

SBU-rapporten om ont i rygg och nacke

Ambitiös genomgång av ett stort problemområde

Se artikeln
på sidan 4974
i detta nummer.

Smärtor i rygg och nacke är vanligt förekommande i den allmänna befolkningen, något som har visats i flera epidemiologiska studier. Nacksymtomen har sannolikt ökat under senare år, medan andelen med ländryggssmärta legat kvar på ungefär samma nivå [1]. Livstidsprevalensen för ryggbesvär uppgår till över 80 procent, för nackbesvär till ca 50 procent, vilket ger en uppfattning om dimensionen på ett problem som ofta medför läkarkontakt.

Smärta lokaliserad till rörelseorganen är också en av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården. Omkring 15 procent av besöken, alltså var sjunde patientkontakt, beror på denna typ av besvär [2]. Handläggningen i primärvården präglas och utformas utifrån denna organisations förutsättningar och organisation.

Det finns stora utvecklingsmöjligheter

Utvecklingsmöjligheter finns, och sådana behöver stimuleras och understödjas [3]. Formaliserad konsultverksamhet med specialist från sjukhusvård kan effektivisera handläggningen av patienter med besvär från rörelseorganen samt ge samhällsekonomiska vinster i form av minskat sjukskrivningsbe-

hov [4]. Det synes självklart att diagnostiska och terapeutiska åtgärder vad gäller smärta i rygg och nacke skall vara väl underbyggda ur både individens och samhällets perspektiv.

Kunskapsmängden har vuxit betydligt

Evidensbaserad medicin har under 1990-talet med rätta vunnit stora steg i klinisk praxis inom de flesta specialiteter. Utmönstring av dåligt underbyggda diagnostiska och terapeutiska metoder är viktig, främst från den enskilde patientens synpunkt, men också i ett samhällsperspektiv i en tid av minskande gemensamma resurser. Redan 1991 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en uppmärksam rapport om ont i ryggen [5], men sedan dess har kunskapsmängden vuxit betydligt.

Ur de ca 25 000 vetenskapliga artiklar som idag behandlar smärta i rygg och nacke har en expertgrupp vaskat fram 2 000 studier med den starkaste evidensen, och under fyra år bearbetat och sammanställt sina resultat.

I detta nummer av Läkartidningen presenteras en sammanfattning av SBUs nya evidensbaserade kunskaps-sammanställning »Ont i ryggen, ont i nacken» [6]. I rapporten poängteras att »ryggsmärta och dess konsekvenser är tillsammans inte ett isolerat kroppsligt fenomen». Betydelsen av en biopsykosocial modell för uppkomst och underhåll av smärttillståndet, som diskuteras redan i den första rapporten, understryks nu med än större tyngd.

Multidisciplinärt arbetssätt med vårdteam

Adekvat handläggning förutsätter då ofta ett multidisciplinärt arbetssätt med inslag av läkekonst. Först då kan effekter förväntas på såväl individnivå som samhällsnivå. Som tidigare nämnts handläggs många av dessa patienter i primärvården; i SBU-rapporten flaggas också för flera principer som torde kun-

na anammas av en primärvård i utveckling. Ett multidisciplinärt arbetssätt där ett team bestående av läkare, sjukgymnast och kurator (eller annan psykosocial kompetens), eventuellt kompletterad med ytterligare yrkeskategorier, gemensamt effektivt kan bedöma och behandla individer med långvarig och sammansatt problematik bör prövas.

Nyttan av »röda» flaggor, som signalerar på biomedicinska avvikelser, och dito »gula», som flaggar för psykosociala riskfaktorer baserade på vetenskaplig evidens, bör vara stor i de tidiga patientkontaktarna. Helhetssyn, läkekonst och aktiv exspektans, ord som kännetecknar en välfungerande primärvård, framstår i SBU-rapporten som viktiga komponenter i handläggningen av rygg- och nacksmärta. Med rätta ställs primärvården i centrum för de insatser som oftast är tillräckliga. Det är betydelsefullt att mötets och iatrogena faktorer (t ex överutredning) påverkan på prognosen betonas.

Både sjukfrånvaro och förtidspensionering har ökat

Rörelseorganens sjukdomar svarar för 45 procent av antalet förtidspensioner i Sverige, varav ländryggbesvär står för 22 procent (1995). Totalt fanns i december 1999 ca 425 000 förtidspensionärer i Sverige [7]. Andelen förtidspensionärer har ökat de senaste decennierna. År 1980 var 5,6 procent av Sveriges befolkning i åldrarna 16–64 år förtidspensionärer, en andel som ökade till 6,7 procent 1990 och till 7,6 procent år 1998 [8].

Sjukfrånvaron har också dramatiskt ökat i Sverige sedan första kvartalet 1998, framför allt bland offentligtanställda [9]. Antalet pågående sjukfall ökade under 1998 med 32,9 procent för kvinnor och 26,5 procent för män, vilket skall jämföras med 4,4 procent respektive 1,4 procent under 1997. Bland tänkbara orsaker diskuteras attityder (sjukförsäkringen ses som frånvaroför-

Författare

H INGEMAR ANDERSSON

med dr, universitetslektor, Högskolan, Kristianstad; distriktsläkare, Vårdcentralen, Bromölla; överläkare, smärtehabilitering, Sjukhuset, Kristianstad

E-post: ingemar.andersson@hv.hkr.se

IDO LEDEN

överläkare reumatologsektionen, medicinska kliniken, Sjukhuset, Kristianstad.

E-post: ido leden@skane.se

ANNONS

säkring) och det hårdnande arbetsmarknadsklimatet.

Systematisk värdering

Politiskt har alltid arbetslinjen hävdats i Sverige [10]. I SBU-rapporten framförs evidens för att aktivitet och inriktning på bibehållande av yrkesverksamhet bidrar till att minska risken för smärtbeteende och sjukrollsutveckling. Med hänsyn till utvecklingen av sjukförsäkringsdata har vi kanske inte fullt ut tagit till oss detta budskap.

Olika typer av konkreta åtgärder vad gäller rygg- och nacksmärtor är systematiskt värderade. Många fysikaliska behandlingsmetoder som fortfarande idag används flitigt utmönstras oftast på grund av svag eller ingen evidens i tillgängliga studier. Viktigast är dock de både positiva och negativa slutsatser där evidensen är stark. Vid långvarig ryggsmärta finns t ex stark evidens för positiva effekter av kognitiv beteendeterapi, vilket bör beaktas i olika program för ryggrehabilitering. Det diagnostiska avsnittet värderar förtjänstfullt evidensen för olika röntgenundersökningar av rygg och nacke.

Varning för medikalisering

Med rätta varnas för medikalisering och passiv, slentrianmässig handläggning. Tillika för att tidsbrist, insufficiens och bristande erfarenhet ofta leder till pseudoåtgärder, vilket ger falsk trygghet för både patient och sjukvård.

SBU-rapporten är en hjälp och ett sätt dels att motverka sådana tendenser, dels att utveckla och förfina handläggningen av ryggsmärtor.

Invändningar

Finns det då inga invändningar mot SBU-rapporten? Jo, men dessa handlar kanske mest om svagheter hos evidensbaserad medicin i allmänhet. Även om urvalet artiklar är stort och ambitiöst avspeglas måhända inte en klinisk verklighet. Är resultaten, som oftast hänför

sig till studier på utvalda grupper med aggregerade data, alltid applicerbara på en individuell, komplex situation? Effektiviteten av en viss åtgärd i vardags-situationen är kanske inte alltid möjlig att predicera, men samtidigt är gjorda studier det bästa vi har att bygga på.

En annan kritisk punkt är tillgång till och urval av studier. Flest och bäst studier finns inom ämnesområden som är mest »forskningsbara», och tillgången kan därmed påverka resultatet. I SBU-rapporten fastslås t ex att kurortsbehandling med hög evidens har en positiv effekt vid kronisk ländryggssmärta. Är kurortsbehandling verkligen en väldefinierad terapiform, jämförbar mellan olika studier, och kan kunskapen användas i praxis?

Bristen på adekvata studier inom flera områden har dock en viktig uppgift genom att peka framåt mot nya nödvändiga forskningsuppgifter inför framtiden. Så är t ex behandling av nacksmärtor betydligt sämre studerad än behandling av ryggsmärtor. Den nedslående evidensen för de flesta preventiva åtgärder borde också stimulera till intensivare forskningsinsatser på det förebyggande området.

Ett digert arbete

Sammanfattningsvis är vi dock mycket positiva till SBU:s digra arbete i två volymer på sammanlagt drygt 800 sidor. Genomgången av olika frågeställningar, värderingsprinciper och litteratururval är mestadels lättbegriplig och välgrundad, resultat och slutsatser är viktiga och intressanta för alla som möter rygg- och nackpatienter.

Nu återstår frågan om hur resultaten skall föras ut och förhoppningsvis få genomslag i den praktiska vardagen. Med hänsyn till de faktorer som visats påverka förekomsten av smärta i rygg och nacke räcker det dock inte att nå ut enbart till den medicinska professionen. Politiker, företagsledare och andra beslutsfattare borde begrunda många av rapportens slutsatser.

Referenser

1. Andersson HI. Chronic pain. Epidemiological studies in a general population [dissertation]. Lund: Lunds Universitet, 1998.
2. Andersson HI, Ejlertsson G, Scherstén B, Leden I. Musculoskeletal chronic pain in general practice. Studies of health care utilization in comparison with pain prevalence. Scand J Prim Health Care 1999; 17: 87-92.
3. Andersson HI, Leden I. Att möta individer med smärta från rörelseapparaten – tidiga överväganden i primärvård. Allmänmedicin. Under publ.
4. Leden I, Berglund P, Ejlertsson G, Henrysson I. Effektivare samverkan minskar behovet av sjukskrivning vid besvär i rörelseorganen. Läkartidningen 1991; 88: 2081-3.
5. Nachemson A. Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU, 1991.
6. SBU. Ont i ryggen – ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: SBU 2000. Rapport 2000: 145/1-2.
7. RFV Statistiskinformation IS-I 2000:003. Förtidspensioner utbetalade i december 1999. Stockholm: RFV 2000.
8. Edén L. Quality of life among disability pensioners with musculoskeletal disorders. Studies in a geographically defined population in Sweden [dissertation]. Lund: Lunds Universitet 2000. Meddelanden från Socialhögskolan 2000:6.
9. Mikaelsson B, Arrelöv B, Melander H, Normén G, Olsson B, Sjöberg I et al. Varför ökar sjukfrånvaron? Läkartidningen 1999; 96: 4160-2.
10. Lindqvist R, Marklund S. Forced to work and liberated from work. Scand J Soc Welfare 1995; 4: 224-37.