

Vet allmennpraktikere for lite om kroniske smerter?

Professor dr.med. Stein Knardahl holdt et glimrende foredrag om *Psykofysiologiske mekanismer for kroniske smerter og plager* 22.11. 2000 i det nye Rikshospitalet, arrangert av Psykosomatisk avdeling, Rikshospitalet. Flere profesjoner og spesialister var invitert, og det var mange til stede. En halv times tid var avsatt til diskusjon etterpå. Noen tråder fra foredraget som ble tatt opp i diskusjonen, har jeg lyst å kommentere her.

Påstått mangel på kompetanse

Knardahl tok for seg både nevrofysiologiske og psykologiske mekanismer for kroniske smerter. Det var nyttig og viktig å bli minnet om disse elementære mekanismene bak smerteforståelsen i en travel allmennpraktikers hverdag. Knardahl poengterte også at det er i spesialiteten allmennmedisin flest pasienter med kronisk smerte blir behandlet, sammenliknet med andre spesialiteter. Videre fremholdt han mangelen på kompetanse i primærhelsetjenesten på dette feltet, og da spesielt hos allmennpraktikere, som fører til at de kanskje rett og slett gjør vondt verre (sykmeldinger, uendelig utredninger, uførepensjon, osv.)? Han undret seg da på allmennpraktikernes manglende tilstedeværelse på smertekongresser rundt omkring i verden. Dette ble videre understøttet av en psykiater i plenum. Vedkommende hadde som sin 15 år lange erfaring at det er helsevesenet som er den viktigste vedlikeholdsfaktor når pasienter med kroniske smerter ikke kommer seg ut av sitt uføre. Dette virket overbevisende.

Men er dette riktig?

Jeg har først noen kommentarer til at vi allmennpraktikere ikke har tilstrekkelig kompetanse på å behandle pasient med kroniske smerter: Jeg tør påstå at vi allmennpraktikere er eksperter i vårt møte med våre pasienter. KOPF er den allmennmedisinske ideologiske målsettingen, nemlig at tjenesten må være kontinuerlig/koordinerende, omfattende/omsorgsfull, personlig/påpasselig, og forpliktende/forebyggende. I dette konseptet møter vi våre pasienter. Hver pasient er unik. Både personfaktorer (alder, kjønn, oppdragelse, personlighet, holdninger/innstillinger, utdanning), og situasjonsfaktorer (familie/sosial situasjon, kulturelle forhold, økonomiske forhold, arbeidssituasjon, trykdeordninger) er med på å komplisere det kliniske bildet. Vi forholder oss til hver enkelt

av dem, nettopp med respekt og aksept for deres virkelighetsoppfatning. Hver konsultasjon er preget av dette. Kunsten å knytte teori til praksis er kanskje nettopp noe av det vanskeligste og viktigste en allmennpraktiker må beherske. Vår ideologiske målsetting kan til tider oppleves som for ambisiøs; en allmennpraktikers fare for å bli utbrent er stadig et aktuelt tema i våre faglig fora. Grunnen til at mange av oss likevel holder ut, er nettopp det at de fleste pasienter er takknemlige for at vi er til, for den behandling de får – og som fungerer godt i hverdagen. Vi allmennpraktikere får påfyll, og finner det meningsfylt og givende å være der pasienten trenger oss. Stein Knardahl tok for seg stort sett kjent stoff for en lege, spesielt den psykologiske delen med elementær læringspsykologi og kognitiv atferdsteori, og levendegjorde med eksempler og undersøkelser fra det innen psykiatrien velkjente begrep «sekundær gevinst». Det finnes ingen «gullstandard» når det gjelder å behandle pasienter med kroniske smerter, nettopp fordi den patopsykofysiologiske mekanisme er komplisert, i motsetning til visse rent somatiske sykdommer (hvis de finnes!), der man oftest har klare behandlingsstrategier i form av en slags oppskrift eller prosedyrebok som kvalitetssikrer behandlingen. Derfor vil strategiene som ble skissert avslutningsvis i foredraget for å behandle pasienter med kroniske smerter, ikke være noen annet enn en slags «Vær Varsom-plakat» for oss allmennpraktikere i vårt møte med dem.

Derne er det blitt en allment akseptert atferd i vårt samfunn at vi er så raske til i å ta til orde og kritisere andre profesjoner i det offentlige rom, til tross for at utsagnet oftest egentlig ikke er velfundert. Jeg mener selvfølgelig ikke at vi ikke skal være kritiske, og ikke kunne ta imot kritikk. Men vi må være varsomme med å følge den skapte trenden ukritisk, i troen på at det er en dyd å være selvkritiske. Nå som legestanden i fellesskap skal forsøke å snu denne negative trenden (med bl.a. etablering av profiltvalg) – som er et møysommelig arbeid, bør hver enkelt av oss bidra med det vi kan i vårt daglige virke og med våre holdninger for at dette arbeid skal lykkes. Derfor er det uheldig at Stein Knardahl insinuerte inkompetente allmennpraktikere. Man må være klar over ordets makt i en forsamling, særlig fra autoriteter, der utsagnet kan bli stående som en ubestridt sannhet. Vi må ikke selv bidra til å

forsterke denne trenden ukritisk, og gjøre vondt verre. Med erkjennelsen om at vi kan og må strebe etter å bli bedre, er det viktig at vi må bli flinkere til å fokusere på det vi får til. Vi må stole på oss selv; og være trygge på det vi gjør og stå ved det. Det er kun via det positive at man klarer å skape en ny giv og bli motivert, for i neste omgang å bli bedre.

Fuk-Tai Sundvor
Atlas Medisinske Senter
Dronningens gate 40
0154 Oslo