
Klinikk-reaktiv pasientbehandling (KRP)

LEGELIVET

BÅRD REIAKVAM KITTANG

bard.kittang@bergen.kommune.no

Bård Reiakvam Kittang er spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, overlege ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Enhet for sykehjemsmedisin, Bergen kommune, og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.

Klinisk skjønn viser vei gjennom jungelen av parakliniske verktøy.



Foto: privat

Se for deg følgende:

Etter previsitten en fredag morgen går du inn til en pasient med radiologisk verifisert lobær pneumoni. Han er medisinstudent på tredje året, har vært innlagt i halvannet døgn og fått behandling med benzylpenicillin intravenøst. Han har fremdeles feber, dog mindre uttalt enn ved innleggelse, og med lettere pust enn dagen før sitter han i sengen med et konsentrert blikk mot smarttelefonen sin.

«Hvordan har du det i dag?» spør du.

«Jo, takk, jeg føler meg litt bedre enn i går. Men det var nettopp en sykepleier innom og sa at CRP-verdien har steget fra 70 til 140, dessuten har jeg fremdeles litt feber, og det gjør meg virkelig bekymret. Kanskje en CT-undersøkelse av

brystet er på sin plass for å være sikker på at jeg ikke har blodpropp i lungene?»

«Men du føler deg bedre, ikke sant?»

«På en måte, ja, men det kan jeg vel neppe være all den tid CRP-en har doblet seg under behandlingen.»

«Klinisk vurdering trumfer CRP-en», betrygger du, og tar din fremtidige kollega med på en virtuell reise fra makrofagens utsondring av interleukin-6, via signalets ferd gjennom blodet til endestoppet der i leveren, hvor produksjonen av C-reaktivt protein fra hepatocytene foregår med en viss sendrektighet.

«Derfor er dagens CRP gårsdagens nyheter, og vel så det», sier du, før du legger stetoskopet mot huden over høyre lungelapp og hører kraftige, inspiratoriske knatrelyder.

«Jeg regner med at fremgangen fortsetter til i morgen; det er ingen grunn til å tro at penicillin ikke er det rette antibiotikumet for deg akkurat nå. Og den CT-undersøkelsen vil du nok ikke trenge, det føler jeg meg ganske sikker på.»

«Vi må ikke glemme verdien av erfaringsbasert medisin og fornuftige kliniske resonnementer»

Neste morgen er pasienten feberfri og CRP-verdien har sunket til 110.

«I dag tenker jeg vi kan avslutte intravenøs behandling med penicillin og fortsette kuren med penicillintabletter. Jeg antar at du vil hjem igjen ...?»

«Men det er vel for tidlig? Jeg leste nettopp en anbefaling fra Storbritannia om at en bør ha vært feberfri i minst 24 timer før skifte til orale antibiotika (1), og jeg hadde litt feber i går kveld.»

«Så lenge du er klinisk stabil og har et mage-tarmsystem som fungerer godt, skal det gå helt fint med overgang til penicillintabletter nå».

At den kliniske (infeksjons)medisinen er direkte truet av utredningsiver og klokkeetro på laboratorieverdienes fortreffelighet, er nok kanskje å trekke det for langt. Men jeg tror på at en stadig økende tilgjengelighet av paraklinisk støtte for våre pasientnære observasjoner, sammen med fri tilgang til all slags informasjon på internett, kan svekke både vår egen og pasientenes tiltro til verdien av fornuftige og erfaringsbaserte kliniske resonnementer.

Vi kan trekke på smilebåndet av de gamle klinikernes analyse av pulsens fylde og kanskje hamsunske jakt på «blodets hvisen og benpipenes bønn» (2). De hadde lite annet enn erfaring og et finstemt klinisk skjønn å støtte seg på.

Vi har nå så mye mer, men i tillegg til å støtte våre kliniske vurderinger, kan det også bringe «forvirringen» til et høyere nivå. I algoritmenes og laboratiemedisinens tidsalder stoler vi på skåringsverktøy og daglige CRP-målinger. Gjennom den medisinsk-teknologiske revolusjonen kan vi visualisere selv den minste blodåre i kretsløpet, og bølgene fra kunstig intelligens har allerede brutt mot mange av medisinenes holmer, inkludert hematologien, onkologien og patologien (3, 4).

Dette må vi og våre fremtidige kolleger selvsagt forholde oss stadig mer til i årene som kommer, og ja, dra nytte av til pasientenes beste. Men vi må ikke glemme verdien av erfaringsbasert medisin og fornuftige kliniske resonnementer.

REFERENCES

1. UK Health Security Agency. National antimicrobial intravenous-to-oral switch (IVOS) criteria for prompt switch for adults.
<https://www.gov.uk/government/publications/antimicrobial-intravenous-to-oral-switch-criteria-for-early-switch/national-antimicrobial-intravenous-to-oral-switch-ivos-criteria-for-early-switch> Lest 15.4.2024.
2. Hamsun K. Fra det ubevisste sjeleliv. Oslo: Samtiden, 1890.
3. Rösler W, Altenbuchinger M, Baeßler B et al. An overview and a roadmap for artificial intelligence in hematology and oncology. *J Cancer Res Clin Oncol* 2023; 149: 7997–8006. [PubMed][CrossRef]
4. Schüffler P, Steiger K, Weichert W. How to use AI in pathology. *Genes Chromosomes Cancer* 2023; 62: 564–7. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. mai 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0203
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.