

Spesialisttjenester ved funksjonelle lidelser

Tidsskriftet hadde nylig en temaserie om funksjonelle lidelser. Holtedahl (1) og Haugli & Finset (2) advarer i sine artikler mot «en fruktesløs vandring mellom spesialister og behandlere» i utredningen av disse pasientene. Derom hersker det vel stor enighet.

Men diagnostikken ved disse tilstandene kan være vanskelig, og det vil utvilsomt kunne være behov for assistanse fra annenlinjetjenesten i dette arbeidet. Som når legen står overfor en pasient med plager man ikke umiddelbart finner en veldefinert somatisk årsak til, og der mulige bakenforliggende psykososiale opplevelser og konflikter er skjult. Dette utelukker ikke at plagene kan ha en overveiende somatisk årsak som legen ikke har klart å diagnostisere. Eller det kan dreie seg om en funksjonell lidelse uten diagnostiserbar organsykdom, hvilket ofte vil være en eksklusjonsdiagnose. Eller et tredje alternativ – som vi ikke sjelden møter blant pasienter med muskel- og skjelettlidelser – et blandingsbilde. Vi finner affeksjon av en vevsstruktur, men symptompresentasjonen skyter over mål i forhold til den funksjonsnedsettelsen vi finner ved våre funksjonsundersøkelser.

I vår usikkerhet vil vi ofte sende alle disse pasientene til behandling «først», hos fysioterapeut eller kiropraktor, for å se om det hjelper. Når vi da får pasientene tilbake i uforandret tilstand etter 12 behandlinger, da er det vi, doktorene, som har skyld i det. Det er vi som har ordinert en behandling. Vi har tatt pasientens plager på alvor og signalisert at det her nok foreligger en reell lidelse i muskel- og skjelettsystemet. Da må vi finne på en ny behandling siden den første ikke hjalp. Og slik kan vi fortsette. Om pasienten da til slutt blir henvist til spesialist som antyder at det her kan være visse medvirkende psykososiale faktorer, kan nok det bli vanskelig å forholde seg til for både pasient og primærlege. Primærlegen kan føle seg «påtvunget en annen tro».

Derfor bør spesialisten kobles inn straks man føler at det er diskrepans mellom pasientens og legens oppfatning av årsaken til plagene og de praktiske konsekvenser av dem, før hensiktsløs behandling blir brukt mot doktoren. Det er her spesialistene kan gjøre mest nytte for seg. Primærlegen må utarbeide en problemrettet henvisning til spesialisten med spørsmål om hva som er hva hos denne pasienten, og spesialisten bør gi en differensiert vurdering tilbake med en vektning av ulike faktorer betydning som årsak til pasientens plager. En slik vurdering kan være et nyttig utgangspunkt for den videre terapeutiske prosess.

Oslo

Håkon Lie
Rygg- og nakkepoliklinikken

Litteratur

1. Holtedahl R. Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1130–2.
2. Haugli L, Finset A. Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1123–5.

Legen har ansvar for behandling!

Jeg er helt enig med Sture Rognstad, som i Tidsskriftet nr. 13/2002 skriver at produsentens markedsføring av en forenklet behandlingsform vil kunne føre til en mer tilfeldig astmabehandling (1). Det er legen som vurderer behandling etter diskusjon med pasienten. Pasienten kan ikke avgjøre hvilken behandling han/hun skal ha – pasientene har ofte manglende kunnskaper om sykdom og behandling.

Samtidig er pasientens styring av behandlingen viktig. Behandlingsskjemaer og jevnlig kontroll hos behandlende lege må spille en sentral rolle for bedre kontroll av sykdommen. Legen og pasienten må stole på hverandre for adekvat og tilstrekkelig behandling. Legens faglige integritet bør opprettholdes på tvers av sterk markedsorientert reklame fra legemiddelindustrien.

Svein Høegh Henrichsen har i en tidligere kommentarartikkel i Tidsskriftet påpekt viktigheten av et godt forhold mellom pasient og behandlende lege, i tillegg til skriftlige behandlingsplaner (2). Dette er helt i tråd med for eksempel den nordiske konsensusrapporten (3). Endringer i retningslinjer må være en følge av faglige retningslinjer tuftet på kunnskap og ikke av økonomiske interesser for å erobre større markedsandeler for et nytt legemiddelkonsept (1). Legen har ansvar for behandling!

Oslo

Chandra Sekhar Devulapalli
barnelege/stipendiat

Litteratur

1. Rognstad S. Legemiddelindustrien og astmabehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1308–9.
2. Henrichsen S. Astma og etterlevelse – kan pasientene styre behandlingen selv? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 319.
3. Dahl R, Bjermer L. Nordic consensus report on asthma management. Respir Medi 2000; 94: 299–327.

S. Rognstad svarer:

Det er gledelig å registrere at mine synspunkter på behandling av astma deles av flere. Chandra Sekhar Devulapalli gir uttrykk for synspunkter som også helt faller sammen med anbefalingene i siste oppgradering av Global Initiative for Asthma (GINA). Denne siste oppdateringen ble offentliggjort mars 2002. Rapporten er fullt tilgjengelig på Internett (<http://www.ginasthma.com>).

Bak rapporten står en styringskomité på 17 internasjonalt kjente spesialister i tillegg til 40 bidragsytere fra spesialistmiljøer over hele verden, bl.a. Norge. Rapportens kapittel 6 omfatter behandlingsstrategier, astmaskoler og egen trening. Kapittel 7 gir detaljerte råd om medikamentell behandling både for voksne og barn med astma, kapittel 8 omhandler forskning.

Det er verdt å merke seg at langtidsvirkende beta-2-agonister fortsatt ikke anbefales brukt, verken ved mild intermitterende astma eller ved mild persisterende astma. Bruken av kombinasjonspreparatene formoterol/budesonid eller salmeterol/flutikason ved disse tilstander har derfor ikke grunnlag i de siste behandlingsretningslinjer.

Rapporten gir råd om nyansert behandling ved forskjellige alvorlighetsgrader av astma. Det bør derfor advares mot forsøk på å forenkle behandlingsstrategiene utover de råd som gis i kapittel 7. Markedsføringen av kombinasjonspreparatene formoterol/budesonid eller salmeterol/flutikason kan oppfattes som en slik forenkling. Kapittel 6 gir klare anbefalinger om opplæring av pasienten og strategier for oppfølging av astmapasienten. God egenopplæring, behandlingsskjemaer og god oppfølging gir lavere morbiditet og lavere forbruk av helsetjenester. Et tett lege-pasient-forhold ansees som helt vesentlig.

God astmabehandling forutsetter at man følger de retningslinjer som foreligger. Disse siste retningslinjene gir ikke støtte for en forenklet og unyansert behandling av astma, slik det legges opp til i en del av markedsføringen av kombinasjonspreparater.

Oslo

Sture Rognstad

Psykatri ikke lenger obligatorisk sideutdanning for nevrologer

Helsedepartementet har nylig endret spesialistreglene i nevrologi (1). Med endringen ble sideutdanning i psykiatri (seks måneder) avskaffet som en obligatorisk del av spesialistutdanningen i nevrologi, men blir i fremtiden godkjent som frivillig sideutdanning. Det er fortsatt krav om seks måneders obligatorisk tjeneste i nevrokirurgi. Legeforeningens sentralstyre og landsstyre anbefalte en slik endring (2), og også styret for Yngre legers forening sluttet seg – om enn noe forbeholdt – til den (3).

Den medisinske viten øker stadig og i stor fart. I nevrologi som fagområde skjer det en rivende utvikling f.eks. når det gjelder diagnostikk og behandling, og utviklingen ventes å fortsette i samme tempo – om ikke enda forttere. Dette medfører press på spesialistutdanningen og et forståelig ønske om å forlenge hovedutdanningen. Dette igjen fører til at sideutdanningen vurderes kritisk.

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 16, 2002; 122

I Tyskland – mitt hjemland – var nevrologi og psykiatri én spesialitet inntil for noen få tiår siden. Jeg forstår at tradisjonen i Norge er annerledes, og det finnes mange og veldig gode grunner til at dette ikke lenger er tilfellet i Tyskland heller. Imidlertid er det etter min mening også mange gode grunner for fremtidens nevrologer (som jeg håper å være én av) til å ha gode kunnskaper i psykiatri. F.eks. har en del nevrologiske diagnoser psykiatriske differensialdiagnoser (og vice versa), og i grenseområdet mellom nevrologi og psykiatri er det etter min beskjedne erfaring behov for et forbedret helsetilbud. Dessuten bidrar endringen til en kropp-sjeldualisme som jeg anser som uheldig.

Man kan spørre seg hvorfor det var den obligatoriske tjenesten i psykiatri – ikke i nevrokirurgi – som ble avskaffet når man først valgte å forkorte den obligatoriske sideutdanningen. Kanskje hadde det vært en mulighet med obligatorisk tjeneste i enten psykiatri eller nevrokirurgi?

Jeg håper at mange fremtidige nevrologer velger psykiatri som frivillig sideutdanning og at mange avdelingsoverleger vil være villige til å innvilge permisjon for dette formålet.

Oslo

Frank Becker
Sunnaas sykehus

Litteratur

1. Smith E. Endring av spesialistreglene. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 9: 976.
2. Vedtaksprotokoll fra landsstyrets forhandlinger 17.–19.10. 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3467.
3. Styreprotokoll nr. 4/01 fra Yngre legers forings styremøte 24.4. 2001.

Hvem sykmelder sjablonmessig, Maartmann-Moe?

I Tidsskriftet nr. 11/2002 kommer leder i Allment praktiserende lægers forening (Aplf), Kjell Maartmann Moe, med følgende påstand: «I stedet for å sykmelde folk sjablonaktig, skal legen vurdere om pasienten kan gjøre nytte for seg i en eller annen form på arbeidsplassen» (1).

At lederen i Aplf har for vane å sykmelde sjablonaktig, uten funksjonsvurdering, får være hans ansvar og stå for hans regning. Det er oppsiktsvekkende at han mener dette gjelder for resten av landets allmennpraktikere. Hvilket belegg har han for denne påstanden? I pkt. 1.3 (gammel sykmelding) skal det fylles inn for yrke. Når dette er klarlagt, er det naturlig med noen oppklarende spørsmål om hva arbeidet faktisk dreier seg om. Dette er viktig og nødvendig i forhold til gradering av sykmelding, men også i forhold til prognose og diagnose. På den nye blanketten pkt. 2.4 skal vi angi sykmeldingslengde (pkt. 2.4) og -grad (i prosent) av arbeids-

uførhet (pkt. 2.4.1). Gjør man dette faglig korrekt og samvittighetsfullt, bruker litt tid på det, har man ikke sykmeldt sjablonmessig, og behovet for pkt. 8, forenklet funksjonsvurdering, bortfaller. Sammen med Sykmelding II rutinemessig etter åtte uker representerer den nye blanketten det vanlige, byråkratisk/politiske sløseri med fellesskapets ressurser.

Vi allmennpraktikere forvalter store samfunns- og næringsverdier gjennom sykmeldinger og uføretrygd. Det er tidkrevende å forkorte/gradere sykmeldingsperioder og unngå uføretrygd som endepunkt.

Med listesystemet (fastlegeordningen) vil vi gradvis få mindre tid per pasient samt «listeshopping» for å få sjablonmessig sykmelding. Ingen finurlige skjemaer vil kunne gjøre noe med dette, annet er byråkratisk tankespinn.

Du må gjerne fortsette å sykmelde Ola nordmanns brukne bein, Maartmann-Moe; jeg fortsetter å sykmelde grøftegraver Ola nordmann.

Vettre

Harald H. Drøsdal

Litteratur

1. Høie IM. Forenklet funksjonsvurdering på ny sykmeldingsattest. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1147.

K. Maartmann-Moe svarer:

Hvem sykmelder sjablonmessig – i hvert fall ikke Harald Drøsdal!

Min intensjon i intervjuet med Tidsskriftet var å fortelle at legene med den nye sykmeldingen, innført i forbindelse med *inkluderende arbeidsliv*, blir bedt om å avgi medisinske opplysninger som kan være til hjelp for arbeidstaker og arbeidsgiver. Arbeidsgiver skal finne ut om den trygdede vil kunne gjøre nytte for seg i en eller annen form på arbeidsplassen selv om vedkommende er sykmeldt.

Oslo

Kjell Maartmann-Moe
fast allmennlege og leder av Aplf