

Kroniske smerter – vi gjør ikke alt galt

I artikkelen Kroniske smerter – gjør vi alt galt? i Tidsskriftet nr. 22/2001 (1) beskriver Stein Knardahl allmennleger som temmelig inkompetente til å behandle pasienter med smerter, og han latterliggjør deres erfaringskunnskap. Knardahls poeng er legenes behov for nyere smertefysiologisk kunnskap. Vi mener at kunnskap om smertefysiologi er nødvendig, men utilstrekkelig i møtet med pasienter med smerter, akkurat som erfaring og klinisk kompetanse er det.

Hovedproblemet i Knardahls artikkel er at smerte som en subjektiv opplevelse faller helt utenfor oppmerksomheten. Pasientens opplevelsesmessige perspektiv er ikke tema i artikkelen. I redegjørelsen om smerter og smertepsykologi fremstilles kroppen som en biologisk «ting» som det psykososiale «virker inn på» og som en årsak-virknings-mekanisme der en stimulus utløser en reaksjon. Kroppen som jegopplevelse og smerten som eksistensiell opplevelse er overhodet ikke tatt med.

Kroppen er både et objekt i verden og et subjekt som omverdenen eksisterer for. For det individuelle mennesket er kroppen fundamentet for eksistensen. Jeg er kroppen min, jeg opplever og erfarer gjennom kroppen. Det gjelder også når jeg blir syk. Når pasienten forteller om sine smerter, forteller hun om seg selv som forandret, om kroppen som *jeg*. Vi er våre kropp, samtidig som de er biologi og underlagt naturens lover.

Gjennomgangstonen i artikkelen er at smerte bagatelliseres og pasienter mistros. «Korrekt vurdering av smertens trusselverdi er avgjørende for utfallet,» skriver Knardahl (1). Hvem skal vurdere trusselverdien?

Vi tror allmennpraktikere har betydelig erfaring med at «kroppen» og «livet» henger sammen på ulike måter. Denne kliniske kunnskapen er uunnværlig i møtet med mennesker med smerter. Smertefysiologi forklarer opplevelsen av smerte like lite som synsfysiologi forklarer opplevelsen av et maleri. Hvis legen ser bort fra det menneskelige ved mennesket – mennesket som meningsbærende og meningsskapende subjekt – kan han ikke forstå sine pasienter og hjelpe dem med kronisk smerte. Mennesket kan ikke forklares, bare forstås.

«Pasienter med smerter trenger informasjon om sin spesielle situasjon, råd som er helt konkrete,» skriver Knardahl (1). Vi mener at legen trenger informasjon fra pasienten om henne og hennes spesielle situasjon – for å forstå henne, stille en diagnose og

iverksette en behandling. Konsultasjonen er en menneskelig samhandling, og legen kommer ikke nærmere symptomet enn pasientens formidling av sin opplevelse. Overfor pasienter med smerter trenger vi klinisk kunnskap til å forstå hva av vår generelle medisinske kunnskap som gjelder i nettopp dette tilfellet.

Oslo

Sissel Steihaug

Senter for Kvinne- og kjønnsforskning

Björgulf Claussen

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.

S. Knardahl svarer:

I artikkelen Kroniske smerter – gjør vi alt galt? (1) gjør jeg rede for ny forståelse av kroniske smerter basert på nyere smerteforskning. Denne forståelsen består blant annet i at psykologiske forhold bestemmer opplevelse av smerte og bidrar til forløpet. Jeg påpeker at smerter er subjektive, og at psykologiske prosesser bestemmer «mennesket som meningsbærende og meningsskapende subjekt» og «pasientens opplevelsesmessige perspektiv» (1).

Alle som behandler mange smertepasienter er enige om at smertebehandling krever kompetanse om smertemekanismer. Kompetansen må også omfatte psykologiske mekanismer (1).

Sissel Steihaug & Björgulf Claussen har etter min mening et overfladisk forhold til artikkelens innhold. Beskrivelsen av «nyere smertefysiologisk kunnskap» utgjør mindre enn 15 % av artikkelen. Steihaug & Claussen skriver: «Gjennomgangstonen i artikkelen er at smerte bagatelliseres og pasienter mistros.» Hvor har de det fra? Poenget er nettopp å ta mennesket på alvor og ikke avfeie pasienter med inadekvate primærundersøkelser, mangelfulle råd eller tankeløs oppførsel. Vi forstår hvordan menneskenes tenkning påvirker smerten og kan hjelpe til med å endre vurderingen av trussel når det er riktig. I min artikkel beskrives psykologiske mekanismer som kan bidra til å forsterke smerter, og hvordan lidelse kan forverres av helsevesenet. I artikkelen presenteres forslag som kan gi pasientene bedre grunnlag for mestring av smerter enn det de får i dag.

Utsagn fra Steihaug & Claussen om «at legen trenger informasjon fra pasienten om

henne» og «forstå henne, stille diagnose og iverksette behandling» (som kontrast til anbefalingen i min artikkel om å gi råd som er konkrete for pasienten), representerer en behandlingsmodell der legen tar alle beslutningene. Jeg har nettopp understreket pasienten som subjekt. Nå må vi forstå hvordan pasientens egen vurdering av smertenes betydning er sentral for plageutviklingen. Behandling basert på tåkeprat som «klinisk kunnskap til å forstå hva av vår generelle medisinske kunnskap som gjelder i nettopp dette tilfellet», må vi slutte med, for resultatene har hittil vært dårlige.

Det er mulig at Steihaug & Claussen ikke kjenner til psykologi som fagfelt med betydning for smerter (psykologi er det vitenskapelige studium av atferd og mentale prosesser). Det er mulig at de to målbærer det syn at leger ikke trenger kompetanse om smerter for å hjelpe smertepasienter. For meg representerer det arroganse og mangel på respekt for mennesket. Også allmennpraktikere må være villige til kvalitetssikring, til å motta kritikk og forslag og til å implementere ny kunnskap.

Oslo

Stein Knardahl

forskningsjef

Litteratur

1. Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.

Avsporing om generisk substitusjon

Den viktige diskusjonen om generisk bytte av legemidler fortjener bedre enn Hans Petter Aarseths behandling i Tidsskriftet nr. 28/2001 (1). Basert på en ulykksalig serie av misforståelser og unøyaktigheter mener han å ha avdekket et hittil upåaktet formål bak ordningen: «Nå viser det seg at det også er andre føringer for denne «reformen», nemlig hensynet til apotekkjedene.» Det er en original påstand, men den blir ikke riktig av den grunn. Var det riktig som Aarseth hevdet, ville forslaget i statsbudsjettet for 2002 om å redusere apotekavansen med 21 millioner kroner «slik at apotekenes incentiver til å foreta generisk bytte styrkes» (2) fremstå i et underlig lys.

Ser man nærmere på Aarseths resonnement, blir det lettere å forstå hans oppsiktsvekkende slutning. Det er riktig at kjedene kom som en konsekvens av ny apoteklov. Det er derimot feil at «en apotekkjede kan formelt sett ikke være både grossist og apo-

tek». Samme eier kan ifølge loven eie både grossist og apotek.

Det er også galt når Aarseth hevder at apotekene ikke lenger plikter å ha et bredt assortiment av legemidler. Her er ny og gammel lov helt lik. Med flere markedsførte legemidler og flere apotek er rasjonelt lagerhold stadig viktigere. Leveringsplikten kombinert med et godt lokalt tilpasset sortiment gir en forsvarlig løsning for pasientene og samfunnet. Dette må legene medvirke til. Ingen apotek kan ha alt på lager.

I apotekkjeden Alliance UniChem har vi lagt mye omtanke i retningslinjer for generisk bytte. Med et nært samarbeid mellom apotek og lege kan legen ofte forskrive produkter apoteket lagerfører. Mange pasienter bruker et fast apotek, som vet hva pasienten har fått tidligere. Det vil ha betydning for om apoteket tilbyr bytte. Når Aarseth sier at «pasienter ofte vil risikere å få en helt annen tablett», så kan dette påvirkes gjennom legenes forskrivning og samarbeid med lokale apotek. Bytte *i seg selv* er ikke et mål.

Generisk bytte er et tiltak for å dempe veksten i samfunnets legemiddelkostnader. Diskusjonen har dreid seg om hensynet til pasienten og om ordningen virkelig gir besparelser. Det er en viktig debatt. Den bør føres med utgangspunkt i fakta og argumenter leger, pasienter og apotek kjenner fra egen hverdag. Blant annet er det viktig å få dokumentert om risiko for feilbruk øker ved generisk bytte. Her vil samarbeid mellom apotek og leger være nyttig.

For Aarseth er opptatt av pasientenes sikkerhet. Og han vil svekke kjedenes makt. Derfor foreslår han at reseptfrie legemidler skal selges utenfor apotek. Reduserer det faren for feilbruk? Og mener virkelig Aarseth at kjedenes dominans er mindre i dagligvarehandelen?

Høvik

Marit Andrew
fagdirektør
Alliance UniChem Norge AS

Litteratur

1. Aarseth HP. Hvorfor generisk substitusjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3339.
2. St.prp. nr. 1, Folketrygden 2002.

Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter

Ann Færden peker i sin interessante artikkel i Tidsskriftet nr. 29/2001 (1) på mange vesentlige momenter i behandling av mennesker med lang tids psykiatrisk lidelse. Disse mennesker er som andre «fornøyde ved å få egen bolig, ha venner samt meningsfulle aktiviteter». Egen bolig hindrer at disse pasientene blir kasteballer mellom bydeler, ulike omsorger og institusjoner. I Færdenes distrikt mangler likevel fjerdeparten egen bolig.

I psykiatrien prøver vi å få til en kontinuerlig behandlingsprosess med alle pa-

sientkategorier. Det er ikke lett. Fagpersoner skifter jobb, og på det nye sted er det ikke alltid akseptert at terapeuten har med seg pasienter fra sin forrige stilling. I de siste par tiår av min snart 45-årige tjeneste i psykiatriske institusjoner er jeg blitt mer og mer opptatt av forhold med ubevisst avvisning mellom pasient og terapeut. Terapeuten med faste indre strukturer kan intuitivt reagere negativt på tilsvarende svake strukturer hos pasienten og føle behandling som et håpløst foretak. Pasienten kan bli henvist videre og oppleve seg avvist. Dette skjer nok oftere enn ønskelig når vi har med pasienter med personlighetsforstyrrelser og psykoser å gjøre. Muligens kan dette være en faktor (av flere) som fører enkelte pasienter over i en «kronisk» tilstand. Med små team og gode veiledningsforhold kan slike motoverføringer hos fagfolk bli dreid over i en mer aksepterende retning.

Innleggelsespraksis som beskrives i Færdenes artikkel, at terapeuten følger pasienten til den psykiatriske akuttavdeling, er også verdt å merke seg. Vi har samme erfaring ved UNA-prosjektet (Unge Nysyke Aker sektor) at dette gjør det lettere å bearbeide hendelsen etter utskrivningen. Pasientene blir også mer trygge når den terapeuten de har poliklinisk, er med til akuttmottaket. Ved en overføring fra rehabiliteringsavsnittet til førstelinjen bør også den gamle og nye terapeut møte hverandre (en eller et par ganger) sammen med pasienten for å hindre at pasienten opplever forandringen som et brudd. Ved forandring av pasientstatus er det ikke sjelden at suicidale impulser dukker opp. Den fastlege som overtar behandlingen, vil således ha et kjennskap til den forrige behandler og kan få tips av denne når ubehagelige motoverføringer oppstår.

Asker

Carl S. Albretsen

Litteratur

1. Færden A. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3375–9.

A. Færden svarer:

Psykiater Carl S. Albretsen peker på viktige elementer i oppfølgingen av psykiatriske langtidspasienter: kontinuitet i behandlingen og forståelse og innsikt for valg av behandlingsmetode fra behandlerapparatet.

Erfaringen er at det er holdninger som «mangel på tilbud», ofte begrunnet i personal- eller ressursmangel, som brukes som den «egentlige» grunn for å avvise oppfølging av en pasient. Mennesker med langvarig psykisk lidelse har ofte store behov for hjelp, og hvis en behandler sitter med ansvaret for dette alene, enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten, kan dette oppleves som en umulig oppgave å lykkes med. Ønsket om at andre skal gjøre det «umulige» kan føre til avvisning.

I artikkelen i Tidsskriftet (1) omtalte jeg i liten grad arbeidsmetoden som ble brukt i rehabiliteringsteamet, såkalt «clinical case management». De første årene arbeidet vi mer individuelt enn hva vi etter hvert gjorde. Da arbeidet vi etter en teammodell kalt «assertive community treatment» (ACT) (2, 3). «Flere hoder tenker bedre enn ett», var en holdning vi begrunnet dette med. Dette er også anerkjent for å forhindre utbrennet og opplevelsen av makteløshet og å forhindre sårbarheten ved fravær.

Motoverføring er et ukjent begrep for de fleste utenfor psykiatrien og er vanskelig nok å forstå og enes om for oss som arbeider i psykiatrien. Utfordringen er kanskje ikke å få andre til å forstå hva begrepet innebærer, men å si med enkle og forståelige ord hva som skal til for å gi en god oppfølging. Slik Albretsen omtaler dette, er vår erfaring at kunnskap overføres i fellessamtaler med dem som skal fortsette oppfølgingen på en måte som den skriftlige henvisningen eller epikrisen ikke kan romme. Ved overføring av oppfølgingsansvaret til en annen etat betyr ikke dette fraskrivelse av ansvar, men at psykiatrien raskt er tilgjengelig og lydhør overfor førstelinjetjenestens behov.

Det at så mye av psykiatrisjursene og kunnskapen fortsatt befinner seg innenfor spesialisthelsetjenesten, er et problem for god oppfølging av denne gruppen pasienter. I England er det polikliniske spesialisttilbudet for langtidspasientene knyttet til kommunehelsetjenesten. De slipper derfor et overføringsledd og diskusjon om hvem som har ansvaret og om hvem som skal gi et tilbud. Hvordan det går her i landet når staten nå overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten og når budsjettene skal styre driften, blir det viktig å følge med på. Denne gruppen pasienter må ikke igjen få det dårligste tilbudet (4).

Oslo

Ann Færden

Litteratur

1. Færden A. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3375–9.
2. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Restnik S. Models of community care for severe mentally illness: a review of research on case management. Schizophr Bull 1998; 24: 37–72.
3. Åberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Øsby U. Two year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 1995; 46: 1263–6.
4. Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? Br J Psychiatry 2001; 179: 381–4.

Alf Brodal – lærer av format

Det var med stor interesse jeg leste artikkelen om Alf Brodal i Tidsskriftet nr. 29/2001 (1). Mine tanker gikk tilbake til årene på Anatomisk institutt fra 1957 til 1959. Brodal var i sine mest aktive år, og som student er det Alf Brodal som lærer jeg husker best.