

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.

>>>

- Zanis DA, Woody GE. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 257–60.
- Scherbaum N, Specka M, Hauptmann G et al. Does maintenance treatment reduce the mortality rate of opioid addicts? *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 455–61.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. General report of activities 2006. www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nNodeID=426 (10.9.2007).

D. Haarr & J. Nessa svarer:

Rusmiddelavhengige har generelt svake pasientrettigheter, og fristbrudd i forbindelse med ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten hører med til dagens orden. Klageretten blir også i liten grad benyttet av denne pasientgruppen. Pasientenes rett til helsehjelp hos fastlege er dårlig definert. Mange fastleger avstår fra å involvere seg i behandlingen av de tyngste rusmiddelavhengige uten at dette vanligvis gir noen negative konsekvenser for legene.

Materialet i vår studie viser at medisinering med opioider i forkant av LAR-behandling er en effektiv måte å stabilisere pasientene på (1). Det gir hjelpeapparat og pasient gode muligheter til å få etablert ansvarsgruppe og lage tiltaksplan. Etter ufrivillig utskrivning vil de alle fleste LAR-pasienter ønske å gjenoppta behandlingen. Medikamentell stabilisering med opioider i fastlegens regi har også her vist seg å være til hjelp. Det byr på etiske problemer å nekte pasientene medikamentell behandling etter ufrivillig utskrivning fra LAR-systemet, både fordi dødeligheten da øker, og fordi sjansene for en nødvendig stabilisering og videreføring av rehabiliteringen reduseres. Forutsetningen er at medikamentene suppleres med et aktivt og energisk tverrfaglig samarbeid for å sikre at pasienten lykkes bedre ved neste forsøk med LAR-behandling. Gjeldende regler begrenser fastlegens muligheter for å forskrive opioider til rusmiddelavhengige. Regelverket kan dermed sies å stå i en viss motstrid til pasientrettighetene ved at en potensielt livreddende behandling ikke kan settes inn av fastlegen.

Lavdose buprenorfin i form av Temgesic har i vårt materiale vist gode resultater både på rusing med andre opioider og på dødelighet. Feil administrering i form av sniffing og injisering er vanlig. Derfor er ikke dette et medikament som egner seg for permanent behandling av de fleste av disse pasientene. For å unngå problemene, kan buprenorfinplaster forsøkes. Uansett bør en potensielt livslang opioidbehandling forankres i LAR-systemet, slik at pasienten er sikret behandling uavhengig av fastlegens personlige innstilling til opioidbehandling og stabilitet i praksis.

Samtlige LAR-pasienter i vårt materiale behandles i regi av LAR Vest-Agder (MARIA). Terskelen for ufrivillig utskrivning av pasienter er høy i dette tiltaket, og inntil for noen måneder siden har også pasienter blitt tatt inn igjen i behandling uten

annen ventetid enn den som er nødvendig for å få søknader og tiltaksplaner på plass. Dette er dessverre nå i endring, fordi MARIA nå strekker fristene for nødvendig helsehjelp så langt som mulig av økonomiske grunner. Fastlege og sosialtjeneste får dermed en økt belastning, da pasientene ofte er ekstra sårbare etter ufrivillig utskrivning fra LAR.

Dagfinn Haarr
Kristiansand

John Nessa
Universitetet i Bergen

Litteratur

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

Glitazoner – igjen

Debatten omkring glitazoner i behandlingen av diabetes, spesielt rosiglitazons negative kardiovaskulære profil, går for fullt i medisinske tidsskrifter anført av *The New England Journal of Medicine*. En rask gjennomgang av PubMed siden Nissen & Wolskis metanalyse (1), som for øvrig støttes av en ny Cochrane-analyse (2), viser 40 publikasjoner relatert til emnet per slutten av august. I tillegg har saken fått juridiske, politiske og regulatoriske implikasjoner gjennom de amerikanske legemiddelmyndighetene (FDA). Rosen summerer opp essensen i saken (3), og danske autoriteter reiser spørsmål om det er grunnlag for å bruke glitazoner i lys av en rekke ulike problemstillinger (4).

Det er derfor merkelig at Jøran Hjelmesæth i *Tidsskriftet* nr. 16/2007 (5) benytter anbefalinger (6) fra tiden før bivirkninger og manglende effekter av rosiglitazon ble kjent som argument for en fortsatt positiv (?) holdning til preparatet. Jeg regner med at de aktuelle organisasjonene vil revidere sine anbefalinger i lys av ny kunnskap. Videre foreligger det data hos FDA som viser økt forekomst av kardiovaskulære hendelser ved bruk av rosiglitazon hos personer med diabetes. Det ville være forbausende om den økte kardiovaskulære risiko ved rosiglitazonbehandling kun skulle finnes hos dem med prediabetes og ikke hos diabetikere.

Hva ville svaret bli om vi som leger stilte følgende spørsmål til våre pasienter med type 2-diabetes: «Vil du ha et medikament som reduserer din HbA_{1c}-verdi, men som øker din risiko for hjertesykdom og beinbrudd, og som ikke er vist å forhindre øye-, nerve- eller nyrekomplikasjoner?» Med referanse til COX-2-saken vil jeg foreslå at Legemiddelverket fjerner refusjonen for glitazoner.

Johan Halse
Oslo

Litteratur

- Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007; 356: 2457–71.

- Richter B, Bandeira-Echtler E, Bergerhoff K et al. Rosiglitazone for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 3: CD006063.
- Rosen CJ. The rosiglitazone story – lessons from an FDA advisory committee meeting. *N Engl J Med* 10.1056/NEJMp078167.
- Lindeberg M, Astrup A. The role of glitazones in the management of type 2 diabetes. A DREAM or a nightmare? *Obes Rev* 2007; 8: 381–4.
- Hjelmesæth J. Er det behov for glitazoner i behandlingen av diabetes? Tiltaksvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2124.
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB et al: Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 1963–72.

J. Hjelmesæth svarer:

Det pågår en viktig debatt om mulige kardiovaskulære bivirkninger relatert til behandling med rosiglitazon. Det er ikke tvil om at temaet er kontroversielt. Selv om flere indisier støtter hypotesen om at rosiglitazon kan gi økt risiko for hjerteinfarkt, foreligger det dessverre per i dag ikke entydig vitenskapelige data som kan bekrefte eller avkrefte denne hypotesen. Hensikten med mitt første innlegg om saken (1) var nettopp å formidle at kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å trekke endelige konklusjoner, og at det er behov for mer forskning.

Publikasjonene fra PubMed som Johan Halse refererer til, bidrar dessverre ikke til en avklaring. De er i hovedsak nye analyser av foreliggende studier eller mer eller mindre kvalifiserte meningsytringer om temaet. Det at temperaturen i debatten er såpass høy, indikerer at det ikke foreligger konsensus. Det begrensede kunnskapsgrunnlaget gjør det vanskelig å gi klare anbefalinger til pasienter og legemiddelmyndigheter.

De metodiske styrker og svakheter i to av de mest sentrale publikasjonene om rosiglitazon og kardiovaskulær sykdom (2–4) utdypes i en kommentarartikkel i dette nummeret av *Tidsskriftet* (5).

Jøran Hjelmesæth

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst Sykehuset Vestfold

Litteratur

- Hjelmesæth J. Gir rosiglitazon økt risiko for hjerteinfarkt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1809.
- Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007; 356: 2457–71.
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H et al. Rosiglitazone evaluated for cardiac outcomes and regulation of glycaemia in diabetes (RECORD): study design and protocol. *Diabetologia* 2005; 48: 1726–35.
- Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H et al. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes – an interim analysis. *N Engl J Med* 2007; 357: 28–38.
- Hjelmesæth J, Røislien J. Rosiglitazon – statistikk til nytte og besvær. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2702–3.