

levotyrosin for å bedre mine symptomer på tross av at jeg allerede lå innenfor «normalvinduet» for fritt tyrosin. Dette ga ikke effekt utover sporadiske symptomer på hypertyreose. Disse symptomene har ikke vært til stede etter overgangen til tilleggsmedisinering med liotyronin. Er det mulig at noen pasienter med liten eller ingen egenproduksjon av tyrosin (biologisk T4) kan ha for lite effektiv konvertering av tyrosin over til det aktive trijodtyronin (biologisk T3)? Selv om kun ca. 10 % av trijodtyronin konverteres i skjoldbruskkjertelen, kan denne andelen likevel ha en betydning? Måles fritt trijodtyronin jevnlig hos pasienter som fremdeles sliter med symptomer på hypotyreose?

Jeg har forståelse for at de fleste pasienter med hypotyreose får god nok demping av sine symptomer ved levotyrosinbehandling. En del pasienter sliter imidlertid med vedvarende symptomer selv om de har normale verdier både på thyroideastimulerende hormon (TSH) og fritt tyrosin. For disse pasientene vil man kanskje forsøke å øke levotyrosindosen ytterligere. Men hvis dette heller ikke fører frem, bør tilleggsmedisinering med liotyronin vurderes til tross for at studier ennå ikke har konkludert entydig. Det handler faktisk om å bringe mennesker tilbake til en fungerende hverdag, og det til lave kostnader. Selv jobber jeg nå fullt og tenker med gruppa de samfunnsmessige kostnadene ved at jeg, med alle de yrkesaktive årene jeg har foran meg, ikke skulle få en medisinering som gjør at jeg fungerer.

Grete Aastorp
Trondheim

Boomeritt eller mosjonitt?

I Tidsskriftet nr. 9/2006 står en fornøylig minileder med tittelen *Boomeritt som bumerang*, om hvordan den mosjonsivrige etterkrigsgenerasjonen i USA fyller opp poliklinikker og operasjonssaler med sine små og større idrettsskader (1). Babyboomgenerasjonen vil heller ha kne- og hofteproteser, operasjoner og behandling for betennelser og stressfrakturer enn å senke aktivitetsnivået, og belaster således helsevesenet i sin jakt på god helse. Vi får vite at en amerikansk ortoped har kalt denne farangen for *boomeritt*, en betegnelse som neppe er god norsk og som trolig ikke slår an i Norge. En annen spøkefull, dekkende og treffende betegnelse kan være *mosjonitt*.

Jørgen Vogt
Oslo

Litteratur

1. Haug C. Boomeritt som bumerang. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1177.

Behandlerne lege og sykefravær

«Jeg sa til legen at jeg kunne arbeide 50 % noen uker etter operasjonen, men han sa at gradert sykemelding er så plundrete, og ville fortsatt sykmelde meg 100 %.» «Jeg ville være hjemme, men legen sa at det var best for meg å forsøke å jobbe, han hadde rett!» Dette er to historier blant et utall som illustrerer legens rolle og de tilfeldigheter som sykefraværet er underlagt. Selvsagt kan det ikke fortsette slik. Alle parter, også legene, må se nødvendigheten av mer konsistens, mer forutsigbarhet og mer faglighet i «det å sykmelde».

Et element blant virkemidlene i avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er å svekke legenes rolle, for derigjennom å gi plass for en ansvarliggjøring av ansatte og arbeidsgivere. Utvidet anledning til egenmelding var det ene grepet, det er liten tvil om at dette har vært vellykket. Det andre grepet omhandler de som har behov for medisinsk behandling og oppsøker lege. Det er da meningen at pasienten skal være en likeverdige partner når behovet for sykmelding drøftes. Arbeidstakeren (som pasient) tar med seg sin kunnskap om arbeidsplassens ufordringer og muligheter for tilrettelegging og skal sammen med legen komme frem til en konklusjon (funksjonsvurdering) om hva som er mulig: Fortsatt i arbeid, eventuelt med tilrettelegging, gradert sykmelding, aktiv sykemelding eller sykmelding.

I altfor stor grad gir dette tilfeldige resultater, og man bør etterspørre muligheter for forbedringer hos alle parter. Arbeidsgiver må ta et ansvar for at arbeidstaker (som pasient) er seg bevisst muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen. Arbeidstaker må gjøre seg opp en mening og fremme denne ovenfor legen. Legen bør ha som grunnholdning at også tilbakeføring til arbeid, tidligst mulig, kan være en målsetting for medisinsk behandling.

En obligatorisk direkte involvering av arbeidsgiver i legens saksbehandling etter 12 ukers sykmelding er et nytt virkemiddel som vi har store forhåpninger til, ikke bare i den enkelte sak, men som kompetanseløft for lege og arbeidsgiver. Møter med arbeidsgivere som legger vekt på å ivareta sine ansatte på beste måte, vil være holdningsdannende for behandlerne, og behovet for sykmelding vil bli vurdert med en annen bevissthet enn tidligere. Arbeidsgivers obligatoriske deltakelse i saksbehandlingen av sykmeldinger med mer enn 12 ukers varighet er selvsagt et kraftig virkemiddel som kan berøre pasientens integritet. Ordningen ville neppe være gjennomførbar (eller ønskelig?) uten «et mer inkluderende arbeidsliv» som motivasjon.

Vemund Digemes
Miljø/HMS-avdelingen
Norsk Industri

Sykefravær og arbeidsmedisin

Sykefraværsutvalget under ledelse av statsminister Jens Stoltenberg foreslår å øke legenes involvering i oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere. Sykmeldende lege skal møte den sykmeldte og arbeidsgiveren etter 12 ukers sykmelding. Det kan være fornuftig. En ulempe med forslaget er at mange leger har mangelfull kunnskap om arbeidsmiljøet i norske bedrifter.

Forslaget peker på behovet for å øke skolen i arbeidsmedisin i medisinstudiet. Med den raske endringen i arbeidsbetingelser som norske arbeidstakere opplever, er det også behov for etterutdanning på dette feltet. I dag foregår det en viss undervisning i arbeidsmedisin ved fakultetene i Trondheim og Bergen, uten at jeg er trygg på om studentene der får tilstrekkelig kunnskap til å kunne være til stor hjelp i sykefraværsoppfølging. Studentene i Tromsø får 6 timers undervisning i arbeidsmedisin i løpet av studiet, mens de som studerer i Oslo ikke får noe.

Det meste av arbeidsmedisinsk aktivitet i Norge foregår i allmennpraksis, men ofte uten at legen er klar over det. Nesten enhver ny pasient som henvender seg til primærhelsetjenesten har en arbeidsrelatert lidelse, dvs. arbeidsrelatert i den forstand at arbeidsforhold «kan ha sammenheng med» at lege ble oppsøkt (1). Det er sjelden at den siden ved sykdommen blir tatt opp under konsultasjonen. Uten konkret kunnskap om miljøet, det være seg kjemiske, fysiske, ergonomiske eller organisatoriske forhold, vil legens involvering være av begrenset nytte. For det mindretall av bedrifter som har bedriftshelsetjeneste, bør det være en selvfølge at bedriftslegen trekkes inn i oppfølgingen. Utvalgets forslag kan bli et slag i luften om det forutsetter en kunnskap som legen ikke har.

Håkon Lasse Leira
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Hilt B, Kvenild K, Stenersen S. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2065–7.

Politiske interessekonflikter

Sett i lys av den siste tidens åpenbare politisering av Tidsskriftet, både på leder- og kronikkplass og i «vitenskapelige» innlegg, ber jeg redaktøren om at vedlegget «oppgitte interessekonflikter» etter en artikkel heretter inkluderer forfatter(ne)s politiske bindinger så vel som deres eventuelle medlemskap av ledende karakter i interesseorganisasjoner, både av humanitær og politisk/parapolitisk type. Man bør også diskutere om ledende medlemskap i organisasjoner uten offentlig tilknytning (non-governmental organisations, NGO) bør inkluderes.

Etter min og andres mening er dette etter hvert av like stor betydning for innleggenes objektivitet og nøytralitet som om man eventuelt har fått et reisestipend fra et medisinsk-teknisk firma eller har holdt et innlegg på et møte for interesserte kolleger. Det er opp til Legeforeningens styrende organer å beslutte om dette også bør gjelde redaksjonen i Tidsskriftet.

Rolf Kirschner
Oslo

Redaktøren svarer:

Hvorvidt Tidsskriftet er blitt «politisert» i det siste eller ikke, lar jeg ligge i denne omgang. Jeg har nylig behandlet spørsmålet på lederplass (1), og det er stadig diskusjoner om hvordan interessekonflikter bør oppgis, se for eksempel i Tidsskriftet nr. 18/2006 (2).

Vi lever i en tid med sterkere polarisering enn for noen år tilbake, men neppe med spesielt sterke meningsbrytninger historisk sett. Et raskt blikk på noen av for eksempel Karl Evangs innlegg i Tidsskriftet i 1930-årene vil gi en smakebit på toleranse for en krass tone og steile fronter i det medisinske miljø. Også politisk skjedde det viktige ting på den tiden som hadde betydning for hva slags verden man ønsket å leve i. Noen leger hadde for eksempel meninger om den politiske utviklingen i Tyskland i mellomkrigstiden. Var det galt? Mistet de dermed sin «objektivitet»? Eller var det verre å insistere på å forholde seg «nøytral»? Dette er for store spørsmål til at de kan behandles i denne spalten i et innlegg begrenset til 400 ord.

Jeg er imidlertid helt enig med Rolf Kirschner i at det er vesentlig at forfattere tar skjemaet for oppgitte interessekonflikter på alvor. Her blir forfatteren bedt om å oppgi alle interessekonflikter – ikke bare finansielle. Redaksjonen diskuterer kontinuerlig hvordan skjemaet bør utformes, men til sjuende og sist er det opp til den enkelte forfatter å gjøre opp med seg selv om det er noe leserne bør vite som ikke er umiddelbart klart – uten at det blir parodisk.

Vi ønsker ikke noen utleverende selvbiografi knyttet til hver artikkel og hvert leserinnlegg, men relevante bindinger bør synliggjøres.

Det viktigste er å være åpen, konkret og tydelig. Jeg hadde for eksempel ønsket meg at Kirschner og dem han representerer i stedet for å snakke om «politisering» fortalte hva – konkret – de har reagert på og hva de ev. mener holdes skjult for dem og andre lesere. På samme måte ville det kanskje være av interesse for lesere å vite om Kirschner og andre har noen bindinger eller har hatt noen verv – nå eller tidligere – i de typer organisasjoner han nevner.

Charlotte Haug
Tidsskriftet

Litteratur

1. Haug C. Du må ikke tåle. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2503.
2. Reseland S. Oppgitte interessekonflikter. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2408.

Et pedagogisk nyskapende læreverk

Steinar Hunskaar anmelder i Tidsskriftet nr. 19/2006 Vegard Bruun Wyllers læreverk *Det friske og det syke mennesket* (1, 2). Et forhold som kommenteres positivt, er *designet*, der hvert av de seks bindene består av to og to parallelle bøker, bundet sammen i et felles bind, og som tar opp henholdsvis det friske og det syke mennesket. Visualiseringen omtales som «imponeerende» og «forseggjort» og «uten alvorlige feil» i illustrasjonene (2). Hunskaars faglige kritikk er at verket er for lite symptomorientert, har for lite fokus på evidensbasert medisin og i for høy grad refererer til handelsnavn på medikamenter. At verket er et enmannsprosjekt, riktignok med en rekke medisinske og sykepleiefaglige fagkonsulenter, fører etter Hunskaars mening til visse feil når det gjelder «detaljar i ytterste ledd» (2).

Jeg er ikke lege og skal derfor ikke kommentere verkets faglige innhold. Jeg har imidlertid lyst til å supplere med noe om det pedagogisk nyskapende ved verket. Slik jeg

ser dette som læreverk, er det langt mer enn spiralen i ryggen som binder det sammen til en læringsvennlig helhet. Jeg vil trekke frem den integreringen som ligger i fremstillingens sammenkobling mellom struktur (anatomi) og funksjon (fysiologi), struktureringen av stoffet i forhold til organsystemer og den konsekvente organiseringen av stoffet innen hver av de to delene i hvert bind, der stoffet er oversiktlig ordnet i en struktur som gjentas fra bind til bind. Dessuten er den utstrakte bruken av pasienteksempler (over 200) fra den medisinske og sykepleiefaglige hverdagen i tråd med sentrale pedagogiske prinsipper i moderne medisinsk utdanning. Utgangspunktet for ny læring ligger her i situasjoner som kan *gjenkjennes*, men som krever ny kunnskap for å bli *forstått*. Organisering av ny læring på en slik måte letter overføring og transformasjon av kunnskap til nye brukssituasjoner. Dette verket inviterer til slik læring. Det er også tydelig at forfatteren har klare intensjoner om å integrere stoff fra ulike fag og forskningstradisjoner for å sette den medisinske kunnskapen inn i en bredere sammenheng.

Selv om læreverket primært er skrevet for sykepleierutdanningen, mener jeg at det forsvarer en plass også i utdanning av leger. Det skyldes nettopp den integrerende strukturen, de rikholdige pasienteksempelene og den oversiktlige oppbygningen. Lærerverket er et kunnskapsmessig rammeverk som kan bygges ut med all den spesialkunnskap som er nødvendig for andre utdanningsformål.

Vegard Bruun Wyller fortjener stor ros og respekt for dette arbeidet.

Gunnar Handal
Pedagogisk forskningsinstitutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Wyller VB. Det friske og det syke mennesket. Anatomi, fysiologi, biokjemi, patofysiologi, sykdomslære, farmakologi og mikrobiologi. 6 bd. Oslo: Akribe, 2006.
2. Hunskaar S. Fornyande pedagogikk – faglege utfordringar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2559.