

DEBATT

Inte bara biologiska orsaker till smärta

REPLIK Jag har svårt att förstå att Christer Nyberg känner sig kränkt över att kronisk värk måste behandlas och diagnostiseras multimodalt, skriver psykiatern Bengt Annebäck.

Svenska ryggföreningens ordförande Christer Nyberg hävdar i en debattartikel i Dagens Medicin nr 43/09 att SBU:s utvärdering av behandlingsmetoder vid kronisk smärta är trams och att multimodal smärtrehabilitering baseras på kvasivetenskap.

Själv saknar jag kompetens att överpröva SBU:s slutsatser, men min kliniska erfarenhet sedan 35 år talar för att SBU har alldeles rätt.

Som psykiater träffar jag oftast bara ett selekterat urval av smärtpatienter som har ett extra stort lidande.

JAG TRÄFFAR INTE de patienter där man genom rätt diagnos och rätt medicinsk eller kirurgisk behandling åtgärdar smärtan så att den minskar eller går över. Jag träffar patienter där smärtan blivit kronisk och där smärtan oftast totalt regerar livet så att alla aktiviteter som gör livet värt att leva får stryka på foten. Jag träffar patienter med utmattningssyndrom och olika former av stress-



Bengt Annebäck är överläkare vid Stressrehab Tiohundra AB i Norrtälje.

syndrom, där smärtan är närmast en obligatorisk del av symtomatologin. Jag träffar patienter med fibromyalgi där värken orsakar ett kroniskt stressyndrom eller möjligtvis är en följd av kronisk stress.

Jag träffar också patienter som på olika smärtmottagningar och av ortopedier eller husläkare förvandlats till legala narkomaner i jakten på den medicinska befrielsen från smärtans ok. Priset är mycket högt och dessa patienter förvandlas plötsligt till psykiatriska patienter. Jag kan förstå om dessa patienter känner sig kränkta över att skickas till psykiater.

Jag har däremot svårt att förstå att Nyberg och många andra känner sig kränkta över att kronisk värk skulle vara ett psykosocialt och medicinskt fenomen som måste behandlas och diagnostiseras multimodalt. Vad är smärtan? Naturligtvis är den inte enbart biologisk. Smärtan i sig är det psykiska upplevandet av en reaktion i vårt nervsystem, där de kroppsliga

Alldeles oavsett orsakerna är konsekvenserna av smärtan olika "

orsakerna och biologiska förändringarna ibland kan påvisas och där vi ibland helt enkelt inte vet orsakerna.

Alldeles oavsett orsakerna är konsekvenserna av smärtan olika för olika människor. Dessa konsekvenser är vad vi kan kalla lidandet. Om all vår energi riktas mot att finna de biologiska orsakerna till smärtan och hitta de medicinska behandlingarna för att ta bort smärtan, fastnar vi ofta i ett kroniskt tillstånd.

Vetenskapens framgångar för att bota kronisk smärta är nämligen begränsade eller behäftade med en rad biverkningar. Lidandet kan däremot påverkas med psykologiska och sociala faktorer.

Vad menar Nyberg är alternativet till ett multimodalt synsätt på

kronisk värk där man inte hittar ytterligare medicinska metoder för att minska lidandet? Bättre ortopedier? Ännu mer mediciner? Söva ner patienterna? Vad gör vi med de sekundära depressionerna hos patienter som tappat allt livsinnehåll? Är verkligen sjukpensionering i sig lösningen?

Och inte har man väl *enbart* ett psykosocialt sjukdomstillstånd bara för att orsakerna till värken inte går att operera eller bota med sjukgymnastik?

Christer Nyberg och ryggföreningen hävdar nu dessutom att regeringen förbereder massrehabilitering av onda ryggar med dyrbar multimodal smärtrehabilitering. Om det ändå vore så väl!

TILL SLUT, HUR dyrbar är en multimodal rehabilitering egentligen i förhållande till totalkostnaden för en person som på grund av rygg eller nackvärk eller annan kronisk värk inte kan arbeta över huvud taget under 20-30 år av sitt arbetsliv? ☉

Även nyare studier stöder smärtrehab

SBU svarar på kritiken från Christer Nyberg.

REPLIK

I Dagens Medicin nr 43/09 hävdar Christer Nyberg från Svenska ryggföreningen att det saknas evidens för multimodal rehabilitering, i motsats till vad som anges i en SBU-rapport från år 2000, *Ont i ryggen, ont i nacken*. Nyberg är inte uppdaterad när det gäller evidensläget. Sedan år 2000 har det publicerats flera översikter, som i linje med denna rapport ger stöd för multimodal rehabilitering till exempel med avseende på arbetsåtergång (1).

I en senare SBU-rapport, *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt*, från 2006 konstaterades att det finns vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering leder till bättre resultat inklusive arbetsåtergång vid långvarig smärta än mindre omfattande insatser.

Sammanfattningsvis är evidensläget inte alls så svagt som Nyberg ger uttryck för. Som ett komplement till tidigare översikter kommer SBU under det första halvåret 2010 att publicera en rapport om rehabilitering vid långvariga smärttillstånd.

NYBERG RIKTAR KRITIK mot att långvarig smärta betraktas ur ett biopsykosocialt perspektiv. Särskilt kritiserar professor Gordon Waddells bidrag i SBU-rapporten från år 2000. Socialstyrelsen konstaterade redan 1994 i rapporten *Behandling av långvarig smärta* behovet av att utgå från en helhetssyn i bedömningen av patientens tillstånd och vilka/vilken behandling som kan tänkas leda

till framgång. Ett biopsykosocialt synsätt vid diagnostik, behandling och rehabilitering syftar till att i det individuella fallet förstå vilka biologiska mekanismer som är aktiverade samt hur dessa komplext samspelar med olika psykologiska och sociala faktorer och bestämmer exempelvis smärtintensitet och beteenden som är kopplade till smärtan samt vilka andra konsekvenser detta kan få.

Det handlar inte om något "evigt harvande om psykologi", som Nyberg anför, utan i stället om att ambitiöst och ödmjukt ta sig an "ett av de svåraste områdena i medicinen", för att citera Socialstyrelsen.

I SBU:s rapport från år 2006 finns mer detaljerade beskrivningar av vad en biopsykosocial helhetssyn innebär och hur den kan användas i en konstruktiv dialog med patienten vid utredningen av långvariga smärtor. ☉

Björn Gerdle är professor i rehabiliteringsmedicin i Linköping. Pernilla Åsenlöf är medicine doktor och sjukgymnast i Uppsala. Anne Söderlund är professor i sjukgymnastik i Västerås. Britt-Marie Stålnacke är medicine doktor i rehabiliteringsmedicin i Umeå. Anders Norlund är universitetslektor och hälsoekonom, SBU.

FOTNOT: 1. A) Effectiveness of a return to work intervention for subacute low back pain. Scand J Work Environ Health 2005;31 B) Avoiding long-term incapacity for work. Systematic review, Peninsula Medical School 2007 C) Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychol 2007;26 D) Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. Rheumatology (Oxford) 2008;47.

Livsfarligt om data hanteras långt ifrån vårdens vardag

Bengt Järhult svarar Cecilia Widegren om den planerade nya granskningsenheten.

REPLIK

Den granskningsenhet regeringen redan avsatt budget för och skyndsamt vill införa, men som inte redovisats till sitt innehåll och till sina konsekvenser, diskuterade jag i Dagens Medicin nr 42/09 ur följande perspektiv:

» Syftet – alliansen vill göra sjukvården till en marknad.

» Kvaliteten – att register och öppna jämförelser inte duger till kundval eller till att värdera världens samlade kvalitet.

» Avhumaniseringen – att världens många mjuka och kvalitativa sidor inte låter sig datafångas och riskerar att trängas ut av en teknifierad registerindustri som görs till alltings mått.

Moderaternas socialpolitiska talesperson Cecilia Widegren har i sitt svar i nr 44/09 inte ett ord att säga om detta. Hennes inlägg är i stället en lång, trosviss saligprisning av den idé som behövde diskuteras. Någon oberoende granskning av det tilltänkta systemet vill hon inte veta av.

WIDEGREN ANFÖR TRE huvudskäl för den nya granskningsfunktionen. Först att valfrihet kräver "kunskap om vad man har att välja mellan". Men om denna kunskap är selekterad, bara en del av den komplexa världens verklighet, och i ett marknadssystem med konkurrens kan manipuleras och vilseleder patienterna, ska den då ges myndighetsstatus?



Bengt Järhult är distriktsläkare vid Vårdcentralen Ryd.

Det andra: Tron på öppna jämförelser mellan landsting och vårdinrättningar som en väg till förbättring. Men jämförelserna håller inte metodologiskt utan kräver en inomprofessionell utveckling så att de blir evidensbaserade.

I Sfams, Svensk förening för allmänmedicin, färskas ställningstagande till kvalitetsregister på vårdcentraler skriver man bland annat:

"Evidens saknas för att enbart deltagande i kvalitetsregister leder till bättre kvalitet i vården. Det är heller inte visat att kvalitetsregister kan bedöma världens kvalitet på vårdcentralnivå."

Det tredje: Oberoende granskningsfunktion! Det är vacker retorik, säkert en ärlig politisk föreställning, att särskilja en granskningsfunktion från verksamhets- och tillsynsansvar hos SKL och Socialstyrelsen.

Problemet är att registerdata är en integrerad del av sjukvårdens verksamhet, att värderingen av data förutsätter den lokala kännedomen om datafångstens problem, felkällor och att tolkningen och utvärderingen kräver en djupgående kunskap om diagnostik, patientkaraktäristika, befolkningens sjuklighet i förhållande till resultat etcetera.

DET ÄR LIVSFARLIGT att lämna ut en massa data till tjänstemän på en myndighet eller myndighetsliknande enhet skild från professionen och världens vardag.

Se redan nu hur kvalitetsregister och öppna jämförelser missbrukas och på helt felaktiga grunder pekar ut enheter och landsting för att ge dålig vård. ☉

Ett urval av debattinläggen går även att läsa på webben.



DAGENS MEDICIN SE