på ske-maet« (interview nr. 9).

Forslag til forbedringer: At indøve brugen af spørgeske-maerne i forbindelse med kurset: »Der blev lagt for lidt vægt på det under kurset, fordi man nåede ikke at blive fortrolig med det« (interview nr. 15). At identificere målgrupper af patienter, hvor det er relevant at bruge redskabet: »Personligt, har jeg tænkt på bagefter; jeg ved ikke, om jeg havde fanget ham ... eller ville være kommet på (at udlevere ske-maet)« (interview nr. 12).

Diskussion

Med den valgte metode (IB SWOT) har det været muligt at generere viden om lægers motivation og praktiske muligheder for at opnå og vedligeholde tilsigtede adfærdsændringer. Den høje deltagelsesprocent og positive modtagelse viser, at der ikke var væsentlige hindringer for at gennemføre PEB inden for rammerne af det beskrevne efteruddannelses-tilbud. Evaluering af samtalerne forløb viste, at den valgte strategi blev oplevet som en konstruktiv ramme for dialogen under besøgene. Interviewguiden (Fig. 1) fungerede tilfredsstillende, også selv om spørgsmålene om styrker/muligheder ikke forekom logisk adskilte. Rent praktisk fungerede de sådan, at vi kunne identificere de aktuelle styrker og få lægerne til at overveje fremtidige (nye) muligheder.

Interventionen siger ikke noget om, i hvilket omfang vores besøg rent faktisk har faciliteret en adfærdsændring hos lægerne, men blot at det var muligt systematisk at fokusere dialogen på forhold af betydning for en vellykket implementering.

Undersøgelsens resultater og vores evaluering af disse kan være *biased*: Vores egen involvering i forsøget med psykiatrisk efteruddannelse af lægerne har haft betydning for vores motivation og forsøg på at beskrive lægernes meninger og tilkendegivelser. Tilsvarende kan lægerne have været tilbageholdende med kritiske tilkendegivelser over for os. Omvendt har den semistrukturerede dialog og vores indbyrdes præsentation af data (trianglering) i analysefasen bidraget til, at forskelligheden i temaerne er kommet til udtryk. De mange interview og den høje deltagelsesprocent har været med til at sikre en høj grad af datamætning. Lav deltagelse havde været særlig kritisk i forhold til at identificere behov og barrierer for adfærdsændring.

Strategien for PEB bør fremover være fokuseret på identificerede behov og påvirkelige barrierer og en løbende monitorering af disse (5). Andre strategier, f.eks. klar og målrettet undervisning, brug af remindere (på beslutningstidspunktet) samt påvirkning af lægerne gennem brug af lokale opinionsledere, har en dokumenteret effekt med hensyn til at påvirke lægers adfærd. Sådanne strategier kan med fordel indgå i og kombineres med PEB (4, 9).

Vores intervention skal ses som et led i en nødvendig metodeudvikling for PEB. Resultaterne viser, at metoden i kombination med et efteruddannelsesstilbud er brugbar, og at den kan frembringe oplysninger af betydning for imple-

menteringen af ny viden. Vi foreslår, at den indgår i udviklingen og evalueringen af PEB herhjemme. Generelt kan vi anbefale en fortsat teoretisk kvalificering af, hvad der skal være indholdet i »den sorte boks« ved PEB, og at effekten heraf samtidig bliver evalueret på læge- og patientniveau.

Summary

Kaj Sparle Christensen, Marianne Rosendal, Jette Møller Nielsen, Hans E.S. Kallerup & Frede Olesen:
Outreach visits. Choice of strategy for interviewing general practitioners.

Ugeskr Læger 2003;165:1456-60.

Introduction: The clinical behaviour of General Practitioners (GPs) can best be influenced by identifying their incitements and barriers in the first place. The purpose of this paper was to describe a model for the outreach visits, in which the purpose was to facilitate and evaluate the desired changes in the clinical behaviour of the GPs. We demonstrate the usefulness and workability of the model as a tool to be used in future implementations.

Materials and methods: A total of 41 GPs in the Counties of Aarhus and Vejle participated in the spring of 2000 in an advanced educational programme about how to diagnose and treat patients with functional disorders. All participating GPs received an invitation for a six-month follow-up visit. The purpose of the follow-up visit was to facilitate and evaluate their educational benefits and experience in using psychiatric rating scales. The strategy of the visit was to structure the dialogue with reference to identifying incitements and barriers and to emphasize their strengths, weaknesses, opportunities and threats in connection with the change of their clinical behaviour.

Results: Thirty-eight (93%) of the GPs participated in the follow-up outreach visits. The chosen strategy proved to be useful in primary care settings. We identified several areas in which the motivation of the GPs and their possibilities to implement the desired behavioural changes could be strengthened.

Conclusion: The results suggest that the incitements and barriers of the GPs to change their clinical behaviour can be identified using the strategy described. We suggest that the strategy should form part of the development and evaluation of outreach visits in Denmark.

Reprints not available. Correspondence to: *Kaj Sparle Christensen*, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Barthsgade 5, 1., DK-8200 Århus N.

Antaget den 21. januar 2003.
Århus Universitetshospital, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Medicin, og Vejle Amt, Kvalitetsudviklingsudvalget Q2.

Litteratur

1. Vedsted P, Lous J. Besøg af facilitator og effekten på det kliniske arbejde og patientudbyttet. *Ugeskr Læger* 1998;160:7243-5.
2. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review). I: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

- Nissen A. Det personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) – og andre metoder til kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer. København: Institut for Rationel Farmakoterapi, 2000.
- Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ("academic detailing") to improve clinical decision making. *JAMA* 1990;263:549-56.
- Thorsen T, Mäkelä M. Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. København: Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
- Soumerai SB. Principles and uses of academic detailing to improve the management of psychiatric disorders. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:81-96.
- Johnson G, Johnson K. Exploring corporate strategy. 2 ed. London: Prentice Hall, 1988.
- Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning – fem artikler fra Nordisk Medicin 1997. Århus: Forskningsenheden for Almen Medicin, 1998.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998;317:465-8.

Ukarakteristisk sygdomsforløb efter hundebid

KASUISTIK

Gitte Bjørn Hvilsom & Bodil Himmelstrup

Infektion efter hundebid forårsages hyppigst af *Capnocytophaga canimorsus* og *Pasteurella multocida*. Infektion med disse udgør begge en potentiel risiko for alvorligt forløbende og letale infektioner (1), der kan resultere i udvikling af trombotisk trombocytopenisk purpura (TTP) (2, 3) og dissemineret intravaskulær koagulation (DIC) (2).

Sygehistorie

En 63-årig kvinde blev indlagt akut med svære smerter i underekstremiteterne. Hun havde sygdomsdebut tre dage forinden med utilpashed, rystende og sitrende fornemmelser i hele kroppen samt smerter, der startede i højre ben og i løbet af kort tid havde bredt sig til venstre ben, primært i fødderne og læggene. I løbet af et par dage fik hun misfarvning af huden især på underekstremiteterne. Ugen før smerterne opstod havde kvinden haft en episode med gastroenteritis/influenza, og fire dage før dette var hun blevet bidt i hånden af sin hund. Hun havde ikke fået anden behandling end tetanusvaccine på skadestuen.

Ojektivt set var kvinden relativt upåvirket, men forpint. Cirkulatorisk og respiratorisk var hun stabil samt afebril. Underekstremiteterne var blåmarmorerede mest udtalt fra knæene og distalt og mest på højre side. Fødderne var blege og kølige som ved ischaemia. Der var god pulsation i aa. dorsalis pedis bilateralt. På den proksimale venstre femur sås to ekkymoser (ca. 2 × 10 cm), petekkiale blødninger spredt på begge underekstremiteter og enkelte *splinters* under tåneglene. Huden på bagsiden af overarmene og på ryggen var også lettere marmoreret. Efter blodprøvetagning var der sivblødning fra stikkenale.

Såret fra hundebid var reaktionsløst. Der var ingen tegn på infektion på hånden eller armen. Efter venylering blev der iværksat i.v. behandling med penicillin, metronidazol og gentamicin på formodning om sepsisudløst DIC og/eller TTP.

Biokemi var uden for normalområdet: fibrin D-dimer 62 mg/l (<0,50 mg/l), trombocytter 3 × 10⁹/l (135-400 × 10⁹/l),

leukocytter 11,5 × 10⁹/l (3,0-10,0 × 10⁹/l), C-reaktivt protein 3,427 nmol/l (<80 nmol/l), antitrombin 0,58 (0,80-1,20), fibrinogen 13,9 μmol/l (6,5-13,0 μmol/l), haptoglobin 34 mmol/l (6-24 μmol/l), myoglobin 23 nmol/l (0,0-3,9 nmol/l). Kreatin-kinase 552 U/l (50-150 U/l). Urinstix: fuldt udslag for hæmoglobin og protein. Perifer blodudstryg: ingen schistocytter eller burr-celler. Direkte mikrosopi af blod viste gramnegative stave formentlig *Capnocytophaga canimorsus*, hvorfor man fortsatte med penicillin som monoterapi. Det lykkedes ikke nærmere at identificere bakterien, da der ikke var vækst i venylerne.

C-reaktivt protein og trombocytter normaliseredes under behandlingen, og patienten restituerede stille og roligt, kun smerterne i underekstremiteterne vedblev i nogen tid.

Diskussion

Det kliniske billede, som vores patient frembød ved indlæggelsen, var overraskende. Patienten fremstod ikke septisk præget, men havde oplagte kliniske tegn på DIC: perifer akrocyanose, mikrotrombose, begyndende prægangrænøse forandringer på fødderne, petekkier og ekkymoser, men TTP kunne heller ikke udelukkes, selv om mindre end 25% præsenterer sig med hud- eller muskellæsioner (3). Der var serologisk forbrug af trombocytter, øgede fibrindegraderingsprodukter og forhøjet kreatinkinase og myoglobin.

Patienten tilhørte ikke nogen af de risikogrupper, der flere steder er beskrevet (2, 4, 5), når det gælder fulminant forløb af infektion med *C. canimorsus*. Dette er dog ikke en garanti for ikke at få et fulminant forløb. *Kullberg et al* (5) fandt, at 38%, og *Pers et al* (4) at 28% af de fulminante forløb ikke havde kendte disponerende faktorer.

Det lykkedes som anført ikke at identificere bakterien nærmere, end at en gramnegativ stav blev fundet ved mikroskopi af blodet. Der kan altså både have været tale om *P. multocida* og *C. canimorsus*. Måske blev behandlingen iværksat på rette tid, da både *P. multocida* og *C. canimorsus* er fuldt følsomme for penicillin.

Vigtigst er det måske at have *C. canimorsus* og *P. multocida* in mente, når man får patienter, der er blevet bidt af en hund, uanset hvordan og hvor ukarakteristisk sygdomsbilledet er.