

## 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*