

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 supraspinatustunnsnitt (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 inntaket 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*

oppfordrer nå professor Göran Berglund og medarbeidere ved Lunds universitet den svenske Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) og Socialstyrelsen om å oppnevne en komité som skal gjennomgå det vitenskapelige grunnlaget for gjeldende ernæringsanbefalinger som sikrer mot primær forebygging av hjerte- og karsykdom (5).

I samme utgave av *Läkartidningen* (5) kommenterer representanter for det svenske Livsmedelverket Berglund og medarbeideres artikkel. De uttaler at nye studier viser at sambandet mellom fettinntak, inntak av ulike fettsyrer og hjerte- og karsykdom er mer kompleks enn tidligere studier har påvist. De lykkes ikke i å imøtegå argumentene til Berglund og medarbeidere. Det synes som om den internasjonale konsensus – med anbefaling om reduksjon i fettmengde og andel mettet fett i kosten – hovedsakelig bygger på politiske overveielser og ikke har noen egentlig vitenskapelig evidens.

Fedon Alexander Lindberg

Dr. Lindbergs Klinik

Paal Røiri

Oslo

Litteratur

1. Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EI et al. Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. *BMJ* 1996; 313: 84–90.
2. Oh K, Hu FB, Manson JE et al. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of the Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 672–9.
3. Leósdóttir M, Nilsson PM, Nilsson JA et al. Dietary fat intake and early mortality patterns – data from the Malmö Diet and Cancer Study. *J Intern Med* 2005; 258: 153–65.
4. Howard BV, van Horn L, Hsia J et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2006; 295: 655–6.
5. Berglund G, Nilsson PM, Leósdóttir M. Fettinntag och kardiovaskulär hälsa – är vi helt felinformerade? *Läkartidningen* 2007; 104: 3780–4.

Sykehjem og medisinsk behandling

Jeg har med interesse lest Garåsen og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr. 3/2008, der de sammenliknet kostnader ved etterbehandling i en styrket sykehjemsavdeling, en såkalt intermedieæravdeling, med fortsatt opphold i sykehuset (1). Det ble betydelig billigere med opphold i intermedieæravdeling, først og fremst fordi det ble færre reinnleggelses og lavere kostnader per behandlingsdag. God kommunikasjon og godt samarbeid mellom sykehus og intermedieæravdeling, med kommunens helse- og omsorgstjeneste og pasientens pårørende var også svært viktig.

Jeg har tidligere i Tidsskriftet beskrevet det traume det er, både fysisk og psykisk, for mange gamle å komme på sykehus, med

forvirringssituasjoner som mulig resultat (2). Derfor bør sykehusinnleggelses av eldre begrenses mest mulig. Flytting til såkalt intermedieæravdeling er også uheldig. Hvis man ved sykehjemmene kunne gi intravenøs behandling, ville bare det kunne begrense antall sykehusinnleggelses betydelig. Derfor er det nødvendig med en opprustning av sykehjemmene – både når det gjelder undersøkelsesrom og diagnostisk og terapeutisk apparatur og utstyr. Det trengs også tilstrekkelig og godt nok kvalifisert medisinsk personell, først og fremst leger og sykepleiere, og det må fastsettes nasjonale normtall for deknningen. Og så må man satse på rehabilitering. Dersom en slik opprustning ble gjennomført, kunne svært mange sykehusinnleggelses unngås. Det ville være meget gunstig for de gamle, og samfunnsøkonomisk er det selvfølgelig den suverent rimeligste løsningen.

I sykehusene er det i dag én lege på to pasienter, i sykehjemmene én på 160. Pasientene i sykehjem har 5–7 diagnoser hver, og sykdomsbildet hos eldre er komplisert. De medisinske problemene hos sykehjemspasientene er således antakelig større enn sykehuspasientenes. Det er skandaløst at dette ikke erkjennes og blir gjort noe med. De som er i sykehjem, trenger minst like god og kvalifisert medisinsk service som pasienter i sykehus, men får det ikke i det hele tatt!

Legetjenester er meget viktig, og det trengs geriatrisk ekspertise i sykehjemmene. Hvordan få legene interessert? I dag er fastlegene pålagt tjeneste som tilsynslege i sykehjemmene, men denne pliktmessige tjenesten fungerer ikke og bør opphøre. Det bør bli fri lønnsfastsettelse, noe som vel vil bety bedre betaling og dermed bedre søkning. Sykehjemslegene får i dag 30 % mindre i lønn enn sykehuslegene. Legeforeningens gjennombruddsprosjekt for sykehjem kan være et meget nyttig tiltak. Sykehuset Innlandet Lillehammer og Lillehammer kommune har satt i gang et prosjekt for å bygge kompetanse. Sykehuset vil etter hvert gi et lavterskeltilbud til alle kommunene – senger vil være tilgjengelig for korte opphold til utredning av uklare tilstander hos eldre. Jeg håper Legeforeningen kan ta bedre tak i de *fundamentale* problemene jeg har skissert her. Våre dårligste gamle lever under urimelig elendige forhold i dagens Velstands-Norge.

Lars Helling

Lillehammer

Litteratur

1. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R et al. Eldre pasienter i sykehus eller i intermedieæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 283–5.
2. Helling L. Sykehjem som behandling sinstitusjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2277.

For høye priser for spesialistannonser

Prisene for spesialistannonserne har økt ekstremt mye i år. For mitt vedkommende med 122 % – prisen er altså mer enn fordoblet. For denne økte prisen er det eneste nye Tidsskriftet tilbyr for å sikre pillen «fargetrykk».

Prisene økte for omtrent ett år siden også, men ble den gang noe moderert i etterkant. Den pris som nå ønskes er helt klart en «markedspris». Med tanke på hvorledes private spesialister presses fra alle kanter når det gjelder pris og utydelser ville jeg foreslå at akkurat spesialistannonserne ble prissatt nærmere produksjonsprisen. For en løpende annonsemasse uten vesentlige endringer i layout over året er spesialistannonser billigere å produsere enn Tidsskriftets vanlige annonser.

Hans Haugen

Oslo

Redaktøren svarer:

Det er riktig at prisen på spesialistannonserne har økt de siste årene, men prisen er fortsatt lavere enn f.eks. stillingsannonser. I tillegg til annonsering i Tidsskriftet inkluderer prisen annonsering på nettsidene. Nettsiden med spesialistannonser var en av de mest besøkte i februar 2008, noe som gir annonsørene god eksponering.

Charlotte Haug

Tidsskriftet

Private matlagre som katastrofeberedskap

Verdens helseorganisasjon (WHO) har konkludert med at en høyvirulent influensapandemi er en reell risiko (1). Vi har nylig publisert en artikkel om privat matlagring som buffer for krisesituasjoner (2). En metode for å unngå å bli smittet ved en aggressiv pandemi er isolasjon i små familiegrupper og unngåelse av sosial kontakt. En slik isolasjon forutsetter at man har lagret mat i tilstrekkelig mengde, med ernæringsmessig god nok kvalitet til at næringsstoffbehovet er dekket.

Matlagrene i butikkene er ikke store, og ved en krise kan mathyllene tømmes raskt. Matlagring er et nasjonalt ansvar, men i Norge har de fleste både plass og økonomi til å ha et visst matlager som kan fungere som beredskap inntil myndighetene har igangsatt tiltak og eventuell vaksine er tilgjengelig. Ved å bruke kostberegningsprogrammet *Mat på data* kan man beregne næringsstoffinnholdet i matvarer. I tillegg inneholder dataprogrammet informasjon om det daglige anbefalte inntak av de ulike