

# Nocebo-effekten

Forventningen til smerte er sterkt relatert til hvor smertefullt man opplever noe. Frykten er med på å styre dette, og det handler mye om hvor farlig man tenker noe er.

AV KJETIL NORD-VARHAUG

Nocebo-effekten beskrives i litteraturen som det motsatt av Placebo-effekten. Dersom du tror sterkt nok at noe kan gi deg smerter eller bivirkninger, kan resultatet bli akkurat dette. De fleste kan kjenne seg igjen i dette bildet. Selv husker jeg da jeg første gang skulle gi blod, og var advart mot mulig svimmelhet etter tappingen. Frykten for å bli svimmel forsøkte jeg å undertrykke. Da jeg først kom meg opp av stolen, tok det noen minutter før jeg fant ut av om jeg følte reell svimmelhet, eller om den følelsen jeg hadde var knyttet til noe jeg forventet. Vi har jo også eksempler på ungdom som har drukket seg fulle på alkoholfri øl. De opplever en reell følelse av alkoholrus.

Litteraturen har beskrevet nocebo-effekten i sitt ytterste ekstreme tilfelle hvor et menneske kan dø av et slangebitt, selv om det viser seg at slangen ikke var giftig likevel.

## Hodepine av nocebo-stråling

Forskere ved NTNU gjorde i 2008 en studie av stråling fra mobiltelefon og hodepine utløst av stråling. 17 el-overfølsomme studenter deltok i undersøkelsen, og de ble utsatt for ekte stråling, og for falsk stråling til ulike tider.

Professor Lars Jacob Stovner kunne forklare at det viste seg at studentene fikk hodepine uansett om det var stråling eller ikke.

– Nocebo er det motsatte av placebo. Ved placebo tror du at en behandling vil hjelpe, og dermed hjelper det faktisk. Ved nocebo tror du at noe vil skade deg, og da oppstår faktisk smertene. Nocebo er like effektiv som placebo, sa Stovner til Digi i 2008 da forskningen ble presentert.

Stovner la også til at mediefokuseringen på skadelig stråling ved mobilbruk kunne ha vært med å gjøre at studentene fikk hodepine ved mobilbruk.

I artikkelen fra 1999 «The Nocebo Effect: Do No Harm» by Morton Kas-



dan, M.D. et al., Journal of Southern Orthopaedic Association, forklarer forfatterne hvordan nocebo-effekten skaper negative forventninger til behandlinger og er sterkt medvirkende til utfallet av behandlingen som er satt i gang.

## Woodoo death

Historisk ble nocebo-effekten først beskrevet på 1960-tallet som woodoo-death. I noen regioner i verden brukte medisinnmenn nocebo-effekten til å ta livet av mennesker basert på frykt. I nyere historie ser vi effekten best når det gjelder massehysteri, gjerne i forbindelse med pandemier. Da beskrevet som psykogen sykdom. Typiske symptomer på sykdom sprer seg via mediene og gjør at en rekke mennesker blir syke med symptomer uten å være smittet. Det er rett og slett frykten for sykdommen som gjør at man utvikler symptomer som om man skulle vært smittet av det farlige viruset. Fenomenet ser man også i mindre miljøer f.eks. på en arbeidsplass. Man kan ta et eksempel hvor det er påvist kreftfremkallende asbest i arbeidsmiljøet, og dette resulterer i at en rekke arbeidere i perioden etterpå blir syke med symptomer man forventer å være knyttet til kreftsykdom.

Selv husker jeg tilbake til pandemien som rammet oss for et par år siden, da svineinfluensaen skapte til tider hyste-

riske tilstander. Opplevelsen av å føle seg syk var spesielt fremtredende hver gang mediene publiserte forsider som bygget opp under frykten for å bli smittet. Det samme opplevde man når noen i nær omgangskrets ble syke, enten av svineinfluensaen eller noe man trodde kunne være nettopp dette. Selv fikk jeg aldri influensaen, men ble veldig syk av vaksinen og lå slått ut en hel helg som om man skulle vært smittet av levende virus.

## Utslett av harmløst treblad

I en japansk studie testet forskerne 57 ungdomsskolelever for deres sensitivitet mot allergener. Ungdommen fylte ut et skjema hvor de måtte rapportere tidligere erfaringer med planter, inkludert erfaringer med en tretype hvor bladene er kjent for å gi kløende utslett. De ungdommene som rapporterte om alvorlige reaksjoner ved kontakt med bladene, ble blindet og eksponert for både allergenet og et harmløst blad. Trikket var at de ble fortalt at de kom i kontakt med giftig blad på den ene armen mens de kom i kontakt med et harmløst blad på den andre siden. Sannheten var at sidene var byttet.

Etter kun noen få minutter utviklet de fleste ungdommene som trodde de var eksponert for et giftig blad, kløende og røde utslett. De hadde blitt fortalt at bladet var giftig, men det var ikke tilfellet. I tillegg opplevde de fleste ungdommene å ikke få noen reaksjon som



helst på den siden de hadde blitt fortalt at bladet var harmløst, selv om de på denne siden faktisk hadde vært i kontakt med det reelle allergenet.

### I will harm

Nocebo betyr «I will harm», i sterk kontrast med placebo som betyr «I will please». Når vi da trekker inn definisjonen på legeyrket, hvor man ønsker å «do no harm», er det tydelig at nocebo-effekten er en formidabel mostander.

Som nyutdannet fysioterapeut ble jeg spesielt entusiastisk da jeg hadde klart å diagnostisere min første nerverotaffeksjon. Pasienten slo ut på alle mine tester og funnene var så entydige at jeg i entusiasmen utbasunerte: «Du har prolaps i nakken du». Det hører med til historien at pasienten ble helt blek og følte seg kjempedårlig etterpå. Han hadde tidligere hørt om noen med prolaps som ble kjempedårlige, og den assosiasjonen førte til det samme symptombildet hos min pasient. Sannheten var at han var relativt lett rammet, og pasienten ble relativt raskt frisk. Men det krevde et omfattende brannslukkingsarbeid fra min side for å forsøke å avdramatisere det som jeg selv hadde vært med på å overdramatisere.

### Utfordringer for behandleren

Kunnskap om nocebo-effekten er vel så viktig som kunnskap om placebo-effekten. Nettopp for å forstå hvorfor noen pasienter ikke blir bra av våre behandlingstiltak, og at disse i noen tilfeller kan forklares med nocebo-effekten. Vi ser at en pasient sin innstilling til behandlingen er svært avgjørende for effekten. I tillegg kan vi regne med at pasienter som oppsøker deg basert på en anbefaling sannsynligvis vil lykkes oftere, sammenlignet med de som blir prasket på en behandling de ikke har noen tro på. Dette gir oss kunnskap som kanskje endrer vår tilnærming til pasientene, og fremhever behovet for en kognitiv tilnærming supplert med den rent mekaniske behandlingen vi appliserer.

*Research has shown that the nocebo effect can reverse the body's response to true medical treatment from positive to negative. (Root-Bernstein 1998)*

# KS om finansiering av samhandlingsreformen

**Samhandlingsreformen var tema i partilederdebatten før kommunevalget på NRK, og det ble blant annet stilt spørsmål ved om reformen er godt nok finansiert. Først når statsbudsjettet legges fram 6. oktober blir det klart hvor mye penger kommunene vil få overført.**

– Hele poenget med reformen er at folk skal få et bedre helsetilbud nærmere der de bor. Når stat og kommune skal samarbeide tettere om dette, er det viktig at den ene parten ikke slipper tak i pasienten før den andre er klar til å overta, sier Gudrun Haabeth Grindaker, direktør for satsinger og ledelse i KS.

KS har vært tydelig på sin støtte til hovedintensjonen og målene med samhandlingsreformen. KS har også vært tydelig på at deler av reformen ikke er tilstrekkelig finansiert. Dette gjelder for eksempel arbeidet med folkehelse og administrasjon av medfinansieringsordningen. Dette er tatt opp med regjeringen.

### Medfinansiering

KS mener det er bra at regjeringen har gitt opp forslaget om å innføre en generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. En avgrensning til medisinske diagnoser er en forbedring, ved at kommunene i noe større grad kan påvirke egne innbyggers behov for disse tjenestene. KS mener at risikoen for kommunene burde vært ytterligere begrenset ved at den maksimale betaling for enkeltpasienter burde settes lavere enn regjeringen har foreslått.

KS har også bedt om kompensasjon til kommuner som taper på medfinansiering og utvidet betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Regjeringen har varslet at det kommer en kompensasjonsordning i statsbudsjettet for 2012.

KS har også tatt opp med helseministeren at sykehusene ikke må tillates å bygge ned sine tilbud før kommunene har bygget opp alternative tilbud. Hvis

ikke vil tilbudet til pasientene bli svekket, noe som er stikk



i strid med målene for reformen. Ved implementering av reformen må det sikres mekanismer for etterkontroll og etterberegning.

### Utskrivningsklare pasienter og øyeblikkelig hjelp-tilbud

KS har også gitt innspill om at det er behov for å følge med på virkningene av betalingsforpliktelsene for kommunene når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Det er en fare for at sykehusene endrer sin utskrivnings- og registreringspraksis for utskrivningsklare pasienter når kommunene nå skal betale fra første dag. Hvis det skjer må også den økonomiske kompensasjonen til kommunene justeres tilsvarende.

Et nytt kommunalt døgntilbud skal bygges ut i løpet av perioden 2012-2015 i alle kommuner. Dette sikrer fleksibilitet ved at kommuner som er klare kan bygge ut tidlig, og kommuner som trenger litt mer tid også får mer tid til å etablere tilbudet.

Det er enighet mellom regjeringen og KS om å legge til grunn et gjennomsnittlig kostnadsnivå på 4000 kroner pr. sengedøgn. Det er også enighet om å følge med på og vurdere virkningene av dette nye kommunale tilbudet, slik at forutsetninger om hvor mange senger som trengs og kostnadene pr. seng kan justeres underveis.

Finansieringsmodellen innebærer at helseforetakene skal finansiere deler av kostnadene ved tilbudet. KS hadde heller sett at det i utbyggingsperioden ble gitt en samlet statlig finansiering, over et øremerket statlig tilskudd.

Kilde: [www.ks.no](http://www.ks.no)