
En juleskade til ettertanke

LARS KOLSRUD

lars@larskolsrud.no

Lars Kolsrud er fysioterapeut og spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Han har vært idrettslege og landslagslege for flere ulike idrettsgrener, allmennlege og er privatpraktiserende legespesialist i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I julen repeteres stadig 2 000 år gamle kjente og lærerike historier. Jeg har også selv en ikke fullt så gammel julehistorie, som jeg lærte mye av og som jeg stadig blir minnet på i julehøytiden.

For å starte litt juletradisjonelt:

Og det hendte i de dager –

da Olav den femte var konge i Norge –

Trygve Bratteli var statsminister og

Knut Knudsen og Leif Jensen var regjerende olympiske mestere.

Jeg var i turnustjeneste som fysioterapeut og hadde vakt i juledagene. Det var strålende vær, rene påskeføret i fjellet, varmegrader på dagtid og kuldegrader om natta, noe som ga skaresnø. Folk trakk opp i fjellheimen for å gå eller stå på ski i julehelgen.

På ettermiddagen meldte Røde Kors at de var på vei til sykehuset med en godt voksen kvinne som hadde tråkket gjennom skaresnøen og med dette fått en kraftig vridningsskade i det ene kneet. Som nyutdannet ventet jeg spent i akuttmottaket på hva det kunne være med denne «gamle damen».

Jeg har i alle år senere husket denne helt vanlige episoden, fordi den illustrerte noe som både den gang og senere ga meg flere viktige refleksjoner.

Hvem definerer «gammel»?

Hvem vi betegner som ung eller gammel, er helt avhengig av vårt eget ståsted. Denne «gamle damen» var sikkert 20–25 år yngre enn jeg selv er i dag. Jeg føler ikke nå at jeg har vært gammel i 25 år. I min alder føler jeg at man må ha passert 80 eller helst 90 år med god margin for å være gammel.

Tidlig nok behandling?

Den omtalte kneskaden var ubehandlet fra skadesituasjonen. Ingen var da kjent med ICE-prinsippet (is, kompresjon og elevasjon). Førstehjelpstiltaket var ene og alene å få lagt pasienten på bære og komme seg til nærmeste akuttskadesykehus.

Ved ankomst var kneet kraftig hovent, rødt, varmt og «alt var vondt». En muskel- og skjelettskade som ikke raskt blir behandlet med kompresjon, elevasjon og gjerne med litt smertedempende nedkjøling, blir etter kort tid nesten umulig å undersøke. Uten den nå kjente akuttbehandlingen vil pasientene ha helt rett når de ser ned på sin hovne og smertefulle kroppsdelen og sier: «Ikke rør – det er FRYKTELIG vondt!».

Fra mottagelsen ble pasienten sendt på røntgen og innlagt for videre undersøkelser. Det fantes ikke MR på denne tiden, så røntgenbilder var fasiten vi måtte leve med. Disse kunne stort sett bare bekrefte eller avkrefte brudd.

Forstår vi det samme?

Dagen etter var det stor morgenvisitt med ortopedisk overlege, sykepleiere og jeg som turnusfysioterapeut i bakerste rekke. Overlegen gikk med et smil bort til damen med kneskaden som lå lidende i sengen sin. Han informerte fornøyd om at røntgenbildene var studert, det var ingen tegn til brudd, så her var det om å gjøre å komme seg på beina og belaste kneet normalt igjen raskest mulig. Pasienten i sengen hadde spent og tilsynelatende oppmerksomt fulgt med på overlegens positive budskap, men svarte til min overraskelse at ja, hun visste at dette ville ta lang tid.

«Hun demonstrerte for meg at kommunikasjon er avhengig av så mye»

Hun demonstrerte for meg at kommunikasjon er avhengig av så mye. Dersom pasienter har innstilt seg på en spesiell medisinsk situasjon, vil det ofte ta tid før de greier å få med seg hva som *egentlig* blir sagt. Som pasient fortsetter man gjerne videre langs egne etablerte tankerekker, og beskjedene som gis,

gode eller dårlige, har vanskelig for å bli fanget opp. Kommunikasjon som gir pasient og behandler felles forståelse av situasjonen, er et svært viktig grunnlag for god medisinsk behandling.

Hva kunne vi egentlig?

Det fjerde punktet jeg stadig tenker på fra denne situasjonen, er hvor mye jeg trodde vi kunne på denne tiden. Nyutdannet, men med erfarne kolleger, spesialister og superkompetente overleger i ryggen, følte jeg meg veldig trygg. De «store gutta» på sentralsykehuset kunne jo alt!

Diagnosene satt løst, og det var enighet om at «damen i 2-sengen» overdrev plagene sine. Det var jo ikke noe skadefunn på røntgenbildene. Men har man noen gang kunnet se smerte på røntgenbilder?

Årene har vist meg hvor lite vi egentlig kunne om noe så vanlig som en kneskade. Dette er ikke en historie fra steinalderen. Det var riktig nok i forrige århundre, men det skjedde i min egen yrkeskarriere. Brudd og meniskskader var nesten det eneste vi kjente til av skader i et kne. Dette var vanlig hos fotballspillere, og meniskene ble på 1970-tallet fjernet som blindtarmer. Det var store snitt, åpen kirurgi, og menisken ble klippet løs og tatt vekk. At dette 10–15 år senere skulle gi store slitasjeskader i leddbrusken, var det ingen som ofret en tanke. Som fotballspiller fikk man heller skryt for å være kjapt tilbake i kamp etter en vellykket meniskoperasjon.

«I dag, flere tiår senere, må jeg bare si at vi hadde de beste medisinske intensjoner»

Nå tror jeg enhver ambulanse og mottagelse på sykehus vil tenke på korsbåndsskade dersom det blir meldt inn et kraftig vridningstraume i et kne. Og jeg håper at ingen vil omtale en smertepreget pasient med denne type skade som pysete og forvente rask og smertefri normalbelastning.

I dag, flere tiår senere, må jeg bare si at vi hadde de beste medisinske intensjoner. Men i etterpåklokskapens grelle lys ser jeg at det dessverre ble gjort mye feil.

En medisinsk sannhet?

Da er jeg kommet til min siste, men kanskje viktigste refleksjon i forbindelse med denne kneskaden: Historien vil nok dessverre gjenta seg. Mange av de medisinske sannheter vi praktiserer etter i dag, vil bli vurdert som utilstrekkelige eller i verste fall feil i fremtiden. Vi gjør så godt vi kan ut fra den kunnskapen og det tekniske utstyret vi har, men erfarer fort at medisinske sannheter varer maksimalt fem år. Utløser de nobelprisen, så varer de kanskje i ti år.

Det eneste som er sikkert, er at vår medisinske forståelse og behandling er under kontinuerlig forandring grunnet en tilsynelatende uendelig utvikling. Ikke noe av vår kunnskap er hugget i stein, selv om vi kan slå i bordet med resultatene fra de største, beste og siste multisenter dobbeltblinde undersøkelsene som nylig er godkjent og presentert i verdens ledende medisinske tidsskrift. Dette er sannsynligvis det beste vi kan – nå – inntil ny forskning eller nytt undersøkelsesutstyr bringer oss videre og kanskje flytter oss i en litt annen retning.

Med ønske til alle om en frisk og skadefri jul!

Dette er en omarbeidet versjon av en tekst først publisert i NIV-nytt (1).

REFERENCES

1. Kolsrud L. 2020 Medisinsk Jule-KNE-vangelium. NIV-nytt nr. 7/2020. <https://cdn.innocode.digital/idrettsveteraner/uploads/2020/10/NIV-NYTT-7-2020-v.-1.0.pdf> Lest 1.11.2022.

Publisert: 7. desember 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0636
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.