

Intetsigende retningslinjer om akutte korsryggssmerter

Even Lærum omtaler i Tidsskriftet nr. 8/2002 (1, 2) nylig publiserte retningslinjer for behandling av akutte korsryggssmerter (3). Retningslinjene er visstnok resultat av litteratursøk og innspill fra eksterne rådgivere og et referansepanel. Man undres over hvilken hjelp leger har av retningslinjer der 80–90% av alle korsryggssmerter anføres som «uspesifikke». Som ikke-uspesifikke årsaker anføres nerverotsaffeksjon og brudd/skader, kreft og inflammasjon.

De fleste leger kan dette. Det er til alt det andre vi trenger hjelp – det som rubriseres som «uspesifik» og som avspises med tre linjer under diagnostiske overveielser. Jeg lar meg provosere av slikt, fordi jeg ikke tror det er sant, og fordi det er en fornærmelse mot fagfeltet. 90% «uspesifik» kan ikke tolkes som annet enn at man stort sett ikke har peiling. Vi henvises til å håpe at det går bra av seg selv. «Den gode ryggsamtale» smaker for øvrig av jeg-er-OK-du-er-OK-dill-dall, som jeg trodde vi var ferdige med i 1970-årene.

Midtstilt prolaps, langt kommet skivedegenerasjon og spondylolistese regnes ikke med. Det er ikke gjort forsøk på å differensiere sykdomsforløp. Ignorert er de residiverende korsryggssmertene. Suverent oversett er pasienten med gjentakne lumbagoattaker som etter hvert glir over i en årelang kronisk tilstand. Er også dette «uspesifikke» smerter som skal avspises med koseprat som på mirakuløst vis skal føre til at vanlig aktivitet, inkludert jobb, gjenopptas så fort som mulig – selv om stakkaren knapt kan stå? Jeg ser for meg den langtidsykmeldte sykepleieren som løfter på seg midtstilt prolaps uten isjias, men med betydelige smerter. Ifølge anbefalingene skal legen da tenke på «psykiske plager, sosiale belastninger, mistrivsel på jobben eller manglende tro på bedring» som årsak til at hun ikke blir bra.

Nei, ærlig talt, det virker svært overfladisk å operere med et så lavt presisjonsnivå med dagens diagnostiske verktøy. Vi vet mer enn dette om årsak til ryggssmerter. Undertegnede var med på det tverrfaglige konsensusarbeidet om ryggglidelser, kalt *Vondt i ryggen* og utgitt av Statens helsetilsyn (4). Ett av budskapene fra den gang er viktig: Differensiert diagnostikk er ofte mulig og av betydning for behandling. Det er tross alt store forskjeller mellom en ren funksjonell ryggglidelse og en degenerativ skivelidelse. Symptomer, kliniske funn og behandling er ulike ved de to tilstandene, men skal etter de

nye retningslinjer altså bedømmes som like «uspesifikke».

Hvilket ikke holder mål. De nye retningslinjene virker som et skrivebordsteoretisk produkt. For oss i førstelinjetjenesten, som har behov for et visst presisjonsnivå i vårt kliniske arbeid, er de intetsigende. At ryggmedisin på denne måten fremstilles som et underutviklet fagområde, kan være formålstjenlig dersom siktemålet er å få sugerøret ned i kassen med forskningsmidler, men bidrar neppe til å øke respekten for faget eller til å øke legers interesse for ryggmedisin.

Oslo

Sonja Fossum

Litteratur

1. Lærum E. Retningslinjer for akutte korsryggssmerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 832.
2. Lærum E. Retningslinjer for akutte korsryggssmerter. Rettelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1412.
3. Nasjonalt Ryggnettverk. Akutte korsryggssmerter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. www.ryggnett.no (10.4.2002).
4. Vondt i ryggen. IK-2508. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.

E. Lærum og medarbeidere svarer:

Sonja Fossum har i dette nummer av Tidsskriftet en omtale av Nasjonalt Ryggnettverks nylig utgitte kunnskapsbaserte retningslinjer for akutte korsryggssmerter (1). Fossum skriver: «De nye retningslinjene virker som et skrivebordsteoretisk produkt» som ikke holder mål i klinisk arbeid. Vi har flere kommentarer til dette. Den tverrfaglige arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjene, har i hovedsak bestått av erfarne ryggklinikere med solid forankring i klinisk praksis. Det samme gjelder for referansegruppen og de eksterne rådgiverne.

Retningslinjene er ingen lærebok, men en sammenstilling av dagens forskningsbaserte kunnskap. De er basert på gjennomgang av ca. 3 000 primærarbeider i over 50 systematiske oversikter. I utenlandske retningslinjer er det bred enighet om at en diagnostisk inndeling i tre hovedkategorier er formålstjenlig for primærmøtet med pasienten. For videre subkategorisering har vi i dag lite dokumentert kunnskap som er tilstrekkelig validert og reliabilitetstestet. Påstandene om at det ikke er gjort forsøk på å differensiere sykdomsforløp er misvisende. Vi har flere steder beskrevet trekk ved forløp og varighet.

Fossum skriver at pasienter med gjentakne lumbagoattaker er fullstendig oversett.

Retningslinjene omhandler med all tydelighet *akutte* korsryggssmerter og ikke kroniske, residiverende tilstander. Slike tilstander vil bli inkludert ved senere revisjon. Vi har imidlertid flere steder gitt anbefalinger for når og hvor pasienten skal henvises om varigheten av smertene ikke viser tilfredsstillende bedring etter fire uker.

Fossum stiller spørsmål ved om de kroniske tilstandene er «uspesifikke smerter» som skal avspises med koseprat som «jeg trodde vi var ferdig med i 1970-årene». Det er oppsiktsvekkende hvis norsk allmenmedisin er ferdig med klinisk kommunikasjon og dens betydning i daglig praksis. Anbefalingene vi er kommet med om klinisk kommunikasjon, bygger blant annet på lærebøker som benyttes i undervisningen for medisinske atferdsfag. Dessuten dokumenterer tre gode nye norske studier signifikant klinisk og samfunnsøkonomisk effekt av en intervensjon som hovedsakelig består av trygghetsskapende informasjon og råd om å være i aktivitet (2–4).

På ett punkt synes det å være enighet mellom Fossum og undertegnede: Det trengs mer forskning angående mulig subkategorisering innenfor den store «uspesifikke» diagnosegruppen. Et hovedformål med Nasjonalt Ryggnettverk er å legge til rette for klinisk forskning. Per i dag deltar vel 60 klinikerne i det tverrfaglige forskernettverket.

Vi i Nasjonalt Ryggnettverk er glad for at det skapes oppmerksomhet og debatt om viktige ryggmedisinske temaer. Etter å ha lest Fossums innlegg er vi blitt ytterligere styrket i synet på nødvendigheten av å utarbeide kunnskapsbaserte og ikke bare konsensusbaserte kliniske retningslinjer.

Oslo/Eydehavn/Bergen

Even Lærum
Erik L. Werner
Jan Sture Skouen

Litteratur

1. Nasjonalt Ryggnettverk – Formidlingsenheten. Akutte Korsryggssmerter. Tverrfaglige, kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt Ryggnettverk, 2002.
2. Haldorsen E, Grasdahl AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain* 2002; 95: 49–63.
3. Indahl A, Velund L, Reikerås O. Good prognosis for low back pain when left untampered. *Spine* 1995; 4: 473–7.
4. Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000; 25: 1973–6.