

innholdet i kompetansehevingen var et forsøk på slik diagnostikk, tyder resultatene på at dette ikke har terapeutiske konsekvenser.

Vi må erkjenne at den vitenskapelige medisin ikke har svar på alle medisinske forhold. I møtet med pasienter med eller mindre objektiviserbare «vondter» er det viktig å rette oppmerksomheten mot arbeidets velsignelse for menneskets egenverd og de mentale barrierer pasienten måtte ha for å komme i gang igjen. Vi må ta i bruk kognitive behandlingsmetoder og bevisstgjøre pasienten på de uheldige effekter av langtidsykefravær. Derfor blir det feil og forenklet når allmennleger i mediene tar til orde for at den generelle terskel for å «sykmelde seg» er for lav (3). Det er ennå hovedsakelig leger som sykmelder, selv om myndigheter later å tro at ved å spre denne rettighet på flere yrkesgrupper vil det totale sykefraværet synke (4). Fastlegeordningen gir oss et bedre grunnlag enn før til å påvirke sykmeldingsvarigheten.

I implementeringsprosjektet Aktiv Rygg i 18 bedrifter fant vi at bare 5,3 % av dem med ryggsmarter hadde fått tilpasset og kunnet forbli i arbeidssituasjonen gjennom siste episode med ryggsmarter (upubliserede data). Dette er et kraftig signal til arbeidslivet og bekrefter det generelle inntrykket om det økte presset arbeidstakere beskriver i sin arbeidssituasjon. De «lette» jobbene er borte.

Studien til Håkon Lie er prisverdig, men sykefravær er en svært komplisert størrelse.

**Erik L. Werner**  
Arendal

#### Litteratur

1. Lie H. Reduseres sykefraværet ved kompetansehevende tiltak overfor primærlegen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2068–71.
2. Nasjonalt Ryggnettverk. Akutte korsryggsmarter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2001.
3. Intervju med lege Kåre Reiten. TV Norge, Aktuelt 22.8.2003.
4. Skogstrøm I. Veksten i sykefraværet kan reduseres. Hensyningsprosjektet. Aftenposten 13.1. 2003.

#### H. Lie svarer:

Erik Werner har helt rett; årsaken til det høye sykefraværet ved muskel- og skjelettlidelser er mangslungen, noe som også ble anført i artikkelen (1). Men Werner har ikke rett når han hevder at muskel- og skjelettlidelser i stor grad er lite objektive, og at sykdomsforløpet er mer utsatt for subjektive vurderinger enn de fleste andre medisinske tilstander.

Vi kan i dag stille en patologisk-anatomisk diagnose ved de fleste lidelser i ledd og columna. Som ellers i medisinen, er det sykehistorien, den kliniske undersøkelsen og supplerende undersøkelser som er bakgrunnen for vår diagnostikk. Bak alle sykmeldinger bør det ligge en klinisk

diagnose. Behandlingen og pasientens fremtidige arbeidsevne vil kunne bli høyst forskjellig avhengig om det er overveiende muskulær affeksjon eller en degenerativ lidelse i ledd eller columna som ligger bak pasientens plager. Det må legen ta med i sykmeldingsvurderingen og i spørsmålet om pasienten bør over i annet arbeid.

Alle L-diagnoser for de enkelte kroppsavsnitt i diagnoseregisteret ICPC er samlet i tabell 1 i artikkelen (1). Av disse utgjorde rygglidelse samlet i underkant av 40 %. Det betyr ikke at primærlegene ikke har foretatt en nærmere diagnostisering av rygglidelsen. Også for rygglidelser som varer mer enn et par uker, kan vi i de fleste tilfeller foreta nærmere diagnostikk. På samme måte som ved for eksempel en akutt øvre luftveisinfeksjon, har en mer presis diagnostikk kanskje ikke så stor betydning i påvente av rask naturlig helbredelse. Men varer symptomene lenger enn et par uker eller residiverer hyppig, vil nok de fleste pasienter og leger gjerne vite hva dette skyldes, og hva som er prognose, behandling og behandlingseffekt. Til det er de angitte retningslinjene ved akutte korsryggsmarter, utarbeidet av Nasjonalt Ryggnettverk, til liten hjelp. Retningslinjene møtte kritikk fra allmennpraktikere for å være intetsigende og til liten nytte i den kliniske hverdag (2). I retningslinjene benyttes tre kjente årsaker til ryggsmarter (i tillegg til maligne lidelser og infeksjoner). Resten, ca. 85 %, karakteriseres som uspesifikke rygglidelser. I diagnoseregisteret ICD-10 (3), som brukes ved alle norske sykehus, har man 52 ulike diagnoser ved ryggsmarter (i tillegg til maligne lidelser og infeksjoner).

Jeg tror fortsatt at pasient og lege er best tjent med et høyst mulig presisjonsnivå i all diagnostikk. Vår undersøkelse prøvde å tilstrebe dette. At ikke intervensjonen førte til redusert sykefravær, er det sannsynligvis mange årsaker til.

**Håkon Lie**  
Oslo

#### Litteratur

1. Lie H. Reduseres sykefraværet ved kompetansehevende tiltak overfor primærlegen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2068–71.
2. Fossum S. Intetsigende retningslinjer om akutte korsryggsmarter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1593.
3. ICD-10. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.

#### Flott bok om pest?

Per Holck anmeldte i Tidsskriftet nr. 15/2003 (1) en bok om pest i Norge (2). Hva er det som er så flott med denne boken? At den er en oppsummering av historiske feiltakelser om at denne Ebola-liknende virusinfeksjonen har noe med rotteoverført pest å gjøre? Ifølge dokumentarserien i NRK Fjernsynet nylig dreier det seg om en

Ebola-liknende viral smitte fra menneske til menneske. Kan virologer og andre eksperter kommentere dette?

**Helge Lindberg**  
Øyer

#### Litteratur

1. Holck P. Flott bok om pest. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2093.
2. Benedictow OJ. Svartedauen og senere pestepidemier i Norge. Pestepidemiens historie i Norge 1348–1654. Oslo: Unipub, 2002.

#### P. Holck svarer:

De beskrivelser av pest i Norge som historikeren Ole Jørgen Benedictow har gitt i sin bok, hvor han baserer seg på skrevne kilder – altså øyenvitner, er etter min mening klart relatert til byllepest. Både de epidemiologiske (sesongrelaterte) og diagnostiske kjennetegn ved sykdommen har vært forenlig med smitte gjennom loppebitt. Jeg visste for øvrig ikke at *Yersinia pestis* var et virus.

**Per Holck**  
Anatomisk institutt  
Universitetet i Oslo

#### Med liten skrift

Med liten skrift, heter redaktørens leder i Tidsskriftet nr. 15/2003 (1). Endelig, tenkte jeg. Nå har redaktøren sett det; hvor liten skrift det er blitt i Tidsskriftet etter at den nye redaktøren overtok etter Magne Nylenna.

Men akk. Artikkelen handlet om privat helseforsikring. Greit nok det. Men når man nærmer seg de 70, trenger man lupe og ikke privat helseforsikring, i hvert fall for å kunne følge med i hva som står i Tidsskriftet nå for tiden.

Det kan selvsagt ha noe med det å gjøre at med alderen ser man noe dårligere. Vi er ganske mange. Er det håp?

**Einar Skatteboe**  
Sandvika

#### Litteratur

1. Haug C. Med liten skrift. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2007.

#### Redaktøren svarer:

Skriften i Tidsskriftet er av samme størrelse og type som før, men papiret er nytt og hvitere. Dermed blir det visuelle inntrykket et annet. For de fleste er lesbarheten blitt bedre – som var intensjonen – men for enkelte synes det ikke slik. Vi arbeider for å finne en løsning som kan tilfredsstille også disse leserne.

**Charlotte Haug**