

Målet med tverrfaglige ryggpoliklinikker er ikke å oppnå full enighet mellom ulike faggrupper, men å unngå at pasienten skal bli forvirret av motstridende årsaksteorier og behandlingsforslag

Ryggpasienten inn fra kulden

De siste årene har det vært bred enighet om at det bør etableres tverrfaglige ryggpoliklinikker ved alle større sykehus (1, 2). Målsettingen har vært å skape en relevant spesialisttjeneste for primærhelsetjenesten, kort ventetid og god og ubyråkratisk tilgjengelighet. Fast minimumsbemanning basert på befolkningsunderlag og stabile økonomiske rammer er da nødvendig. Den første tverrfaglige ryggpoliklinikken, etablert i 1989 ved Ullevål universitetssykehus, gav et samordnet tilbud til ryggpasienter i Oslo, men ble nedlagt allerede i 1991 etter å ha hatt problemer med bemanning og økonomi.

I en rapport fra Nasjonalt ryggnettverk fra 2001 (3) gis det en oversikt over dagens ryggomsorg. I alt 14 ryggpoliklinikker ble klassifisert som tverrfaglige, dvs. at poliklinikken hadde tre eller flere yrkesgrupper. Alle ryggpoliklinikkene hadde økonomiske problemer, og innføringen av tverrfaglige utrednings- og behandlingstakster hadde ikke ført til etablering av flere ryggpoliklinikker. En oppdatert oversikt over behandlingstilbud for ryggpasienter finnes på hjemmesidene til Nasjonalt ryggnettverk (www.ryggnett.no).

Effekten av en tverrfaglig behandlingstakst for ryggpasienter, som ble innført i 1999, er nylig evaluert og oppfattet som en betinget suksess. Taksten ser ut til å føre til besparelser for folketrygden i form av reduserte utbetalinger av sykepenger for sykmeldte med ryggplidelser (4). Et økende antall pasienter er utredet og behandlet tverrfaglig i evalueringsperioden, men det har ikke vært noen særlig vekst i antall institusjoner som utfører behandling. Dette kan skyldes at taksten er for lav til at sykehusene ønsker å satse bredt på ryggbehandling. Taksten ble innført som et supplement til den tverrfaglige utredningstaksten fra 1998, som var altfor lav til å stimulere etablering av tverrfaglige ryggpoliklinikker. De dårlige tverrfaglige takstene gjør at ildsjeler som driver ryggpoliklinikker, synes arbeidet er vanskelig og at de får lite drahjelp fra andre deler av helsevesenet. Det hjelper ikke at tverrfaglighet er blitt et helsepolitisk moteord.

De tverrfaglige ryggpoliklinikker har ulik profil. I dette nummer av Tidsskriftet rapporterer Jan Sture Skouen og medarbeidere om virksomheten ved ryggpoliklinikken ved Haukeland Universitetssykehus (5). Denne poliklinikken har vært i drift fra 1993 og har vært ledende innen utvikling av behandlingsstrategier for pasienter med kroniske ryggsmertter. Forskingen ved denne klinikken har resultert i bedre prognosestilling og forbedrede behandlingsstrategier, særlig med hensyn til rehabilitering tilbake til yrkeslivet (6). En tverrfaglig modell der pasientinformasjon om mestring (fair avoidance) står sentralt, ser ut til å gi bedre resultater enn mer omfattende tverrfaglig behandling, særlig for menn og for dem med sykmeldingstid på rundt tre måneder. Resultatene tilsvarer funnene til Indahl og medarbeidere i 1995 (7). Effekten er også dokumentert i en fersk norsk randomisert multisenterstudie (8).

De tverrfaglige ryggpoliklinikkene bør ha som mål å være lokale kompetansesentre innen ryggbehandling. Målet er ikke å oppnå full enighet mellom ulike faggrupper i diagnostikk og behandling av ryggsmertter. Forskjellene mellom fagene bør bestå og med forskjellige retninger innen forskning og kompetanseutvikling. Den langsiktige målsetting er å utvikle et felles språk og en felles holdning til den enkelte pasient, slik at pasienten unngår å bli forvirret av

motstridende årsaksteorier og behandlingsforslag. For å oppnå dette må fagfolk innen forskning, undervisning, diagnostikk og behandling møtes. Nasjonalt ryggnettverk er i ferd med å utarbeide felles retningslinjer for utredning og behandling av ryggsmertter basert på kunnskapsbasert medisin og på samarbeid på tvers av faggrensene. De tverrfaglige ryggpoliklinikkene må derfor få en sterkere tilknytning til universitetene, og forskningen innen rammen av Nasjonalt ryggnettverk må styrkes ytterligere (9).

Ryggsmertter er for de fleste smerter i lenderyggen. Men nakkesmerter er også svært vanlig. Nakken må oppfattes som en del av ryggen. Pasienter med nakkesmerter står i dag i samme situasjon som pasienter med smerter i lenderyggen for ti år siden. Utredning og behandling av nakke-, skulder- og armsmerter foretas i dag fragmentert av mange ulike spesialister. Diskusjonen om avstivningskirurgi i nakken er i dag på samme nivå som diskusjonene om avstivningskirurgi i lumbalcolumna for flere år siden. Det drives lite forskning på nakkesmerter, og det foreligger få internasjonale retningslinjer for behandling av slike smerter. De tverrfaglige ryggpoliklinikker har også et ansvar for å bryte ned den kunstige grensen mellom nakke og rygg og gi et tilbud også til pasienter med smerter i nakken.

Øystein P. Nygaard

oystein.nygaard@medisin.ntnu.no

Øystein P. Nygaard (f. 1953) er dr.med. og spesialist i nevrokirurgi. Han er leder for Nasjonalt senter for spinale lidelser ved St. Olavs Hospital og førsteamanuensis ved NTNU.

Litteratur

1. Strukturering av ryggomsorgen i Norge. Oslo: Norsk forening for ryggforskning, 1994.
2. Hoddevik G, red. Organisering av ryggpoliklinikker og nasjonalt kompetansesenter. Rapport fra en arbeidsgruppe til Statens helsetilsyn. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
3. Brage S, Gihle I. Sykehusbasert ryggomsorg i Norge. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, 2001.
4. Kjerstad E, Holmås T. Tverrfaglig poliklinisk behandling av ryggpasienter – besparelser for folketrygden? Bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning, 2002.
5. Skouen JS, Lærum E, Jensen TØ. Tverrfaglige ryggpoliklinikker – et nytt behandlingstilbud. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2895–6.
6. Skouen JS, Grasdal AL, Haldorsen EMH, Ursin H. Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on longterm sickleave. Spine 2002; 27: 901–10.
7. Indahl Å, Velund L, Reikerås O. Good prognosis for low back pain when left untampered: a randomized clinical trial. Spine 1995; 20: 473–7.
8. Brox JI, Sørensen R, Friis A, Nygaard O, Indahl A, Keller A et al. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Spine 2003; 28: 1913–21.
9. Berg O. Kunnskap og politikk. En evaluering av Nasjonalt ryggnettverks virksomhet 1999–2003. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2003.