

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Nye kliniske retningslinjer for korsryggssmerter

Nye nasjonale kliniske og tverrfaglige retningslinjer for korsryggssmerter med og uten nerverotaffeksjon er nylig utgitt i et samarbeid mellom Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI), Sosial- og helsedirektoratet og en tverrfaglig ekspertgruppe (1). Målet er at den store gruppen av pasienter med ryggplager skal møte en koordinert og godt kommuniserende helsetjeneste som er tuftet på et felles kunnskapsbasert grunnlag.

Korsryggssmerter med og uten nerverotsaffeksjon er den enkeltlidelse i vårt helsevesen som plager flest og koster mest (2). Helsetjenestetilbudet for disse er preget av mange ulike aktører, fagprofesjoner og institusjoner (1), og uten at en bestemt faggruppe eller spesialitet er øverste autoritative faglige instans. Derfor blir behandlingen ofte lite enhetlig og lite koordinert, og pasienten vil lett føle seg utrygg og forvirret. Derfor gav Formidlingsenheten i tidligere Nasjonalt ryggnettverk, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, ut tverrfaglige kliniske retningslinjer for akutte korsryggssmerter i 2002 (3). Disse retningslinjene kan ha bidratt til å bedre samhandlingen mellom de ulike profesjonene, har vært viktig referanseramme for utdanning og formidling og gjort helsearbeideren tryggere i sin kommunikasjon med den enkelte pasient. De kan også ha bidratt til å bedre befolkningens holdninger til ryggplager (4).

Retningslinjene har nå kommet i en ny og revidert utgave med kortversjon og pasientbrosjyre (1). Materialet er tilgjengelig på nettsiden www.formi.no. Omtalen av langvarige (kroniske) ryggplager og forebygging, bildediagnostikk, kirurgi og klinisk kommunikasjon er utvidet. Utarbeidningen har i vesentlig grad vært basert på tilsvarende europeiske retningslinjer (5). Viktige budskap er at «vond rygg» svært sjelden skyldes farlig sykdom, at operasjon sjelden er nødvendig, at å gjenoppta og være i vanlig aktivitet, inklusive jobb, gjør at man fortære blir bra, og at bildediagnostikk sjelden viser noen årsak til smertene.

Retningslinjene er utarbeidet etter anerkjente og veldefinerte metodekriterier (1, 6) av en bredt sammensatt tverrfaglig arbeidsgruppe, og kommentert underveis av åtte eksterne rådgivere og til slutt vurdert av en referansegruppe på 25 personer. Prosessen

har vært krevende og har tatt lang tid. Noen studier publisert etter at våre litteratursøk ble avsluttet, kan avvike i sine konklusjoner i forhold til våre. Vi håper retningslinjene vil være til hjelp for klinikere, føre til mindre sykkeliggjøring, sykefravær og medikalisering og gi innsparinger for pasientene og samfunnet.

Even Lærum

Kjersti Storheim

Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI)
Bevegelsesdivisjonen
Ullevål universitetssykehus

Jens Ivar Brox

Seksjon for ryggkirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering
Ortopedisk avdeling
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no (10.9.2007).
2. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest – koster mest. Muskel-skjelettlidelser i Norge. Rapport nr. 1. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, 2004.
3. Akutte korsryggssmerter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, 2002.
4. Ihlebæk C, Eriksen HR. Myths and perceptions of back pain in the Norwegian population, before and after the introduction of guidelines for acute back pain. *Scand J Public Health* 2005; 33: 401–6.
5. The European guidelines for the management of low back pain in primary care. www.backpain-europe.org (10.9.2007).
6. Retningslinjer for retningslinjer. Prosess og metode for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.

Behandling av opioidavhengige i allmennpraksis

Dagfinn Haarr & John Nessa hadde i Tidsskriftet nr. 13–14/2007 en visjonær artikkel om behandling av injiserende opioidavhengige i allmennpraksis, i samspill med spesialisthelsetjenesten, særlig legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1). Jeg ønsker at forfatterne kan belyse noen spørsmål om medisiner og dødelighet. Medisinering er selvsagt ikke eneste behandling, men nok den viktigste, og dødelighet er én av mange variabler, men den mest eksakte.

Gitt den store forskjellen i dødelighet mellom opioidbehandlede og ikke-behandlede: Hvordan kan pasientrettighetene opp-

fylles for denne gruppen? Hva med medisiner i regi av fastlege i forkant av og spesielt etter ufrivillig utskrivning fra LAR-behandling? Det er strenge begrensninger for forskrivning av Subutex utenom LAR-systemet. Som erstatning ble her særlig brukt buprenorfin i lav dose (Temgesic), vanligvis fordelt på tre doser, og regimet er derfor uegnet for overvåket inntak. Kan dette preparatet i noen tilfeller erstatte Subutex eller metadon ved langtidsbehandling? Er et kontinuerlig lavterskeltilbud i regi av allmennlege et alternativ for dem som ikke nyttiggjør seg et LAR-tilbud? Hva med faren for nyrekruttering ved ikke-overvåket inntak av buprenorfin?

Dødeligheten i forkant av LAR-behandling er høy, men for ekskluderte personer er den enda høyere – med stor risiko for forverret helse og for død. En fastlege med en pasient som er utskrevet ufrivillig fra LAR-systemet, har et etisk og medisinsk dilemma. Hva gjør man? Hvilke retningslinjer gjelder for reinntak i LAR Agder? Haarr & Nessa dødelighetstall viser nytten av såkalt lavterskelbehandling i allmennpraksis som supplement til LAR-behandling, sett i lys av tallene for dødelighet hos pasienter uten opioidbehandling. 146 pasienter ble behandlet over en niårsperiode. Det var 0,5 % dødelighet med 204 personår i allmennpraksis, 1,3 % med 234 personår i LAR-opplegg, mens 5,1 % dødelighet med 136 personår uten opioidbehandling (1).

Tyske og amerikanske tall viser over 8 % dødelighet ved eksklusjon fra metadonprogram, som hadde en dødelighet omtrent som ved legemiddelassistert rehabilitering (2, 3). Slik jeg tolker tallene til Haarr & Nessa (1), er dødelighet uten opioidbehandling i deres studie 10–12 ganger høyere enn nødvendig. Man kan således hevde at hele gruppen av heroinavhengige utenom det offisielle LAR-programmet trenger kriseintervensjon med medisiner. Dette bygger på solid internasjonal dokumentasjon (4). Effekten av institusjonsbehandling er ikke dokumentert, men slik behandling synes godt egnet for stabiliserte, motiverte pasienter. Min erfaring er at få greier helt å bli kvitt alle medisinene uten institusjonsopphold.

Martin Haraldsen

Sandefjord

Litteratur

1. Haarr D, Nessa J. Opioidbehandling av rusmiddelavhengige i en allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1770–2.

>>>