

Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Psykoterapiveiledning



I Tidsskriftet nr. 4/2012 argumenterte Steinar Lorentzen (1) mot at kognitiv terapi bør likestilles med psykodynamisk terapi i utdanningen av legespesialister, slik vi og andre tidligere har tatt til orde for (2, 3). Lorentzen mener at nåværende ordning, med hovedvekt på psykodynamisk teori, bør opprettholdes. Siden hovedmålsettingen med veiledningen er å utvikle forståelse for de grunnleggende elementene i lege-pasient-forholdet er psykodynamisk terapi best egnet for dette, er et av argumentene.

Lorentzen viser til Lambert & Barley, som mente at resultatet av samtaleterapi kan forklares av forhold utenfor terapien (40%), relasjonen mellom lege og pasient (30%), pasientens forventninger, placebo (15%) og legens teknikk og teoretiske forankring (15%) (4). Siden legens teoretiske forankring eller metode betyr så lite, bør den ikke vektlegges. Lambert & Barley har ikke vitenskapelig undersøkt ulike elementers betydning, men refererer egne og andre klinikerens antakelser. Deres beskrivelse kan derfor ikke brukes som bevis på at metodiske terapiferdigheter betyr lite, men det uttrykker deres subjektive oppfatning. Vitenskapelige undersøkelser finner gjennomgående at kvaliteten av pasient-lege- relasjonen kun forklarer en moderat del av behandlingseffekten (5).

Det som bestemmer kvaliteten av den terapeutiske alliansen, er i tillegg til det følelsesmessige klima mellom lege og pasient, at disse finner frem til en felles forståelse av pasientens plager, og blir enig om mål for behandlingen og hvordan de sammen skal arbeide for å nå dem. Det er ikke gitt at kompetanse i teori og metode vil svekke alliansen. Vår erfaring er snarere det motsatte. En vanlig måte å uttrykke dette på i kognitiv terapi er at relasjonen må være god nok, men en god relasjon er ikke nok. Den gode behandler må også kunne tilby virksomme metoder for endring.

I psykiaterutdanningen er ukentlig psykoterapiveiledning obligatorisk i tre år. To år skal være veiledning i psykodynamisk forståelse av lege-pasient-forholdet, mens kognitiv terapi kan velges i fordypningsdelen på ett år. Vi synes det er lite ambisiøst at målsettingen for et så omfattende tilbud ikke er at leger skal lære samtaleterapi, men kun skal tilegne seg en grunnleggende forståelse av lege-pasient-forholdet.

Vi mener at ett år veiledning i kognitiv terapi bør være obligatorisk, og det bør være mulig å velge veiledning i kognitiv terapi utover dette. På den måten kan vi sikre at nyutdannede psykiatere har kompetanse i psykoterapi.

**Egil W. Martinsen**

Egil W. Martinsen (f. 1950) er spesialist i psykiatri og godkjent veileder i kognitiv terapi. Han leder FoU-avdelingen ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus og er professor ved Universitetet i Oslo. Han har tidligere vært leder av Norsk forening for kognitiv terapi og medlem av Psykoterapiutvalget i Norsk psykiatrisk forening. Oppgitte interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Norsk forening for kognitiv terapi for kurs i deres regi.

## Litteratur

1. Lorentzen S. Psykoterapiveiledning i spesialistutdanningen. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 394–5.
2. Horn K, Martinsen E, Ravneberg B et al. Psykoterapiveiledning i spesialistutdanningen. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 129–30.
3. Horn K. Psykodynamisk og kognitiv terapi bør likestilles. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1989–90.
4. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I: Norcross JC, red. Psychotherapy relationships that work). Oxford: Oxford University Press, 2002: 17–22.
5. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 438–50.

## Gå til kildene!



I Tidsskriftet nr. 7/2012 er Pernille Nylehn tydeligvis lite interessert i eller overbevisst om fenomenet jordings realitet eller beretning (1). Hun angriper meg, som i en kort kommentarartikkel har skrevet om jording (jordkontakt der man er barbeint eller via ledende materialer når man sitter eller sover) (2). Som i mange debatter vil jeg anbefale fagfolk som vil forstå et nytt fenomen å lese originalkildene nøye, fremfor bare å angripe «budbringeren».

I dette tilfellet er originalartiklene ofte skrevet av biofysikere, ingeniører og andre som har satt seg grundig inn i biofysiske problemstillinger. Det kommer stadig nye fagartikler om jording (3–5).

Nylehn er kritisk til jordingsforskningen fordi den er publisert i «alternative» tidsskrifter og nettsted. For meg er dette en irrelevant innvending. Jeg mener det er viktigere at dette er testbar vitenskap, der resultatene så langt er blitt gjentatt på ulike måter av forskjellige forskere. Det er også et poeng at artiklene er fagfellevurdert og publisert etter normale vitenskapelige prosedyrer.

Min motivasjon for å skrive artikkelen (2) var å gjøre norske leger oppmerksom på et nytt og interessant fenomen av relevans for medisinske problemstillinger. Det er allerede underbygd av en rekke vitenskapelige studier. Det er også et tema en rekke nordmenn og personer i vestlige land er opptatt av og har «innrettet» sine liv etter. Mens Nylehn kritiserer Tidsskriftet for å ha publisert min artikkel, vil jeg tvert imot berømme det. Dette har bidratt til at norske leger har fått høre om jording på et «tidlig stadium» og muligheten til å sette seg inn i et fenomen mange etter hvert vil bli konfrontert med i møte med sine pasienter.

**Iver Mysterud**

iver.mysterud@bio.uio.no  
Biologisk institutt  
Universitetet i Oslo

Iver Mysterud (f. 1966) er dr.philos. i biologi med en avhandling om evolusjon og mennesket, han er tilknyttet Biologisk institutt ved Universitetet i Oslo som forsker/foreleser og er redaktør av Helsemagasinet VOF. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Nylehn P. Tidsskrift uten jording? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 787.
2. Mysterud I. Fysisk kontakt med jorden er viktig for helsen. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 270.
3. Chevalier G, Sinatra ST. Emotional stress, heart rate variability, grounding, and improved autonomic tone: clinical applications. Integr Med 2011; 10, nr. 3: 16–21.
4. Chevalier G, Sinatra ST, Oschman JL et al. Earthing: health implications of reconnecting the human body to the Earth's surface electrons. J Environ Public Health 2012; e-publisert 12.1.
5. Sokal K, Sokal P. Earthing the human organism influences bioelectrical processes. J Altern Complement Med 2012; 18: 229–34.

## Blod mot spinalpunksjonshodepine

Jeg takker Karl Bjørnar Alstadhaug og medarbeidere for en nyttig oversiktsartikkel om spinalpunksjon og hodepine i Tidsskriftet nr. 7/2012 (1). Jeg vil gjerne knytte noen kommentarer til den på bakgrunn av egne erfaringer. I 1980- og 90-årene, før MR ble utbredt på sykehusene, ble det utført mange myelografier og myelo-CT. Da jeg arbeidet ved avdeling for diagnostisk radiologi ved kantonen Thurgau sykehus i Münsterlingen i Sveits 1995–98, gjorde vi ca. en myelografi per uke.

En dag i 1996 sa sjefen, Richard Binswanger, at han hadde hørt at spinalvæskelekkasje kunne avhjelpes med blod. Vi innførte da følgende prosedyre (som jeg ikke vet om er evidensbasert):

1. Etter avsluttet kontrastinjeksjon med dokumentert nålposisjon ble spinalnålen trukket tilbake til det ikke lenger kom spinalvæske i nålen.
2. 5 ml blod ble tatt fra pasientens venekanyale og 1–2 ml ble injisert i nålen. Dersom nålen lå epiduralt, dro man den ytterligere tilbake et par millimeter og injiserte den lille blodmengden.

I Münsterlingen var det legen som utførte en invasiv undersøkelse eller intervensjon, som hadde ansvaret for pasientens hjemsending i polikliniske tilfeller eller for den journalanmerkning som ble skrevet for inneliggende pasienter, så vi hadde god kontroll på det hele. Prosedyren fungerte godt, og hodepine etter myelografi avtok helt klart.

En annen kuriositet i denne sammenhengen var at datteren til en kollega i Limmatal på samme tidspunkt ble operert for appendisitt i spinalanestesi og fikk invalidiserende hodepine ved hjemkomsten. Kollegaen slo på tråden til anestesilegen, som umiddelbart sa: «Red Bull tre bokser. Ring meg om fire timer.» Det fungerte!

Så spinalpunksjonene i Münsterlingen og Limmatal ble holdt i sjakk av «Blutpackung» og Red Bull, og prosedyren trodde vi var allment kjent.

**Henry Kvist**  
henrykvi@gmail.com  
Nordfjord sjukehus

Henry Kvist (f. 1949) er dr.med. og docent i diagnostisk radiologi og tidligere overlege ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Han er overlege ved Radiologisk avdeling, Nordfjord sjukehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Alstadhaug KB, Odeh F, Baloch FK et al. Hodepine etter spinalpunksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 818–21.

## Legers vandring mot solnedgangen

Jeg har nettopp lest Willie Jarl Nilsens engasjerende og gode artikkel i Tidsskriftet nr. 6/2012 som blant annet handler om vandrings terapeutiske betydning (1). Artikkelen omhandler et tema som er viktig for oss alle, men de fleste vegrer seg for å beskrive sine personlige opplevelser slik han gjør det.

Eldre mennesker blir materielt og økonomisk behandlet godt i vårt land, men trenden er likevel å skyve denne generasjonen ut, til fordel for yngre både i yrkeslivet og i politiske verv. De som kan tale vår sak ut fra alder og erfaring blir stadig færre. Det gjelder dessverre også vår fagforening. Seniorskursen er et positivt unntak (2).

Jeg fremmet i 2002 forslag om tilpassing av Eldre legers forening for å bedre tilbudet til pensjonerte leger (3). Formannen avviste dette omgående (4). Mine forslag til organisasjonsutvalget førte heller ikke til noe (5).

Nilsens skildring av vandrings fysiologiske betydning deles fullt ut. Men det er også mulig å se vandringen som en metafor på livets gang. Vår personlige tro avgjør om vandringen fortsetter etter solnedgangen.

Legeforeningen er en sterk fagforening, men har ikke vist tilstrekkelig omtanke for pensjonistenes spesielle situasjon. Et fellestrekk synes å være angst for utstøting fra det kollegiale felleskapet. Legers viktigste oppgave er å vise omsorg og omtanke for andre. At denne omsorgen ikke skal omfatte egne kolleger virker meningsløst. Andre legeforeninger, blant annet den engelske – The Retired Fellows Society of The Royal Society of Medicine – har klart dette med hell (6). I vårt eget samfunn kan vi se eksempler på at de fleste større bedrifter innen bank, forsikring og økonomi også har gode løsninger. Det er ingen grunn til at ikke vi også skal klare det, om vi vil.

Nilsens artikkel bør leses av alle for å bedre forståelsen av hvor viktig det er å skape et nytt felleskap for pensjonistene innen foreningen, bedre tilpasset til å dempe de eksistensielle påkjenningene ved overgangen. (7, 8).

**Odd Johan Frisvold**  
ojofrisv@online.no  
Ålesund

Odd Johan Frisvold (f. 1934) er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer. Han er pensjonert avdelingsoverlege og tidligere sjeflege, tidligere medlem av landsstyret og sentralstyret og tidligere formann i Overordnede sykehuslegers forening

## Litteratur

1. Nilsen WJ. Jeg er ikke lege lenger – hva er jeg da? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 691–4.
2. Frisvold OJ. Seniorpolitikk – inklusjon eller eksklusjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3316–7.
3. Frisvold OJ. Hva med legegjenpensjonistene? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1036.
4. Waaler BA. Eldre leger- og pensjonerte leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1589.
5. Frisvold OJ. Legegjenpensjonistenes organisasjonsbehov. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1820.
6. White H, red. Retiring from medicine: do you have what it takes? London: Royal Society of Medicine Press, 2002.
7. Haga E, Thorgaard L. Tiden sårer alle leger. Månedsskr Prakt Lægegern 2003; 81, nr. 1: 5.
8. Thorgaard L. Glædeskilder i lægeliv. Månedsskr Prakt Lægegern 2003; 81, nr. 4: 613.