

Kroniske smerter – gjør vi alt galt?

I Tidsskriftet nr. 22/2001 understreker Stein Knardahl den viktige posisjonen vi behandlere har for å motvirke kronifisering av bl.a. ryggsmarter (1). Det er smerteatferd vi forholder oss til. Prosesser fra nocisepsjon til atferd foregår i det skjulte.

Jeg er uenig i påstanden om at det er liten enighet om diagnostiske kriterier for ryggsmarter. Allerede i 1987 kom The Quebec Task Force on Spinal Disorders med en anbefaling for inndeling av ryggsmarter i spesifikke og uspesifikke (2). Denne blir brukt i de fleste internasjonale veiledninger og prosedyrer. På Internett finnes det en utmerket veiledning fra New Zealand om hva som skal gjøres og hva som skal unngås i møtet med pasienter med akutte og pasienter med kroniske ryggsmarter i primærhelsetjenesten (3).

At man trenger organspesialister for å utarbeide prosedyrestandarder i primærhelsetjenesten, er ikke en selvfølge. I Nederland blir prosedyrene i primærhelsetjenesten bevisst utarbeidet av allmennlegene selv, etter rådføring med organspesialistene, fordi allmennlegenes pasientpopulasjon er en annen enn spesialistenes. I den nederlandske veiledningen har man implementert mange kognitive behandlingsprinsipper for å unngå utvikling av kronisitet. I Norge utarbeider nå Nasjonalt Ryggnettverk retningslinjer for kunnskapsbasert behandling av korsryggssmerter i primærhelsetjenesten. De foreløpige retningslinjene er tilgjengelig på nettet (4).

Det er ikke mangelen på enighet om kunnskapsbaserte diagnostiske kriterier som gjør møtet med ryggpasienter vanskelig. Lang ventetid for CT og/eller for time hos spesialist kan ikke forsvare langvarig sykmelding.

Jeg tror at det er et problem at vi i vårt møte med ryggpasienter oftest må forholde oss til pasienter og behandlere med et annet diagnosebehov enn vårt. Som leger er vi vant til å utelukke spesifikke sykdommer og aksepterer at man ikke vet hva som er den egentlige årsak til plagene i de andre «uspesifikke» tilfellene. Det er dette veiledningene baseres på. Behandlingsmiljøene (fysioterapeuter, kiropraktorer) ser ut til å ha problemer med å forholde seg til lidelser uten eksakt diagnose. Diagnosen blir oftest oppfattet som en forutsetning for å kunne sette i gang en behandling. De har derfor hatt tradisjon for å sette diagnoser også på lidelser der forklaringen er høyst usikker. Jeg mener at dette er et av hovedproblemene når det gjel-

der å få gjennomført kunnskapsbaserte veiledninger i behandling av pasienter med ryggplager.

Åmot/Skien

Marijke Engbers
fysioterapeut og bedriftslege

Litteratur

1. Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.
2. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12 (suppl 7): S1–59.
3. www.nzgg.org.nz.
4. www.ryggnett.no.

S. Knardahl svarer:

Marijke Engbers støtter på mange måter flere av grunntankene i min artikkel. Prosedyrestandarder for klinisk undersøkelse og utredning i allmennpraksis kan være et meget viktig tiltak for å forebygge kronifisering. Det er viktig å være klar over at undersøkelsesprosedyrene er av betydning for forløpet og ikke bare for å stille korrekt diagnose.

Engbers henviser til Internett-sider fra New Zealand som en «utmerket veiledning». At norske leger skal basere kvaliteten i sin praksis på å finne sider på Internett, illustrerer hvor tilfeldig smertepasienter behandles. Jeg er selvsagt enig i at kunnskapen som samles gjennom Nasjonalt Ryggnettverk er et meget viktig skritt i riktig retning. Ryggnettverkets Internett-side presenterer nå undersøkelsesprosedyrer på en meget god måte. Det som mangler er å sette disse sammen til en fullstendig (men anamnesestyrt) undersøkelse som kan gi pasient og lege trygghet for at en fullstendig klinisk undersøkelse er utført. Så gjenstår skulder, nakke, hodepine, underarm osv. Personlig tror jeg at spesialister som daglig utfører mange slike undersøkelser, må være sentrale for å lage prosedyrer som er effektive i forhold til tidsbruk.

Et spørsmål som må diskuteres, er om det skal *kreves* av leger at de følger prosedyrestandarder. Man kan for eksempel tenke seg at trygdefusjon gjøres avhengig av at en bestemt utredning er utført.

Engbers er uenig i påstanden om at det er lite enighet om diagnostiske kriterier for ryggsmarter. Jeg påpekte i min artikkel en mangel på enighet om diagnostiske kriterier for *muskel- og skjelettplager* og ikke ryggsmarter. Dette er fortsatt korrekt.

Oslo

Stein Knardahl
forskningssjef

Unge kvinner og fylla

Willy Aasebø og medarbeidere vekker berettiget offentlig oppsikt med sin artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2001 (1). Det er mer fyll og hos yngre kvinner enn før. Redaktør Pål Gulbrandsen poengterer meget sterkt at vi som leger må engasjere oss bedre i alkoholproblematikken (2).

Tradisjonelt har det vært slik at medisinsk forskning i fagene rundt helse og sosiale forhold har nøydt seg med empiriske beskrivelser av virkeligheten. Det finnes ca. 50 000 vitenskapelige publikasjoner om tobakkens skadevirkninger, men avstanden fra all denne kunnskap til praktiske tiltak for å forebygge all denne elendigheten har vært enorm. Det er ille med drikkingen også, men mindre interessant hvordan vi gjør noe med problemet.

Den interessante artikkelen til Aasebø og medarbeidere mangler en forklaringsanalyse. Tallmaterialet er kommentert, med gode innslag av selvkritikk, men det hadde vært interessant med forfatterens tanker om årsaker og bakgrunnsvariabler og deres konkrete råd til helsepolitikere og andre om hvordan denne uheldige utviklingen bør takles og motarbeides. Geir Riise (3) nevner kort noen få av mange momenter i tiltakskjeden.

Jeg ber derfor forfatterne svare på disse spørsmål: Hvilke årsaksfaktorer legger de mest vekt på når denne uheldige utviklingen skal forklares? Kan det være den populære vinkulturen med begersvingende leger og andre fremstående personer? Hvilke offentlige tiltak mot problemene legger forfatterne mest vekt på? Eller mener de at det ligger utenfor deres ansvarsområde å foreslå tiltak?

Nordbyhagen

Carl Ditlef Jacobsen
pensjonert overlege

Litteratur

1. Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllearest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2683–5.
2. Gulbrandsen P. Og verdens alkoholfrie dag, hvor ble det av den? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1669.
3. Riise G. Fylla i fyllearest og sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2682.

W. Aasebø & J. Jonsbu svarer:

I vår artikkel (1) beskriver vi bl.a. en betydelig økning i sykehusinnleggelses blant unge kvinner, forårsaket av akutt alkoholforgiftning. Årsakene til denne utviklingen er mange og komplekse, men opplegget for undersøkelsen tillater oss ikke å gi svar på den

type sosiale/sosiologiske problemstillinger som reises av Carl Ditlef Jacobsen.

«Begersvingende leger» kan tenkes å øke totalforbruket av alkohol, men disse er knapt så sterke rollemodeller for unge kvinner at resultatet er flatfyll og sykehusinnleggelses. Noen av årsakene kan vi finne ved å diskutere trekk ved samfunnsutviklingen og påvirkninger som dagens unge blir utsatt for.

Ungdomstiden er en overgang mellom barndom og voksenliv. De unge skal lære, de skal prøve, og, forhåpentlig, finne en god voksenrolle. Voksentrningen foregår i stor grad uten at voksne mennesker er til stede. Mange voksne er redde for å miste sine barns respekt og kjærlighet. Dette kan være noen av årsakene til at dagens foreldregenerasjon har mistet mange av de sanksjonsmulighetene som tidligere generasjoner hadde.

Ungdommen utsettes for press, fra sine egne og fra omgivelsene. De kan til en viss grad velge hva slags «type» de vil spille. Mediene bidrar sterkt til å definere hva slags typer som er interessante. Ingen, verken unge eller voksne, vil være uinteressante. De personene som får mest oppmerksomhet i såpeserier og i medieverdenen for øvrig, er gjerne intrigemakerne, de slemme og aggressive. «Snill pike» er kanskje det verste en ung kvinne av i dag kan være. «Snillhet» er en karakteregenskap som ingen lenger vil vedkjenne seg.

I vårt land har vi lang tradisjon for at fest og fyll hører sammen. Vår studie bekrefter at dagens unge fører denne tradisjonen videre.

Nordbyhagen

Willy Aasebø
Jørgen Jonsbu

Litteratur

1. Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllarrest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2683–5.

Sportsdykking – sikkerhetsutstyr byttes ut med instruks

Som sportsdykker og allmenntidningsgjennom snart 30 år har jeg med interesse lest Otto Molværs redaksjonelle artikkel i Tidsskriftet nr. 17/2001 (1) og Einar Thorsens kommentar i nr. 22/2001 (2).

I slutten av september omkom en erfaren mannlig dykker i nærheten av Tønsberg, og fra området rundt Oscarsborg ble en kvinnelig dykker brakt til Ullevål sykehus med alvorlige skader (3). Det har også vært andre dødsulykker og skader ved dykking i sommer (3). Ved de fleste dødsulykker innen sportsdykking de siste ti årene har meddykkere ikke funnet den omkomne i tide, eller så har dykkeren dykket alene. Det er meget

sjelden at det finnes feil på det tekniske utstyret.

Da jeg tok mitt dykkersertifikat i 1974, var en 5–7 meters line (bodyline) mellom to dykkere og line til overflaten ved alenedykk en del av det obligatoriske sikkerhetsutstyret. Når jeg nå snakker med unge dykkere, inkludert erfarne sportsdykkere, er det nesten ingen som bruker dette. De fleste mener at bruk av line hemmer frihetsfølelsen, utfoldelsen og dykkergleden.

Norges Dykkeforbund mener at line er en viktig del av sikkerhetsutstyret. I Norge er det hovedsakelig PADI (Professional association of diving instructors) som står for opplæring av sportsdykkere, men de instruerer ikke i bruk av line. Elevene blir i stedet instruert til å holde konstant visuell kontakt med meddykkere.

Å opprettholde visuell kontakt under vann er en nesten umulig oppgave pga. undersjøiske forhold, sikt, algeforhold og iver etter å gjøre egne observasjoner (fisk, skalldyr, gjenstander, formasjoner). Dersom man mister en meddykker av syne, er det svært vanskelig å etablere kontakten igjen. Dermed er minst to dykkere alene og ute av stand til å hjelpe hverandre ved kriser.

Dykking er en risikosport. Gjør man ikke alt riktig, kan det likevel gå godt. Men det er meget betenkelig at tidligere obligatorisk sikkerhetsutstyr blir byttet ut med en instruks som ikke har noe «sikkerhetsnett» når instruksjonen ikke overholdes.

Skjettjen

Harald Rambøl

Litteratur

1. Molvær OI. Sportsdykking. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2000.
2. Thorsen E. Sportsdykking – det går ofte galt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2638–9.
3. Aftenposten (morgenutgaven) 30.9.2001.

O.I. Molvær svarer:

Som nemnt i Tidsskriftet nr. 17/2001 er sportsdykking nærast blitt folkesport, også her i landet (1). At sporten ikke er risikofri, går tydeleg fram av dødsstatistikken. Per 24.10. 2001 er talet på omkomne i år kome opp i sju (Sjøforsvarets dykkarlege, personleg meddeling). Det er såleis på sin plass at Harald Rambøl framhevar vanskaner med visuell kontakt mellom eit dykkarpar, og påpeikar at eit sikringstiltak som mellomline (kameratline = «buddy line») er «gått av mote». I 1962 var eg med å starte opp Studentenes Undervannsklubb i Bergen. Som streng sjefinstruktør i klubben la eg stor vekt på slike sikringstiltak. Det er blitt argumentert mykje både for og mot mellomline. Ved til dømes vrakdykking kan lina hekte seg fast. Men sidan kniv er obligatorisk utstyr, kan ein kutte seg laus om ein held hovudet kaldt.

I samtale med sportsdykkarar tar eg ofte opp tryggleiksproblemet. Eg har alltid hevda at fem til ti dødsfall i året er uakseptabelt i sportssamanheng. Liknande finn ein ikkje i nokon annan sportsaktivitet. I tillegg kjem til dels alvorlege skadar, slik Einar Thorsen har påpeikt (2). Sportsdykkarentusiastar hevdar gjerne at skaderisikoen er liten, slik oppstillinga nedanfor kan gi inntrykk av. Dette er tal på skadeinsidens (%) i 1991 frå National Safety Council i USA (3):

Amerikansk fotball	2,17
Baseball	2,09
Korgball	1,86
Europeisk fotball	0,91
Nettball	0,37
Vasski	0,20
Racquet-ball	0,17
Tennis	0,12
Symjing	0,09
Bowling	0,04
Sportsdykking	0,04

Sjølvs om det her kan sjå ut som skaderisikoen ved sportsdykking og bowling er like, vil eg tru at bowlingdødsfall etter måten er sjeldne.

Førde

Otto Inge Molvær

Litteratur

1. Molvær OI. Sportsdykking. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2000.
2. Thorsen E. Sportsdykking – det går ofte galt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2638–9.
3. Richardson D. Current philosophy and practice of emergency ascent training for recreational divers. South Pacific Undersea Medical Journal 1993; 23: 214.

Tinnitus

Tinnitus har i mange hundre år vært beskrevet som en plage man ikke har funnet sikre botemidler mot.

Mange metoder har vært forsøkt. Membranstabilisatorer som intravenøst lidokain brukes lite pga. kort halveringstid og administrasjonsmåte. Såkalt «tinnitus retraining therapy» (TRT – en kognitiv basert mestringssterapi) har fått sterkt fotfeste også i Norge, men effekten er ikke målbar i blindforsøk.

Elektrisk suppresjon har vært i bruk i forskjellige former fra ca. år 1800, og har i de seneste år fått fornyet oppsving. Det foreligger en rekke artikler som omhandler flere administrasjonsmåter og betydelig respons hos pasienter med cochleaimplantat, eller ved lavfrekvent pulserende likestrøm med probe enten direkte på processus mastoideus, mot promontoriet, altså transmyringear, eller ved tinnex, hvor spolene med induksjonsstrøm ligger i hodetelefoner mot mastoidens.