

## Ultralyd – et godt alternativ til MR ved skulderlidelser

De senere år har avdekket et bredt spektrum av skulderpatologier. Det kan være vanskelig å skille mellom vanlig forekommende naturlige varianter og viktige eller uviktige avvik. Dette gir oss en rekke utfordringer og kan medvirke til at bildetolkninger verken blir korrekte eller hensiktsmessige. Spesielt MR er svært følsom for små signalendringer og har i motsetning til ultralydundersøkelse sine kjente kontraindikasjoner. De fleste pasienter trenger ikke radiologi, og viktigst vil alltid en god klinisk undersøkelse og konvensjonell behandling som trening etc. være. Man bør utdanne egne muskel-skjelett-radiologer og sørge for at klinikere får den nødvendige utdanning og erfaring.

De fleste skulderproblemer er rotator-mansjettrelaterte, hyppigst hos godt voksne. Man bør starte med røntgenbilder med supraspinatustunnelsnitt (outletview) for å få informasjon om romforholdene subakromielt. For de fleste pasientene vil man så med en kombinert god klinisk og bilateral dynamisk sonografisk undersøkelse ha de nødvendige informasjonen for videre rådgivning der og da, pasientvennlig og kostnadseffektivt. Ultralydundersøkelse innen muskel-skjelett-lidelser har, i motsetning til i en del andre land, hittil vært lite brukt i Norge, men er på raskt økende fremmarsj (1, 2). Det kan være særlig relevant å forsøke å differensiere tendinopati/ bursaendringer, vanlige asymptomatiske rotatormansjettupturer og akromioklavikulærleddsdegenerasjoner samt tidlig impingement og frossen skulder.

En fordel med ultralyd i forhold til MR er at man kan utføre prosedyrer ultralydstyrt. Dette gjelder f.eks. injeksjoner i ledd og bursaer eller aspirasjon av bløt kalk i rotatormansjetten, hyppigst i supraspinatus, men også i infraspinatus og subscapularis. Ultralydundersøkelse er overlegen til å avdekke og angi kalkdetaljer.

Særlig ved subscapularisskader, men også ofte ved supra- og infraspinatusrupturer kan det være viktig å foreta en god senesutur tidlig. Ultralyd gir med omtrent samme presisjon som MR rikelig og detaljert informasjon. Det er bl.a. viktig å se etter væskeansamlinger i bursa og/eller biceps-seneskjeden samt kortikale uregelmessigheter i humerus, som sekundære rupturtegn. MR – særlig med kontrast (MR-artrografi) – kan som oftest reserveres til de tilfeller der man ønsker preoperativ tilleggsinformasjon om eventuelle større muskelatrofier og fettinfiltrasjoner, de største retraksjonene og eventuelle klinisk relevante intraartikulære tilleggsopatologier, f.eks. labrum- eller SLAP (superior labrum anterior posterior)-avvik. Både ultralydundersøkelse og MR kan gi viktige bidrag til differensiering bl.a. av bicepsavvik og -relasjoner i sulcus samt

i nærliggende subscapularis- og supraspinatusområder og i rotatorintervall. Begge metodene har vektige bidrag til diagnostikken av tilleggs-skader ved lukseringer, bl.a. tuberculum majus-avulsjoner og Hill Sachs lesjoner. Men MR gir ikke de samme mulighetene for målrettet intervensjon og er dessuten langt dyrere.

**Per Sunde**  
Skulderklinikken  
Bislett legesenter

**Rana Tariq**  
Capio Bryn

### Litteratur

1. Moosmayer S. Ultralyddiagnostikk av skulderbuen – en metodebeskrivelse Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 177–80.
2. Sunde P. Ultralyddiagnostikk. I: Juel NG, red. Norsk fysikalsk medisin. Oslo: Fagbokforlaget, 2007: 145–8.

## Sykehjelps- og pensjonsordning for leger

Undertegnede er alderspensjonist fra høsten 2005. I 2007 fikk jeg fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) kr 53 304 i alderspensjon. Ultimo januar d.å. fikk jeg i brev fra Vital vite at alderspensjonen for 2008 ville bli redusert med 10 272, til kr 43 032. Vital opplyser at det skyldes samordningsfradragene, som øker mer enn bruttoøkningen i SOPs pensjon. Dette vil si at hvis reduksjonen i pensjonen blir på ca. kr 10 000 årlig i årene fremover, vil jeg i 2012 få kr 3 000 og i senere år ingenting. Dette til tross for at leveomkostningene øker hvert år, fra skrivende stund – 1. februar i år – ganske betraktelig.

Under en tilstelning her i Trondheim nylig var et par kolleger til stede. De pensjoneres om 4–5 år. Jeg orienterte dem om reduksjonen av min alderspensjon. De var ikke klar over at en slik reduksjon kunne bli foretatt. Idet jeg antar at flere kolleger ikke er orientert om slik mulig reduksjon av alderspensjonen år for år, er dere hermed informert.

**Even Hansen**  
Trondheim

## Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger svarer:

Pensjon fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) skal være et supplement til pensjon fra folketrygden og tjenestepensjoner. Styret i SOP bestemmer for hvert år hvor høyt pensjonsgrunnlaget skal være. For 2007 ble dette satt til 507 000 kroner, for 2008 til 518 000. Alderspensjonen utgjør 66 % av dette, henholdsvis 334 620 og 341 880 kroner for de to årene. Reguleringen av ytelsene i SOP fra 2007 til

2008 er nylig redegjort for i Tidsskriftet (1).

Nivået på den pensjon Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger kan yte sine medlemmer avgjøres av den kapital den har tilgjengelig. Styret kan ikke yte høyere pensjoner enn det som vurderes forsvarlig i lys av at ordningen skal være bærekraftig også i fremtiden. Det er allerede slik at SOP er avhengig av fremtidige kapitalinntekter for å kunne dekke fremtidige ytelser på dagens pensjonsnivå. Denne underdekningen har styret ikke funnet det forsvarlig å kunne øke ytterligere, og pensjonsgrunnlaget er derfor blitt økt mindre enn økningen av folketrygdens grunnbeløp (G).

Hvordan kan det så skje at alderspensjonen fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger reduseres samtidig som pensjonsgrunnlaget heves? Årsaken er som følger: Den pensjon man får fra ordningen utgjør for 2008 341 880 minus det den enkelte får i alderspensjon fra folketrygden og tjenestepensjoner. Når økningen av pensjonen fra folketrygden og tjenestepensjoner fra det ene året til det neste er større enn økningen av SOPs ytelser, vil dens bidrag for å nå en pensjon på 341 880 (forutsatt full opptjening) bli mindre enn det man fikk fra SOP året før. Slik øker den totale årlige pensjonen for den enkelte, mens ytelsen fra SOP faktisk går noe ned. De to siste årene har det relativt sett vært en stor økning av de pensjoner som reguleres med folketrygdens grunnbeløp (G). En tilsvarende økning har ikke vært mulig for SOP.

Styret arbeider med å bedre pensjonsvilkårene for næringsdrivende leger innenfor de økonomiske rammer ordningen har. Dette er nylig omtalt i Tidsskriftet (2).

**Hans Kristian Bakke**  
Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

### Litteratur

1. Johnson EE. Regulering av ytelser i SOP. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 613.
2. Andersen EJ. SOP arbeider for bedre pensjon til næringsdrivende leger. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 86–7.

## Fettinntak og kardiovaskulær helse – er vi feilinformert?

I flere tiår har det pågått intens offentlig kampanje for å redusere inntak av mengde fett og andel mettet fett spesielt. Hovedårsaken har vært antakelsen om at redusert fett fører til mindre overvekt og redusert andel mettet fett til mindre hjertesykdom. Disse hypotesene er imidlertid aldri blitt bekreftet med prospektive intervensjonsstudier. Senere tids forskning har ikke støttet hypotesen om at høyt inntak av totalfett eller mettet fett øker risikoen for hjertesykdom (1–4). I *Läkartidningen*