

Kroniske smerter – gjør vi alt galt?

I Tidsskriftet nr. 22/2001 understreker Stein Knardahl den viktige posisjonen vi behandlere har for å motvirke kronifisering av bl.a. ryggsmarter (1). Det er smerteatferd vi forholder oss til. Prosesser fra nocisepsjon til atferd foregår i det skjulte.

Jeg er uenig i påstanden om at det er liten enighet om diagnostiske kriterier for ryggsmarter. Allerede i 1987 kom The Quebec Task Force on Spinal Disorders med en anbefaling for inndeling av ryggsmarter i spesifikke og uspesifikke (2). Denne blir brukt i de fleste internasjonale veiledninger og prosedyrer. På Internett finnes det en utmerket veiledning fra New Zealand om hva som skal gjøres og hva som skal unngås i møtet med pasienter med akutte og pasienter med kroniske ryggsmarter i primærhelsetjenesten (3).

At man trenger organspesialister for å utarbeide prosedyrestandarder i primærhelsetjenesten, er ikke en selvfølge. I Nederland blir prosedyrene i primærhelsetjenesten bevisst utarbeidet av allmennlegene selv, etter rådføring med organspesialistene, fordi allmennlegenes pasientpopulasjon er en annen enn spesialistenes. I den nederlandske veiledningen har man implementert mange kognitive behandlingsprinsipper for å unngå utvikling av kronisitet. I Norge utarbeider nå Nasjonalt Ryggnettverk retningslinjer for kunnskapsbasert behandling av korsryggssmerter i primærhelsetjenesten. De foreløpige retningslinjene er tilgjengelig på nettet (4).

Det er ikke mangelen på enighet om kunnskapsbaserte diagnostiske kriterier som gjør møtet med ryggpasienter vanskelig. Lang ventetid for CT og/eller for time hos spesialist kan ikke forsvare langvarig sykmelding.

Jeg tror at det er et problem at vi i vårt møte med ryggpasienter oftest må forholde oss til pasienter og behandlere med et annet diagnosebehov enn vårt. Som leger er vi vant til å utelukke spesifikke sykdommer og aksepterer at man ikke vet hva som er den egentlige årsak til plagene i de andre «uspesifikke» tilfellene. Det er dette veiledningene baseres på. Behandlingsmiljøene (fysioterapeuter, kiropraktorer) ser ut til å ha problemer med å forholde seg til lidelser uten eksakt diagnose. Diagnosen blir oftest oppfattet som en forutsetning for å kunne sette i gang en behandling. De har derfor hatt tradisjon for å sette diagnoser også på lidelser der forklaringen er høyst usikker. Jeg mener at dette er et av hovedproblemene når det gjel-

der å få gjennomført kunnskapsbaserte veiledninger i behandling av pasienter med ryggplager.

Åmot/Skien

Marijke Engbers
fysioterapeut og bedriftslege

Litteratur

1. Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.
2. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12 (suppl 7): S1–59.
3. www.nzgg.org.nz.
4. www.ryggnett.no.

S. Knardahl svarer:

Marijke Engbers støtter på mange måter flere av grunntankene i min artikkel. Prosedyrestandarder for klinisk undersøkelse og utredning i allmennpraksis kan være et meget viktig tiltak for å forebygge kronifisering. Det er viktig å være klar over at undersøkelsesprosedyrene er av betydning for forløpet og ikke bare for å stille korrekt diagnose.

Engbers henviser til Internett-sider fra New Zealand som en «utmerket veiledning». At norske leger skal basere kvaliteten i sin praksis på å finne sider på Internett, illustrerer hvor tilfeldig smertepasienter behandles. Jeg er selvsagt enig i at kunnskapen som samles gjennom Nasjonalt Ryggnettverk er et meget viktig skritt i riktig retning. Ryggnettverkets Internett-side presenterer nå undersøkelsesprosedyrer på en meget god måte. Det som mangler er å sette disse sammen til en fullstendig (men anamnesestyrt) undersøkelse som kan gi pasient og lege trygghet for at en fullstendig klinisk undersøkelse er utført. Så gjenstår skulder, nakke, hodepine, underarm osv. Personlig tror jeg at spesialister som daglig utfører mange slike undersøkelser, må være sentrale for å lage prosedyrer som er effektive i forhold til tidsbruk.

Et spørsmål som må diskuteres, er om det skal *kreves* av leger at de følger prosedyrestandarder. Man kan for eksempel tenke seg at trygdefusjon gjøres avhengig av at en bestemt utredning er utført.

Engbers er uenig i påstanden om at det er lite enighet om diagnostiske kriterier for ryggsmarter. Jeg påpekte i min artikkel en mangel på enighet om diagnostiske kriterier for *muskel- og skjelettplager* og ikke ryggsmarter. Dette er fortsatt korrekt.

Oslo

Stein Knardahl
forskningssjef

Unge kvinner og fylla

Willy Aasebø og medarbeidere vekker berettiget offentlig oppsikt med sin artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2001 (1). Det er mer fyll og hos yngre kvinner enn før. Redaktør Pål Gulbrandsen poengterer meget sterkt at vi som leger må engasjere oss bedre i alkoholproblematikken (2).

Tradisjonelt har det vært slik at medisinsk forskning i fagene rundt helse og sosiale forhold har nøydt seg med empiriske beskrivelser av virkeligheten. Det finnes ca. 50 000 vitenskapelige publikasjoner om tobakkens skadevirkninger, men avstanden fra all denne kunnskap til praktiske tiltak for å forebygge all denne elendigheten har vært enorm. Det er ille med drikkingen også, men mindre interessant hvordan vi gjør noe med problemet.

Den interessante artikkelen til Aasebø og medarbeidere mangler en forklaringsanalyse. Tallmaterialet er kommentert, med gode innslag av selvkritikk, men det hadde vært interessant med forfatterens tanker om årsaker og bakgrunnsvariabler og deres konkrete råd til helsepolitikere og andre om hvordan denne uheldige utviklingen bør takles og motarbeides. Geir Riise (3) nevner kort noen få av mange momenter i tiltakskjeden.

Jeg ber derfor forfatterne svare på disse spørsmål: Hvilke årsaksfaktorer legger de mest vekt på når denne uheldige utviklingen skal forklares? Kan det være den populære vinkulturen med begersvingende leger og andre fremstående personer? Hvilke offentlige tiltak mot problemene legger forfatterne mest vekt på? Eller mener de at det ligger utenfor deres ansvarsområde å foreslå tiltak?

Nordbyhagen

Carl Ditlef Jacobsen
pensjonert overlege

Litteratur

1. Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllearest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2683–5.
2. Gulbrandsen P. Og verdens alkoholfrie dag, hvor ble det av den? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1669.
3. Riise G. Fylla i fyllearest og sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2682.

W. Aasebø & J. Jonsbu svarer:

I vår artikkel (1) beskriver vi bl.a. en betydelig økning i sykehusinnleggelser blant unge kvinner, forårsaket av akutt alkoholforgiftning. Årsakene til denne utviklingen er mange og komplekse, men opplegget for undersøkelsen tillater oss ikke å gi svar på den