



Odd Nerdrum: Trygd, 1973. Olje og tempera på lerret. 168 x 304 cm. © Odd Nerdrum/BONO 2005. Foto Jaques Lathion/Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design

- Det politiske/sosiale. Både praktisk erfaring og forskning viser at de som har de største problemene i dagens trygdesystem, er de med «elendighet som bør på livsseilasen sin» (Ryen). Det er bekymringsfullt at uførepensjoneringen blant ungdom øker.
- Sakkyndighetsaspektet. Det diskuteres om legen som sakkyndig bør opptre «nøytralt» eller som «advokat». Dette viser at trygdemedisinens normgrunnlag er uavklart. Utbredt vilkårlighet kan være et resultat.

En fremtid med to nye trygdemedisinske roller?

Et scenario der myndighetene bestemmer seg for å tilpasse lover og praksis på uføreområdet til dagens virkelighet skal presenteres. «De svakeste» bakkes opp med alle rimelige effektive tiltak for at de skal kunne delta i arbeidslivet. Rehabiliteringstankegangen gjennomsyrrer kommunehelsetjenesten. Hensikten med å tilpasse trygdemedisinen til virkeligheten er todelt: For det første er det å bruke legenes reelle medisinske kompetanse, tillit og samarbeidsevner for å hjelpe mennesker til å komme i arbeid igjen, for det andre å sikre at trygden får opplysninger om foreliggende sykdom eller plager som krever spesiell tilrettelegging, ev. hel eller delvis trygd. Det egnede kriterium for trygdeytelser er i dette scenario svekket arbeidsevne/funksjonsevne. Den skal vurderes både individuelt og konkret.

Å bedømme om arbeidsevnen er så svekket at f.eks. uførepensjon bør innvilges, er et praktisk problem. Faglige beskrivelser og vurderinger må knyttes til juridiske normer og andre verdier. I det scenario som her skisseres, løser trygdeetatens kompetente tverrfaglige personale de praktiske problemene om hvorvidt det skal ytes trygd eller om søknaden skal avslås. Beskrivelser og vurderinger om bl.a. arbeidsevneutprøvinger, funksjonsnivå og helseplager, utdanning og kompetanse utgjør et viktig grunnlag for disse utpregede normative bedømmelsene. Innen trygdeetaten inngår legen i team med andre fagfolk og har en trygdemedisinsk rolle på linje med nåværende medisinsk kyndig rettsmedlem i Trygderetten. Fastlegens klarlagte trygdemedisinske rolle består i å hjelpe til med forbedring av arbeidsevnen så langt det er mulig. Dessuten skal legen rapportere saklig og nøyaktig til trygden om foreliggende medisinsk tilstand, hva som er gjort og om prognosen.

«Handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i din egen

person og i enhver annen person samtidig som et formål, og aldri bare som et middel,» påpeker Kant i en av de tre fortolkningene av det kategoriske imperativ. Dette er en viktig etisk norm for begge de skisserte nye trygdemedisinske rollene. En trygdemedisiner bør interessere seg for pasientens fortsatte livslykke. Som sakkyndig skal fastlegen verken være «kjølig nøytral» eller «advokat», men en fagperson som formidler saklige og nøyaktige beskrivelser og begrunnede vurderinger til trygdeetaten. I denne avgrensede rollen bør fastlegen på en upartisk måte kunne balansere funksjonen som sakkyndig med interessen for pasientens videre skjebne. Begge de skisserte trygdemedisinske rollene inneholder genuint medisinske oppgaver og ivaretar medisinen egenverdi.

Hans Magnus Solli

hmsolli@online.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo

Ultrasonografi i gastroenterologi

Ultral lyd har vært benyttet i medisinsk diagnostikk i over 50 år, men den kliniske anvendelse i Norge begynte først i 1970-årene da sanntids (real-time) ultralyd ble tilgjengelig. Ultrasonografi benyttes nå innen mange medisinske spesialiteter, ofte som en del av status presens. Ultralyd er en bildegivende metode som ikke har bivirkninger og som derfor kan brukes ofte og uten at det er nødvendig med spesielle sikkerhetstiltak som for eksempel ved mange radiologiske metoder. Sanntidsavbildning med hurtig oppgraderte bilder gjør at også bevegelser kan vurderes, noe som er avgjørende ved undersøkelser av enkelte organer og sykdommer.

Moderne ultralydteknologi (små apparater, flatskjerm, avansert software etc.) har gjort ultralyd mer og mer anvendelig i klinisk undersøkelse, f.eks. ved sykesengen, ved poliklinikker og i akutt-mottak. Ultrasonografi er blitt en klinisk metode som legen selv kan utføre i sitt første møte med pasienten, i motsetning til annen bilde-diagnostikk (CT, MR, PET).

Innenfor enkelte fagområder (kardiologi, gynekologi/obstetikk) har ultralyd i mange år vært knyttet til spesialiteten, og disse fagene kan i dag ikke ivaretas uten at spesialisten har ultralydkompetanse. Dersom ultrasonografi inkluderes i klinisk gastroenterologisk undersøkelse på linje med endoskopi, vil gastroenterologen få flere øyne å se med. Ultralyd av abdomen ble tidlig tatt i bruk av gastroenterologer i tyskspråklige land, og metoden ble ved de fleste gastroenterologiske avdelinger sidestilt med endoskopiske undersøkelser. I andre land, bortsett fra ved enkelte sykehus, ble ultralyd abdomen først og fremst utført av radiologer. I de senere år har klinikere i økende grad sett nytten av å ta i bruk den tyske modellen, særlig fordi ultralydutstyr er blitt meget brukervennlig og fordi metoden brukes til undersøkelser som forutsetter betydelig klinisk kompetanse. Ultralyd i gastroenterologien omfatter først og fremst den generelle abdominale ultralydundersøkelse med B-bilde og doppler, eventuelt supplert med ultralydstyrte diagnostiske og terapeutiske punksjoner. Nyere ultralydmetoder som intraluminal sonografi, motilitetsundersøkelse av mage-tarm-kanalen, kontrastundersøkelser, hydrosonografi, elastografi, «strain rate imaging» og 3D/4D-avbildning, har tilført klinisk diagnostikk nye dimensjoner. Ultralyd er også blitt kombinert med andre modaliteter som endoskopi, trykkmåling og scintigrafi. Anvendelse av høyfrekvente ultralydprober og annen avansert teknologi til både utvendig og innvendig bruk samt avanserte softwareprogrammer har muliggjort detaljert diagnostikk av tidligere vanskelig tilgjengelige områder. Eksempelvis utføres nå endosonografisk styrt biopsitaking og terapeutiske prosedyrer, motilitetsundersøkelser av gastrointestinalkanalens enkelte vegglag, dyspepsiutredning ved kombinert B-bilde og doppler av magesekken, elastografi for vurdering av hardhetsgrad av svulster, endosonografisk vurdering av allergiske mucosareaksjoner og kontrastforsterket ultralyd av tumorer. Intraduktal sonografi av galle- og pancreasgang kan utføres både via endoskop, transkutant og peroperativt. Peroperative undersøkelser både ved åpen og laparoskopisk kirurgi bedrer diagnostikk og gjør kirurgiske prosedyrer sikrere.

Ultralyd brukes nå i økende grad også innen pediatrik gastroenterologi, fordi den aksepteres godt av barna. Det er grunn til å tro at ultralyd i kommende år vil styrke sin posisjon som en viktig undersøkelsesmetode, ettersom teknologien blir billigere, mer fleksibel og mer brukervennlig. Utvikling av miniaturiserte ultralydskannere, først i bærbar PC-format og nå i lommebokformat gjør metoden mobil og lett tilgjengelig. Slike mobile enheter kan kobles opp mot arbeidsstasjoner for avansert bildebehandling og eventuell telemedisinsk kommunikasjon på globalt nivå. Betydningen av tredimensjonal avbildning i sanntid kan øke presisjonsnivået, og kombinasjon av ultralyd med andre metoder (multimodal avbildning, trykk- og pH-måling) kan spare pasienten for flere og mer belastende undersøkelser.

I Norge ble det i 2001 opprettet et nasjonalt kompetansesenter for gastroenterologisk ultrasonografi som kan bistå med informasjon om ultralydens mange muligheter innenfor dette fagområdet. Etter hvert som ultrasonografi får større utbredelse blant leger i flere spesialiteter, blir det viktig å sikre en systematisk opplæring og etterutdanning, slik at brukeren lærer seg metodens begrensninger og muligheter.

Svein Ødegaard

svein.odegaard@helse-bergen.no

Odd Helge Gilja

Nasjonalt senter for gastroenterologisk ultrasonografi
Medisinsk avdeling
Haukeland Universitetssjukehus

Øre-nese-halssykdommer

I øre-nese-hals-faget inngår en rekke av sykdommene i hode-hals-området. Det omfatter medisinsk eller kirurgisk behandling av pasienter i alle aldersgrupper. Kreftsykdommer, traumatologi sammen med kirurgisk behandling av sykdommer i skjoldkirtelen hører med i faget. Sykdom i området vil ofte ramme sansefunksjoner og påvirke evnen til å puste, snakke og svelge. Slik vil øre-nese-hals- sykdommer påvirke måten vi fungerer på og fremstår som individer. Livskvaliteten forringes lett dersom varig nedsatt funksjon oppstår.

Det er en tendens til subspecialisering. I denne sammenheng er det viktig at bred kompetanse innen diagnostikk opprettholdes av hver enkelt spesialist og at store kontaktflater med andre spesialiteter ivaretas.

Hørsel og ører

I behandlingen av akutt otitt har det vært lagt vekt på en restriktiv holdning til bruk av antibiotika, dersom pasienten ikke er systemisk påvirket av sykdommen. På den annen side har man gått inn for å kontrollere at akutte otitter går tilbake ut fra en forståelse av betennelsestilstander i mellomøret som et kontinuum med mulighet for overgang til kroniske tilstander. Bedret omsorg for barn med sekretorisk otitt har ført til at antallet pasienter som senere trenger mer omfattende tympanoplastikk, har vært avtakende. Innvandrere fra land uten utbygd helse-tjeneste utgjør nå en relativt stor andel pasienter i denne kategorien.

Oppdagelse av otoakustiske emisjoner og videreutvikling av hjernestammeresponsaudiometri gir grunnlag for å undersøke hørsel hos nyfødte. Arbeid med å innføre hørselsscreening av alle nyfødte pågår. Døvhets og alvorlig tunghørhet blir funnet hos ca. 60 nyfødte per år i Norge. Tidlig habilitering har ikke vært mulig fordi diagnosen er blitt stilt for sent. Utvikling av digitale høreapparater har forbedret hjelpen til alle som har en nyttbar hørselsrest. Hos døve og pasienter med små hørselsrester gir kokleært implantat mulighet for å fungere som tunghørt.

Audiologien beskjefteget seg tidligere i hovedsak med selve øret og hørselsnerven. Sykdom knyttet til funksjonen i de sentrale hørselsbaner har nå fått mer oppmerksomhet. Obskur auditiv dysfunksjon er en subjektiv vanske med å forstå tale i bakgrunnsstøy hos individer som har normal høreterskel og normal taleaudiometri. Tilstanden forekommer hos opptil 5 % av pasienter som har hørselsproblemer.

Nese og bihuler

I løpet av de siste 20 år har funksjonell endoskopisk nese- og bihulekirurgi overtatt som kirurgisk metode ved benigne sykdommer. Grunnlaget for denne utviklingen har vært utvikling av fiberoptiske instrumenter sammen med forståelse av betydningen av å gjenopprette normal mukociliær transport for å oppnå helbredelse. Erfaringer fra endoskopisk kirurgi i nese og bihuler er videreført slik at behandling av lekkasje av cerebrospinalvæske til nese og bihuler, hypofysektomi via transsfenoidal endoskopisk tilgang og dekompresjon av orbita ved alvorlig exophthalmus er mulig.

Mens man tidligere anså nesepolypper som en sykdom i seg selv, blir dette nå ansett å være en del av en utbredt rhinosinussitt, med en økende erkjennelse av at de nedre luftveier ofte er berørt av den samme betennelsesprosessen. Prevalensen av hyperplastisk rhinosinussitt med nesepolypper er betydelig, og man må erkjenne at tilstanden ofte ikke lar seg behandle kirurgisk med varig resultat. Det er derfor en utfordring å finne frem til patogenetiske mekanismer, og med det som utgangspunkt utvikle effektiv medisinsk behandling.

For øre-nese-hals-faget som helhet har utviklingen innen bilde-diagnostikk vært av uvurderlig betydning. Det er nå mulig å planlegge kirurgiske inngrep ut fra detaljerte anatomiske kunnskaper som tidligere ikke var tilgjengelig. Man kan for eksempel ved operasjon i bihuler og skallebasis benytte stereotaktisk dataassistert navigasjon med direkte sammenlikning av bildeinformasjon med pasienten på operasjonsbordet.