

være et godt alternativ. Etter vellykket klaffereparasjon kan pasienten oppnå optimal hjertefunksjon uten antikoagulasjonsbehandling. I dag er det mulig å sette inn kunstige hjerteklaffer med minimalt invasiv teknikk, og de første operasjoner er også utført i Norge.

Koronarkirurgi

I Skandinavia var Rikshospitalet i 1969 først ute med bypasskirurgi for angina pectoris. I Norge ble det i 2004 utført 3 400 bypassoperasjoner. Koronar hjertekirurgi har en veldokumentert effekt på symptomer og langtidsoverlevelse ved angina pectoris. Dette gjelder spesielt ved stenose av venstre hovedstamme, trekarsykdom, redusert ventrikelfunksjon og ved bruk av a. mammae som bypassår. Antall koronaroperasjoner er i vårt land stabilt, til tross for økning i antall ballongdilatasjoner (1) (fig 1). Ved uttalt koronar sykdom er det fremdeles kirurgi som gir best overlevelse og minst behov for reintervensjon.

Behovet for hjertekirurgi i Norge var gjenstand for flere offentlige utredninger inntil 1992 (2). Etablering av tre frittstående hjerteklinikker (St. Elisabeth i Trondheim, Feiringklinikken og Hjertesenteret i Oslo) førte til avvikling av hjerteboen til utlandet i 1990. Skjerming av hjertekirurgien har vært en forutsetning for god kvalitet og høy aktivitet.

Barnehjertekirurgi, transplantasjoner, aortakirurgi

Moderne teknikker for ekstrakorporeal sirkulasjon og bedre overvåking har gjort det mulig å korrigere de fleste medfødte hjertefeil, også såkalte univentrikulære tilstander, i én seanse og hos stadig yngre pasienter – helt ned til nyfødte. Dødeligheten ved barnehjertekirurgi er betydelig redusert de siste ti år.

Den første hjertetransplantasjonen i Skandinavia ble vellykket utført ved Rikshospitalet i 1983. Antall transplantasjoner bestemmes først og fremst av tilgangen på donorhjerter. Mekaniske hjerter er ennå i et utprøvende stadium, men i Norge har vi stor erfaring med bruk av «utvendige» hjelperhjerter, såkalt venstre ventrikkel-assistanse. Disse kan benyttes som bro til transplantasjon eller i påvente av at hjertemuskelen skal komme seg.

Åpne operasjoner for aneurismer, disseksjoner og rupturer i torakale aorta er store og ressurskrevende inngrep. Bedre operasjonsteknikker og nye metoder for å hindre organskader har ført til en økning av slike kirurgiske inngrep fra år til år. Innføring av graftprotese via lysken er foreløpig begrenset til sykdom i aorta descendens.

Minimalt invasive metoder

Mye oppmerksomhet har vært rettet mot operasjon på bankende hjerte («off-pump»-kirurgi) og robotassistert hjertekirurgi. Dette har foreløpig begrenset betydning, da det er gode resultater ved åpen

kirurgi. Allikevel har nye trender bidratt til å fornye den tradisjonelle thoraxkirurgien. Med ny teknologi kan også bl.a. atrieflimmer og hjertesvikt etter hvert bli viktige indikasjoner for hjertekirurgi. Minimalt invasive metoder kommer til å få en stor betydning for fremtidens hjertekirurgi, men pga. høye faglige kvalitetskrav må denne prosessen utvikles gradvis.

Rune Haaverstad

rune.haaverstad@ntnu.no
Avdeling for hjerte- og lungekirurgi
St. Olavs Hospital

Jan L. Svennevig

j.l.svennevig@klinmed.uio.no
Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Svennevig JL. Heart surgery in Norway. Norsk Thoraxkirurgisk Forenings Hjertekirurgiregister (www.legeforeningen.no/thorax).
2. Norges offentlige utredninger Behovet for åpne hjerteoperasjoner i Norge. NOU 1992: 8. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1992.

Trygdemedisin

Trygdemedisinen i Norge gjenspeiler utviklingen av velferdsstaten. Bismarcks invalide- og pensjonslov av 1889 innførte et viktig prinsipp – innvilgelse av uførepensjon krever at nedsatt inntektsevne skal være forårsaket av «sykdom, skade eller lyte». Den norske uføreloven av 1960 var basert på dette prinsippet. Etter en langvarig sosialmedisinsk debatt ble det i den offentlige utredningen *Folketrygdens uførebegrep* imidlertid foreslått å sløyfe kravet. Disse radikale tankene ble støttet av Broch i Tidsskriftets 100-årsjubileumsnummer i 1981. Det er arbeidsevne og arbeidssituasjon som bør vurderes. Forslagene ble ikke realitetsbehandlet.

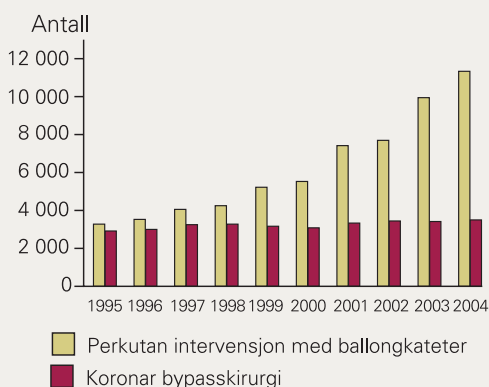
Utover i 1980-årene kom det en trygdemedisinsk giv. Det burde utvikles medisinsk-faglige redskaper som «kan hjelpe legen til å skille mellom dem som virkelig trenger trygdens tilbud og dem som bør hjelpes på annen måte» (Tellnes). Myndighetenes svar på dette initiativet var tidlig i 1990-årene å styrke trygdemedisinsk fagutøvelse og forskning. Dessuten ble sykdomsbegrepet strammet inn, som ledd i etableringen av «arbeidslinjen». Legene ble fratatt myndigheten til å bestemme uføregrad. En ny årsaksmodell for medisinsk uførhet ble innført. Fylkesnemndene ble avskaffet, fylkestyrdokumentene og mange nye rådgivende legestillinger opprettet. 1990-årene ble en trygdemedisinsk glanstid. Problemet – lettere å se i ettertid – var at trygdemedisinens økte verdi hovedsakelig var instrumentell. Det vil si at den fikk sin verdi ut fra de politiske, juridiske og administrative målsettinger som den ble et middel til å oppnå. Dens medisinske egenverdi ble utydelig.

Gapet mellom virkelighet og lov

Tre aspekter ved et oppstått gap mellom virkelighet og lov må fremheves:

- Det vitenskapelige. Vel halvparten av dem som nå innvilges uførepensjon, er mennesker med psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser. Funksjonsnedsettelsen kan ofte ikke forklares ved påviselige «objektive funn». Det medisinske sykdomsbegrepet er i vår tid verdiladet og relasjonelt. På Bismarcks tid ble det oppfattet som verdinøytralt og essensialistisk. Dette gjør nytenkning om upartiskhet og objektivitet nødvendig. Funksjonshemming forstås ikke lenger kun ut fra individets egenskaper, men på bakgrunn av vedkommendes interaksjon med omgivelser og samfunn. Mennesket ses på som handlende, med intensjoner, ikke kun som en årsaksregulert mekanisme. Det generelle uførebegrepet fra Bismarcks tid passer vanskelig inn i vår tid.

Figur 1



Koronar bypasskirurgi og perkutan intervensjon med ballongkateter de siste ti år



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 rimelig effektive tiltak for at de skal kunne delta i arbeidslivet. Rehabiliteringstankegangen gjennom syrer 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

Ultralyd 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).