

# Systematikeren

– Skulderen er yndlingsleddet mitt, slår Satya Pal fast før vi rekker å lese menyen på den indiske restauranten han har valgt. – Skulderlidelser er lette å diagnostisere, og vi allmennleger kan gjøre mye for pasientene med enkle midler. En skulder blir aldri kaotisk når vi undersøker den systematisk, sier han, vel vitende om at mange kolleger ikke deler denne erfaringen.

Det kunne vært fristende å avskrive hans ytringer som selvkryt, men Satya Pal fremstår som en lavmålt kollega med et kropps-språk blottet for dramatiske faktor. Muskel- og skjelettlidelser har vært hans hjertebarn hele yrkeslivet.

## Fra India til Norge

At Satya skulle bli fastlege i regnfulle Bergen, lå ikke i kortene da han ble født i Haryana (tidligere Punjab), en delstat i Nord-India. Faren var kontorsjef, moren husmor. Landsbyen der han ble født, fikk elektrisitet først i 1960. Før det var parafin-lampen familiens lyskilde.

– Allerede da jeg var barn, oppdaget jeg at jeg elsker å jobbe. Det har jeg arvet fra min far. I denne delen av India, der jordbruk er hovedvirksomhet, var det vanlig å stå opp kl 3 om morgen og arbeide til kl 12, etter det gjorde varmen det uutholdelig. Faren min vekket meg tidlig, omtrent halv fire om morgen, og mens han drev med sitt kontorarbeid, gjorde jeg lekser. Fra jeg var 11–12 år gammel dyrket jeg grønnsaker, forteller han.

– Jeg har et sterkt behov for å se resultater av det jeg gjør. Jeg husker godt hvor rart jeg syntes det var at mine onklar, som drev en mangoplantasje sammen med morfar, kranglet om hvem som skulle vanne plantene. Jeg kunne ikke skjonne at de ikke så gleden i å lage kanaler og se vannet fordele seg slik det var mest hensiktsmessig. Allerede da så jeg at et godt resultat forutsetter at man jobber systematisk. Dette er helt parallelt med hvordan leddundersøkelser blir enkle hvis man har lært seg å undersøke systematisk.

Satyas første møte med Norge var da han kom til Nome i Telemark som nyutdannet fysioterapeut i 1977. Han hadde også et jobbtbilbud i Oman, men iver etter mer utdanning gjorde at han valgte Norge. Han lærte språket fort, men trivdes ikke. Alt var fremmed. Likevel opplevde han Norge som et paradis, siden alle snakket samme språk og alt virket så rettferdig. De enorme forskjellene mellom fattig og rik han var vant

med fra barndommen, var ikke synlige i dette nye, merkelige landet. Han ble fort glad i norsk natur, de lyse nettene og snøen. Kontrastene i de ulike årstidene fascinerer fortsatt.

Etter kort tid i Norge prøvde han å søke seg inn på medisinstudiet. Da oppdaget han medaljens bakside: Norge var ikke så rettferdig likevel. De medisinske fakultetene i Norge anerkjente ikke Satyas kompetanse fra India som like god som norsk skolebakgrunn. – Det var forståelig på et vis, men det

## «Allerede da jeg var barn, oppdaget jeg at jeg elsker å jobbe»

var vanskelig å akseptere at jeg måtte ha universitetsfag med karakter mellom 1 og 2 for å dokumentere at jeg kunne klare å studere medisin, mens kravet for norske studenter var 2,5 for å få tilleggspoeng. Skuffelsen ble på en måte dobbel – fordi jeg trodde jeg bodde i et tvers igjennom rettferdig land og opplevde dette som svært urettferdig. Men jeg valgte å jobbe hardt og målrettet og fikk gode nok karakterer til å komme inn på studiet.

## Fastlege med mye attåt

Det er utvilsomt en fordel å være systematisk og glad i å arbeide når man har så mange jern i ilden som Satya. I tillegg til fastlegepraksis, som nå er delepraksis, driver han egen klinikks for pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Både allmennlegekolleger og fysioterapeuter i Bergens-området lovpriser hans kunnskaper innen bløtdels-ortopedien og henviser gladelig sine pasienter til ham.

– Ortopedene er jo ikke så glade i «kald ortopedi», sier Satya og forklarer at det handler om belastningslidelser i bløtvævet som bursitter, tendinopatier og leddplager

som ikke krever operative inngrep. – Jeg synes allmennlegene skal ta hånd om dette. Det er vi som ser pasientene først og kjenner dem best, men det krever god kunnskap på området.

Satya føyer seg inn i rekken av allmennleger som etter mange års praksis velger å begynne på et doktorgradsarbeid i moden alder. Valget av problemstilling er ikke overraskende behandling av «frozen shoulder». Pasientene henter han fra egen praksis.

– Man kan spørre seg hva man skal med en doktorgrad rett før pensjonsalderen, men jeg har veldig lyst til å få et materiale som kan vise hvilken behandling som sannsynligvis er den beste for denne tilstanden. Ønsket om å forske har vært der lenge, men for oss fastleger er praksishverdagen så altoppslukende at tiden og energien brukes opp der. Jeg kom til et punkt der jeg måtte velge. Å drive full tids praksis som fastlege og å forske lar seg ikke forene, selv om jeg gjerne jobber 12–14 timer per dag. Jeg kom til at jeg måtte velge bort noe av fastlegejobben og fikk dispensasjon til å inngå delepraksis før jeg fylte 60 år. Dette har gitt meg den friheten jeg trenger for å fortsette forskningen, uten at jeg mister fotfestet i kliniken, sier han.

– Å begynne å forske har vært en nyttig erfaring for meg, jeg må lære meg å tenke annerledes og være mer kritisk til hva vi driver med i klinisk arbeid. Forskningen har gjort meg mer ydmyk. Det enkleste er å gjøre ting slik vi alltid har gjort det og tro vi gjør en god jobb. Alle har sine solskinns-historier. Det gjør oss blinde for andre måter å drive på. Her kan forskning hjelpe oss til å se mer kritisk på egen praksis. Å lese artikler lærer meg å sette spørsmålstegn ved det jeg gjør.

Satya Sharma Pal var leder av arbeidsgruppen som i 2011–13 i regi av Helse-direktoratet arbeidet med å lage retningslinjer for bildediagnostikk for primærhelse-tjenesten. Myndighetene så at utgiftene til MR-undersøkelser skjøt i været og ønsket at fagmiljøet skulle se på hva som var faglig riktig og fornuftig bruk. Å lage kunnskaps-



Foto: NTB scanpix

## Sharma Satya Pal

Født 26.10. 1954 i Haryana

(tidligere del av Punjab-provinsen) i India

- Fysioterapiutdannet i New Delhi 1973–76
- Medisinsk embeteksamen Universitetet i Bergen 1988
- Spesialist i allmennmedisin 1995
- Spesialist i samfunnsmedisin 1995
- Innehaver en rekke eksamener i avansert muskel- og skjelettmedisin, bl.a. en mastergrad fra London 1990–2010
- Kommunelege I og II i Masfjorden kommune 1990–95
- Allmennlegepraksis/fastlege ved Rolland legesenter, Bergen, fra 1996
- Leder i referansegruppe for muskel- og skjelettlidelser i Norsk forening for allmennmedisin
- Underviser både studenter og allmennleger i muskel- og skjelettlidelser
- Stipendiat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen

baserte retningslinjer viste seg fort å være uoverkommelig.

– På enkelte områder innenfor muskel- og skjelettsykdommer fant vi lite systematiske studier. Derfor valgte vi å være pragmatiske og beskrev kunnskapen der den fantes, ellers nøyde vi oss med å beskrive hva som anses som god praksis. Selv om vi er sent ute, håper vi at våre kolleger, spesielt de yngre, kan bruke dette som støtte i sine beslutninger.

Han fortsetter: – For øvrig tror jeg at løpet er kjørt når det gjelder å begrense bruken av MR-undersøkelse. Det store presset skapes av en blanding av legenes/behandlernes usikkerhet og pasientenes forventninger. For min del opplever jeg at grundig klinisk undersøkelse er nøkkelen til god diagnostikk, og med tillegg av ultralyd i noen tilfeller kan man komme veldig langt. Dessuten kan man med bruk av ultralyd på noen ledde vise pasienten hva man finner der og da.

### **Muskel- og skjelettmedisin – et neglisjert fagområde**

– Det er et paradoks at pasienter med muskel- og skjelettlidelser får en så stemoderlig behandling. 17 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis dreier seg om slike plager.

I 2009 var muskel- og skjelettplager årsak til 40 % av alle sykmeldinger og til 33 % av uførepensjoneringene. Produksjonstapet er beregnet til 30–34 milliarder kroner, mens trygdegifter i form av rehabilitering og uførepensjoner utgjør 25 miliarder kroner. Disse tallene gjenspeiles verken i utdanningen vi gir studentene eller innvilgede forskningsmidler, sier han.

– Jeg spør meg ofte: Hvorfor har hjerte-og karsykdommer så høy status, mens fagfeltet muskel- og skjelettlidelser preges av likegyldighet? Det store flertallet av pasientene blir gående uten gode behandlingstiltak fordi vi ikke har effektiv diagnostikk og behandling å tilby. I studentundervisingen deles faget av mange aktører, som ortopeder, revmatologer og fysikalskmedisinere. Tenk om studentene hadde fått en hel uke med undervisning der alle som jobber med muskel- og skjelettlidelser ga et koordinert undervisningstilbud som viste dem helheten i dette komplekse problemet, sukker Satya og fortsetter:

– Allmennlegene bør ta ansvar for dette fagfeltet fordi det er vi som til sjunde og sist skal følge opp pasientene. Det er synd at allmennlegene ikke viser mer interesse. Jeg tror det skyldes svikt i grunnutdanningen.

## Mangeårig kursarrangør

Satya har i en årekke arrangert kurs i diagnostikk og behandling av muskel- og skjelettlidelser. Det er ikke få kolleger som har uttalt at hans kurs er de mest matnyttige de noen gang har vært på. Suksessen er en kombinasjon av hans genuine interesse for fagfeltet og hans evne til å lære bort systematisk tenking og allmennlegenes behov for videreutdanning på området. Han bruker både ekte pasienter og disseksjon i undervisningen. Kursdeltakerne må gjennom en liten prøve for å få kursbevis. Likevel opplever Satya at kurs må avlyses på grunn av manglende påmelding.

– Jeg er veldig opptatt av hva vi skal gjøre for å øke interessen for muskel- og skjelettlidelser. Kunne takstsystemet brukes aktivt, slik man i sin tid innførte takst for EKG og tonometri? Skulle det vært flere obligatoriske kurs i videre- og etterutdanningen? Da tenker jeg ikke bare på mitt yndlingsfag. Andre viktige elementer i allmennmedisinen som allmennpsykiatri og kognitive mestringsstrategier er så sentrale deler av allmennmedisinsk praksis at alle spesialister bør ha obligatoriske grunnkurs på disse feltene.

– Muskel- og skjelettsymptomer er ofte utsyn for komplekse problemer, særlig hos dem som sliter over år med smerten og symptomer som ikke lar seg løse med injeksjoner og fysikalsk behandling. Hvor- dan opplever du at din systematiske, mekanistiske tilnærming til disse pasientene fungerer – all den tid selve problemet ofte er så sammensatt?

– En systematisk tilnærming er sær- nyttig fordi det bare er med systematiske undersøkelser man kan skille de mekanistiske tilstandene fra de psykososiale eller uforklarte årsakene til plagene. Når vi ikke er gode til å skille disse to gruppene fra hverandre og dermed blir usikre på hva som faktisk feiler pasienten, vil vi lett gå i den fellen at vi oppfatter alt som psykososialt betinget, sier han.

– Det er vel også en av grunnene til at muskel- og skjelettlidelser har så lav status. Du må sørge for å være trygg på dine faglige kvalifikasjoner for å kunne sortere lidelsene. Overførte smarter er sentralt i forståelsen av en del symptomer. Uten kunnskap om slike smarter vil man aldri kunne skjonne logikken bak symptomene pasienten med muskel- og skjelettlidelser presenterer under konsultasjonen.

Satya forteller at en engelsk ortoped, Gordon Waddell, har gjort interessante observasjoner hos pasienter med ryggsmerter der man til tross for moderne behandlingstiltak ikke har klart å redusere sykefravær eller pasientenes plager. En subgruppe viste seg å ha mye unnvikelsesatferd (fear-avoidance) og generelt dårlig smertemestingsevne.

– Overfor denne gruppen vil det være nyttig å vite mer om hvordan de tolker sine symptomer, det er nok her kjernen i deres problemer ligger. De trenger derfor en mer kognitiv tilnærming. Jeg ser at det å få en tennisalbue opplevdes som en katastrofe for noen, mens andre slår seg til ro med at det

på hvorfor det er blitt så viktig å øke muskelmassen, hvorfor man må bli så mye sterkere? Det enkleste er det beste: Rask gange så man får pulsen opp i 130 og blir skikkelig svett er det beste vi kan tilby både de overvektige og dem som sliter med muskel- og skjelettlidelser. «Make things as simple as possible, but not simpler,» skal Einstein ha sagt.

I sommer har Bergen opplevd tropvarme uke etter uke, skjønt varmen vi stønner over, neppe er noe å skrive hjem om for en inder, selv etter snart 40 år i Norge. Likevel må vi spørre: – Savner du India?

– Jeg reiste hjem for å jobbe i India rett etter at jeg var ferdig med medisinstudiet. Planen var å bosette meg der. Jeg oppdaget at det å være lege i India stred mot mine forventninger. For legene var ønsket om å tjene mye penger viktigere enn å gjøre en faglig god jobb, og de store forskjellene på fattig og rik gjorde at jeg ikke klarte å trives som lege der. I de senere år har India forandret seg mye i gal retning, egoisme og selvopptatthet har erstattet samholdet jeg husker fra min barndom, sier han.

– Jeg har alltid tenkt at jeg skulle flytte tilbake til India når jeg ble pensjonist, men nå som jeg snart er det, ser jeg at jeg faktisk ikke har noe å flytte tilbake til. Både forældrene mine og min bror, som sto meg veldig nær, er døde. For alle andre er jeg nå blitt en fremmed. Barna mine oppfatter seg som norske. For dem er det utenkelig å flytte til India.

Jeg burde kanskje valgt å bli øyelege, India har veldig behov for flere slike. Da kunne jeg gjort en viktig jobb på landsbygda og dermed beholdt et tettere forhold til landet gjennom voksenlivet. Sånn ble det altså ikke, og det er for sent å endre på dette valget nå.

I drosjen hjem etter et godt indisk vegetarmåltid avslutter Satya med tanker han har om de unge allmennlegene: – Skaff deg grundig kompetanse i håndtering av muskel- og skjelettlidelser og lær deg kognitiv tilnærming til noen av de plagene pasientene bringer inn i konsultasjonen. Dersom du i tillegg lærer deg å bruke ultralyd i diagnostikken, har du skaffet deg en trygg plattform som allmennlege.

**Jannike Reymert**  
jannike.reymert@gmail.com  
Bakklandet legekontor  
Namsos

## «Det er et paradoks at pasienter med muskel- og skjelettlidelser får en så stemoderlig behandling»

er ufarlig og så klarer å bestemme seg for å leve med det så lenge det varer. Sistnevnte gruppe har et mye lettere liv. Dette viser at vi fastleger vil ha stor nytte av å lære oss mer om kognitiv tilnærming til noen av de problemene våre pasienter har. Jeg synes det er veldig flott at denne tankegangen har fått plass i fysikalsk medisin.

### Å elske jobben

– Jeg takler det å ha fritid dårlig, forteller Satya. Kona har for mange år siden innsett at hennes gode indiske vegetargryter må tåle å vente i timevis før han endelig kommer hjem etter en lang arbeidsdag. Med så lite fritid er selvsagt også hans egen treningssystematisert. Hver tirsdag spiller han innebandy.

– Dette er en sport med mye fall, men pus- sig nok lite skader. I tillegg har han satt av tid til trening to ganger i uken. – Jeg sliter selv med nakkesmerter og må røre meg for å holde dem i sjakk. Aller helst går jeg fjelltur i den vakre naturen rundt Ulrikken – en av Bergens sju berømte fjell. Jeg tror det ligger mer helse i det enn å kjøre harde treningsprogrammer på et treningsenter. Jeg undres