

Ryggsjukdomar som försvann

Svenska Ryggföreningen underkänner SBUs rapport

En rapport som beskriver ryggsjukdomar och klargör dess orsaker är viktig för personer med kroniska ryggsmärtor. SBUs rapport »Ont i ryggen, ont i nacken« ger dock inget svar på de egentliga orsakerna till de olika smärtsymtom som kan uppstå i ryggen. I stället används en massiv psykologisk modell för att förklara ryggsmärtans uppkomst och bibehållande.

CHRISTER NYBERG
ordförande Svenska Ryggföreningen
LEIF RUNDSTRÖM
informationschef
ULRIKA LIND
forskning och vetenskap

»Ont i ryggen, ont i nacken« är en rapport från SBU vars innehåll och slutsats skall vara till hjälp för grupper intresserade av ryggproblem.

En rapport som beskriver ryggsjukdomar och klargör dess orsaker är extra viktig för personer med kroniska ryggsmärtor. Sjukdomar är dock det minsta man behandlar. I stället öppnas det upp för många hundra sidors tröttsam läsning om kultur, ersättningar, psykologi, familjeproblem och samhällskostnader. Kända diagnostiska tillstånd, t ex spondylolistes, spinal stenos och belastningsskador, som rimligen berör minst en halv miljon svenskar, behandlar man på några få sidor (sid 280–1, vol I).

Diskbräck har inte ens ett eget stycke och förklaringen till belastningsskador (RSI) ägnar man mindre än fem rader åt.

Efter 800 sidors läsning ger rapporten om »ryggont« inget svar på de egentliga orsakerna till de olika smärtsymtom som kan uppstå i ryggen. Det är ju annars rimligt att tro att det i ryggen, precis som i magen, kan uppstå olika somatiska problem. Men samtliga förklaringar uteblir. I stället används en massiv psykologisk modell för att förklara ryggsmärtans uppkomst och bibehållande. Underlaget hämtar man ur en mängd epidemiologiska och enkätliknande studier vars värde man ur medicinsk synpunkt definitivt måste ifrågasätta. Vad vet man om personers ryggproblem om man aldrig har sett eller undersökt dem?

Vilka personer i en sådan grupp har riktiga ryggproblem och vilka är sjukskrivna för ryggont utan ha nämnvärda problem?

Riktigt om diskbräck

Detaljrikedom beträffande diagnoser och dess allvar tonas ned i rapporten.

I inledningskapitlet påstås t ex att mer än varannan person skulle ha diskbräck.

Studien man refererar till visar visserligen att diskbräck är mycket vanligt [1]. Siffran 76 procent nämns. I studien medges dock att man valt ut asymtomatiska personer med hög risk för diskbräck för att matcha den symtomatiska gruppen. I det vardagliga livet har dessa personer en mycket högre exponering av

Det är både oroande och förvånande att man inte presenterar en bättre förklaring till vad diskbräck är, utan bagatelliserar denna åkomma både i rapporten och på de konferenser man inbjuder till.

vidring, lyftning, vibrationer och stillasittande än normala individer.

Gruppen med smärtsymtom i studien har också mycket allvarligare former av diskbräck (extrusions) än de i kontrollgruppen (35 procent mot 13). Nervrotskompression är också nästan fyra gånger vanligare i den symtomgivande gruppen (83 procent mot 22). Inget av detta nämner man i rapporten. I stället använder man denna studie till att dra slutsatsen att diskbräck är mycket vanligt och att det endast tycks vara vissa personer som upplever smärta.

I åtta andra studier som rapporten hänvisar till, visas vitt skilda resultat [2-9]. En studie visar att endast 1 procent

har diskbräck. Sammanslår man studierna och gör ett genomsnitt så kan man på sin höjd se att högst 20 procent av de asymtomatiska personerna skulle ha diskbräck.

Det är både oroande och förvånande att man inte presenterar en bättre förklaring till vad diskbräck är, utan bagatelliserar denna åkomma både i rapporten och på de konferenser man inbjuder till.

Personliga åsikter

I det fundamentala kapitel som handlar om ryggsmärtans uppkomst (kap 7, vol I) skriver de två författarna Nachemson och Carlsson att de gör en subjektiv beskrivning grundade på ett selektivt urval gjorda av dem själva. Att det är subjektiva bedömningar eller är dåliga underlag för slutsatser kan väl accepteras. Men detta faktum är inget som tidningsläsare eller konferensdeltagare känner till. För dem låter det som en sanning, väl kontrollerad med god klinisk vetenskap. SBUs offensiva kampanjer, där man marknadsför den som vi uppfattar det bagatelliserande modellen av vad »ryggont« är, pågår nu i landet. Läkare skall sjukskriva mindre. Försäkringskassor skall säga nej till sjukskrivning och ersättning. Den stora patientgrupp med vitt skilda problem där ryggsmärtor är en gemensam faktor och som rimligen beror på fysiska orsaker framställs i SBU-konceptet som om de saknar egentliga problem.

Ett starkt intryck växer fram. Man vill med vetenskapligt underlag visa att det är lätt att åstadkomma ekonomiska vinningar på personer som klagar på ryggvärk.

Mer trovärdigt

Den brittiska vetenskapsbasen Clinical Medical Evidence arbetar på ett annat sätt. Här samlas vetenskap utan att ge råd. Man har förstätt att det innebär risker för både patienter, läkare och sig själva att vara överstepräst inom sjukdomsproblematik, som det långt ifrån finns någon övertygande lösning till. De som vill får dra slutsatser själva ur en kunskapsbank som bara tar hänsyn till kliniska och icke ekonomiska aspekter. Då slipper man också problemet med trovärdigheten inför en allmänhet som inte vet om vetenskapsinstitutionen är de styrandes högra hand i inbesparingsstider.

I SBU-rapporten domineras uppläg-

get av en 800 sidors utläggning där kroniskt ryggsjuka personer framställs som fysiskt besvärsfria och som en kostnad för samhället. Hur denna kostnad är uträknad framgår inte. Några siffror finns inte på hur många som är sjukskrivna för ryggproblem. Försäkringskassan för inga register på sjukskrivna med speciell diagnos och RFV vet inte hur många som har sjukpension på grund av ryggproblem.

När nu ryggpatienter framställs som en stor kostnad utan nämnvärda fel, så är det rimligen intressant för dem att veta om de kostar samhället 29,4 miljarder eller bara 18.

Ekonomisk forskning

Inte minst uppseendeväckande och direkt kränkande är den välregisserade lobbyverksamhet som nu sker i kölvattnet efter publiceringen av rapporten.

Utvalda målgrupper som läkare, försäkringskassor och politiker serveras nu en generell och bagatelliserande modell av ryggproblematiken. Ryggont har blivit en diagnos och hundratusentals ryggpatienter med problem som rimligen har högre besvärnivå än spända muskler sammanförs nu i en ospecifik grupp och ifrågasätts som simulanter.

Den synnerligen sparsamma basala och kliniska forskningen gällande ryggpatienter har här blivit överkörd av den forskning som ur ekonomisk synvinkel varit mest intressant. Ett rimligt önskemål är att man ägnat några rader i rapporten åt ett krav på mer klinisk forskning om de sjukliga spinala tillstånd som finns. Detta finns nu inte.

Ryggens frizon

I stället ligger den förra rapportens [10] psykologiska förklaringsmodell fast. Denna förstärks nu ytterligare genom införandet av det »biopsykosociala synsättet« som expertgruppen deltagare George Waddell företräder. Denna förklaring, som är baserat på lättillverkade enkät- och epidemiologiska studier med slutsatser på skakig grund och som inte minst väcker häpnad, är huvudtemat i hela upplägget.

SBU med dess starka maktinflytande bidrar därmed till att stänga de få dörrar som finns till att hitta rimliga fysiska förklaringar till ryggsmärtor. Endast bekväma läkare och beslutsfattare i inbesparingstider utrustade med skyggglappar har nu nytta av SBU:s budskap om psykologiska förklaringar till »ryggont«. Detta är ett ytterst illavarslande vägval som inte har någon förankring i verkligheten – eller i världen. Vi accepterar förslitningar i höftleder och opererar personer i tiotusental. Men ryggen

med dess 25 leder har blivit en frizon där inget nämnvärt kan hända. Tro't den som vill.

Referenser

1. Boos N, Rieder R, Schade V, Spratt KF, Semmer N, Aebi M. 1995 Volvo Award in clinical sciences. The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniations. *Spine* 1995;20(24):2613-25.
2. Weinreb JC, Wolbarsht LB, Cohen JM, Brown CE, Maravilla KR. Prevalence of lumbosacral intervertebral disc abnormalities on MR images in pregnant and asymptomatic nonpregnant women. *Radiology* 1989;170(1 Pt1):125-8.
3. Stadnik TW, Lee RR, Coen HL, Neiryneck EC, Buisseret TS, Osteaux MJ. Annular tears and disc herniation: prevalence and contrast enhancement on MR images in the absence of low back pain or sciatica. *Radiology* 1998;206(1):49-55.
4. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990;72(3):403-8.
5. Weishaupt D, Zanetti M, Hodler J, Boos N. MR imaging of the lumbar spine: prevalence of intervertebral disk extrusion and sequestration, nerve root compression, end plate abnormalities, and osteoarthritis of the facet joints in asymptomatic volunteers. *Radiology* 1998;209(3):661-6.
6. Tertti MO, Salminen JJ, Pajajänen HE, Terho PH, Kormano MJ. Low-back pain and disk degeneration in children: a case-control MR imaging study. *Radiology* 1991;180(2):503-7.
7. Boden SD, McCowin PR, Davis DO, Dina TS, Mark AS, Wiesel S. Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990;72(8):1178-84.
8. Lehto JJ, Tertti MO, Komu ME, Pajajänen HE, Tuominen J, Kormano MJ. Age-related MRI changes at 0.1 T in cervical discs in asymptomatic subjects. *Neuroradiology* 1994;36(1):49-53.
9. Matsumoto M, Fujimura Y, Suzuki N, Nishi Y, Nakamura M, Yabe Y, et al. MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects. *J Bone Joint Surg Br* 1998;80(1):19-24.
10. Nachemson A. Ont i ryggenorsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU; 1991

Replik

Vi hänvisar till ny genomläsning

II SBU sammanställer aktuell vetenskaplig kunskap om vanligt förekommande sjukdomar och deras behandling.

Vi beklagar att det för närvarande inte finns definitiv sådan kunskap om de flesta patienter med nack- och ryggbesvär. SBU har också i sammanfattningen mot denna bakgrund betonat vikten av fokuserade forskningsinsatser på detta område.

Vad eller vilken struktur som initierar den initiala smärtan (nociceptionen) är ej känt, däremot finns såväl kliniska som biokemiska studier som visar att den individuella uppfattningen av denna smärtsensation påverkas av olika psykosociala förhållanden.

Denna kunskap har tillkommit under de sista decennierna och gäller för övrigt inte enbart ryggbesvär utan många andra sjukdomstillstånd, även allvarliga sådana.

Flera felaktigheter

Vi kan inte här detaljerat besvara alla de felaktiga påståenden som framförs av Svenska Ryggföreningens talesmän utan hänvisar till förnyad genomläsning; vad beträffar spondylolisthesis tabell 1 sidan 169 (10 referenser), belastningsskador hela kapitel 5, sid 185-234, spinal stenosis kapitel 9, sid 353-355 (tabell 18, sidan 385). I detta kapitel 9 har även för första gången i tabell 8 sid 374-5 samlats de MR-studier som gjorts av strukturella avvikelser i hals- och ländryggen hos vuxna symptomfria individer. Beroende på urval, granskningsmetodik etc har exempelvis diskprotrusion/diskbräck bedömts föreligga hos omkring 50 procent av dessa. Under år 2000 har de i två studier ingående symptomfria individerna med positiva fynd även följts upp i fem respektive sju år efter det initiala fyndet utan att de fått ischiasbesvär eller haft mer än förväntat ryggont (sid 338).

I tabell 16 och 17 (sid 384-5) beskrivs styrkan av olika prediktiva faktorer för att finna ett diskbräck och fyndens betydelse för operationsresultat, allt baserat på en sammanställning av 15 olika, oftast prospektiva studier. I volym II beskrivs även noga de vetenskapliga studier som finns över effekten av såväl konservativ som operativ behandling av symptomgivande diskbräck.

Metoder för analys

Inom hälsoekonomisk teori har utvecklats metoder för analys av exempelvis samhällskostnader för sjukdomar, kostnadseffektivitet vid val av olika behandlingar eller kostnadsnytta av olika behandlingsformer där även livskvalitetsaspekter kan vägas in. Beräkningar av samhällskostnader för olika sjukdomar enligt s k Cost of illness-ansats återfinns i många publicerade vetenskapliga artiklar och avhandlingar, både svenska och utländska. I både den tidigare SBU-rap-

porten om Ont i ryggen (SBU 1991) och den senare (SBU 2000) har vedertagna hälsoekonomiska metoder för beräkning av samhällskostnader till följd av rygg- och nacksmärta tillämpats. Dessa har även granskats av externa experter.

De direkta kostnaderna är i allmänhet inte kontroversiella. De utgör ca 8 procent av de sammanlagda kostnaderna på 29,4 miljarder kr. De indirekta kostnaderna beräknas oftast med utgångspunkt från beräknade produktionsbortfall till följd av kort- och långvarig sjukfrånvaro respektive permanent sjukfrånvaro. För den sistnämnda finns uppgifter om orsak till förtidspensionering i RFVs register. Samhällskostnaderna för förtidspensionering beräknas till ca 35 procent av de totala kostnaderna.

För sjukskrivningsdagar har en särskild bearbetning gjorts av Försäkringskassan i Göteborg, baserad på ett urval enligt vedertagen epidemiologisk metod. Uppgifter om sjukskrivningsorsaker vilka bedöms innebära sjukskrivning för rygg- och nacksmärta finns redovisade i Ont i ryggen (1991) och har tillämpats för båda rapporterna.

Den osäkerhet som det innebär att ha tillgång till sjukskrivningsdata enbart från Göteborg har vi försökt bemästra genom olika korrigeringar. Den osäkerhet som ändå föreligger finns visad i rapporten och även beräknad i form av ett s k konfidensintervall.

Slutligen: den information om innehållet i de två volymerna som olika medarbetare ger på begäran av olika landsting och fackliga organ i Sverige kan knappast betecknas som »bagatelliserande lobbyverksamhet«. SBUs och vårt syfte är att efter ett flerårigt verifierat noggrant analyserande av tillgänglig vetenskaplig litteratur sprida bättre förståelse och behandling av patienter med nack- och ryggont. Vi framhäver även såväl i tal som i skrift behovet av ökade forskningssatsningar inom detta område – där är vi helt överens med Svenska Ryggföreringen.

Egon Jonsson

professor, kanslichef SBU

Alf Nachemson

professor

Anders Norlund

hälsoekonom, SBU

Reflexioner kring SBU-rapporten

Akupunktur vid behandling av smärta i rygg och nacke

Den nyligen utgivna SBU-rapporten »Ont i ryggen, ont i nacken« kommer förmodligen att under några år framöver betraktas som uppslagsverk för behandling av dessa problem. Eftersom jag under ett ganska stort antal år har ägnat mig åt smärtbehandling med akupunktur, kliniskt och forskningsmässigt, vill jag komma med en del kritiska synpunkter och reflexioner på enstaka delar av rapporten.

CHRISTER PO CARLSSON

med dr, smärtspecialist, Florencekliniken, Lund.

akusyd@swipnet.se

II SBU-rapporten »Ont i ryggen, ont i nacken« [1] är en mycket gedigen genomgång av problemområdet »ospecifik smärta i ländrygg och nacke« både kring möjliga orsaker och behandlingsmöjligheter. Men när man ska granska olika studier är det av vikt att man åtminstone känner till något om metodens kliniska användning. Exempelvis bör man veta att vanlig terapeutisk akupunktur, mot kronisk smärta, är en serie behandlingar vanligen omfattande åtta till tolv enskilda behandlingar, där varje behandling tar 20–30 minuter. Vilka akupunkturpunkter som används anpassas efter hand som patientens tillstånd förändras och är som regel inte helt konstant från början till slutet av behandlingsserien. De flesta som förbättras av akupunktur börjar känna förbättring efter tre till sex behandlingar.

Sanna dubbelblinda försök kan oftast inte utföras när man studerar metoder inom kirurgi, fysikalisk medicin, andra manuella terapier eller psykologi, eftersom terapeuten helst bör vara medveten om vad han/hon gör. Dessutom kräver en del metoder att patienten samarbetar för att utförandet ska bli så korrekt som möjligt. Exempelvis anses det vid akupunktur mycket viktigt att patienten erfar en speciell »nålkänsla«, då nålen kommit i »rätt« läge, för att akupunktur ska ha fullgod effekt.

Kronisk nacksmärta

Påståendet, i SBU-rapporten, att det skulle finnas stark evidens, nivå A (översensstämmande fynd i flera randomiserade, kontrollerade studier av hög kvalitet) för att akupunktur inte har effekt mot kronisk nacksmärta framstår som mycket besynnerligt om man har klinisk erfarenhet av metoden.

Bakom slutsatsen ligger tre studier,

varav två av hög kvalitet [2, 3] och en med mindre god kvalitet [4].

Den första studien [2], med 56 metodpoäng, är en randomiserad kontrollerad studie omfattande 44 patienter med kronisk nacksmärta. Patienterna erhöll en (1) behandling med vardera av de studerade metoderna (riktig akupunktur, sham-akupunktur, diazepam och placebo-diazepam). Effekten av behandlingen utvärderades efter två (2) timmar! Akupunktur var signifikant bättre än placebo-diazepam. Förvisso så visades att inom gruppen med riktig akupunktur förekom mest signifikant sänkning av smärtintensiteten (enligt VAS-skala), men det räckte inte till för att visa grupp-skillnader mot så kallad sham-akupunktur (som var ytliga nålstick). Författarna tar själva upp att det föreligger stor risk för statistiskt typ 2-fel eftersom det för vanliga nivå på »power« (80 procent) egentligen hade behövts minst 70 patienter.

Kommentar: När det gäller akupunctureffekter vid kronisk smärta så är det något som kommer efter hand som antalet behandlingar ökar. Efter de första behandlingarna kan faktiskt smärtan även accentueras en del. Att på kroniska smärtpatienter mäta smärtintensitet före behandling och efter två timmar kan inte på något sätt anses som ett realistiskt utvärderingsmått för metodens eventuella effekt på denna patientgrupp. Att använda ytligt instuckna akupunktur nålar som »placebo« är en metod som starkt har ifrågasatts eftersom även denna lilla stimulering faktiskt har visats medföra en del fysiologiska förändringar såväl som viss smärtlindring [5-9].

Samma akupunkturpunkter

I den andra studien [3], med 52 metodpoäng, gavs en serie akupunkturbehandlingar, dock med precis samma akupunkturpunkter (endast totalt fem stycken) vid varje behandlingstillfälle. Som placebo användes sham-TENS. Emellertid fanns mellan grupperna statistiskt