

## 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  
Senter for Kvinne- og kjønnsforskning

Sissel Steihaug

Bjørgulf 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 meningskapende 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 & Bjørgulf 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  
forskningssjef

### 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 Peter 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 hevder, 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-