

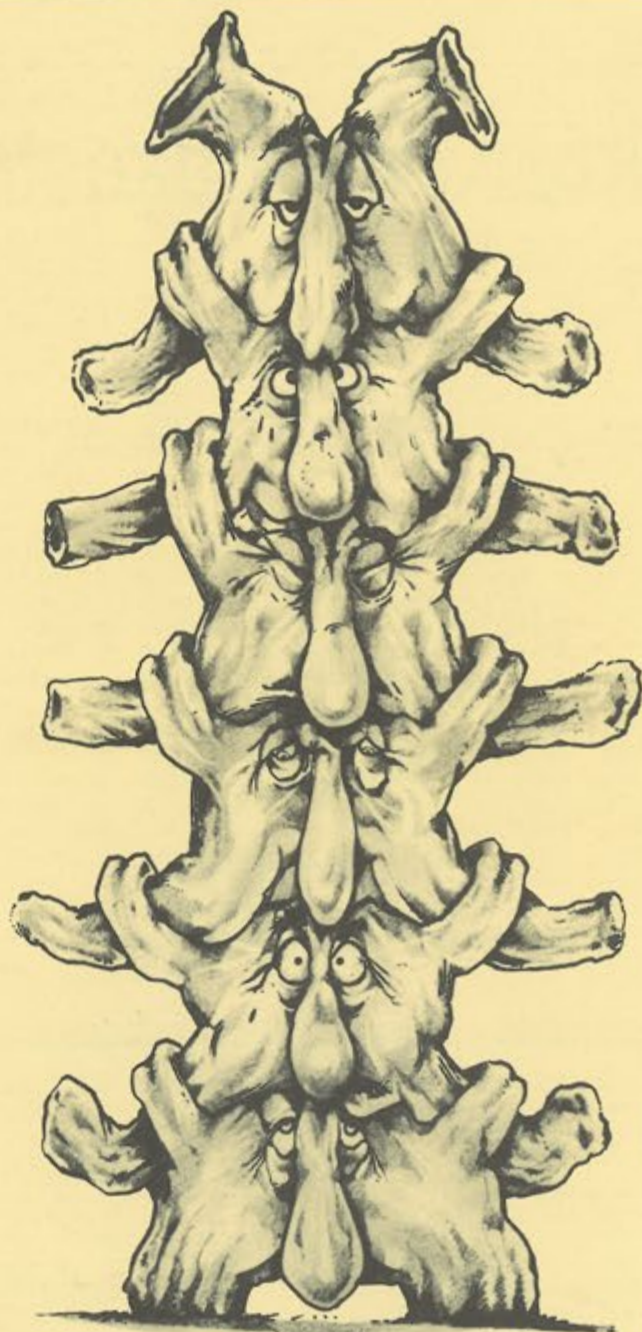
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7

1984

ARGANG 13



## TEMA: Smerter i korsryggen

Øvrig innhold: Se innholdsfortegnelse 2. omslagsside



# UTPOSTEN

**BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN**

Distriktslegekontoret  
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S  
9652.63.0011

Ola Lilleholt  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal  
Tlf. kont. 073. 65 217  
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylienna  
Inst. for Almenmedisin  
Fr. Stangsgt. 11/13  
Oslo 2  
Tlf. kont. 02. 56 37 80  
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian  
Tingvoll Helsecenter  
6630 Tingvoll  
Tlf. kont. 073. 31 100  
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen  
Distriktslegekontoret  
6400 Molde  
Tlf. kont. 072. 55 036  
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen  
Distriktslegekontoret  
6490 Eide  
Tlf. kont. 072. 96 361  
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 100,- pr. år. Studenter og pensjonister: Kr. 50,- pr. år. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger

## Helsedirektør og huskestue

Det stormer igjen omkring Helsedirektøren. Det har det gjort mange ganger, både før og etter Torbjørn Morks tiltrødelse i 1972. Sjelden har imidlertid konflikten mellom Helsedirektør og Sosialminister vært så åpenbar som de siste ukene. Selv om Heløe nå har lovet både nye stillinger og lønnsjusteringer til Direktoratet, er det liten grunn til å tro at stridsaksen er gravlagt for godt. Fjernsynsdiskusjonen mellom statssekretær Astrid Nøkleby Heiberg og helsedirektør Torbjørn Mork viste med all ønskelig tydelighet at Morks fundamentale mistillit til den politiske ledelse ble gjengjeldt.

Selv om man kan ha motforestillinger mot den omorganisering av Helsedirektoratet som har skjedd siste året, er det lett å se at det hele egentlig var en uunngåelig følge av et stadig mer politisert direktorat. Å skille de politiske fra de faglige sider i helseadministrasjonen var en naturlig konsekvens av det behov for politisk styring av helsevesenet som vokste fram i løpet av 70-åra. På dette området har Heløe, som på så mange andre felt,

gjort det hans forgjengere burde ha gjort. Tanken om et frittstående helsedirektorat med et overordnet faglig ansvar er i sin natur både rett og riktig.

Men midt i denne prosessen har altså noe gått galt. Og som så ofte i konflikter mellom motstridende interesser ligger sannheten, eller skylda, et sted midt imellom ytterpunktene. Helsedirektoratet er nemlig ikke blitt noe skikkelig fagdirektorat. I sin iver etter å redusere Direktoratets politiske makt, har man ikke maktet å holde hodet kaldt. Det har uomtvistelig skjedd en faglig nedbygging av Helsedirektoratet, slik mange spådde før omleggingen. Viljen til å sørge for en tilfredsstillende faglig standard har ikke vært overbevisende. Det er et spørsmål om det kan tas alvorlig når man søker etter "lege med bred samfunnsmedisinsk erfaring og bakgrunn" i lønnsstrinn 18-22. At en tredjedel av Direktoratets leger har forlatt skuta i løpet av det første året er et alvorlig varsko. Uten kompetente og dyktige medarbeidere, herunder le-

ger, i Helsedirektoratet, vil de faglige avgjørelser hverken ha den ønskede kvalitet eller den nødvendige autoritet. Mork har mye rett i sine uttalelser om Direktoratet som et blivende fallittbo.

Dramaet om Helsedirektoratets skjebne har nå gjennomgått både den dramatiske første akt, selve omorganiseringen med stadige utsettelser og indre uro, og den nedslående annen akt, der de medvirkende forlater scenen både til høyre og venstre. Utviklingen i tredje akt vil avgjøre om det er en tragedie eller en komedie vi er vitne til. Deres troverdighet skal kunne opprettholdes både til Helsedirektør og Sosialminister, må problemene kunne løses. Klarer man ikke det på anstendig måte, er det ihvertfall liten grunn til å skrike opp om motsetninger og profesjonsstrid rundt om i landets kommuner.

Magne N.

Illustrasjonen på forsiden er gjengitt med tillatelse av The Wellcome Foundation v/ Rolf Bredal

## INNHold:

Tema: SMERTER I KORSRYGGEN 191-210  
Eline Thornquist: Holdning til rygglidelser 192  
Wolfgang Snoek: Kroniske ryggsmarter - sykemelding eller utføring 196  
Sonja Billington og Birgit Gunnari: Manuell terapi 200  
Britt-Vigdis Ekeli: Psykomotorisk behandling for pasienter med ryggplager 202  
Øyvind Stokke: Kiropraktoren og lumbago - ischias pasienten 205  
Tore Kvien: Bechterews syndrom - en viktig differensialdiagnose 207  
Ola Lilleholt: HLA B-27 - en verdiløs og kostbar test. 209

Bok/Tidsskriftanmeldelser: 211  
Geir Jacobsen: Ord og vendinger i praksis 214  
Jo Telje: Romjula - distriktslegens mæreritt, eller frikortenes velsignelse 215  
Nils Lønberg: De hellige kuer i norsk almenmedisin 215  
Ola Lilleholt: Referat fra NSAM's årsmøte 218



# Holdningskampanjen for kroppen din

## -en annerledes helsekampanje!

■ Forebyggende helsekampanjer er på offensiven. I ulike media utsettes vi kontinuerlig for helseopplysning og påvirkning for å leve et bedre liv: Stump røyken, kutt ut alkohol, spis mindre fett/sunnere mat, trim mer, bruk fluor, pass på faresignalene! Din helse er ditt ansvar, og det er opp til deg å velge et sunnere og lengre liv!

Den pågående "Holdningskampanjen for kroppen din" tar opp forebyggende problemer med et annerledes utgangspunkt: Belastningslidelsene koster arbeidsplassene, helsevesenet og samfunnet så mye at noe må gjøres for å redusere kostnadene.

"Muskel- og skjelettsykdommene er det helseproblem som - rammer flest i befolkningen og i vårt arbeidsliv - er den største enkeltårsak til fravær på arbeidsplassene - er en av hovedårsakene til uførepensjonering - er en alvorlig belastning for helsevesenet - koster samfunnet over 10 milliarder kroner pr. år."

Å forebygge helseskade er relativt uproblematisk når årsakene og tiltakene er enkle, som ved røyking, alkoholmisbruk og cariesprofylakse. På disse områdene velger vi selv og tar bestemmelser med konsekvenser for vår egen helse.

Når ryggen og nakken og skuldrene verker p.g.a. overbelastning i jobben, er det en langt mer komplisert situasjon. Problemet er sammensatt, årsakene mange, forhold utenfor individet er sterkt medvirkende og ansvarssforhold og muligheten for helsefremmende tiltak er ukiare.

Er belastningslidelser i arbeidslivet selvpåførte helseskader som kunne vært forebygget? Kan vi alle holde oss like sunne og

produktive hele tiden hvis vi bare er forsiktige nok? Er det mulig å forebygge all den slitasje de slitssomme jobbene påfører oss?

For den hardt belastede arbeider med jobb preget av stress, høyt tempo, tunge løft o.l. er neppe kampanjens utgangspunkt det beste psykologisk sett: "Jeg - med min vonde rygg og mine høyst ufrivillige sykefravar fra det belastende arbeid samfunnet tilbyr meg - er en økonomisk belastning for samfunnet!"

Denne helseopplysningskampanjen er ikke individorientert, men arbeidslivsorientert, og det er samfunnskostnadenes størrelse som er grunnelsen. Det er de produktive arbeideres tapte produksjonsevne som står i fokus. Hvem vil påvirkes av en slik kampanje om å forebygge overbelastning? Erfaringene fra almenpraksis med lumbagopasientene er nokså frustrerende og til ettertanke:

- Vi tenker ikke på ryggen vår før vi har hatt vondt i den noen ganger.

- Alle har vondt i ryggen av og til. "Det som er vanlig og går over av seg selv, er ikke så farlig."

- Det er nesten umulig å få ryggpasientene til å gjennomføre opptrening og forebyggende tiltak når de ikke har smerter.

- Selv ischiaspasientene glemmer fort de enkleste forholdsregler. De drar opp båten i fjæra, skyver opp biler fra veigrøfta, og sier ikke nei til å ta et løft selv om ryggen protesterer og de aner at deres hjelpsomhet ikke vil forbli ustraffet.

Hvordan da få friske og symptomfrie arbeidere til å ta hensyn til helsen?

På arbeidsplassene er det mange holdninger som motarbeider for-

bedring:

-De fleste utfører den jobben de blir satt til med de forutsetninger som arbeidsplassen gir. Mange holder heroisk ut i egentlig utholdelige jobber fordi de føler de ikke har noe valg. Mange har sårbar selvfølelse og sier ikke fra om smertene de kjenner, de ser det som nedverdiggende å be om lettere arbeid eller avlastende hjelpemidler.

- Der den potensielle gevinst av forebyggende arbeid skulle være størst, er også hindringene størst. De unge og sterke og symptomfrie har urokkelig tro på egen helse og krefter, de er uslitelige og udødelige. De er rett og slett uinteressert når alvorlige menn holder foredrag om å være forsiktig og løfte riktig og ta vare på helsen.

- De aller fleste helseproblemer kan forebygges, men de fleste av oss må gå etterpåkløskapens tunge vei før vi er mottagelige for helseopplysning og endrer livsstil. Vi er utpregede vanemennesker også m.h.t. våre uvaner, og de innarbeidede arbeidsrutiner kan være vanskelige å endre om de er aldri så ufornuftige og uheldige.

Betyr så alle disse motforestillinger at kampanjen har satt seg uoppnåelige mål og at hensikten er forfeilet? Dersom man begrenser oppmerksomheten og tiltakene til enkeltindividets egenomsorg tror jeg ikke der vil bli noen målbar gevinst av en innsats som denne. Kampanjens grunnlagsmateriale viser tydelig at individuelle faktorer betyr mindre enn arbeidsforholdene m.h.t. forekomsten og varigheten av belatsningslidelser.

Skal der oppnås målbar resultater må fokus rettes mot arbeidsplassene og de belastningsforhold av fysisk og psykisk natur som den enkelte utsettes for.

Kampanjen bør bli en "Våkn-oppkampanje" for arbeiderne: Pass på kroppen din - ta ikke unødvendig helserisiko i jobben - lytt til kroppens signaler - si fra når det gjør vondt. For arbeid-

sgiverne bør det bedriftsøkonomiske aspekt bli en sterk motivasjon til å redusere belastningen på den enkelte arbeider. En utgift til bedre arbeidsforhold, er utgift til inntekts ervervelse. Forebyggende tiltak på arbeidsplassen nå er å forebygge inntektstap og utgiftsøkning i neste omgang.

Arbeidere og arbeidsgivere på den enkelte arbeidsplass må i fellesskap jobbe for bedret organisering og tilrettelegging av arbeidsforholdene slik at risiko for belastningslidelser reduseres. I dette ligger en stor utfordring til LO og NAF og andre arbeidslivsorganisasjoner om konkret oppfølging av kampanjens intensjoner lokalt. Uten en slik videreføring av det initiativ som er tatt, blir kampanjen hengende i løse luften.

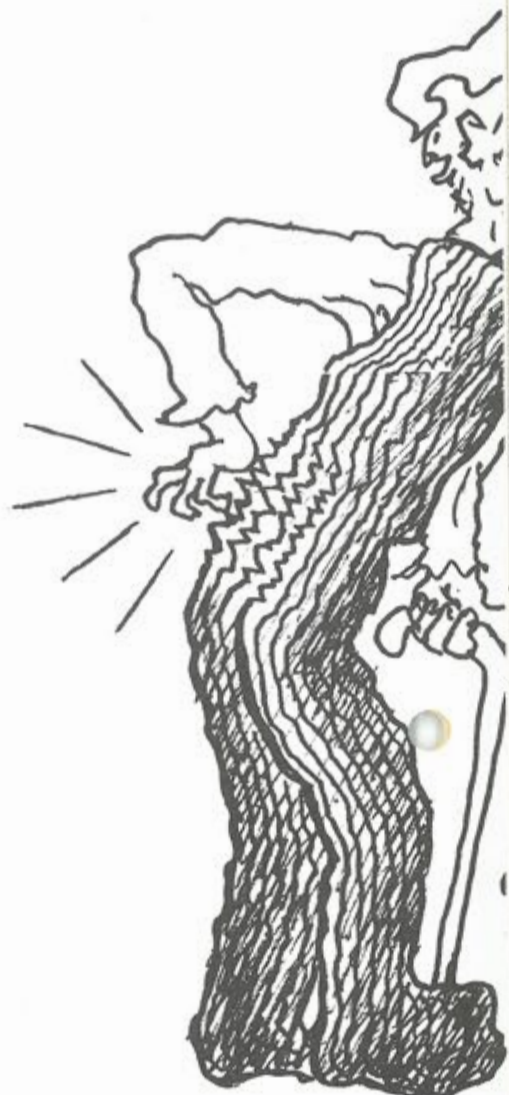
- Mange bedriftshelsearbeidere vil med kampanjen i ryggen stå sterkere i sitt arbeid med å forebygge slitasjeproblemer. Alt for ofte har bedriftshelsetjenesten vært på defensiven med sykemeldinger og individorientert kurativt arbeid på vonde rygger. Det er viktig at ikke vi som

helsearbeidere går bevisstløse inn i kurativt bedriftshelsearbeid og overtar ansvaret for stadig å skifte ut overbelastede og utslitte arbeidere og overføre dem til samfunnets omsorgsapparat.

Eksempler fra kampanjematerialet gir både teoretisk bakgrunn og praktiske eksempler på gjennomføring av endring i uheldige arbeidsrutiner med høy overbelastningsrisiko. Vi må aktivt formidle slik fagkunnskap og viten til våre oppdragsgivere i bedriftshelsetjenesten, slik at konkrete helsefremmende tiltak kan realiseres på arbeidsplassene.

Det nytter lite å appellere til folk om å ta ansvar for egen helse dersom de umyndiggjøres i sin arbeidssituasjon og påføres belastninger som gir helseskade. Det blir derfor i hovedsak opp til arbeidslivsorganisasjonene og til en viss grad bedriftshelsetjenesten om kampanjen skal gi resultater.

*Arstein P.*



## Opp som en løve - ned som en skinnfell.

Høstens Holdningskampanje er en av de, hvis ikke den best annonserte helsekampanje her i landet hittil. Store, gjennomarbeidede og blikkfangende plakater og rikelig forhåndstale. Et stort forberedende informasjonsmøte med mange størrelser på området som foredragsholdere. Samarbeide mellom Statens informasjonstjeneste, LO, NAF, Kommunal- og Arbeidsdepartementet og Sosialdepartementet. Etter vår mening et meget bra og omfangsrikt kampanjemateriell. - Alt i alt en meget lovende forberedelse.

Så kommer kampanjen i gang - og lufta er ute av ballongen. En kort ringerunde til det lokale arbeidstilsyn, små og store bedrifter og helsekontorer rundt om avslører at kampanjemateriell enten ikke er mottatt, eller bare lagt til side. Den gode og rimelige kampanjeboka "Kroppens ømme punkter" må man lete etter, og finnes først i 3. bokhandel, i bakerste, bortgjemte hylle.

Hva er skjedd med oppfølgingen av kampanjen???

Den store ballen som det er brukt mye ressurser på å kaste høyt opp i lufta, er i ferd med å falle

ned igjen på nøyaktig samme plass. Budskapet, som har stoff i seg til å virke dannende både på holdning og handling, svikter i det avgjørende første ledd: Det som dreier seg om å nå fram.

Men for dem som ønsker godt materiell i kontakten med sine ryggpasienter og ikke minst i sin jobb i bedriftshelsetjeneste o.l.: Skaff dere det! (ved Statens informasjonstjeneste, Pb. 8026, dep.0030 Oslo 1)

*Tode H.*



-- eller hvor mange er det som har sett denne?





# TEMA: Smarter i korsryggen



Arbeidet i primærmedisinen byr også på nederlag. De sureste lider vi når våre prestasjoner ikke lever opp til forventningene til våre kjære pasienter, og ekstra sure blir de når disse pasientene virkelig har det vondt.

Smarter i korsryggen er av de lidelser som ofte gir oss følelsen om ikke av nederlag, så i hvert fall utilstrekkelighet. Pasienten går ut like krokete som da han kom inn. Han er forespeilet noen dager eller uker i lidelse. Hans bønn til oss om å rekvirere hans "utglidning" på plass igjen er avvist med vekslende tyngde. Rådene om ro og å ta tiden til hjelp strir mot vårt tillærte sinnelag og vår allmektighetsfølelse og gir pasienten liten trøst. Selv resultatet av vårt ypperste våpen: operasjon, flater ut i forhold til den konservative behandling etter noen år. Hva gjelder våre forebyggende råd vet både pasienten og vi hva de er verd (les: hvor lette de er å sette ut i praksis).

Kort sagt: vi står overfor lidelser som stort sett går sin gang uavhengig av våre anstrengelser. Behandlingsoptimismen fra studiet, etter 3 læreboksider og et par undervisningstimer om emnet, er avløst av nihilisme etter tallrike erfaringer og en forvirrende mengde motstridende litteratur.

Kanskje det er derfor våre kolleger (ved en sentral avdeling for behandling av korsryggslidelser) som opprinnelig lovet stoff til dette nummeret, trakk seg ut igjen.

Mens legene stort sett forholder seg passive både til behandling og forebyggelse, er det andre yrkesgrupper som beholder en offensiv innstilling. For å sitere statssekretær Nøkleby Heiberg: "Alle satser på forebyggende helsearbeid: skolene, LO, NAF, joggeskoproduzentene, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer ... bare ikke legene!"

Vi kan, innenfor de rammer en egenrådig sykdomsgruppe trekker opp, gjøre en god del. Vi kan, til en viss grad, hjelpe hver enkelt pasient til lindring og til - hvis vi er flinke pedagoger - forebyggelse av nye episoder.

Den store utfordringen ligger likevel i primær forebyggelse ved å:  
1. stimulere til riktig kroppsbruk (og kroppsglede!) allerede fra førskolealder.  
2. bidra til bedre arbeidsrutiner og arbeidsmiljø.

Temanummeret er dominert av andre yrkesgrupper som med relativt fyldige artikler gir en innføring i deres måte å tenke på, til informasjon, læring og ettertanke.

For dem som ønsker grunnleggende oversikt over undersøkelsesmetodikk, behandling, prognose henvises til lærebøker eller til de oversiktlige heftene:

"Spørsmål og svar om ryggslidelser" i Syntex Terapiserie, utarbeidet av Henrik Weber og Peer H. Staff. (Astra-Syntex Pb. 44 2011 Strømmen)

Ude Heian:

## Korsryggen - et crux medicorum

I Tidsskriftet 24/84 står også et par tankevekkende artikler: Det Lumbale fasettleddsyndrom (Lie, Ljunggren, Dugstad) og Oversiktsrøntgenundersøkelse av lubosacralcolumna ved lumbagoisjias (Lie, Lilleås).

I den første diskuteres noen av årsakene til korsryggsmerter, den andre indikerer at vi kan få mere ut av "tombilder" av korsryggen enn det som tidligere har vært akseptert.

Vi skal ikke glemme psykososiale faktorerens innvirkning ved korsryggsmerter. Disse artiklene er likevel en påminnelse om at smertemekanismer med bakgrunn i klare patologisk-anatomiske forhold stadig blir kartlagt gjennom forskning.

"Bare psykisk" er derfor en merkelapp vi fremdeles skal være forsiktige med å bruke ■

# Holdning til ryggglidelser

□ Av Eline Thornquist □

Eline Thornquist er utdannet ved Statens Fysioterapiskole i 1969. Variert praksis og utdannelsesbakgrunn. Lærer ved Fysioterapiskolen i Oslo i flere år, nå i studieledelsen for 1/2-årig videreutdanning i fysioterapi ved Fysioterapihøgskolen i Bergen. Forfatter av boken LUNGEFYSIOTERAPI og medredaktør av boka PSYKOMOTORISK BEHANDLING. Foredrag ved informasjonsmøtet om "Holdningskampanjen for kroppen din", om: Sammensatte helseproblemer - kan de forebygges?

En diskusjon om hva vi anser som adekvate tiltak og arbeidsmåter for å forebygge og behandle ryggglidelser krever en klargjøring av følgende spørsmål:

- Hva forbinder vi med god ryggfunksjon?
- Hva oppfatter vi som årsaksforhold til ryggglidelser?

Omfanget av ryggglidelser i dagens samfunn - hva de representerer samfunnsøkonomisk og hva de betyr for enkeltmenneskers liv og trivsel, tilsier at vi ser kritisk på vår egen tenkemåte og praksis.



## God ryggfunksjon

Hva er dine umiddelbare assosiasjoner til begrepet god ryggfunksjon?

- Pass-på-holdning med kontrollert muskelkorsett - eller frie og ledige bevegelser?
- Sterk rygg og/eller magemuskulatur - eller generelt god balanse i muskulatur m.h.t. spenning og lengde?
- Riktige sittestillinger - eller kroppsbruk kjennetegnet ved variasjon og bredde i bevegelsesrepertoar?

Hva mener du fremmer utvikling av god ryggfunksjon?

- Holdningskorrigerende øvelser for alle skolebarn?
- Utfoldelsesmuligheter i skolegården og mer fysisk aktivitet og utfoldelse som en del av barns totale liv?
- Styrketrening eller variert og allsidig bevegelseserfaring?

Hva mener du hemmer utvikling av god ryggfunksjon?

- Gale sittestillinger eller for mye sitting?
- For lite trimaktiviteter eller lange reiseveier mellom hjem og arbeid, ensidige stillinger og lite varierte arbeidsoperasjoner?
- Å stille spørsmål kan forhåpentligvis vekke til ettertanke og åpne til debatt.
- Noen svaralternativer er satt opp mot hverandre. Det er gjort for å illustrere forskjeller i tenkemåter, men svaralternativene isolert sett representerer ikke nødvendigvis motsetninger.

Å rette oppmerksomhet på forskjellige tenkemåter er nødvendig fordi tanke gjenspeiler seg i handling. Vår grunnleggende forståelse av kropp og helse, og ikke minst vår oppfatning av hva som er årsaksforhold til lidelser og sykdom - preger all vår fagutøvelse.



## Årsaksforhold

Hva oppfatter vi som årsaksforhold til ryggglidelser?

Hva sies - hva tenkes - hva står i bøkene?

Hva rettes oppmerksomheten mot?

Måten medfødte forhold i ryggens strukturer presenteres på, kan virke illustrerende for den rådende sykdoms- og kausalitetstenkning. At f. eks. menn fra naturens side har dårligere plassforhold i ryggmargskanalen fremstilles som årsaken til at flere menn enn kvinner har ryggglidelser.

Selvfølger er ikke plassforholdene årsaken. Like selvfølger er det at biologien her representerer en disponerende faktor - en risikofaktor for utvikling av ryggglidelser.

Soma - psyke.

Tradisjonelt lages vanntette skott mellom mekaniske, organiske, psykiske og sosiale årsaksforhold. Årsaksområdene presenteres og omtales som om de overhodet ikke henger sammen. De sees løsrevet fra hverandre. Spesielt påfallende er det hvordan psykiske og sosiale faktorer kommer i tillegg til andre faktorer. De presenteres sjelden eller aldri som uløselige og integrerte deler av et sammensatt årsakskompleks. Men psykiske og sosiale faktorer nedfeller seg i kroppen og er bestemmende for hvordan tyngdekraft og mekaniske krefter virker på kropp, ledd og muskulatur.

Anatomiske detaljer eller helhetlig samspill?

På den andre siden lages skiller mellom kroppens forskjellige deler. Kroppen oppfattes som et statisk fenomen, og kroppen oppfattes som summen av delene.

Debatten om mellomvirvelskivene har stått sentralt i mange år når det gjelder ryggglidelser. Den forteller også om hva som er rådende kropps- og sykdomsforståelse. Analyser av trykkforhold og degenerasjonsprosesser i skivene har vært knyttet til stillinger og enkeltstående arbeidsoperasjoner. Disse analysene har tilført oss mye, men har store mangler. De er viktige i og for seg, men selvsagt utilstrekkelige for å forstå hva skivene utsettes for og påvirkes av.

Vi vet hva som er forutsetning for god sirkulasjon og ernæringsforhold til skivene: Kontinuerlige trykkvariasjoner - stadig vekslende mellom kompresjon og dekompresjon. Vi vet at dette er nødvendig for å forebygge reduksjon i skivehøyde og tap av elastisitet i skivene. -Og vi vet at degenerasjon av skivene forrykker belastningsforholdene i columnas

leddforbindelser på en uheldig måte.

Ett av hovedkriteriene for god belastning både når det gjelder stillinger og bevegelser er minst mulig muskelbruk. Det kommer til uttrykk ved hvordan den enkelte har evne til å la tyngdekraft og muskulatur samarbeide. God ryggfunksjon forutsetter at tyngdekraften får virke uten unødvendig muskulær bremsing.

Tenk på hvordan vi står på ski ned en bakke. Lar vi kroppen være med - tilpasser vi oss dumper og uregelmessigheter i løypa, eller er vi stive, lite føyelige og med tilsvarende dårlig balanse? Fjæring og tilpassing i kroppen og mellom kropp og underlag hemmes når vi mobiliserer muskulær spenning.

Å la tyngdekraften få virke uten nødvendig bremsing, er nettopp avhengig av dette: å tørre å slippe seg - gi etter. la det puste i seg og la tyngdekraften virke.

Å være i god fysisk balanse kan ikke sees løsrevet fra personens psykiske balanse.

- Hvorfor er ingen opptatt av ledigheten i bevegelser, av fleksibiliteten i kroppen, når nettopp disse kvalitetene er de beste garantier for gunstig ryggbelastning?

- Hvorfor er det ingen som bekymrer seg om et liv på asfalt og hardt underlag?

- Hvorfor er det ingen som snakker om betydningen av ledige bevegelser med rytme og flyt?

- Hvorfor er det ingen som snakker om betydningen av den reflektoriske tilpasning og aktivitet som skjer i kroppen med medbevegelse av ryggen i ulendt terreng?

Nei, ryggløft og knebøyninger anbefales i stedet.

Jeg etterlyser en tenkemåte med utgangspunkt i mennesket - ikke som et statisk, men et dynamisk vesen.

Vi må fokusere på kvaliteten av våre bevegelser og på samspillet i kroppen. Vi må fokusere på samspillet mellom kropp/menneske og miljø.

Måten en snakker om kjønnsforskjeller i medisin er f.eks. helt karakteristisk for tradisjonell sykdomstenkning. Det dreier seg kun om medfødte biologiske forskjeller. Men i virkeligheten er det annerledes. Fra barnsben av stimuleres jenter og gutter til forskjellige interesser, holdninger og aktiviteter. Kjønnsrollemønstre nedfeller seg selvsagt i kroppen - i muskulatur, i pust, kroppsholdning og bevegelser. Det





sker parallelt med og er umulig å løsrive fra vår personlig-hetsutvikling. At gutter blir møtt med "gutter gråter ikke" og "ta deg sammen"-holdninger preger selvsagt deres måter å te seg på, både følelsesmessig og kroppslig.

Å bite tennene sammen - å rette seg opp - å holde tilbake - å holde kontroll er mer menns enn kvinners måte å forholde seg til vanskelige situasjoner på. Denne reaksjonsmåten er nettopp ikke gunstig for noen av ryggenes strukturer.

Min mening er selvsagt ikke å forklare kjønnsforskjellene når det gjelder ryggglidelser ved ulikheten i den sosialiseringssprosessen gutter og jenter gjennomgår alene. Det er nettopp kompleksiteten og de samspillende faktorer jeg vil fokusere på.

## Tanker om behandling

Knytter vi begrepet god ryggfunksjon til enkeltstående arbeidsoperasjoner som løft er enigheten stor. Mer problematisk er det når vi snakker om god ryggfunksjon generelt.

Enkeltkvaliteter som muskulær styrke og bevegelighet får ofte uforholdsmessig mye oppmerksomhet og som regel på bekostning av mer helhetlige analyser av kroppens totale spennings- belastnings- og balanseforhold og personens bevegelsesmønstre.

Mener vi at bevegelighet i columna er spesielt viktig for god ryggfunksjon, legger vi vekt på nøyaktig registrering og test av bevegelighet i undersøkelsessituasjonen. Svært ofte også tilsvarende stor vekt på mobilisering - aktiv og passiv - i behandling.

Men hvordan kan vi vite at det er adekvat behandling uten å ha tatt andre forhold i betraktning? Hva hjelper det å fokusere på dynamisk muskelstyrke i ryggstrekkkerne hvis en ikke ser muskelarbeid i ryggstrekkkerne i sammenheng med muskulaturens arbeidsbetingelser? Og de kan ikke foretas uavhengig av kroppens spennings- og balanseforhold.

Fokus på enkeltkvaliteter og på enkeltstående funn henger også sammen med en forenklet oppfatning av såvel årsaksforhold som hva som er nødvendige og nyttige forebyggende tiltak.

## Faglige perspektiver på dagens samfunn

Hvilken faglige rolle skal vi som leger og fysioterapeuter ha i forhold til dagens ryggglidelser? Å rette kritisk søkelys på

hvordan vi lever totalt sett, er et nødvendig utgangspunkt.

Vårt daglige liv er både i arbeid og fritid preget av for lite bevegelse, og det er preget av ensformige bevegelser. Selv trimaktivitetene er stereotype, det mest ekstreme i form av helsestudiovirksomheten som blomstrer opp. Spesialkonstruerte apparater, skyve - trekke - dra. Mekanisk og "utvendig" utførte bevegelser til støyende Disco-musikk.

Vi har faglig sett tradisjonelt vært opptatt av feil- og overbelastninger. Det er mer aktuelt å fokusere på ensidig belastning og underbelastning samtidig.

- Hva skjer når ledd og muskulatur stadig sier fra - stadig signaliserer behov for variasjon og bevegelse, men blir overhørt?

Vi sløver vårt mottakerapparat, mister kontakten med kroppen og det skjer en gradvis tilpasningsreaksjon.

Bevegelser er forutsetningen for å holde signalsystemet og mottakerapparater intakt.

Forutsetning for å ta initiativ til bevegelse - forutsetning for selv å oppleve behov for variasjon og utfoldelse - er BEVEGELSESERFARING.

## Forebyggende arbeid

Dilemmaene er mange i forebyggende arbeid. Som mange så viselig har sagt i de senere års helsepolitiske debatter: "All politikk er helsepolitikk." Følgelig faller det vesentligste av forebyggende arbeid utenfor helsepersonells ansvarsområde. Å fremme helse er et generelt politisk ansvar.

Det betyr selvsagt ikke at helsepersonell skal fraskrive seg ansvar, men er en utfordring til alle grupper helsepersonell om å finne fram til en realistisk plattform for sitt arbeid.

En av de største utfordringene i alt forebyggende arbeid er å finne fram til en balanse mellom individrettet og strukturrettet arbeid. I denne balansegangen mellom fokus på enkeltindividet og på strukturer/miljøer, ligger også plassering av ansvar.

Mener vi alvor med mottoet "ansvar for egen helse" bor vi snu litt på den vanlige utkikksposten. Vi må gi muligheter til å ta ansvar for egen helse. Det må være samsvar mellom muligheter og ansvar. Er det ikke urimelig å instruere i riktig løfteteknikk og pausegymnastikk når det er arbeidsforholdene som burde vært endret? Det kan ikke være meningen å "trene" seg til å tåle uheldige arbeidsforhold.

Å bruke uttrykket "ansvar for egen helse" kun i betydningen ansvar for egne joggeturer og trim-opplegg i fritiden, er å tilsløre sykdomskapende faktorer i samfunn og miljø.

## Helseinformasjon

I vår iver etter å justere vår fagutøvelse med større vektlegging av informasjons- og formidlingsvirksomhet, er jeg redd for en pendelsvingning som medfører:

- for mange ord
- gale ord
- ord i stedet for kroppslige erfaringer.

Hva hjelper det å ha kunnskap om riktig løfteteknikk hvis du ikke selv kjenner hva du gjør?

Hva hjelper det å ha kunnskap om discis oppbygning og columnas leddforbindelser hvis du ikke selv kjenner hvordan du belaster din egen rygg i dagliglivet?

Er alltid faktakunnskap i seg selv av verdi, eller kan den bidra til ytterligere fremmedgjøring overfor egen kropp og derved rett og slett virke mot sin hensikt?

Bevegelsestrang og -glede kommer aldri som resultat av informasjon/opplysninger/råd.

Begrensningen i informasjonens makt understrekes ytterligere ved å minne om en av livets mange onde sirkler: det er sammenheng mellom uhensiktsmessige og ukoordinerte bevegelser og manglende kroppsbevissthet og kroppskontakt. De som mest trenger å endre sin kroppsbruk har minst forutsetninger for det ved egen hjelp. Når en ikke selv kjenner hvordan en bruker sin egen kropp, har en enda mindre muligheter til å nyttiggjøre seg informasjon og råd.





Betegnelsen "ryggskole" er beskrivende for hva denne behandlingen består i. Mange fysioterapeuter og leger har også lest eller hørt om ryggskolebehandling i praksis. Marianne Zachrisson introduserte og gjorde ryggskole kjent i Sverige (1). Ryggskolebehandling brukes i en viss utstrekning også her i landet. Jeg skal i dette innlegget forsøke å argumentere for at ryggskolebehandling også bør benyttes i primærhelsetjenesten.

# Ryggskole

□ Av Tore Kvien □ Pasienter

Tore Kristian Kvien har hatt revmatologi som arbeidsområde siden 76. For tiden er han assistentlegevikar ved med. avd.B, Rikshospitalet.

Under sin tid ved Revmatologisk avd. i Kristiansand utarbeidet han i -77 (sammen med Peter Vik og Helge Nilsen) en ryggskole (beskrevet i Tidsskriftet nr.24/82)

■ Når man undersøker en pasient med ryggplager, er det viktig å forsøke å finne fram til en spesifikk diagnose som kan lede til en spesifikk behandling og oppfølging. Eksempler på slike diagnoser er prolaps med nevrologiske utfall, inflammatoriske ryggsykdommer, enten revmatiske eller infektiose, metabolske ryggsykdommer, nevrologiske sykdommer etc.

For en stor gruppe pasienter kan man imidlertid ikke komme fram til noen slik spesifikk diagnose. Disse pasienter har "vond rygg" med eller uten utstrålende smerter til underkstremitetene. Smertene er ofte belastningsrelatert. Pasientene kan gis ulike diagnoser basert på røntgenologiske eller kliniske kriterier. Imidlertid foreligger ofte mangelfull viten om patogenese for ryggplagene. Det vil derfor kunne være vanskelig å tilby noen spesifikk behandling. Listen over hva slags behandling som kan prøves på denne pasientgruppe rommer imidlertid det meste av det som er mulig innen fysikalsk medisin.

Denne pasientgruppe har vanligvis en tendens til spontalhelbredelse eller svingninger i sykdomsforløpet. Ingen spesiell behandlingsmetode har gjennom kontrollerte undersøkelser vist seg å være klart bedre enn andre metoder, og de fleste aktuelle behandlingsalternativer vil i ukontrollerte "forsøk" synes å være effektive.

## Ryggskole

For pasienter med mekanisk betingede ryggglidelser og/eller belastningsrelaterte rygg smerter

vil ryggskole kunne være et hensiktsmessig behandlingsopplegg. Målsetting med ryggskolebehandling er å lære pasienten egenomsorg. Ved hjelp av informasjon og motvirkende virksomhet skal pasientene lære riktig arbeidsteknikk, hensiktsmessig mosjon og et hensiktsmessig øvelsesprogram.

## Ryggskoler i Norge

Ved flere sykehus og trolig også ved en del fysikalske institutter i primærhelsettjenesten er ryggskolebehandling satt i system.

Ryggskolen ved Sørlandets Revmatismesykehus (nå Revmatologisk avdeling, Vest-Agder Sentralsykehus) ble utarbeidet i 1977. Pasienter med mekanisk betingede ryggglidelser innlagt ved sykehuset ble samlet i grupper på 4-6 personer og gjennomgikk et kurs på 6 lysbilde/lydbånd-leksjoner. De fikk opplæring i ryggens bygning og funksjon, smerteopplevelse, riktig arbeidsteknikk, generelle levereregler og et egnet øvelsesprogram. I tillegg til den passive instruksjon gjennom lysbilder og lydbånd ble ervervede kunnskaper repetert og utprøvet i praksis i samarbeid med tilstedeværende fysioterapeuter. Det fantes utstyr i "ryggskolerommet" som gjorde det mulig å innøve riktig arbeidsteknikk.

## Erfaring med ryggskole

Generelt har man hatt gode erfaringer med å behandle pasienter i grupper. Selve samspillet i gruppen vil i mange tilfeller oppleves positivt både for pasient og terapeut. Ved en etterundersøkelse påviste vi at 97% av de ryggskolebehandlede pasientene ved Sørlandets Revmatismesykehus ett år etter ut-





skrivning fra sykehuset husket å ha blitt undervist i ryggens bygning og funksjon samt riktig arbeidsteknikk, mens bare ca. halvparten av individuelt behandlede pasienter (kontrollgruppen) hadde gjort den samme erfaring (2). Dette funn tyder på at pasientundervisning må settes i system for at pasientene skal være sikret den nødvendige informasjon.

Resultatene av etterundersøkelsen tydet på at de ryggskolebehandlede pasientene oppnådde bedret egenomsorg sammenlignet med gruppen som var blitt behandlet individuelt (2).

Vi har senere argumentert for at ryggskolebehandling i grupper sannsynligvis er ressursparende sammenlignet med individuell behandling (3).

### Ryggskole i primærhelsetjenesten

Det er generelt akseptert at egenomsorg er viktig, spesielt for pasienter som har langvarige eller kroniske sykdommer. For ryggpasienter må stikkord i denne sammenheng være bedret forståelse av egen sykdom, opplæring i sunne leveregler og riktig arbeidsteknikk.

Er det mulig å lage et strukturert opplegg - ryggskole - i primærhelsetjenesten som vil kunne gi pasientene den nød-

vendige informasjon og opplæring? De lokale forhold med pasienttilgang, økonomiske og personellmessige ressurser vil sikkert være bestemmende for dette.

Uansett bør lege og fysioterapeut beflitte seg på å gi denne pasientgruppen de beste forutsetninger for å kunne bedre sin egenomsorg. Fysioterapeuten bør i en del situasjoner fungere som "fysioinstruktør". Legen bør huske å rekvirere "informasjon om ryggens bygning og funksjon" og "instruksjon og motivasjon for egenøvelser og riktig arbeidsteknikk" på rekvisisjonsblanketten for fysikalsk behandling (Fig. 1) ■

### Referanser:

1. Lidstrøm A & Zachrisson M: Ryggskolan. Ett försök till mer rationell fysikalsk terapi. Fysioterapeuten 1974, 41, 93-95.
2. Kvien TK, Nilsen H & Vik P: Education and self-care of patients with low back pain. Scand J Rheumatol 1981, 10, 318-320.
3. Kvien TK, Vik P & Nilsen H: Ryggskole. En ressurssparende behandling av pasienter med "vond rygg". Tidsskr Nor Lægeforen 1982, 102, 1206-1208.



# Kroniske ryggsmerte. Sykemelding eller at



Det er vesentlige forskjeller mellom akutte smerter og kroniske smerter - både når det gjelder etiologi og prognose. Stilt overfor spørsmålet om sykemelding av kroniske ryggpasienter må legen vurdere skjønnsmessig - ofte på bakgrunn av selvopplevde ryggsmarter, vanligvis i form av akutte episoder. Også kroniske ryggsmarter som har vart utover 3 mndr. debuterte som akutte smerter før de gikk over i et kronisk stadium med dyptgripende effekt på pasientens livsutfoldelse og adferd. P.g.a. den glidende overgang fra det akutte til det subakutte, subkroniske og til slutt kroniske stadium kan det være vanskelig å vite når almenpraktikeren bør slutte med videre utredning/behandling og begynne med aktiv atferd i stedet for passiv sykemelding.



# Attføring?

Av Wolfgang Snoek

Wolfgang Snoek er cand. med. fra Kiel 1969, godkjent spesialist i nevrologi i 1978. Fra 1981 ansatt ved Statens attføringsinstitutt i Oslo (- som snart kommer til å figurere som "Statens arbeidsmarkedsinstitutt i Oslo")

## Samfunnsøkonomiske aspekter

Blant attføringsklientene ved Statens attføringsinstitutt i Oslo (SAO) utgjorde langtidssykemeldte ryggpasienter en stadig økende andel. I 1953 utgjorde de bare 2,8%, i 1963 18%, og i 1983 26% av de 767 pasientene som hadde opphold ved SAO det året. Det skal allerede nå presiseres at SAO-klientene representerer et selektert materiale med overhyppighet av pasienter som har store subjektive plager med lite eller ingen medisinske organiske funn.

Ryggpasientene - med eller uten utstrålende smerter i underekstremitetene - utgjorde ca. 60% av alle SAO-klientene med diagnoser som vil kunne falle inn under rubrikken "langtidssykemeldt for kroniske belastningssykdommer". I følge trygdesjef Trygve Iversen i Porsgrunn, som har prøvd å kartlegge sykefraværet i norsk arbeidsliv, utgjør tap i produksjonen og utbetaling av stønad bare for langtidssykefraværet p.g.a. belastningssykdommer 18 milliarder kr. hvert år - dette er nesten like mye som forsvarsbudsjettet og kirke- og undervisningsbudsjettet til sammen. Hvis tallene for SAO-klientene var representativt for hele denne gruppen, vil man kunne regne seg til at dette tap utgjør ca. 10



milliarder kr. alene for gruppen kroniske rygg smerter/ischialgi. I tillegg kommer utgiftene som påføres helsevesenet i forbindelse med utredning og behandling av ryggpasienter. Og her er det enda ikke tatt med i betraktningen at flertallet av pasienter som har vært langtidssykemeldt for kronisk lumbago/ischias i løpet av relativt få år ender opp med uføre-

trygd - og dermed forsvinner fra sykefraværstatistikken.

## Lite samsvar

mellom medisinske somatiske funn og attføringsresultat. Alle som arbeider med attføring og rehabilitering kan nærmest daglig observere at en og samme sykdom, skade eller lyte kan gi svært forskjellige utslag hos 2 pasienter som objektivt skulle ha samme grad av medisinsk invaliditet. Mens den ene blir passiv og langvarig sykmeldt, klager over smerter og evt. må bruke stokk eller krykker vil den andre vise langt fra seg å motta hjelp eller "medlidenhet" fra andre og tar selv initiativet til omplassering på arbeidsplassen eller evt. omskolering - uten å komme på tanken at han kunne ha krav på hjelp og stønad.

Det kan også virke paradoksalt at langtidssykemeldte ofte er desse mere vanskelig å attføre jo mindre graden av den objektive målbare funksjonshemmingen er og jo lengre de har vært sykmeldt. Også tyder undersøkelser på, at langtidssykemeldte som blir attført til arbeid er mere misfornøyd med attføringsapparatet enn dem som blir uføretrygdet etter å ha prøvd attføring.

På den andre siden er attføringsresultatene overraskende like for ulike sykdomsgrupper med helt forskjellig grad av medisinsk invaliditet: Under gunstige forhold d.v.s. i tider med mangel på arbeidskraft kommer ca. 60% av pasientene med kroniske rygg smerter i arbeid etter attføring. Omtrent samme prosenttall gjelder også for pasienter med f. eks. paraplegi, sequele etter mindre eller større skader, revmatiske lidelser o.s.v.

Under dårligere forhold derimot, d.v.s. i tider da det er mangel på arbeidsplasser, blir resultatene etter attføring tilsvarende dårligere: Ved etterundersøkelse i 1983 var bare 27% av SAO-klientene i arbeid 1 år etter utskrivelsen, i tillegg var 18% i aktiv attføring, som oftest i gang med videreutdanning/omskolering. 12% var uføretrygdet.

## Faktorer som korrelerer med attføringsresultatet

En etterundersøkelse av kroniske ryggpasienter 1 år etter opphold ved SAO bekrefter at helsemessige faktorer spiller en beskeden prognostisk rolle i forhold til attføringsresultater. Faktorene som hadde en signifikant betydning for et positivt resultat fremgår av tabell 1 A. ➔



### Tabell 1 A.

Faktorer som hadde signifikant betydning for et vellykket attføringsresultat ved etterundersøkelse 1 år etter utskrivelsen.

- 1 Etter fysisk funksjonstrening blitt subjektiv smertefri
- 2 Skolegang ut over vanlig grunnskole
- 3 Ingen alkoholproblemer
- 4 Middels eller over middels resultat ved håndlagnsprøver
- 5 Normalt evnenivå eller bedre
- 6 Kort varighet av sykemelding før attføringen kom i gang

### Tabell 1 B.

Faktorer som hadde minst betydning

- 1 Røntgenfunn ved undersøkelse av columna vertebralis
- 2 Kjønn
- 3 Legens kliniske vurdering av funksjonshemningens omfang
- 4 Stabilitet i arbeidslivet forut for oppholdet.
- 5 Forsørgelsesbyrde
- 6 Fysisk tungt arbeide forut for oppholdet.

Det fremgår at pasientene som ved etterundersøkelsen var i lønnet arbeid hadde forut for attføringsoppholdet hatt en signifikant kortere sykmeldingsperiode, d.v.s. pasienter som kommer tidlig til attføring har en bedre prognose enn de som blir hemvist først etter flere års sykmelding - og her kan almenpraktikeren bidra til et gunstigere attføringsresultat.

At klienter som angir å ha blitt smertefrie ved treningen har en gunstig prognose er innlysende, likeledes at skolegang/utdannelse utover grunnskole har en signifikant betydning i forhold til attføringsresultatet. Evnenivå (Mønnesland, Raven) og håndlag ble testet av psykolog. Det å ha evner og håndlag i normalområdet eller bedre viste seg prognostisk gunstig. Dette ble også bekreftet og nærmere spesifisert ved annen etterundersøkelse av kroniske ryggpasienter 4 til 7 år etter utskrivelsen fra SAO. Tabell 2 viser hvilke faktorer som ved multipel regresjonsanalyse mest korrelerte med attføringsresultatet.

### Tabell 2

Faktorer som korrelerer med attføringsresultatet ved etterundersøkelse 4 - 7 år etter utskrivelsen fra SAO (med avtagende signifikans).

- 1 Finere fingermotorikk
- 2 Ravens matrisetest
- 3 Andre somatiske sykdommer
- 4 Subjektiv smertefrihet ved utskrivelsen
- 5 Varighet av sykemelding før attføringen kom i gang
- 5 Personlighetstrekk
- 7 Alder
- 8 Alkohol

Det fremgår at 2 prøver fra psykologisk testbatteri viste mest signifikant korrelasjon: Fingermotorikken klassifisert ved måling

av hastigheten for finere fingerbevegelser og Ravens matrisetest, en evnetest som er uavhengig av skole- og språkkunnskaper. Dernest - med avtagende korrelasjon - var det prognostisk ugunstig om det foreligger andre somatiske sykdommer i tillegg til ryggsmertene.

Også denne undersøkelsen bekrefter at det er viktig å komme i gang med attføring så fort som mulig: Prognosen blir dårligere jo mere tid som går før aktiv attføring kommer i gang. Pasientens alder spiller ved denne etterundersøkelsen en mindre rolle enn ventet. Dette er noe i motsetning til en dansk undersøkelse av attføringsklienter der alderen pekte seg ut som prognostisk viktig sammen med tidligere posisjon i arbeidslivet og tegn på psykiatrisk sykdom.

Hvordan kan det forklares at en test som måler hastigheten for finere fingerbevegelser viser best korrelasjon til attføringsresultatet? Det kan vel tenkes at motivasjonen for å bli attført avgjør om klienten virkelig "tar i" og får et godt resultat, -men det finnes også andre forklaringsmodeller.

### Individuelle risikofaktorer?

En svensk undersøkelse av personlighetsstrukturen hos attføringsklienter med ryggsmertene uten nevrologiske utfall fant at de pasienter som kom tilbake i arbeid hadde et mere optimistisk livssyn, følte seg mindre insuffisient, hadde mindre behov for trøst og hjelp, hadde mindre sosiale behov, var mindre nærtagende og rigide, hadde et mere positivt selvbilde enn de klienter som det ikke lyktes å attføre.

De anga også en bedre arbeidsmotivasjon, vurderte sine sjanser for å komme tilbake til arbeid

mere positivt enn de som ikke ble attført og beskrev sin egen familie som mere positiv og bekræftende med henblikk på å komme i arbeid.

De som ikke ble attført beskrev at familien så mere pessimistisk på det og/eller hadde en overbeskyttende holdning. Klienten som ble vellykket attført var mindre tilvennet til sykerollen og vurderte selv ryggsmertene sine som mindre invalidiserende. Med hjelp av regresjonsanalyse ble det funnet 4 faktorer i personlighetsstrukturen som hadde mest signifikans med henblikk på attføringsprognosen (tabell 3)

### Tabell 3

Personlighetsstruktur.

Psykologiske faktorer som korrelerte mest med attføringsresultat.

- Optimistisk/pessimistisk livssyn
- Psykologisk rigiditet
- Graden av sosiale behov ("selskapspsyke")
- Selvbilde

Tilsvarende etterundersøkelser, som fremhever den overveiende betydningen av ikke-medisinske faktorer for attføringsresultatet foreligger også for andre sykdomskategorier.

### Hvorfor går det lang tid før den kroniske ryggpasienten kommer til attføring?

Årsaken ligger dels hos pasienten selv, dels i et samspill mellom lege og pasient og dels også ved attføringsapparatet.

Ryggpasienter som blir søkt til SAO representerer en selektert pasientgruppe. De angir som regel kontinuerlige smerter hele døgnet - "ikke et sekund ute smerter" - uansett om de går, står, sitter eller ligger. Smertene forverres ved ethvert tillop til fysisk aktivitet. Med et slikt omfang av smerteklager er det naturlig at legen ikke tenker på aktiv attføring, selv om han ikke finner noen objektiv medisinsk somatisk forklaring. Utviklingen har ofte vært gradvis fra et tilsynelatende vanlig ryggkink som det tar påfallende lang tid å restituere, til sluttstanden som beskrevet.

Legen vil ofte spørre seg om pasienten er grundig nok utredet og eventuelt sende ham til ny rgt. -undersøkelse eller en ny runde med fysioterapi. Deretter henvisning til spesialist i ortopedi, nevrologi, revmatologi og evt. til fysikalsk medisin. Antyder almenpraktikeren i hen-



visningskrivet til spesialisten en mulighet for funksjonelle komponenter vil vår pasient komme bakerst på ventelisten. Spesialistene kan være fristet å prøve med nye spesialundersøkelser og evt. ny omgang med terapi.

Når pasienten er ferdig med denne runden kan det ha gått flere år med sykemelding og tilvenning til sykerollen, og almenpraktikeren står fortsatt med noe diagnostisk tvil. Pasienten har i mens helt lagt fra seg - eller er til og med blitt fratatt - rollen som aktiv medansvarlig for sin situasjon. Også familielivet preges, det blir ofrte til et tabubelagt rollespill der ingen før stille krav til den syke.

### Hvorfor tar pasienten denne rollen?

Arbeid utført av Wilber Fordyce og hans kolleger ved Universitetet i Washington ser ut for å by på noen brukbare svar.

Han observerte at legene baserer vurderingen av pasienters smerter på deres adferd - ved kroppsspråk og verbale ytringer.

Hans modell for forståelse og behandling av kroniske smerter er basert på adferdsterapeutenes teori om at adferd kan oppstå og bli velikeholdt ved læring og forsterkning, og unngår dermed den tradisjonelle dikotome spørsmålstilling der smertene enten er reelle, d.v.s. har organiske grunnlag eller psykogene, d.v.s.: eksisterer ikke.

Fordyce deler kroniske smerter i "respondant" smerter som er stort sett organisk betinget og "operante" smerter.

Med Operante smerter mangler det en organisk medisinsk forklaring, smertene bedres ikke ved medisinsk behandling, de fører til at en viss aktivitet - som oftest i jobben - avsluttes, og pasienter med operante smerter har oftere tendens til å tilkalle hjelp fra andre under smerteperiodene. Også operante smerter hadde i begynnelsen en organisk årsak, d.v.s. at en mer eller mindre tilfeldig smerte førte til smerte-adferd som ble kronisk fordi pasienten ble forsterket i sin adferd.

### Hvorfor blir smerte-adferden permanent?

Fordyce mener at smerte-adferden kan forsterkes på minst 2 forskjellige måter, nemlig belønning og unngåelse av ubehageligheter ("straff"). Han nevner spesielt 3 faktorer som kan forsterke betinget smerte-adferd.

- Medisinsk utredning: Ved at legen spør pasienten detaljert og empatisk om smertene, kan han positivt forsterke smerte-adferd. Ved å henvise til ytterligere spesialutredning - med tilsvarende ventetid - utsettes attføring.

- Medikasjon: Blant kroniske smertepasienter forekommer medikamentavhengighet relativt hyppig. Når den eneste måten å få medikasjon på er å kjenne etter og uttrykke smerter, virker dette kraftig forsterkende på smerte-adferd.

- Økonomisk kompensasjon: Trykdeytelser kan motvirke ønske om å bli frisk, det samme kan uoppgjorte skadeerstatninger.

Smerte-adferden kan også forsterkes når pasienten derved lykkes i å unngå ubehagelige oppgaver.

Når han har sterke smerter vil han bli hjemme for å hvile og unngå smertene som arbeidet kunne forårsake.

Det å bli hjemme kan imidlertid bli en forsterker for den som finner arbeidsplassen stresset og angstprovoserende. Han unngår ikke bare smerte ved å bli hjemme, men også stress og press i arbeidsmiljøet.

Fordyce understreker at pasienter som forsøker å slutte med smerte-adferd og ønsker å vise mere "sunn" adferd kan være motstrevet av familie, venner og helsearbeidere som ønsker å beskytte ham mot mere smerter.

Han blir da frarådet selvbegrenset aktivitet og unødig holdt i sykesengen eller hjemme.

Hvis hans forsøk på å øke aktivitet en stadig fremkalle ubehageligheter i form av misnøye eller kritikk, vil hyppigheten av forsøket på å komme seg ut av sykerollen bli redusert.

### Behandlingsstrategier

Attføringsprogrammet ved attføringsinstituttet i Oslo består av 4 hovedkomponenter:

1. Avslutte utredningsfasen.

Den første uken legges det vekt på å avklare om pasienten er grundig nok undersøkt medisinsk. Der hvor det er noe tvil kan han raskt henvises til videre undersøkelse ved Rikshospitalet, evt. Aker sykehus (lumbal spinal CT). Poenget er at videre henvisning til ytterligere undersøkelser kan foregå uten at det tapes ytterligere tid før attføringen kommer i gang.

I samme tidrom blir pasienten også vurdert av psykolog, sosionom og yrkesrettleier. I tverrfaglig teammøte legges det så en attføringsplan.





2. Fysisk aktivitet og funksjonstrening.

Kroniske ryggpasienter får både kondisjonstrening og spesifikk ryggtrening.

Det legges vekt på at pasientens smerteadferd ikke forsterkes ved at han trener til han må gi opp eller hvile p.g.a. smerter. Det kan ofte være en fordel å begynne med uspesifikk trening som ikke belaster ryggen.

3. Reduksjon av smerteadferd som fremkaller overbeskyttelse hos andre. Alle teamarbeidere, spesielt legene og fysioterapeutene er trent til å gi minst mulig forsterkning for smerteadferd og forsøke å reetablere "sunn adferd".

Pasientene kommer imidlertid alene og det er vanskelig eller umulig å forandre forsterkning av smerteadferd i deres hjemmemiljø.

4. Nedtrapping av analgetikaforbruket.

Dette oppnås ved en gradvis reduksjon i samsvar med fremskritt ved fysisk funksjonstrening.

Økt aktivitetsnivå fører erfaringsmessig til minsket forbruk av medikasjon.

Likeledes: når smerteadferd blir erstattet med mere "frisk adferd" har klienten som regel ikke lenger behov for overforbruk av medikamenter eller helsetjenester.

I praksis går oppholdet ved instituttet ut på at klienten hver dag har fysisk funksjonstrening og at resten av dagen fylles med arbeidstrening.

Yrkesrettleder hjelper klienten i gang med søknader om arbeid og tilbyr evt. finansiell kompensasjon for arbeidsgiver som er villig til å ansette kroniske smertepasienter med en høy risiko for fravær og utgifter.

Problemet kan ofte overvinnes ved nøyaktig fremstilling av klientens evner og prestasjoner, og det er ofte nyttig å informere om rettigheter og lovgivning.

I tider med mangel på arbeidsplasser kan det være fristende å satse på skole og utdanning. Den typiske kroniske smertepasient har vært borte fra arbeidet i flere år og undervurderer ofte sin arbeidsevne.

Av den grunn er en direkte arbeidsplassering mere fordelaktig enn å bruke mer tid på videre utdanning. ■

Manuell Terapi er en treårig videreutdanning for FYSIOTERAPEUTER. Det legges spesielt vekt på:

- Å analysere/undersøke bevegelsesapparatet (skjelettmuskelsystemet) fra funksjonsanalyser til spesifikke undersøkelser av hud, muskler, nerver og ledd (columna og ekstremiteter).

- Ulike behandlingstiltak med vekt på leddmobilisering /-stabilisering og manipulasjonsgrep.

Manuell terapi er mer enn å teste leddbevegelighet og gjenvinne denne hvis den er nedsatt, men også det.

## Behandling sett fra manuell t Manuell t

Av Sonja Billington  
og Birgit Gunnari

### Utdannelsen

Sonja Billington og Birgit Gunnari er fysioterapeuter og har eksamen i manuell terapi.

S.B. har sitt virke til vanlig ved Stovner fysioterapi A/S, men for tiden har hun engasjementstilling ved Fysioterapiforbundet.

B.G. er lærer ved Statens fysioterapiskole i Oslo, tar for tiden hovedfag ved Statens spesiallærerskole.

Utdannelsen i Norge består av 1. og 2. avdeling. Det er nå ca. 80 fysioterapeuter som har 2. avdeling. Det er bare disse som har lov til å utføre manipulasjonsgrep på columna og behandle pasienter som har fått ordinert manuell terapi. Denne behandlingen refunderes med egen takst fra Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket vil til enhver tid ha en ajoruført liste over disse fysioterapeuter. Norsk manuell terapi har eksistert i 30 år og har bred internasjonal anerkjennelse. Norske fysioterapeuter underviser kolleger i Europa, Amerika og Australia.

### Ikke "bare" rygg

Det er fristende for oss som utfører Manuell Terapi å teste spesifikt, finne en dysfunksjon og behandle denne. Men da blir resultatet ofte skuffende både for pasientene og oss. Mennesket er et psykososialt vesen og ryggens lidelser er derfor ofte at uttrykk for mange og sammensatte forhold. Vi må derfor se ryggens lidelser i en større sammenheng. Det er likevel helt nødvendig at vi behersker metoder og teknikker så godt at vi sammen med legen kan stille en så eksakt diagnose som mulig. De kliniske funn danner grunnlaget for behandlingen.



# Terapi synsvinkel Terapi

## Ikke bare spesifikt

Enkeltstående dysfunksjon finnes ikke. Den er enten årsak til andre feilfunksjoner eller feilfunksjoner er årsak til dysfunksjon. Vi understreker derfor bestandig spesifikt funksjonen i columna, bekken og hofter. Og vi finner ofte dysfunksjon som medfører økt belastning i det affiserte segment. En nedsatt bevegelse bør/kan mobiliseres hvis dette kan gjøres uten å provosere det affiserte segment. Belastningsforhold og funksjon av underkstremitetene betyr meget for columnas basis for kroppen.

## Lumbago, truende ischias og ischias

Det er svært vanskelig å skille mellom lumbago, truende ischias og ischias. Lumbago og ischias kan ha/har samme smerteårsak, mellomhvirvelskiven, men symptomene er ulike. Det er få korsrygglidelser hvor skiven ikke er affisert.

## Behandling av pasienter med lumbago

Vi skiller mellom akutt og kronisk lumbago.

Den akutte har en sykehistorie som er kort, et eksakt hendelsesforløp, bare smerter i lumbalcolumna, ofte avvergestilling,

ingen nevrologiske utfall. Spesifikk undersøkelse viser ofte nedsatt bevegelse i et segment. Traksjonsmobilisering/grep i dette segment gir ofte smertefrihet og kan i første omgang virke som tilstrekkelig behandling. Erfaringen har derimot vist oss at dette første "kinket" ofte er starten på en mer langvarig rygglidelse. Det er derfor viktig at man allerede her kommer inn med informasjon og forebygging. Dette burde selvfølgelig skjedd før, men ihvertfall nå! Forebyggingen består blant annet av generell trening av hele "muskelkorsettet" med små bevegelsesutslag, innarbeide gode bevegelsesmønstre, arbeidsstillinger, lære å skåne ryggen, bruke bena.

Av de kroniske lumbagoene har vi de som er "slitne" i ryggen og de som ofte får "kink". Den spesifikke undersøkelsen viser ofte for stor bevegelse i segmentet og nedsatt i tilstøtende segmenter. Begge grupper klager over at de ikke kan stå, sitte, ligge lenge i samme stilling. Må forandre stilling ofte. Et hypermobilt segment kan av og til "hekke" seg opp i en ytterstilling. Pasienten har fått "kink". Dette må først løses ved hjelp av mobilisering og/eller manipulasjon. Deretter er mobilisering kontraindisert. Mange tror at ryggen skal trenes med store bevegelsesutslag og store belastninger. Det er galt for disse pasienter (og for alle ryggpasienter). Hos pasienter med kronisk lumbago finner vi at det er de dype, korte ryggmuskulene som er dårlige. Det er de korte musklene som ligger leddnært som ikke klarer sin stabiliserende oppgave. Derfor legger vi stor vekt på å facilitere dem. Det oppnås ved hjelp av forsiktige, spesifikke stabiliserende øvelser. I tillegg må også pasientene trene hele muskelkorsettet etterhvert, innarbeide gode vaner osv. (se over). Spesielt disse pasientene kan na stor glede av "Pass på belter" i perioder og/eller ved spesielt arbeide.

## Behandling av pasienter med truende ischias/ischias

Den viktigste behandlingen i den akutte fasen er ro og avlastning. Pasienten må få god informasjon og må innta et strengt sengeleie. Vi må ofte hjelpe til med å finne smertefrie stillinger (størst avlastning). Avlastende traksjon utført av fysioterapeuten, pårørende, selvtraksjon kan være til hjelp. Trening, manipulasjon o.l. er selvfølgelig kontraindisert. Når det akutte stadiet

er over, opphører det strenge sengeleiet. Pasienten må likevel unngå å provosere fram smerte, de lærer fort hvor meget de tåler. Spesielt for meget sitting (mykt, lavt) må unngås på dette stadiet. Mange har glede av "Pass på belte". Traksjonsbehandling bør fortsettes, evt. prøves igjen. Først når pasienten tåler å være oppe det meste av dagen uten smerter og vår nevrologiske orientering tilsier dette, kan mere aktiv behandling settes inn. Behandlingen må aldri gi smerter, og det må ikke være smerter etterpå. Etterhvert vil behandlingen blir som for gruppen "lumbago". Vi vet at bedringen sjelden er jevn, men at det går i bølger. Slike ting må også pasienten få vite. Jo mere pasienten vet om sin egen rygg dess større sjanse er det til bedring - dess større sjanse er det for å hindre tilbakefall!

## Konklusjon

For 30 år siden, da vår videreutdanning startet, mente man at årsaken til ryggplager stort sett skyldtes noe som satt fast eller hadde forskjøvet seg. Behandlingen var manipulasjonsgrep. Jo mere vi har lært - fra weekendkurs til treårig videreutdanning - jo vanskeligere er det blitt! Vi vet likevel (og kanskje derfor?) at pasienter med lidelser i og fra korsryggen har glede av undersøkelse og behandling ad modum manuell terapi.



Vi kjenner ham alle, - pasienten med "vondt i ryggen": - "Kan ikke angi nøyaktig hvor, men ryggen kjennes bestandig stiv og vond. Av og til drar smertene seg ut i den ene eller begge setehalvdelene. Har sluttet å gjøre hagearbeide eller drive annen form for fysisk aktivitet av frykt for å provosere ryggsmertene. Har i løpet av de siste årene vært hos flere leger og fysioterapeuter, -har prøvd sprøyter, tabletter, varme, massasje og øvelser, - men behandlingen hjelper bare en kort stund".

Når denne pasienten dukker opp på vårt kontor eller institutt, er det, naturlig nok, pasientens rygg som blir gjenstand for vår oppmerksomhet. En grundig undersøkelse av "probleområdet" er selvsagt i enhver medisinsk og fysioterapeutisk undersøkelse. Men, - like viktig er det å vurdere hvordan de lokale forhold i "probleområdet" inngår og samspiller med resten av det mennesket som har "vondt i ryggen".



# Psykomotorisk behandling for pasienter med ryggplager

Av fysioterapeut  
Britt-Vigdís Ekeli

## Undersøkelse og vurdering

Gjennom anamnese og kroppsundersøkelse danner vi oss et bilde av pasienten og hans livssituasjon.

I anamnesen legges det vekt på å få pasientens egen beskrivelse og vurdering av sin funksjon og sine plager. Det er viktig med en grundig smerteanamnese. Vi vil også vite om tidligere sykdommer og naturlige funksjoner som grunnlag for å vurdere vegetativ funksjon. Gjennom anamneseopptaket legges det også vekt på å vurdere sammenhengen mellom det pasienten sier verbalt og det kroppslige uttrykket som ledsager det som blir sagt.

Kroppsundersøkelsen består i registrering og vurdering av:

- kroppsholdning
- respirasjon
- funksjon
- muskulære kvaliteter

Ved å vurdere kroppsholdning i

ulike utgangsstillinger prøver vi å få svar på følgende spørsmål:

- Hvordan står pasienten på beina?
- Hvordan er balanseforholdene i kroppen?
- Må pasienten bruke mye muskelfor å holde seg oppe?
- Er kroppsholdningen preget av fleksjon eller ekstensjon,
- er den slapp eller oppstrammet?
- Hvordan forandrer kroppsholdningen seg i ulike utgangsstillinger?

Gjennom respirasjonsvurderingen søker vi svaret på følgende spørsmål:

- I hvilken grad er respirasjonen låst?
- Er respirasjonen kontrollert eller spontan?
- Hvordan er omstillingsevnen?

Gjennom ulike funksjonsprøver vil vi finne ut:



- Hvordan fleksibiliteten i kroppen er

- Hvordan pasientens evne til avspenning er

- Hvordan muskelspenningene er fordelt i kroppen

- Hvordan pasientens kroppsbewussthet og kroppsopplevelse er.

Spørsmålene vi ønsker svar på gjennom palpasjon av muskulaturen er

- Hvordan er forholdet mellom de muskulære kvaliteter: i fleksorer og ekstensorer, på høyre og venstre kroppshalvdel, i overkropp og underkropp?

- Hvordan er kvalitetene i muskulaturen med relasjon til rygg, thorax og respirasjon?

- Hvordan virker palpasjonen på pusten?

- Er det smerte/ømheter ved palpasjon?

Gjennom hele undersøkelsen har vi et åpent blikk for pasientens reaksjoner, muskulære, respiratoriske og vegetative. Vi legger også vekt på å snakke med pasienten om det som skjer, å få fram hvordan pasientens muskelfølelse og kroppsbewegung er å formidle det vi registrerer i kroppen hans.

Når vi har fått en generell oversikt over pasientens kroppslige forhold, vil vi gjøre en grundigere undersøkelse av ryggen for å få et mest mulig komplett bilde av pasientens funksjonsproblemer.

Ved en spesiell ryggundersøkelse vil vi vurdere:

- smerteforhold

- lokale belastningsforhold

- forholdet mellom mobilitet og stabilitet

- forholdet muskellengde, -styrke og stabilitet

- nevrologiske utfall

Sammen vil den generelle kroppundersøkelsen og den spesielle ryggundersøkelsen danne grunnlag for vår vurdering om hvorvidt psykomotorisk behandling er den rette behandling for denne pasienten.

Når vi skal sammenfatte undersøkelsen som vurderingsgrunnlag for behandling, legger vi vekt på kvaliteten og kvantiteten av funn

fra de ulike delene av undersøkelsen sett i sammenheng med pasientens totalsituasjon. Sentralt i denne vurderingen er å se på forholdet mellom pasientens funksjonsproblemer og hans kroppslige og miljømessige ressurser. Vi må også vurdere smerteforholdene nøye. En viktig del av vurderingen blir så i hvor stor grad pasientens habituelle, holdning-, respirasjons-, spennings-, reaksjon- og funksjonsmonster er påvirket av de patologiske forandringene i ryggen, smerter og undersøkelsessituasjon.

Vi vet at smerte virker inn på alle deler av vår kroppslige funksjon. I en fase med akutte smerter og smertereaksjoner, som ved truende ischias og ischias, vil det være kontraindisert å gi en pasient psykomotorisk behandling.

Hvilke typer ryggproblemer kan så profitere på psykomotorisk behandling? Det spørsmålet er det umulig å svare på. Men etter en grundig anamnese og undersøkelse kan vi svare på hvilke pasienter som kan ha nytte av psykomotorisk behandling.

Uten å gå i detaljer her kan vi si at pasienter som vil kunne nyttiggjøre seg psykomotorisk behandling er de som har muskelspenninger som er blitt stående og låser holdning og respirasjon i ufunksjonelle mønstre, enten det er i kjølvannet av en akutt rygg og/eller et resultat av at pasienten over lengre tid har måttet stramme seg opp i ryggen for å mestre tilværelsen sin.

Belastningslidelser er en betegnelse som ofte brukes for å beskrive lidelser som skyldes psykososial og fysisk over og/eller feilbelastning på mennesket. Mennesket fremstiller seg da som pasient med smerter og funksjonsforstyrrelser som følge av og uttrykk for ubalanse i kroppens ulike organsystemer. Vi kan lage en liste over slike tilstander og plager: Smerte og bevegelsesinnskrenkning ulike steder i muskelskjelettsystemet, generell anspenthet, søvnproblemer, magesår, lettere nervøse plager osv. Psykomotorisk behandling kan være et alternativ ved slike tilstander.

### Prinsipper for psykomotorisk behandling

Psykomotorisk behandling er en norsk behandlingstradisjon innen fysioterapien. Den ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bulow-Hansen i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy. Aadel Bulow-

Hansen hadde selv bakgrunn fra ortopedisk fysioterapi og ergonomi. Dette har nedfelt seg i psykomotorisk behandling i form av funksjonsrettet analyse og behandling.

I tråd med grunntanken i denne behandlingstradisjon, - at vi alltid og til enhver tid fungerer som hele mennesker, er psykomotorisk behandling en behandling der kroppen hele tiden betraktes og behandles som en funksjonell enhet. Smerteområdet behandles ikke lokalt men som en del av hele kroppen. Behandlingen er ikke symptomorientert, men funksjonsorientert i det den hele tiden retter seg mot samspillet: holdning, respirasjon, muskelspenninger, funksjon.

Sentralt i psykomotorisk behandling er omstilling av holdning og respirasjon som grunnlag for funksjon. Enhver fornuftig byggermester starter med å legge et skikkelig fundament for byggerverket sitt. I psykomotorisk behandling gjør vi det samme. Vi kan ikke forvente at en pasient som står ustabil med dårlig balanse skal kunne oppgi sine ryggspenninger. Ett sted må han jo kompensere for det dårlige fundamentet, og hvor fri er pusten vår når vi går på stølter? Vi må derfor legge grunnen for holdnings- og respirasjonsomstilling ved å få pasienten til å "stå godt på beina".

### Holdningsomstilling

Begrepet holdningsomstilling bør vi se litt nærmere på. Det er ikke snakk om en vilkårlig omstilling av kroppen å la vise en pasient hvilken holdning han bør ha, - og så be ham øve seg på å innta denne foran speilet. I





psykomotorisk behandling tilstreber vi en holdningsomstilling ved å få pasienten til å "lirke" seg ut av sitt spenningsmønster ved å løse muskelspenninger, frigjøre respirasjon og stimulere den naturlige strekken i kroppen. Vi spiller direkte på det nære forholdet mellom muskelspenninger og respirasjon. Ved hjelp av massasjegrep på muskulaturen får vi spenningene til å slippe ved en frigjøring av respirasjonen, og ved hjelp av øvelser stimulerer vi til strekk i kroppen og frigjøring av respirasjonen. Ved å løse spenningene i korte og stramme muskler vil disse og deres antagonister få mer optimale arbeidsforhold. Dette vil igjen virke gunstig på leddenes belastnings- og ernæringsforhold, samt påvirke den dype sensorikken og derved nevro-muskulære forhold.

Vi registrerer hele tiden hvordan pasienten reagerer på behandlingen, respirasjonen er spesielt i fokus, men vi vurderer også vegetativ, motorisk og følelsesmessig reaksjon.

### Kroppsbevissthet og kroppsopplevelse

er sentrale begreper i psykomotorisk behandling. Gjennom hele behandlingen legges det vekt på å øke pasientens forståelse for kroppen sin og varhet for kroppens signaler og reaksjonsmåter. For mange pasienter er det noe helt nytt å få oppleve kroppen sin som et kommunikasjonsmiddel, som uttrykk for hvordan "jeg" har det. Kroppen blir da noe annet enn et vondt hylster som han helst distanserer seg fra, kroppen blir istedet "meg". Kroppsopplevelse og varhet for kroppens signaler er grunnlaget for å kunne forebygge kroppslige plager. Ikke på den måten at pasienten hele tiden tenker på ryggen sin, snarere tvert imot. Økt fleksibilitet i kroppen gir muligheter til et større bevegelsesreportoar. Pasienten vil kunne oppleve større bevegelsesfrihet og glede ved å bevege seg, samtidig som han har lært seg å lytte til og ta hensyn til kroppens signaler om overbelastning og feilfunksjon.

Utgangspunktet for vår behandling er det helhetlige mennesket. I behandlingen vår går vi direkte inn i triaden muskelspenninger, pust, følelser. Det er derfor naturlig at pasienten kan få følelsesmessige reaksjoner når muskelspenninger og pust som har bremsset og holdt nede følelsesmessige uttrykk løsner. Når thoraxspenninger løsner og pusten

slippes til, kan gråten komme. Når spenningene i leggens bakside slipper og den naturlige strekken kommer, kan pasienten oppleve å få trampet skikkelig i gulvet og få utløp for oppdemmet aggresjon. "Ryggen er vår største mimiske muskel" sa Trygve Braatøy, - og understreket dermed den nære sammenhengen mellom kroppsuttrykk og følelser.

Fordi psykomotorisk behandling tar sikte på en holdnings- og respirasjonsomstilling vil forholdet mellom pasientens funksjonsproblemer og hans kroppslige og miljømessige ressurser til enhver tid være avgjørende for hvor pågående vi kan være i behandlingen. Hver behandling starter vi med å skaffe oss en oversikt over hvordan pasienten har det i dag, og hvordan han har hatt det siden siste behandling. Har pasienten fått smerter og ubehag andre steder enn i "problemområdet"? Er det tegn på økt ubalanse? Har det vært sterke følelsesmessige reaksjoner og hvordan har i tilfelle de ytret seg? Trenger pasienten å få enda mer tid til å stabilisere seg før vi går videre i behandlingen? Kan vi øke pågangen i behandlingen?

### Tidsfaktoren

er viktig i psykomotorisk behandling. Omstilling av kropp og reaksjonsmønster tar tid. Behandlingen gjøres relativt sjelden, ofte 1 gang i uken/hver 14. dag, og kan på den måten strekke seg ut i tid. Behandlingstiden er 1 time hver gang.

### Samarbeid

mellom pasient, lege og fysioterapeut er en forutsetning for psykomotorisk behandling. Fordi den medisinske diagnose har begrenset verdi som grunnlag for å starte psykomotorisk behandling, er fysioterapeutens vurdering av pasienten helt avgjørende. Vurderingen må formidles både til pasient og lege, likeså informasjon om selve metoden.

Underveis i behandlingsforløpet kan vi få ulike reaksjoner som bør bli gjenstand for felles vurdering, hvor bl.a. legens medisinske innsikt er vesentlig.

□ Av Øyvind Stokke □

# Kiropraktor lumbago



Øyvind Stokke er uteksaminert som Doctor of Chiropractic i USA i 1970. Medisin grunnfag, Tromsø 1973.

Han har drevet praksis som kiropraktor i Tromsø fra 1970.



Innlegget er ikke en vitenskapelig utredning, men en orientering til almenpraktiserende leger om hvilke pasienter i denne sykdomsgruppen det kan være hensiktsmessig å henvise til kiropraktor. Så lenge eksakte indikationskriterier mangler for såvel kiropraktorbehandling som annen konservativ behandling vil valg av terapi for lumbago/ischiasspasienten fortsatt være et dilemma for primærlegen. Varme/massasje/øvelser et multiplum x 12 bør kanskje vurderes erstattet med ryggskole, psykomotorisk fysioterapi og kiropraktor i et forsøk på å gå nye veier. Det synes som at å gå en tur hver dag og å henge i trappeoppgangen er minst like effektiv behandling for lumbago/ischias som kompliserte øvelser og sofistisert stråleterapi.

# Kiropraktoren og lumbago - ischiasspasienten

## Kiropraktorer i Norge

- Innen utgangen av 1984 vil det være ca. 120 kiropraktorer i Norge.

Det antas at ca. 60 000 pasienter oppsøkte kiropraktor for første gang i 1983. Sett i relasjon til at norske fysioterapeuter totalt behandlet kun 200 000 pasienter i 1980 (Karterud 1980), er tallet høyt.

Det er tendens til at en stadig større del av befolkningen oppsøker kiropraktor for funksjonsforstyrrelser i muskel-skjelett-systemet.

Det offentlige refunderte i 1979 for 95 000 behandlinger. I 1983 var dette tallet økt til 168 000.

Trygdens utgift til kiropraktorbehandling var i 1983 4,2 mill. kr. mens utgiftene til ambulant fysioterapi var 348,2 mill. kr. (RTV).

Det totale antall behandlinger som gis årlig av norske kiropraktorer er betydelig høyere enn hva det refunderes for, en del leger er fortsatt svært restriktive med henvisning til kiropraktor.

Ved henvisning fra lege får pasienten refundert ca. 1/3 av behandlingshonoraret samt reise, kost og losji etter Folketrygdens regler for inntil 10 beh./år.

## Kroniske eller akutte lesjoner

Akutte lesjoner: Nachemson (SPRI) mener at 70% av pasienter med ak. lumbago er tilbake i jobb etter 3 uker og

90% etter 2 mndr. uansett behandling eller ikke.

Ved hyperakutt lumbago bør sannsynligvis fortsatt sengeleie og medikamenter forsøkes i første omgang. Når pasienten er stabil kan ryggstøttebelte sammen med kiropraktorbehandling vurderes dersom tilstanden trekker ut og det ikke foreligger kontraindikasjoner.

Dersom tilstanden forverres med økende smerter og avvergeholdning, pareser i bena tiltar, eller avvergeholdning ikke går tilbake i løpet av 3 mndr. bør undersøkelse ved nevrologisk avd. vurderes.

Ved akutte smerter i bekkenet under graviditet tilrådes et egnet støttebelte. Dersom dette ikke fører fram bør konsultasjon av kiropraktor forsøkes.

Coccygodyni etter traume mot coccyx eller annen belastningsårsak er oftest takknemlig å behandle hos kiropraktor dersom tilstanden ikke har gått over av seg selv innen rimelig tid.

Generelt kan man si at dersom man har å gjøre med akutt lumbago/ischias og residiverende plager uten avvergeholdning og uten betydelige parestesier og/eller nevrologiske utfallsymptomer i bena og pasienten hverken har symptomer på malign eller revmatoid sykdom bør behandling hos kiropraktor være både effektiv og ukomplisert.

Dersom pasienten har avvergeholdning med parestesier og lette

pareser i foten er ikke kiropraktorbehandling kontraindisert, men tilstanden har sannsynligvis sammenheng med en discusprotrusjon eller intradiscal prolaps og bør behandles med dertil egnet teknikk.

Oftest kan bare en lett utstrekking/mobilisering få tilstanden til å snu, smertene minsker i løpet av noen minutter og avvergeskoliosen reduseres.

Det ideelle er om slike pasienter får ligge i ro i noen timer etter behandlingen og får ryggbelte i tilfriskningsperioden. Dersom lumbagopasienten får residiv bør konsultasjon av kiropraktor vurderes.

## Kronisk lumbago

Et lumbago/ischias-syndrom som ikke har gått tilbake innen 3 - 6- mndr, regnes som kronisk.

En del av disse kan opereres, men et godt resultat er avhengig av strenge utvelgelseskriterier. Reoperasjoner har dårlig resultat. I løpet av 4 år har 20% fått residiv og ytterligere 20% innen 10 år.

For kroniske lumbago/ischiasspasienter uten operasjonsindikasjon burde vurdering hos kiropraktor være sterkt indisert.

## Kiropraktorkonsultasjonen

Målsetningen for behandling hos kiropraktor må være at behandlingen bør gi raskere resultater - med mindre komplikasjonsfrekvens - ha mindre recidivfrekvens



- koste mindre for samfunnet og pasienten
- enn alternative behandlingsformer - der slike finnes.

Det bør helst være en positiv respons innen de første 4-5 behandlingene.

Kroniske ischiaspasienter er spesielt terapiresistente og krever flere behandlinger.

Behandlingen kan gis daglig, men da en viss vevsømheter kan være tilstede dagen etter, kan det med fordel gå en eller flere dager mellom hver behandling.

Pasienter med med symptomer fra de nedre lumbale avsnitt og spesielt hvor man mistenker discusprotrusjoner bør om mulig hvile etter behandling.

Lange bilturer fra/til behandling reduserer behandlingseffekten (Stokke 1977)

Det diagnostiske kriterium for å behandle en pasient er en funksjonsforstyrrelse eller smertesyndrom i et eller flere av columnas ledd. I columna ledsages dette av lokal muskel-kontraktur og/eller symptomer langs involverte nervetråder.

Som regel gir sideleddsaffeksjon ømhet over sideleddet og discuslesjoner mellom proc. spin. Iliosacralleddslesjoner gir distinkt palpasjonsømhet over leddspalten.

#### A. Thoracolumbale funksjonsforstyrrelser:

Pasienten angir gjerne smerte, "tretthet" i omgâdet, ofte med utstrålende smerter mot abdomen. I blant kan smertene projiseres langs columna og være uttalt over sacrum.

Pasienten har vondt for å ligge på rygg, stå og sitte lenge, foretrekker å være i bevegelse.

#### B. Funksjonsforstyrrelser i øvre/midtre lumbalcolumna og ischias anterior:

Pasienten har svært sjelden rot-symptomer. Symptomene er oftest preget av stivhet, stølhet, palpasjonsømhet på den ene eller begge sider av det involverte columnaområde. Ofte har pasienten ensidige, utstrålende smerter til lyske, forsiden av låret, eller over iliosacralled og i gluteus-region.

Smertene går svært sjelden nedfor kneet, men kraftsvikt i kneet spesielt med gange ned bakke og trapper er et godt diagnostisk kriterium. Symptomene minner om de Håkon Lie (1984) beskriver som forårsaket av en fasettleddslesjon.

Pasienter med permanent avvergeholdning samt atrofi av lårmusku-

latur og betydelige parestesier eller pareser signaliserer rot-symptomer.

Pasienter med smerter ved bevegelse i alle plan er heller ikke indisert for kiropraktorbehandling.

#### C. Funksjonsforstyrrelser i L-S columna.

(L4-L5, L5-S1, iliosacralleddet) Det er fra dette columnaavsnittet at de fleste lumbago/ischiaspasienter har sine symptomer. Smerter og bevegelsesinnskrenkning fra dette området debutterer i 20-25 årsalderen og denne pasientgruppen utgjør den største enkeltgruppe i en norsk kiropraktorpraksis.

Pasienter med kun ryggsmerte eller med utstråling bare til nates har avgjort best prognose hos kiropraktor.

Når pasienten har klare rotsymptomer eller utholdelige smerter av progressiv art er behandling hos kiropraktor kontraindisert, likeså tilstander av malign, revmatoid eller infektios karakter. Går smertene over og erstattes med motoriske forstyrrelser kan dette være alarmerende.

Alle pasienter har ikke discusruptur.

Av pasienter med ryggsymptom er det kun 2 - 3% som utvikler et klart rotsyndrom. Av disse er det mindre enn halvparten som her et sikkert discusmasse-betinget rottrykk. (Nachemson -81)

De hyppigste årsaker til lumbago/ischias som lar seg behandle av kiropraktor er sannsynligvis følgende:

- Fasettlåsninger
- Ikke operative prolaps (Discusprotrusjoner, intradiscale prolaps)
- Iliosacralleddslesjoner av mekanisk karakter.
- Coccigodyni
- Pseudoischias (Piriformissyndrom)
- Muskulære spenninger og smertetilstander sekundært til et rot-symptom i nates, lår og legg.

### Risikomomenter ved manipulasjonsbehandling

I Norge ble det i 10-årsperioden gitt ca. 2 mill. kiropraktorbehandling. Vi kjenner til kun EN alvorlig komplikasjon av disse handlinger. Sett i relasjon til komplikasjonsfrekvensen ved de medikamenter som benyttes ved lumbago/ischias og ved operativ behandling er kiropraktorbehandling i øvede hender en svært trygg behandling (Stokke -84)

### Prognose/recidivproblematikk

Kiropraktorbehandling ved funk-

sjonsforstyrrelser i lumbosacralcolumna er en både rimelig og effektiv behandling. Eget materiale viste at man må regne med 10 - 15% tilbakefall første halvår. For den resterende del av materialet er prognosen svært god. (Stokke -77)

En viss form for oppfølging av enkelte pasienter det første året er derfor å anbefale.

West (1982) viste at ca. 77% hadde varig effekt av behandling. Behandlingseffekten var momentan og behandlingen ikke ressurskrevende.

### Hva skjer ved et manipulasjonsgrep?

Det diagnostiske kriterium er funksjonsforstyrrelse ved nedsatt bevegelse mellom to el. flere av columnas ledd. Det er en rent beskrivende betegnelse og sier intet om etiologien.

Likevel ville det være galt å se på manipulasjonsgrepet som å gi rent mekanisk effekt.

Det er lett å forestille seg at man kan bedre biomekanikken i et fiksert iliosacralledd, flytte et intradiscale prolaps eller bedre glideevnen i et artrosert sideledd som har en kontrahert kapsel.

Like sannsynlig er det imidlertid at kiropraktorene er spesialiserte mekanoreseptorstimulatorer og nevrokjemi muligens en vesentlig del av de mekanismer kiropraktorer påvirker.

Selv om manipulasjonsgrepet er en sentral del av kiropraktorens terapeutiske repertoar, er mobiliserende traksjon, bløt bindetevsterapi av muskler, sener og fascier samt informasjon en minst like viktig del.

En god anamnese og en grundig klinisk undersøkelse er halve behandlingen. Recidivfrekvensen er kanskje like meget relatert til forklaring på lidelsens årsak, forløp og profylakse som den konkrete behandling pasienten har fått.

Gode råd basert på kunnskap om lidelsens natur er effektiv behandling.

### Diskusjon

Behandling rettet mot funksjonsforstyrrelser i columnas bevegelsessegmenter og utført av kiropraktor er en effektiv, trygg og lite ressurskrevende metode.

Røntgenbilder og en klinisk undersøkelse bør alltid gå forut for behandling.

Tidligere behandling og positive



funn fra klinikken, lab., og rtg. bør påføres henvisning til kiropraktor, samt spesielle psykososiale forhold legen kjenner til.

Det er den samlede kliniske vurdering som er avgjørende for hvorvidt kiropraktoren finner pasienten egnet for behandling. Ikke sjelden kan man helbrede langvartige smertetilstander som ikke har hatt effekt av annen behandling som er prøvet.

Kommunikasjon og dialog mellom leger og kiropraktorer er bedret betraktelig de senere år og antallet henvisninger viser sterkt stigende tendens.

Jeg tror det må være i alles interesse at denne utvikling får fortsette ■

# Bechterew's syndrom - en viktig differensialdiagnose ved vond rygg

□ Av Tore Kvien □

Både diagnostikk og terminologi er i stadig utvikling når det gjelder Bechterew's syndrom og beslektede tilstander. Dette skyldes blant annet nyere undersøkelser som har vist at det er klare assosiasjoner mellom Bechterew's syndrom og visse andre tilstander som kan gi sacroileitt, først og fremst arthropathia psoriatica, Reiter's syndrom, ulcerøs colitt, Crohn's sykdom, visse reaktive artrittter og visse former for juvenile artrittter. Det er funnet klinisk overlapping hos den enkelte pasient og også familiær assosiasjon blant disse ulike syndromer. En norsk forskergruppe ved Pål Møller, Institutt for medisinsk genetik, Odd Vinje, Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykenus (nåværende arbeidssted: Fylkessjukehuset i Ålesund) og medarbeidere har også fremlagt viktige arbeider de senere årene for å klarlegge immunologiske, røntgenologiske og genetiske aspekter ved disse syndromer.

Denne artikkelen vil gi en praktisk rettet, men forenklet fremstilling av et vanskelig tema. Hensikten er å diskutere symptomer og funn som kan adskille pasienter med Bechterew's syndrom fra pasienter med andre årsaker til ryggsmertor og ryggstivhet.

## Diagnostiske kriterier

■ Det vil vanligvis være enkelt å stille diagnosen Bechterew's syndrom hos den typiske Bechterew-pasient med tilstivnet rygg og typiske røntgenologiske forandringer i ileosacralledd og hvirvelsøyle. Langt vanskeligere er det å stille diagnosen hos pasienter med mild sykdom, eller når sykdommen er i sitt begynnelsesstadium. De vanligst brukte diagnostiske kriterier er oppført i tabell 1. Disse kriterier er viktige og nødvendige i forskningssammenheng. I daglig klinikk bør man også kunne påvise røntgenologisk sacroileitt og kliniske symptomer/tegn forenlige med Bechterew's syndrom før man stiller en sikker diagnose.

## Sykehistorie

I en travel klinisk praksis vil en god anamnese ofte bidra til å skille ut de pasienter som kan tenkes å ha Bechterew's syndrom. Obligatoriske spørsmål til en pasient med vond rygg bør være (spørsmålet bør formuleres på godt norsk slik at pasienten skjønner hva man spør om): Har noen i din familie Bechterew's syndrom? Har du hatt eller har noen i din familie hatt akutt iridocyclitt? Har du eller noen

i din familie hatt sykdommer som er assosiert med sacroileitt (f.eks. psoriasis, ulcerøs colitt, morbus Crohn)? Har du hatt hovne ledd (f.eks. vann i kneet)? Har du hatt smerter/stivhet i brystkassen? Har du hatt smerter i senefester (hæler, hoftekammer, sitteknoker)? Positive svar på ett eller flere av disse spørsmål bør skjerpe mistanken i retning av Bechterew's syndrom. I tillegg må man selv sagt ta opp en detaljert anamnese med tanke på selve ryggplagene. Stivhet/smerter som bedres ved bevegelse og forverres ved stillesitting vil kunne peke i retning av Bechterew's syndrom fremfor en mekanisk betinget ryggglidelse. Uklare og lite velavgrensede utstrålende smerter i underekstremitetene er også vanligere ved Bechterew's syndrom enn ved mekanisk betingede ryggglidelser.

## Kliniske tegn

Den stive kyfotiske columna sees sjelden i dag. De fleste pasienter med Bechterew's syndrom har kun lett eller moderat reduksjon av ryggbevegeligheten. Disse tegn vil oftest være uspesifikke, og det er viktig å lete etter andre tegn som kan sees ved Bechterew's syndrom. Det bør

gjøres full leddstatus, spesielt med tanke på artritt i de store og proksimale ledd (skuldre, hofter, knær). Dessuten må brystkassens bevegelighet ved dyp inspirasjon og maksimal ekspirasjon undersøkes med målebånd.

### Supplerende undersøkelser

En viss laboratoriemessig screening hører med i utredningen, men det er ingen spesifikke forandringer i laboratorieprøvene ved Bechterew's syndrom. F.eks. kan pasienter med Bechterew's syndrom ha normal senkning, hemoglobin og normalt antall hvite blodlegemer og trombocytter i perifert blod. Høy sykdomsaktivitet, d.v.s. tegn til betydelig inflammatorisk aktivitet, gjenspeiles imidlertid ofte i blodprøvene ved at man får senkningsforhøyelse, lett anemi og forandringer i akutfase proteiner.

Bestemmelse av IgM revmatoid faktor i serum (Latex-test, Waaler's reaksjon) eller antinucleære antistoffer er en verdiløs prøve med tanke på å skille Bechterew's syndrom fra mekanisk betingede ryggliedelser, idet Bechterew's syndrom er en seronegativ revmatisk sykdom. Imidlertid kan disse prøver ha betydning når man skal skille mellom Bechterew's syndrom og andre betennelsesaktige revmatiske sykdommer (f.eks. revmatoid artritt og visse bindevevssykdommer).

Bestemmelse av vevstype-antigenet HLA B27 er også ofte av begrenset verdi i diagnostikken. Denne vevstypeegenskapen finnes hos ca. 10% av den norske befolkning. Det må derfor understrekes at HLA B27 som andre HLA-typer er en normalt forekommende vevstypeegenskap. Således skal heller ikke påvisning av HLA B27 sannsynliggjøre at en pasient har Bechterew's syndrom. Derimot er det sjelden at pasienter med Bechterew's syndrom er HLA B27 negative. Derfor vil HLA B27 negativitet kunne bidre til å sannsynliggjøre at den aktuelle pasient ikke har Bechterew's syndrom.

Røntgenundersøkelse er nødvendig for å stille diagnosen Bechterew's syndrom (Tabell 1). Det vil vanligvis være tilstrekkelig å rekvirere røntgen av ileosacralledd og thoracolumbalovergang for å lete etter de forandringer som er typiske ved Bechterew's syndrom. Det må understrekes at tolkningen av disse røntgenbilder krever erfaring, og at sikre patologiske forandringer i iliosacralledd kan bli oversett.

### Kan man bruke diagnosen "Obs. Bechterew's syndrom"?

Det er sannsynlig at det finnes flytende overganger mellom det å være frisk og det å være syk (les: få en sikker diagnose). En del pasienter kan trolig utvikle symptomer forenlig med Bechterew's syndrom uten at de nødvendige røntgenologiske forandringer for å stille diagnosen med sikkerhet er til stede - ihvertfall i startfasen av sykdommen. I slike tilfeller kan det være riktig å gi pasienten diagnosen Obs. Bechterew's syndrom, men det er trolig galt å stille diagnosen Bechterew's syndrom med sikkerhet før man har påvist røntgenologisk sacro-

ileitt. Den finere avgrensning krever betydelig erfaring og bør foregå i samarbeid med spesialist i revmatiske sykdommer.

### Avsluttende kommentarer

Ofte kan det være svært vanskelig å stille diagnosen Bechterew's syndrom. I mange tilfeller vil det trolig være riktig å henvende pasienten til spesialist i revmatiske sykdommer. En slik spesialistvurdering kan være nyttig for å avklare diagnosen og for å starte opp et hensiktsmessig behandlingsprogram, som senere kan gjennomføres i samarbeid mellom revmatologen i fylket og det lokale helseteam på hjemstedet.

Tabell 1: Romakriteriene for "ankyloserende spondylitt" (Bechterew's syndrom) fra Kellgren et al.: The epidemiology of chronic rheumatism. Oxford, Blackwell Scientific Publications, pp. 326-327, 1963.

### Kliniske kriterier:

1. Stivhet og smerter i nedre del av ryggen i mer enn 3 måneder.
2. Smerter og stivhet i brystkassen.
3. Innskrenket bevegelighet i lumbalcolumna.
4. Innskrenket bevegelighet i brystkassen.
5. Gjennomgått akutt iridocyclitt.

Diagnosen "ankylosing spondylitis" (Bechterew's syndrom) kan stilles hvis man finner bilateral røntgenologisk sakroileitt i tillegg til minst ett av ovennevnte kriterier.







# HLA B-27 bestemmelse: En verdiløs og kostbar test for Bechterew's sykdom

Av Ola Lilleholt

Med stigende forskrekkelse ser jeg at stadig flere tar i bruk vevstypetestbestemmelse for å diagnostisere Bechterew's sykdom eller spondylitis ankylopoetica, heretter kalt SA. Den foreløbige toppen ble nådd forleden da en pasient med nukleusprolaps som var lagt inn til operasjon i neurokirurgisk avdeling også var blitt vevstypetestet under oppholdet. En del kolleger omtaler denne testen som "Bechterew-prøven" og rekvirerer den på alle som kommer med vond rygg.

Sammenhengen mellom de axiale arthrittene (spondylarthropathiene) og vevstypetest HLA B-27 er interessant i forhold til forskning over sykdommens etiologi og patogenese, men fullstendig ubrukbart som diagnostisk kriterium. Nye lærebøker i reumatologi, som f.eks. Kelly & al.'s (1), sier uttrykkelig det samme.

Dersom en holder seg til SA sensu stricto og ser bort fra problemer med lignende sykdomsbilder i forbindelse med Reiter's sykdom, psoriasis og entero-/uropatisk arthritt, så vet en fra forskjellige undersøkelser at ca. 90-95% av disse pasientene har HLA B-27antigenet. F.eks. fant Kemple og Bluestone i en samlestudie (2) HLA B-27 hos 297 av 325 pasienter med SA, altså hos 91%. 7% av deres bakgrunnspopulasjon hadde HLA B-27antigenet. Dersom en regner med en prevalens av SA på 0.3% i en norsk totalbefolkning, kan en allerede med grovt øyemål se at HLA B-27 er en ubrukelig test både for screening og som diagnostisk test.

Et arbeide av Calin & Fries (3) har nok influert mange klinikere. I sin studie kunne de vise at bortimot 20 % av voksne blodgivere med HLA B-27antigenet hadde ryggplager og lette spesifikke forandringer i ileosacralledda. Dette skulle bety at 1-2% av totalbefolkninga har SA-lignende sykdom. Dette er en utvidelse av sykdomsbegrepet som vel er ufruktbar i den kliniske hverdag.

Budskapet og hensikten med denne artikkelen har jeg dermed presentert. Den som er spesielt interessert, kan kanskje more seg seg over å følge med på en del aritmetiske øvelser som følger nedenfor.

Vi kan allerede utfra kunnskapen om prevalens av HLA B-27 i totalbefolkninga forkaste den som uaktuell til screening. Men den kliniske situasjonen er mer definert enn som så, for da har vi også en pasient som har presentert et symptom, i dette tilfellet f.eks. vondt i ryggen. Når dette er gitt, så er naturligvis sjansen for at pasienten har SA større enn ved en screening i totalbefolkninga. La oss se litt på om HLA B-27 har noen verdi i en slik situasjon.

## Forutsetninger:

1. Vi forutsetter at personer med vevstypetest HLA B-27 ikke har noen oversykkelighet av vanlig discogen lumbago.

2. Vi forutsetter at almenpraktikeren har primært ansvar for en totalbefolkning på 1500 mennesker som konsulterer lege i gjennomsnitt 2.5 ganger årlig, altså ialt 3750 konsultasjoner pr. år.

2. I egen (foreløpig upublisert) undersøkelse av reumatiske sykdommer i Rindal og Surnadal kommuner har jeg funnet incidensten (prevalence rate) til å være 8 nye tilfeller av SA pr. år pr. 100000 totalpopulasjon. (Basert på observasjon av en befolkning på 8500 i 6 år) I en totalpopulasjon på 1500 svarer det til 0.12 pr. år. En soloalmen-

praktiker vil altså diagnostisere et nytt tilfelle av SA hvert 8. år.

4. En velger å kalkulere med at 8% av en norsk populasjon har HLA B-27antigenet. I tabellen nedenfor er dette kalt "T+". Mangel på antigenet er kalt "T-".

5. En er velvillig nok til å regne med at 95% av SA-pasientene har HLA B-27antigenet. Som nevnt ovenfor er nok dette høyt i forhold til den sanne prevalensen.

6. Nå kommer et vanskelig punkt: hvor mange ganger i året står en almenpraktiker overfor en pasient med nyoppståtte ryggsmarter, altså en førstegangskonsultasjon i det aktuelle sykdomstilfellet? Her kan en gå til forskjellige praksisundersøkelser. Jeg velger å hente tall fra utprøvinga av "International classification of primary care", tidligere kalt "Reason for encounter classification". Denne gjelder nettopp klassifikasjon bl.a. av pasientenes subjektive klager eller årsak til legekontakt. Utprøvinga omfattet 90497 legekontakter i 8 land. Et resyme av funna er gjort av Lamberts, Meads and Wood (4). Fra den norske delen, som omfatter 11785 kontakter, finner en at kode L12, "pain in low back", er den 18. hyppigste kontaktårsak. Under utregninga bruker en L12 med tillegg av L11, "back symptoms/complaints", tilsammen 1412 tilfeller av totalt 90497 kontakter. Av disse var 35% "follow-up contact". Nytt tilfelle av ryggvondt skulle derfor beregnes slik:

$$\frac{1412 \cdot 0.65}{90497} = 0.0101$$

Dette betyr at ca. 1% av kontaktene i almenpraksis gjelder undersøkelse av "nyoppståtte" ryggplager. En almenpraktiker vil altså møte dette problemet ca. 40 ganger pr. år. Jeg synes dette tallet passer godt med inntrykk fra min egen praksis.

Rustet med disse talla kan vi regne ut sjansen for at en av disse 40 har SA. Mest elegant ville det være å anvende Bayes

formel, men ettersom den kanskje er mindre kjent, har en satt disse dataene inn i en 2x2tabell. En vil varmt anbefale at den som ikke er fortrolig med 2x2tabeller må konsultere en lærebok i epidemiologi eller medisinsk statistikk. For å få hele tall har jeg satt opp en 2x2tabell over det som skjer når 1000 almenpraktikere i ett år sender blod til vevstypetest for alle pasienter ved første konsultasjon for ryggvondt.

Av 2x2tabellen kan en regne at testen har en spesifisitet på 3.6%, dvs. at av 100 som har testen positiv i denne situasjonen er det 3-4 som virkelig har SA. Sensitiviteten er 99.98%, men dette er uinteressant i forbindelse med en så sjelden sykdom.

### Kostnader

Dersom en regner med at det koster ca. 200 kroner å utføre testen, er det lett å regne ut at dersom 1000 almenpraktikere følger opp denne rutinen slik en del allerede har tatt den i bruk, så vil det koste samfunnet 8 mill. kroner pr. år. Dersom alle norske almenpraktikere gjør det samme kan en regne med totalt 10 mill. konsultasjoner, og altså ca. 100000 for ryggvondt. Vevstypetest av alle disse ville koste totalt 20 mill. kroner pr. år. Det er mye for en test som er fullstendig verdiløs i klinisk medisin. RTV bør snarest sørge for at den forsvinner fra normaltariffen!

### Litteratur:

1. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S & Sledge CB: Textbook of Rheumatology. W.B. Saunders Co. 1981.
2. Kemple K & Bluestone R: The histocompatibility complex and rheumatic diseases. Med Clinics of North America, 1977; 61: 331-345.
3. Calin A & Fries JF: The striking prevalence of ankylosing spondylitis in "healthy" W27 positive males and females. A controlled study. N Eng J Med, 1975; 293: 835.
4. Lamberts H, Meads S & Wood M: Waarom gaat iemand naar de huisarts? Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 234-44.

	T+	T-	
SA+	114	6	120
SA-	3086	36794	39880
	3200	36800	40000

Spesifisitet:  $114/3200 = 0.036$  eller 3.6%

Sensitivitet:  $36795/36800 = 0.9998$  eller 99.98%

### AnnONSE



... abonnerer du på **UTPOSTEN**

Kanskje kjenner du noen som ikke gjør det?  
 Kan et gaveabonnement på Utposten være  
 årets julegave  
 til den som har nesten alt?

Jeg bestiller ett års abonnement på Utposten (1985) - kr. 100,-

Sendes til: "UTPOSTEN"  
 Distriktslegeskontoret  
 6657 Rindal

Navn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jeg bestiller ett års gaveabonnement på Utposten (1985) - kr. 100,-

Til: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fra: (betalet) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## FRA TIDSSKRIFTVERDEN

**Ottar Grimstad**  
 Referater fra ALLMÄN  
 MEDICIN, Tidsskrift för  
 Svensk förening för allmän  
 medicin

### AUDIOMETRI VED OTITT-KONTROLL

Også i Sverige er behandling og kontroll av akutt otitt mykje diskutert. I ein artikkel i Allmän Medicin nr. 2/84, gjer distriktslege Georg Larsson greie for ei undersøking der audiometrikontroll vert samanlikna med otoskopikontroll.

Av 255 otittpasientar var det 22 som måtte henvisast vidare til ØNH-spesialist p.g.a. serøse otittforandringar som varte ut over eit par månader. Av desse var det ikkje råd å take audiogram på 10 p.g.a. alder. Av dei andre 12 hadde halvparten normalt audiogram trass i tydelege og behandlingstrengande otoskopiforandringar.

Konklusjonen er at audiogram aleine ikkje er godt nok som kontroll etter ein otitis media. Det grunnleggande er otoskopi med vurdering av trommehinnebevegelse. I visse høve kan audiogram vere aktuelt som ei supplerande undersøking.

### URININKONTINENS HJÅ KVINNER Hjelp til sjølvhjelp

I Olofström helsedistrikt med 15500 innbyggjarar vat alle kvin-

ner over 40 år i ein måned spurt om dei hadde ufrivillig vasslating.

Av 373 kvinner svarte 76, eller om lag 20%, ja til dette. Av desse hadde berre 21 kvinner planlagt å take spørsmålet opp under konsultasjonen.

Pasientane vart delt inn i ei kontrollgruppe og ei behandlingsgruppe.

Kontrollgruppa fekk skriftleg informasjon om bekkenbotnøvingar, men uten instruksjon.

Behandlingsgruppa fekk eit opplegg med:

- samtale omkring problema med sikte på å styrke sjølvtilit og oppmuntre til eigeninnsats.
- bekkenbotngymnastikk etter instruksjon og med oppfølging om øvingane vart rett utført.
- blåretrening med målsetting å kunne halde på stadig større volum urin.
- livsvaner med informasjon om korleis overvekt, medisinar, forstoppelse og vassdrivande drikker virkar inn på problemet.
- underlivshygiene med oppfordring om å bruke såpe med lavt pH-innhald.
- einskilde fekk hjelp til utprøving av høvelege hjelpemiddel så som bleier og bind.

Distriktsskoterska Gull Britt Persson sto for informasjons- og behandlingsopplegget, og det er også ho som har skreve artikkelen om dette i Allmän Medicin nr. 3/84.

Av 28 pasientar i behandlingsgruppa hadde 23 klart positiv effekt av opplegget.

Undersøkinga tyder på at urinkontinens hjå kvinner er eit stort

og underkjent problem, og at mange av desse kan hjelpe kan hjelpast ved eit enkelt men systematisert opplegg.

Programmet "Hjälp till självhjälp" kan ein få tilsendt frå: Vårdcentralen  
 S- 293 00 Olofström  
 Sverige

### PRIMLINE

Ein database for forskning og utviklingsarbeid i primærhelseteneste og forebyggjande helsearbeid.

Legar på sjukehus har både lettare for å få informasjon frå kolleger, og å få hjelp til å finne fram informasjon frå bibliotek og tidsskrift.

I primærhelsetenesta er personellet meir spreidd og isolert.

Trass i dette er forsknings- og utviklingsarbeidet i primærhelsetenesta i Sverige sterkt aukande. For å betre utveksling av informasjon mellom desse prosjekta, er det no utvikla ein database som registrerer bøker, tidsskriftartiklar, bokkapittel og prosjektutgreiingar innafor dette området.

Til no er det registrert om lag 1500 postar.

Av desse er dei fleste pågåande prosjekt i primærhelsetenesta.

Denne databasen ligg ilag med dei andre medisinske databasane i MEDLARS-systemet ved Universitetet i Stockholm, og nyttar same søkesystem som MEDLINE.

Allmän Medicin nr. 3/84 ■

## BOK OG



## TIDSSKRIFTANMELDELSER

### Radikal samfunnsmedisin (!?)

**Ved Berit Olsen**  
 helsesjef i Hammerfest

Det tjuende århundres endemiske sykdom er tendensen til å se oss selv som passive produkt av et politisk, psykologisk og økonomisk Juggernaut. (Rollo May).

Og derfor et lite innlegg om et unnselig lite "tidsskrift",

nærmest bare en pamflett på størrelse med et dobbeltnummer av et ordinært norsk menighetsblad: "Radical Community Medicine" som utgis i Liverpool. Ansvarlig redaktør er Alex Scott-Samuel, som mange sikkert kjenner fra aktuell samfunnsmedisinsk debatt



i Storbritannia.

Tidsskriftets ideologi og målsetting er knapt formulert på innsiden av omslaget: "Radical Community Medicine is a journal of the politics of the health. Its primary concern is to promote the public health through the effecting of change in the practice of community medicine". (Og den praktiske sida av samfunnsmedisin i Storbritannia kan sannelig se ut til å trenge til forandringer !)

Et av de siste numrene (Nr. 18/Summer 84) er viet eldre, og bærer tittelen "The Elderly : Who Cares ?". Emner for tidligere nummer antyder noe om interesseområdet: Health Care and Sexism, Housing and Health, Race and Health.

Mye av stoffet er naturligvis preget av den dagsaktuelle situasjonen i Storbritannia, men er ikke derfor nødvendigvis uten interesse her til lands: kfr. privatiseringsdebatten, innstramning på offentlige budsjetter, tiltagende arbeidsledighet osv..

Artiklene er ofte korte og lett-  
leste. Siste nummer inneholder

f.eks. et tankevekkende bidrag fra Richard Cooper i Den internasjonale komite mot rasisme: "Is the United States entering a period of retrogression in Public Health?" Han peker på at store deler av befolkningen i USA undergår raske endringer i sosiale kår. Levestandarden er direkte truet av arbeidsløshet, økende helserisiko i arbeidsmiljøet, og bortfall av vitale sosiale hjelpetiltak. Vil dette ha noen innvirkning på folkehelsen? Cooper trekker fram følgende forhold som han mener gir en pekepinn om at de siste decenniens bedring i folkehelsen i USA er stoppet opp og sannsynligvis i ferd med å endre retning:

- nedgangen i nye tilfeller av tuberculose har stoppet opp,
- mørdredeligheten økte i 1981,
- noen stater har i et par år hatt økende spebarnsdødelighet, nedgangen i totaldødeligheten for aldersgruppa 35-74 år har stoppet opp,
- økningen i dødelighetsratene er fordoblet for svarte i forhold til hvite.

Dette bare ment som en smakebit.

Tidsskriftet inneholder også en rekke bokanmeldelser av engelskspråklig samfunnsmedisinsk litteratur. Jeg vil tro mange av Utpostens lesere vil finne Radical Community Medicine forfriskende ■

Radical Community Medicine Editor:

Alex Scott-Samuel  
5 Lyndon Drive

Liverpool L 18 6 HP

Abonnementspris: 8 pr.år.



## Medisinske følger av ensomhet.

□ Ved Jørgen Jørgensen □  
Legesentret i Hokksund

■ Familiemedisin har et filosofisk grunnlag basert på den lite mål-  
bare ide at en lege som behandler din bestemor, din far, din kusine og din datter, vil ha en bedre forutsetning for å behandle deg.

Vi er blitt klar over at sam-  
hørighet og fellesskap i familie og nærmiljø er en helsefremmende faktor, og tilsvarende at det er noe ved skilsmisser, ved sorg eller det å være alene, som gjør disse tilstander risikable for vår helse. Men dette er egentlig ikke noen ny viten. I vår iver etter å forkaste alt som ikke kan måles har vi nok fortrenget dette. Allerede Hippokrates forsto det sosiale element ved sykdommers oppståen, og det hevdes i l. Mosebok at Vårherre skal ha uttalt: "Det er ikke godt for mennesket å være alene."

Etter at vi nå ser ut til å få bedre tak på de såkalte overflodssykdommer, hevder Peter F. Hjort at kommende tiårs store helseproblem blir samlivssykdommene. Vår fritid øker, og det setter større krav til vår evne til nært samliv.

Den ide at evnen til å leve sammen også har betydning for vår helse og sunnhet, kan forekomme noen merkelig uvitenskapelig. Nettopp denne ide er det James J. Lynch i boken "Når hjertet brister" vil underbygge med et vell av data. Han er amerikansk lege og han har gitt boken undertittelen: "Medisinske konsekvenser av ensomheten". Den er utgitt på dansk av Universitetsforlaget i Oslo med norsk forord av professor Einar Kringlen.

Boken kan leses av alle, den er



ikke spesielt beregnet på leger.

Lynch hevder at evnen til samliv er av betydning som årsaksfaktor ved en rekke sykdommer, men han har valgt å holde seg til den iskemiske hjertesykdom. Dette gjør han fordi det er en sykdom som har mye forskning bak seg, den er viktig for samfunnet, og det er lettere å presentere data om menneskelig ensomhet for en avgrenset klinisk tilstand. Vi kjenner alle risikofaktorene for iskemisk hjertesykdom. Lynch hevder at stressende livsform og sosial ensomhet er noe mere enn risikofaktorer, de er direkte årsaksfaktorer. Dette søker han å bevise gjennom en serie av statistiske data. Lik alle entusiaster som brenner for en ide, overdriver han nok betydningen av sosiale faktorer. Men at de har betydning, er nok alle leger i familiepraksis klar over. Vi tenker på ektepar som har levet sammen et langt liv. Den ene dør, og da kan man se at den andre slokner få uker etterpå.

Boken er spennende og interessant lesning. Den underbygger noe vi vet i den primære helsetjenesten, nemlig at menneskelig isolasjon er både sykdomsfremkallende og hindrer rehabilitering etter sykdom. Man kan diskutere hvor mye vekt man skal legge på disse forhold, men det er hevet over tvil at de har betydning. Forskingen har vært opptatt av lett målbare parametre som kolesterol, tobakk og vekt, men har unngått vanskelig målbare forhold som menneskelig isolasjon. Det slår en stadig ved lesning av denne boken hvor mye data som finnes om emnet, og hvor forbløffende lite forskningen egentlig har vært opptatt av dette.

Det er forståelig at boken har blitt en bestselger i USA. Forfatteren skriver så lett at det av og til kan bli den rene "Det Beste"-stil, men boken har et solid grunnlag bak sin argumentasjon, og den fortjener å bli tatt opp på alvor. Boken vil ikke være kontroversiell for oss som arbeider i almenpraksis, og den kan anbefales på det beste.

James J. Lynch: "Når hjertet brister". Universitetsforlaget. Oslo 1984, 242 sider, kr 125,-



### PRISOPPGAVER - SOLSTRANDKURSET 27. 5. - 1.6. 1985

I forbindelse med vårens Solstrandkurs utlyses det prisoppgaver. De to beste besvarelsene vil bli belønnet hver med kr. 3000,-. Besvarelsene vil bli vurdert av kurskomiteen.

Vinnerne vil bli invitert til å presentere besvarelsene i form av en forelesning torsdag 30.5.

En av følgende to oppgaver besvares:

A. Analysér, helst med bakgrunn i eget materiale, behovet for sykebesøk i hjemmet til pasienter i din praksispopulasjon. Beskriv spesielt behov mellom kl. 0800 og kl. 1600. I analysen bør inkluderes behov for hjemmebesøk også til pasienter som ikke trenger undersøkelse pga akutt sykdom. Hvordan kan du organisere din praksis for best mulig å oppfylle behovet for sykebesøk på dagtid?

B. Ta for deg tobakksrelatert sykdom. Vis hvordan du vil møte dette helseproblem med helseopplysning i en befolkning. Beskriv metode, innhold og målsetning for de individuelle og kollektive helseopplysningstiltak du ønsker å gjennomføre. Beskriv hvordan du vil evaluere de tiltak som du tenker deg iverksatt.

Besvarelsen merkes med en kode. Samme kode skrives utenpå en lukket konvolutt som legges ved besvarelsen og som inneholder navn og adresse.

Besvarelsen sendes innen 31.mars til Kurskomiteen ved Geir Thue, Legesentret- Oasen, 5033 Fyllingsdalen.



# Ord og vendinger i praksis

Av amanuensis  
Geir Jacobsen  
Trondheim

I et tidligere nummer av Utposten (1) tok jeg initiativet til en artikkelserie som jeg hadde håpet skulle få et lengre liv enn det som viste seg å bli tilfelle. Fra min side var det minst to grunner til at jeg tok dette initiativet:

1. Jeg ønsket å få fram så mange folkelige betegnelser på alminnelige symptomer og sykdomstilstander i forskjellige landsdeler som mulig, i håp om å få se likhetstrekk eller klare avvik.

2. Den informasjon som bytter eier i konsultasjonen er sterkt avhengig av at den som mottar informasjonen (legen), er kjent med valøren og innholdet av det som formidles. Et slikt kjennskap kan i visse høve ha både håndteringsmessige og behandlingsmessige konsekvenser.

Som sagt fikk serien et foreløpig kort liv. Jeg hadde lagt opp det hele som en "stafett". Imidlertid ble det kluss alt i første vekslings, og stafettpinnen hadde blitt liggende på jorden, hvis det ikke hadde vært for (minst) to forhold.

For det første gjelder dr. Gjerstads erfaringer fra Vestvågøy, beskrevet i et senere nummer av Utposten (2). Dette innlegget viste med all tydelighet at det finnes slike ord og vendinger som jeg etterlyser og at det finnes skriveføre kolleger som kan bringe dem inn i bladet.

For det andre er undertegnede litt envis (sta).

For det tredje har jeg ansvaret for praksistjenesten i propedeutisk termin for de medisinske studenter i Trondheim. Det gir meg først og fremst anledning til å minne studentene om at godtfolks beskrivelse av sykdommer og plager er avhengig av kulturell bakgrunn og bosted. Dernest ber jeg studentene ta med tilbake til evalueringen eventuelle merverdige ord og uttrykk de har snappet opp under sin praksistjeneste. Jeg bringer et lite knippe fra Nordmøre i dette innlegget. Et eksempel på en medisinestudents observasjons- og formidlingsevne er nylig publisert i Utposten (3).

Dagens tre smakebiter fra Nordmøre følger nedenfor:

For det første gjelder det ordet "skålle". Det er et verb som beskriver at det surkler i ørene, gjerne i forbindelse med forkjølelse og otitt.

Det neste uttrykket: "I e so kokjin kring augon", der adjektivet kokjin angir at pasienten er rød og hoven, i dette tilfellet rundt øynene.

I den første artikkelen i denne serien (1) ble den trøndske foten beskrevet som verdens lengste, idet den strekker seg fra tærne og opp i lysken. Tilsvarende gjelder tydeligvis også for overekstremiteten, der arm, over- og underarm, og hånd, alle omtales som "handa". Nærmere lokalisasjon angis som "oppi handa", respektive "nedi handa" og "uti handa". Når det tas blodprøve i fossa cubiti foregår det altså "oppi handa".

Under legevakt i Trondheim nylig kom jeg over et nytt ord, denne gang fra Førde i Sunnfjord, og som jeg ennå ikke er helt sikker på betydningen av.

Det dreide seg om et spebarn som muligens hadde fått en allergisk reaksjon ved overgang til morsmelktillegg. Jeg spurte da moren om barnet hadde hatt andre hudaffeksjoner i sitt korte liv. Det hadde hun ikke, bortsett fra at legen på hjemstedet hadde behandlet henne med salicylvaselin for "reve". Moren var selv fra Trondheim, og kunne selv ikke forklare "reve" eller alternativet "reva" nærmere for meg. At helsestasjonslegen i Førde var familiar med tilstanden syntes det ikke å herske tvil om.

Min nysgjerrighet ble med dette vakt, og jeg spør derfor: Hvilken tilstand hos spebarn skjuler seg bak navnet "reve/reva"?

Utpostens redaksjon tar sikkert imot svar både på dette spørsmål og eventuelle andre ord og vendinger fra praksis.

## Referanser:

1. Jacobsen G. Ord og vendinger i praksis. Utposten 1982, 11; nr. 5/6: 10-11.
2. Gjerstad E. Ord og vendinger i praksis. Utposten 1983 (12); nr. 2:16-17.
3. Jacobsen G.: Utposten 1984, 13; 7.
4. Eggen B. (personlig meddelelse).

P.S.

Etter å ha skrevet ovenstående innlegg, kom sekretæren på vårt institutt med følgende forslag til forklaring (4): "Reve/reva er det samme som bleieutslett.

Bakgrunnen er verbet reve eller reive som betyr å pakke inn spebarn i en reiv, d.v.s. en klut eller en bleie".

Analogt med dette har vi det nedsettende uttrykket: "reivunge" om en liten "snørrunge", altså en som går med bleier.

Kanskje dette er forklaringen? Problemet er bare at i "mitt" tilfelle hadde barnet utslett på knærne, nærmere bestemt over patella!?

Ytterligere forslag eller forklaringer imøteses.

D.S.



# Romjula:

## distriktslegenes mareritt eller frikortenes velsignelse

□ Av Jo Telje   
Kommunelege på Vinstra

■ Vårt mye omtalte egenandelssystem har også bragt med seg frikortene. Disse utstedes som kjent når egenandelene overstiger et bestemt beløp og gjelder da resten av året.

I alle kommuner får vi nå en økende gruppe pasienter utover høsten, karakterisert ved stor sykkelighet - allerede brukt over 600 kroner - og fri behandling. Hva er vel mer naturlig at disse nå utnytter sitt frikort til fulle og øker sin konsultasjons-

frekvens. Når denne gruppe i desember måned oppdager at for-delen med frikortet faller bort nyttårsdagen, er det kanskje naturlig å tenke seg en viss pågang på legekantorene i selve romjula.

I min kommune med vel 6000 sjeler har nå i oktober vel 70 pasienter frikort, og tallet i desember vil vel langt overstige 100. Allerede nå har vi merket deres innslag på kontoret. Hvorledes blir vel situasjonen rundt omkring i jule- og nyttårshøytiden med halvåpne kontorer og redusert bemanning?

Er det bare jeg som ser et bedrøvelig systems utilsiktede bivirkninger? Helsedirektøren hadde på forspørsel ikke hørt

dette problem drøftet verken i direktorat eller sosialdepartementet.

Hvis mine bange anelser er riktige, så må vi ikke sitte hver for oss med romjulsovertid og dyspepsi, men varsle våre ærede myndigheter at kanskje kunne hvert frikort ha funksjonstid ett år fra utstedelse. Da ville vi få spredd utløpsdagene over et lengre tidsrom ■



«Hva De enn har fore i lunchpausen idag, doktor - glem det!»

# De hellige kuer i norsk almenmedisin

□ Av Nils Lønberg   
Kommunelege i Sandøy

■ I årevis har luften vært tykk av fine slagord som KONTINUERLIG, OMFATTENDE, PERSONLIG OG FORPLIKTENDE primærlegetjeneste.

Med den bakgrunn og de spille-regler som for tiden hersker må bokstavene KOPF stå for KAOTISK - OPPSPLITTET - PROFITTSTYRT - FJERN.

I norsk almenmedisin vandrer tre hellige kuer rundt som ingen tør ta livet av pga. nasjonal stahet, gamle slagord, politiske kjepphester og foreldede fagforenings-synspunkter.

De hellige tre kuer er følgende:

A. Utdannelsen til almenpraksis.

B. Akordlønnsprinsippet - den såkalte "normaltariff".

C. Det "frie legevalg".

A. Utdannelsen til almenpraksis er skrikende insuffisient og avspeiler de klassiske sykehus-spesialenes innflytelse. Etter 1/2 år på med. avd. og 1/2 år på kir. avd. ansees man for brukbar i almenpraksis og slippes løs på sine medmennesker. Her starter man jakten på endokrinologiske forstyrrelser, cancer, hjerte-feil, akutte abdominaltilfeller og andre maskinfeil.

Det lærte man jo å gjøre i studiet og det har man gjort på sykehus.

Hva skal folk ellers feile?

Hva ble innskjerpet i studie-

tiden:

Glem aldri femoralherniet hos kvinner. Tenk på phæokromocytom og carcinoid. Husk på endo-carditis lenta. Overse ikke mucoviscidose. Pass dere for hyper-nephromene.

Det er vel og bra å være på vakt overfor disse tilstander, men

Hva lærte vi av fysikalsk medisin? Om geriatri? Om psykiatri? Om rasjonell farmakoterapi?

Det man ikke ser på blodprøver eller røntgenbilder vet man lite om. Nybakte almenpraktikers handlinger vitner ofte om nød-verge og fortvilelse - lite om rasjonelle tiltak:

Pasienten får tatt en masse blodprøver eller henvist til røntgenundersøkelse. Pasienten blir henvist til spesialist eller syke-

hus. Pasienten blir avfeid som nevrotiker.

De fleste primærleger får med årene så mye livserfaring og faglig erfaring at de fungerer rimelig bra. Dessuten får vi alle god hjelp av moder natur. Hun er som regel nådig og helbereder mange mennesker - ofte på tross av legenes behandling.

Mindreverdighetskomplekser kan utspringe av det forhold at man rent faktisk er mindre verd - og det må antas at en god del primærleger i sin sjels innerste er fullt på det rene med sin mangelfulle kliniske utdanning.

Men herfra og til å innrømme det er det et stort sprang.

"Almennmedisin kan kun læres i allmennpraksis" er slagordet, men rimelig klinisk erfaring er og blir en nødvendig forutsetning.

B. Normaltariffen er i hele sitt vesen et mangehodet uhyre som konstant frister til intensiv drift, hurtig ekspedisjon og mange prøvetakinger. Når ikke hele legestanden for lengst har reist seg og nedkjempet dette tåpelige system, kan det kanskje skyldes at normaltariffen har splittet legene opp i henholdsvis brukere og misbrukere.

Hva ville sykehuskollegene si til å skulle honoreres etter akkord?

Hva ville medisinske overleger si til at inntekten avhang av antall ordinerte prøver, visittens varighet og antall innleggelser pr. år? Hvordan ville det påvirke arbeidsforholdene og innleggelse på medisinsk avdeling?

Hva ville kirurgene si til å avlønnes etter antall operasjoner, og i hvilket omfang ville dette påvirke ventelistene på sykehusene?

Hva ville patologene si til å bli honorert etter antall obduksjoner og antall mikroskopier?

I hvilket omfang ville dette påvirke arbeidsdagen?

C. Det "frie legevalg" er en tåpelighet som ikke hører hjemme i et sivilisert samfunn. Dette håpløse fenomen er en vesentlig årsak til at det er vanskelig å drive fornuftig allmennmedisinsk arbeid i mange av landets områder.

Frihetens dyrebare navn har gjennom alle tider vært misbrukt i de mest forferdelige sammenhenger. Hva med fri kjærlighet, fri juling, fri hastighet og fri



skattebetaling?

I større byer kan kvinner søke lege på følgende måte:

Når hun har hjertebank oppsøker hun dr. Mitralis. Han er spesialist i indremedisin og har klinikk med EKG-apparat, stort laboratorium og fine bilder på venterommet. Han tar mange blodprøver, mange EKGer og setter pas. til mange kontroller. Dr. Mitralis har mange pasienter.

Når hun har trøbbel med underlivet går hun til dr. Bartolin. Han er spesialist i gynekologi, overlege på sykehuset og har gode, myke hender. Han er en høy og flott mann med grått hår, uinnfattede briller og spiller klarinett i byorkestret. Hos dr. Bartolin kommer alle legenes koner og alle byens fine damer. Det er fint å gå hos Bartolin.

Når humøret er på bønn - og det skjer hver vår - går hun til dr.

Sartorius. Han er spesialist i psykiatri, er av fin familie og sitter i byens Rotary. Han er flink til å lytte og stiller nesten alltid diagnosen "atypisk endogen depresjon" hos det bedre borgerskap. Jevne folk får som regel diagnosen "neurosis" og de trenger ikke å komme til kontroll. Hos dr. Sartorius skrives det mange sykemeldinger og dr. Sartorius har mange pasienter.

Når hun skal ha spylt ørevoks eller ha førerkortattest, går hun til dr. Pettersen rundt hjørnet. Der liker hun ikke å gå for der sitter så mange simple folk på venterommet, og hun må ofte vente bortimot 10 minutter før hun kommer inn til ham selv om hun har bestilt time.

Hvis kunnskapen om passienten er splittet opp hos en rekke forskjellige organspesialister / flere leger få ingen lege overblikk over pasientens plager og ingen lege kan koordinere under-







søkelsene. All prat om kontinuitet, og forpliktende er tom tale.

Hvis almenmedisin skal bedres faglig, må dette forutsette:

1. Betydelig bedret utdanning med minimum 3-4 år på sykehus. Herunder medisin, kirurgi, gynekologi, barnesykdommer, øre/nese/halssykdommer, nevrologi og psykiatri. Dessuten er grundig kurs i ryggenes og bevegelsesapparatets lidelser.

2. Avskaffelse av normaltariffen og alt dens idiotiske vesen og fastlønn med ansvar for ca. 1.200 - 1.500 pasienter pr. lege.

3. Fritt legevalg avskaffes og erstattes av fast pasientforhold som er gjensidig forpliktende og gjelder for 1 år av gangen. Ved legeskift går pasientjournalen videre til den nye legen.

Hellige kuer kan være et eksotisk innslag i gatebildet, men ovennevnte som heter utdanning - normaltariff - fritt legevalg står i veien for en tiltrengt forbedring av kvalitet og arbeidsforhold i norsk almenpraksis. De bør alle slaktes.

Når dette skjer vil noen kolleger rope høyt i den hellige frihets navn, en del pasienter må slutte å spille på flere leger, og noen laboratorier må gå konkurs. Andre kolleger må skjerpe seg og mange pasienter glede seg.

Det får de gjøre ■

## Prodrom:

### NORDISK MØTE: INFEKSJONSSYKDOMMER I ALMENPRAKSIS

Uppsala 27.-30. april 1985.

Møtet arrangeres for almenpraktiserende leger og andre med særlig interesse for infeksjonssykdommer i den primære helsetjeneste.

Ansvarlige: Per-Anders Mårdh, Gosta Tiblin og Birgitta Hovellius (S), Oleg Garbatov (SF), Johan Sigurdsson (I), Carl Erik Mabeck (DK) og Christian Borchgrevink (N).

Deltagere fra Norge: Max. 30.

Avgift ca. S.kr. 700.-.

Kurset teller med 15 timer.

Nærmere opplysninger vedrørende program og påmelding kommer senere.

### NORSK FORENING FOR INTERNASJONALE HELSESPØRSMÅL arrangerer følgende KURS FOR HELSEARBEIDERE TIL U-LAND

I vårsemestret 1985:

- et LANGKURS av 10 dagers varighet.

- et FIREDELT kurs, hver del av 2 1/2 dags varighet (helgekurs). Disse fire helgekursene kan taes enkeltvis eller som en serie. Fullført firedelt kurs dekker samme emner som et 10 dagers kurs.

Tema, dato og sted for det FIREDELTE kurset:

TEMA	DATO	STED
Primærhelsetjeneste, planlegging og organisasjon. Tropemedisin del 1.	17.-19.1.	ASK*
Forebyggende helsearbeid. Viktige infeksjonssykdommer i U-land. Tropemedisin del 2.	14.-16.2.	ASK
Kirurgi/fødselshjelp/prevensjon under enkle forhold. Katastrofemedisin	14.-16.3.	Ås hotell
Helsearbeid for mor og barn Ernæring. Pediatri.	11.-13.4.	Ås hotell

\*ASK= ACEM skole- og kultursenter, Hvalstad i Asker.

LANGKURSET på 10 dager avholdes på Hellerud gård fra 29. april til 10. mai. Kurset dekker alle de overnevnte emner.

SØKNADSFRISTER: Alle de fire helgekursene har samme søknadsfrist: 20 desember 1984. For langkurset er søknadsfristen 30. mars.

OPPTAKSKRITERIER: Alle som er interessert i internasjonale helse-spørsmål kan søke oppattk til kursene. Søkere som har avtale med en organisasjon om arbeid i utviklingsland har fortrinn til kursene.

KURSAVGIFT er kr. 250.- pr. kursdel for det firedelte kurset og kr. 750.- for langkurset. Dette dekker undervisningen, en del læremidler samt opphold på kursstedet. Reise må deltakerne selv dekke. Kurset er forøvrig NORAD-subsidiert. Det er mulig å søke foreningen om stipend til dekning av kursavgift.

PÅMELDING skjer til Kurssekretær, Postboks 295, Sentrum, 0103 Oslo 1. henvendelse kan også skje pr. telefon mandag/onsdag: 02-118362..



Selv om fredagens kurs var relativt tradisjonelt i formen med spesialister som foredragsholdere om allergi hos barn, terminalt syke barn, barnemishandling og prøvetaking hos barn, var aktiviteten god og spørreysten stor.



Omkring 50 medlemmer av Selskapet deltok i årsmøtet i Bryggen museum.

## Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

# NSAM's 2. årsmøte og kurs i Bergen 26. - 27. oktober 1984

□ Magne N. og Ola L. □



I forbindelse med presentasjonen av underutvalg og ekstern aktivitet presenterte professor Bent Guttorm Bentsen fra Trondheim den internasjonale almenpraktikerorganisasjonen WONCA. Han inviterte NSAM og alle andre interesserte til den neste internasjonale almenpraktikerkongressen som arrangeres i London i 1986.



Signe Flottorp, som er styremedlem i NSAM, trakk under årsmøtets siste del opp linjer for veien videre framover.

■ En minigruppe bestående av Jens Eskerud og Dag H. Søvik fra Forum for almenmedisin i Bergen skal ha ros og heder for en vellykket ramme rundt NSAM's 2. årsmøte.

Ca. 90 kolleger møtte, en tydelig økning fra sist år. Ivar Østergaard møtte som utsending fra DSAM, Dansk selskab for almenmedisin. Harald Braathen møtte for Sentralstyret og Hans Asbjørn Holm som formann for Norsk indremedisinsk forening.

Det startet med et kurs i pediatri. Den snevre tidsramma for kurset kunne ha fristet foreleserne til å servere generelle betraktninger, men det hele var velsignet praksisorientert.

### PERspektiv F:

Siste del av kursdagen var satt av til forelesninger og diskusjon over instituttens oppgaver og arbeidsform framover. Naturligvis var det mange som ventet med spenning på å få høre hva den nyutnevnte professor i Bergen, Per Fugelli, hadde å si om dette.





Avtroppende og påtroppende formann. Olav Rutle har kombinert stilling som almenpraktiker på Jessheim og forsker i SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning.

## Norsk Selskap for Almenme

Sin vane tro holdt han salen i ånde. Han mener at institutten for almen- og samfunnsmedisin må orientere seg i retning av dagens situasjon i den norske kommunehelsetjenesta og den nye lovgivninga vi har fått. Bl.a. foreslo han å eventuelt legge ned institutta i den form de har i dag og opprette nye institutter for kommunehelsetjeneste. Han skisserte at et slik instiutt burde ha egen seksjoner for almenmedisin, kommunal helseadministrasjon, en seksjon for forebyggende arbeide i kommunehelsetjenesta og en seksjon for pleie og omsorg. Institutta for almen- og samfunnsmedisin som vi har i dag er etter Per F.'s mening både altfor små og for lite praktisk orientert.

Ellers merket en seg at han mente at det nå var gjort nok forskning i kontaktflata mellom pasientene og primærhelsetjenesta for en stund, og at medisinen i almenmedisinen nå må komme i fokus for interessen.

De øvrige innlegga i denne sekvensen og diskusjonen som fulgte Per F.'s foredrag, gjør dette til en minneverdig del av årsmøtet. Her kan en ane konturene både av en ny giv og ideer som vil bli diskutert livlig i de almenmedisinske miljøa både i syd og nord.

### Årsmøtet:

I sitt innledningsforedrag til årsmøtet kontakterte Chr. F. Borchgrevink at konsolideringsfasen nå er over. Selskapet har ca. 490 medlemmer og stadig nye kommer til. Elers kom han med en

appell om at vi må ta oss sjøl alvorlig og stadig vurdere avstanden mellom idealer og realiteter. Kanskje kan tida igjen være moden for en "tenkekomite" av den typen APLF/OLL hadde i 1978. Ellers snakket han også om desentralisert forskning i almenmedisin og om kvalitetsbedring av praksis gjennom selvevaluering i større og mindre grupper. Han mente at NSAM foreløpig ikke burde engasjere seg som kursarrangør.

Årsmøtet behandlet ellers ordinære saker, bl.a. ble det diskutert en del justeringer i lovene, regnskap o.a.. Fra debatten har en notert at Arne Ivar Østensen la vekt på at NSAM også måtte markere seg i forhold til helsepolitiske beslutninger og utviklingstendenser og å tilkjennegi selskapets syn i slike saker.

Kommunelege Signe Flottorp holdt et foredrag for årsmøtet om veien videre. Utposten håper å kunne bringe et mer detaljert resyme av dette foredraget i neste nummer.

Chr. F. Borchgrevink ønsket ikke gjenvalg som formann og fortsetter i styret. Olaf Rutle ble valgt til ny formann. Janecke Thesen og Jo Tølje ble gjenvalgt. Steinar Westin hadde bedt om avløsning, og Ola Lilleholt kom inn som ny. Varamenn fra sist år ble gjenvalgt.

Festmiddagen i Schøtstuene på Bryggen museum var vellykket både kulinarisk og sosialt.

Som ventet var det regn hele veien hjem til hotellet ■

# Hefte om egen- omsorg

□ Ved Jon Hilmar Iversen □

■  
Det er i Tingvoll har laget et stort og godt hefte om egenomsorg. Heftet har fått en meget god og entusiastisk mottagelse blant kolleger og annet helsepersonell. Det skal i første omgang deles ut i kommunene Tingvoll og Eide på Nordmøre.

Heftet er på 52 sider og gir råd og konkret veiledning om hvordan man skal ta vare på egen helse og hva man kan gjøre selv ved vanlige sykdommer, skader og plager.

Det gir også enkle retningslinjer for når lege bør kontaktes, og på hvilken måte det best bør skje for å opprette god kontakt mellom pasient og lege.

Videre inneholder heftet kort informasjon om helsestasjonen, hjemmesykepleien, sosialkontoret og tannhelsetjenesten.

### Bakgrunn

Morell, Avery og Watkins undersøkte i årene 77-78 effekten av å dele ut et hefte på 16 sider om

egenomsorg i et distrikt på 8500 innbyggere. De fant statistisk signifikant senkning i legesøkingen og mere adekvate henvendelser til lege.

Det er tidligere utarbeidet hefter om egenomsorg i Sverige og et mindre i Åfjord.

Forfatterne av dette produktet følte behov for å utarbeide et noe større hefte tilpasset lokale forhold.

## Målsetting

Forfatterne ønsket å bedre folks egen evne til problemløsning ved sykdom, skader og plager. Videre ønsket de å medvirke til en mer adekvat legesøking.

## Arbeidet med heftet

Heftet er blitt til ved lokale krefter: Illustrasjoner ved tegneforer nabo. Forsidetegning ved Utpostens lay-out-medarbeider. Trykking ved stedets lokale trykkeri. Teksten ved to av legene i Tingvoll (på fritiden).

Utgiftene til utarbeidelse, produksjon og distribusjon er dekket ved Sosialdepartementet over helseopplysningsbudsjettet, og de lokale sanitetsforeninger.

## Tilpassing til andre kommuner

Heftet er laget slik at omslaget inneholder lokale opplysninger om adresser og telefonnummer.

Omslaget kan uten inngrep i heftet forøvrig endres og tilpasses andre kommuner som ønsker å ta heftet i bruk. Det viser seg at lokale organisasjoner og lag i stadig flere kommuner ønsker å kjøpe og distribuere heftet i sin kommune. Prisen pr. hefte er ca. kr. 10,- noe avhengig av opplaget.


## Evaluering

Forfatterne vil i samarbeid med Helse- og sosialfaglinjen ved Tingvoll videregående skole undersøke nytten av å dele ut et slikt hefte, målt ved - endring i kunnskapsnivået innen emnene som er behandlet i heftet - i hvilken grad heftet blir lest og brukt ■

Lystad, Nils og Heian, Frode : Egenomsorg, Hefte på 52 sider. Tingvoll kommunelegekontor, 6630 Tingvoll. Tegner: Olav Bekken. Forside: Alvild Ulset.

egenomsorg

egenomsorg



### INNHOLD

Forord	side	Afheng	side
Medisinskap	1	Rødt øye	24
Smertstillendehefter	2	Rodepløe	25
vedvarende medisin	3	Brystmønter	26
Regler for legemiddeltak	3	Magesmerter	27
Forsikring ved sykke	4	Luft i magen	27
Sårskader	5	Halsbrædder mage	28
Forsikringer	5	Foretuppelse	29
Forenklede	6	Hemorroider	30
Tubakk	7	Diarré og oppkast	31
Strømledet	8	Ryggsmerter	32
Forstopping	10	Menstrasjon	33
Insekttakk	11	«Underlivs»	34
Huggesmitt	11	Brystmønter	34
Fæber	12	Krutt kan helbrede	35
Fæberbrøker	13	Ørfod	36
Et barns alvorlig øye	14	Overgangsalder	36
Somnolytose	15	Urinnestevåden	37
med viktet	15	Narvose plager	38
De vanligste brennstoffdommer	16	Røyking og helse	41
Forkjølelse	18	Alkohol	42
Nakke	18	Kosthold	43
Hæster	19	Psykisk skolearbeid	44
Fæber knupp	19	Tannhelse	45
Hoste	20	Hjernesvabesjon	47
Strømmer	20	Sosialbønder	47
Skubbesmittet	21	Alltids i ordliste	48
Hesubedring	22	Helseopplysning ved legekontakt	50

Nils Lystad/Frode Heian

## SÅRSKADER

**SMÅ SÅR** behandler du selv. Det viktigste er å forhindre infeksjon.

### RENGJØRING AV SÅR:

- Vask hendene. Unngå å berøre såret med fingrene.
- Vask huden rundt såret med såpe og vann eller sårvann (se side 2).
- Selvsåret vasker du med en ren klut fuktet i rent vann eller helst sårvann.

Til små sår bruker du plåster. Til større sår kompress og elastisk bind eller tubenettforbinding.

### SPRIKENDE SÅR

Sår som er mer enn 2-3 cm lange og som spriker mer enn 3-4 mm, bør behandles av lege.

Mindre, sprikende sår kan du dra sammen med plåster, se figur 1-3.

Sår som står åpne mer enn 8 timer kan ikke sys.

### INFISERTE SÅR

Vanlige hudbakterier kan gi infeksjon i såret etter noen dager.

Huden rundt såret blir rød og hoven, føles varm, og det dunker av smerte. Ofte dannes det også pussvækk i såret (fig. 4). Et infisert sår bør du rengjøre og skifte bandasje på hver dag.

### ALVORLIGE SÅR SOM TRENGER LEGE-BEHANDLING

- Store sår.
- Dype sår, og øftet stikkår.
- Store sår med sprikende kanter.
- Sår som blir sterke.
- Sår med mistanke om nerve-, muskel- eller seneskadet, og sår i nærheten av ledd.
- Sår med fremmedlegeme (f.eks. glassbiter).

### Gjør slik:

- Stopp eventuell blødning (se side 4).
- Ikke ta på såret med fingrene.
- Beveg ikke på ting som sitter fast i såret.
- Ikke vask såret.
- Legg en forbinding ved hjelp av det neste du har for hånden.
- Forebygg sjokkskade (se side 4).
- Kontakt lege.



Fig. 1

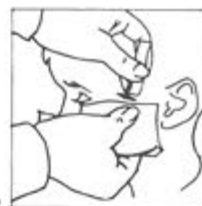


Fig. 2

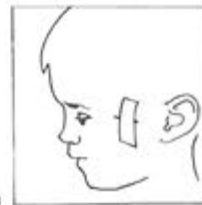


Fig. 3



Fig. 4



# Hva hender når et ulcerogent legemiddel setter seg fast og løser seg opp i øsofagus?

**70%** av pasientene som har vært utsatt for at legemidler satte seg fast i øsofagus og siden forårsaket sår-dannelse eller strikturer, merket aldri at legemiddelet satte seg fast i øsofagus når det ble gitt. Symptomene opptrådte først 6-8 timer etter at legemiddelet var inntatt.

Symptom:

1. Retrosternal smerte.
2. Vanskeligheter med å svelge.
3. Smerte ved inntak av både flytende og fast føde.

**30%** av pasientene som fikk sår-dannelse/strikturer på øsofagus på grunn av legemidler, opplevde at legemiddelet satte seg fast allerede ved administrasjonstids-punktet. Fornyet væskeinntak hjalp likevel ikke disse pasientene fordi det oppstår en spasme i øsofagusslim-hinnen som holder tilbake det ulcerogene legemiddelet. De fleste pasienter som kommer ut for at et ulcerogent legemiddel setter seg fast i øsofagus, opplever de verste smertene 3-4 dager etter at legemiddelet har satt seg fast.

I Sverige ser Socialstyrelsen så alvorlig på dette at de har foreslått å innføre preklinisk testing av alle lege-midler med tanke på øsofagusskader.

Undersøkelser har slått fast at det er medikamenter som tetracycliner som har medført de fleste skadene. Lymecyclin (**Tetralysal**<sup>®</sup>) har vist seg ikke å gi slike komplikasjoner. **Tetralysal**<sup>®</sup> er ikke et ulcerogent legemiddel.

#### Referanser:

*Tabletter och kapslar kan fastna i matstrupen och orsaka svåra skador på denna!*

(Anders Kumlien. Under trykking: Apoteknytt.)

*Biverkningar vid accidentell lösning av läkemedel i esofagus och bronker.*

(Björn Carlborg, Läkartidningen vol. 73, nr. 48, 1976.)

*Tetracycline induced oesophageal ulcers - a clinical and experimental study.*

(Björn Carlborg, O. Densert, C. Lindquist.

The Laryngoscope, vol. 93, nr. 2, februar 1983.)

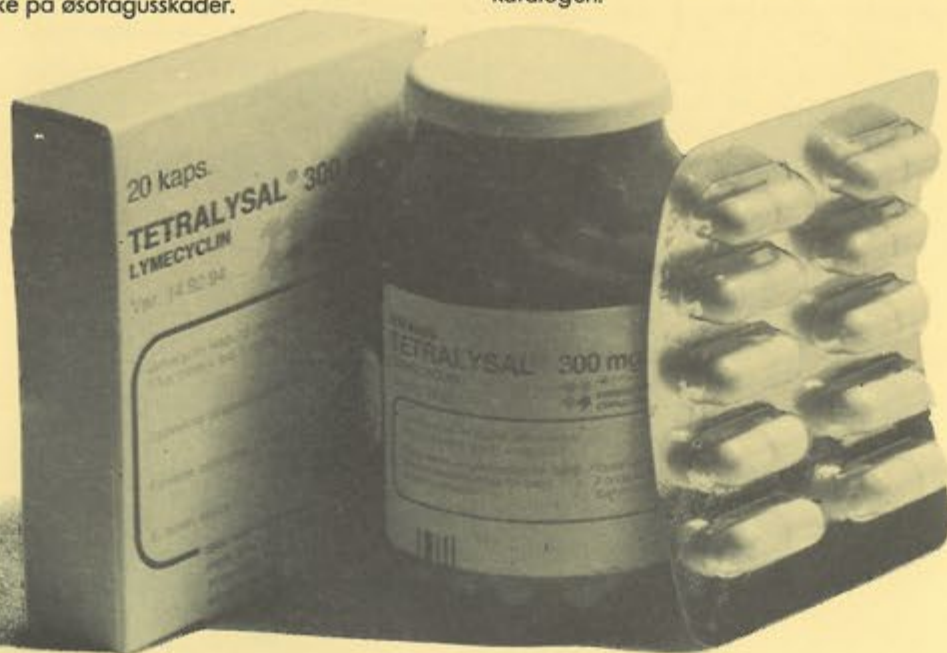
*Ulcérations œsophagiennes induites par la doxycyclines. À propos de 5 cas.*


(P. Barbier, A. Dony, M. Adler, L. Engelholm, Acta Gastro-Enterologica Belgica, Mai-Juni 1980.)

*A new endoscopic finding of tetracycline-induced esophageal ulcers.*

(Thomas F. O'Meara, Maj. MC.)

For øvrige opplysninger om **Tetralysal**<sup>®</sup>, henvises til felles-katalogen.



 MONTEDISON GROUP  
FARMITALIA  
CARLO ERBA  
Postboks 53, 1371 ASKER  
Tlf. (02) 79 07 60

**Tetralysal**<sup>®</sup>  
lymecyclin





9 RUTLE OLAV  
10 Slettmark 2  
11 2050 Jessheim  
12  
13  
14

RETURADRESSE:  
Distriktslegekontoret  
6657 Rindal



# 6 gode hjelpere for deg og dine pasienter!

SEBAMED er en ny type biologisk virksomme preparater til rengjøring og pleie av huden. pH-verdien er 5,5 den samme som frisk hud. Preparatene rengjør og pleier uten at det naturlige beskyttelseslaget i huden forstyrres. Preparatene er alkaliefrie og allergitestet.

Spesielt velegnet til ømfintlig hud, hudirritasjoner, i dusj og bad, til uren hud, intimpleie og når vanlig såpe ikke tåles.

SEBAMED serien består av 6 varianter; Compact, flytende, shampoo, skumbad, lotion og krem.

Serien fås kjøpt på apoteket.



Brandt reklamebureau a.s. 84

GRATIS SEBAMED PRØVEPAKKE ØNSKES TILSENDT:  
Navn: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR  
Skårersletta 80 Postboks 20 N-1473 Skårer Tlf. (02) 70 55 20 Telex 76736 N

