

Övertro på evidensbaserad forskning missgynnar värk- och smärtpatienter

Den övertro på evidensbaserad forskning som för närvarande är högsta mode och som försummar klinisk iakttagelse är till förfång för ett stort antal smärt- och värkpatienter, skriver Rolf Nilzén.

Jörgen Malmquists och Christer Peterssons filosoferande i artikeln »Psyket som försvann – eller helhetssynen som plattade till patienten« i Läkartidningen 38/2005 (sidorna 2640-5) fordrar några kommentarer.

Helhetssyn är i min värld en ansats i mötet med patienter som går ut på att uppleva hela människan, att inte utestänga viktig information, kanske om livssituation, påverkan, sinnesstämning, tecken på depression osv. Begreppet helhetssyn har ju lanserats som en välbehörlig kontrast till en alltför symptom- och kroppsdelinriktad (somatisk) kontakt i patientmötet, där man inte beaktar patientens psykologiska behov i mötet med läkaren.

Välbekant är för många att dualismen själ-kropp knappast uppstod med Descartes, den har funnits i filosofiska och religiösa resonemang ända sedan Platon. Och det är väl där som den ganska menlösa uppdelningen bör lämnas. Enbart den religiösa laddning som under tidens gång förknippats med begreppet själ gör det obrukbart i ett vetenskapligt sammanhang.

Att ta detta till utgångspunkt för ett spekulerande om än den enes och än den andres människouppfattning är ett generande enkelt grepp. Det räcker heller inte med »sunt förnuft och vardagsempiri« utan respekten för patienten och de i artikeln angripna kollegorna

kräver en bättre förberedelse än vad författarna Malmquist och Petersson (M&P) ansett nödigt.

De människor som smärtläkare, liksom för den delen andra läkare, möter är betydligt mer mångfasetterade än som uttrycks i dualismen kropp-själ, och diskussionen måste från början ges en vidare innebörd och omfattning, om den skall vara meningsfull.

För en mer nyanserad bild av den levande, älskande, lidande, skapande och fantiserande människan hänvisas till en omfattande litteratur med namn som Fromm, Furberg, Tatarkiewicz, Frankl. En skarpsinnig översikt över huvuddragen i dessas filosofi finns i Ulla Qvarnströms »Vår död«, kapitel 4 [1].

De människor vi möter i vården presenterar alla dessa mänskliga sidor och aspekter. Ofta är smärtpatienter svårt lidande, och kunskaper om det som här antyds är till stor hjälp i våra ansträngningar att bemöta och behandla dessa patienter på ett värdigt sätt.

M&Ps artikel gör anspråk på någon sorts analys men består till stor del av en sorts intern diskussion, där författarna börjar med att ge en vrånbild av någon grupp som de tillskriver en rad otrevliga och osympatiska, ja nästan oetiska åsikter såsom att vilja medikalisera, deformera, biologisera och neurologisera. Sedan drar de slutsatser om dessa personers människosyn, här finns ingen fri vilja osv, och kan därpå argumentera emot dessa mörkmän utifrån sin egen goda multidimensionella synpunkt.

Svårigheten är nu bara att jag har så orimligt svårt att känna igen dessa bakåtsträvare som här hålls upp till beskådan. Några bevis för vilka de är presenteras ju inte. För egen del har jag besparats mötet med så enkelspåriga kollegor.

Diagnostiken vid fibromyalgi är definierad i American College of Rheumatology's beskrivning av tillståndet [2], som i stor utsträckning används i Sverige. Diagnosen bygger på sjukhistoria, smärtanalys, frånvaro av annan sjukdom och på undersökningsfynd. Den är egentligen inte svår, men kräver viss erfarenhet

och omdöme. Diagnosen har ett nummer i vår diagnosförteckning (M79.0), och det rör sig ingalunda om »svårbedömda tillstånd« eller ett »oklart tillstånd«. Etiologin/patogenesen är ännu oklar, och kunskapsläget är sådant att det som publiceras och diskuteras ibland är hypotetiskt.

En riktig synpunkt i M&Ps artikel är att muskuloskeletal värk- och smärttillstånd är bland de vanligaste orsakerna till sjukersättning. Här drar författarna upp SBU-rapporten om ryggvärk [3] och dess, enligt min uppfattning, olyckliga överbetoning av psykologiska faktorer. Olycklig därför att SBU samtidigt förbigår den stora mängd litteratur som tydliggör t ex facetterna stora betydelse för ryggsmärta/värk. SBU-rapporten är i själva verket dålig i detta avseende.

Förståelse för hur dessa tillstånd ter sig och hur de samverkar med nervsystem och muskelapparat kräver anatomiska kunskaper, men även klinisk erfarenhet och undersökningskicklighet. Här får idag patienter i stor utsträckning bära bördan av vår kunskapsbrist. Gång på gång visar det sig ju i historien att patienten får rätt – det är vi läkare som inte kan tillräckligt eller bekymrar oss för att hålla somatiska tolknings-vägar öppna.

Den övertro på evidensbaserad forskning som för närvarande är högsta mode och som försummar klinisk iakttagelse är till förfång för ett stort antal värk- och smärtpatienter. Möjligheter till behandling som kan tyckas ligga i öppen dag – om man vill se dem – försummas och förtigs, om de inte direkt misstänkliggörs. Man kan här peka på de nya diagnos- och behandlingsmöjligheter som idag öppnar sig för whiplashskadade [4].

I anslutning till resonemanget om att förhålla sig »konstruktivt« till patienten, och talet om »rak och öppen kommunikation«, vill jag bara påpeka att läkar-patientrelationen nästan alltid är asymmetrisk. Patienterna har alltid ett underläge, och det gäller att hantera detta. Med det menar jag att både pati-

»There's less here than meets the eye.«
(Tallulah Bankhead i en teaterrecension).



ROLF NILZÉN

privatpraktiserande smärtläkare, specialist i anesthesiologi och företagshälsovård, Hudiksvall
rolf.nilzen@telia.com

ent och läkare skall komma ur det hela med självkänslan i behåll.

IASPs officiella definition av smärta är inte den som M&P citerar, utan lyder: »An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage« [5].

Beträffande kunskapsutvecklingen befinner sig forskningen inom smärtgebiet/elöverkänslighet i utveckling och fortsatt teoriupbyggnad, vilket avspeglas i sådana framställningar som de av Lidbeck [6] och Arnetz [7]. Dessa är ju avsedda för en professionell läsekrets och har den abstraktionsgrad och språkdräkt som är bruklig vid dessa tillfällen. Det är oseriöst att citera deras försök att teoretiskt förklara svårfattliga neurofysiologiska samband som ett uttryck för deras människosyn.

Det är förbluffande att läsa M&Ps referens till Damasio's bok [8], med tanke på att bokens stora budskap (titeln!) just är att dualismen kropp-själ är felaktig, och att den vederläggs på ett intressant och övertygande sätt i Damasio's resomang på sidorna 275-9. Antingen har M&P inte tagit till sig något av Damasio's budskap, eller så har de inget förstått.

En annan aspekti sammanhanget är att Damasio just företräder sin *helhets-syn*, nämligen den organiska helheten av medvetande (själ, om man nu vill vara så oprecis) och känslor i samma kropp. Han är helt öppen för den ömsesidiga ständiga interaktionen av medvetande och känslor-kropp internt, och extern påverkan av sociala och psykologiska faktorer i omvärlden.

Jag upplever att Damasio's synsätt är i god överensstämmelse med min egen självupplevelse och den kliniska vardagsupplevelsen av människor med smärta och sjukdom.

Det gäller ju att man på Läkartidningen är klar över att även artiklar av detta slag citeras som vetenskap i striden om enskilda patienter skall tillerkännas sjukersättning eller skadestånd. Som en av de läkare som för patienters talan i tvisten med försäkringsläkare och försäkringsbolagens läkare, känns det angeläget att påpeka detta. För många av dessa patienter är hälsan förstörd, men sedan måste de därtill kämpa för att få ut en rimlig ekonomisk ersättning efter skador.

Ett angeläget och relevant vittnesbörd i detta sammanhang är kollegan Bergholms inlägg i Läkartidningen 42/2005 [9].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Qvarnström U. Vår död. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1993.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Ont i ryggen ont i nacken. Stockholm: SBU; 2000. Rapportnummer: 145/1, 145/2.
4. Bergholm U, Johansson BH. Ny diagnostik kan leda till bättre behandling vid pisksnärtsskada. Med funktionell magnetresonanstomografi kan

skadorna visualiseras. *Läkartidningen* 2003;100:3842-7.

5. Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition. Seattle: IASP Press; 1994. p.210.
6. Lidbeck J. Centralt störd smärtmodulering förklarar till långvarig smärta. Nya kunskaper förändrar synen på problematiska smärtpatienter. *Läkartidningen* 1999;96:2843-51.
7. Arnetz B. Elkänslighet, bildskärmar, elektromagnetiska fält. In: From whitecraft to science. Rapport från två forskarseminarier om »Annan överkänslighet«. Stockholm: Vårdalstiftelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2001. pp. 65-73.
8. Damasio AR. Descartes misstag. Stockholm: Natur och kultur; 1999.
9. Bergholm U. En till synes obetydlig incident i trafiken ... *Läkartidningen* 2005;102:3400-1.

Replik:

Diagnosen Fibromyalgi har ingen egen position i ICD-10

Klinisk bedömning och praktiskt handlande ska vägledas av tillgänglig evidens, dvs i möjligaste mån vara evidensbaserade, men ska också vägledas av annat, nämligen sådant som gäller den enskilda patienten som person.

Rolf Nilzén's (RN) inledning om helhets-syn är en förkortad variant av vår inledning, så vi kan bara instämma.

Visst är det så att ett dualistiskt tänkande om människan är av mycket gammalt datum. Hade vi redogjort för detta, och dessutom tagit upp de nutida tankarna Nilzén nämner, hade vår artikel fått en volym som knappast hade accepterats av redaktionen.

RN skriver att begreppet »själ« är



JÖRGEN MALMQUIST

med dr, ämnesexpert i medicin, Nationalencyklopedin
jorgen.malmquist@
mailbox.swipnet.se



CHRISTER PETERSSON

med dr, distriktsläkare, FoU-centrum Kronoberg
christer.petersson@ltkronoberg.se

obrukbart i vetenskapligt sammanhang och menar kanske då att det också är obrukbart i sjukvården (som är mer än vetenskap). Vår kontrafråga ger sig själv: Är begreppet »psyke« också obrukbart i vetenskap och/eller sjukvård?

Påståendet att vi skulle ha givit en vrångbild ger RN inga belägg för. Där emot ger RN själv en vrångbild genom att exemplifiera med orden »otrevliga«, »osympatiska« och »oetiska«, som alla saknas i vårt text.

Vi utnyttjar gärna tillfället att korrigera en felaktig uppgift som förekommit många gånger under årens lopp. Diagnosen Fibromyalgi har inte fått någon egen position i ICD-10 eller dess svenska utgåva KSH97. Termen har bara, liksom den äldre varianten Fibrosit, lagts in som finstilt s k inklusionsterm under diagnostermen »Reumatism, ospecificerad« (M79.0). (Motsvarande post fanns i föregående klassifikation, men givetvis med annan kod eftersom det då var rent numeriska koder som användes.) Vidare: Att en viss diagnosterm tas in i ICD/KSH innebär inte att WHO respektive Socialstyrelsen ställer sig som garant för att sjukdomsbegreppet har en adekvat vetenskaplig grund.

RN klagar över att övertro på »evidensbaserad forskning« för närvarande är högsta mode. Uttrycket »evidensbaserad forskning« är utan mening. Forskningsresultat är det som (i bästa fall) kan ge underlag för ställningstagande till vad som utgör evidens. Klinisk bedömning och praktiskt handlande ska

vägledas av tillgänglig evidens, dvs i möjligaste mån vara evidensbaserade, men ska också vägledas av annat, nämligen sådant som gäller den enskilda patienten som person.

Vi har inte skrivit att vi återger en definition av smärta, så RNs upplysning är inte relevant. Den sammanfattande beskrivningen har vi hämtat från förordet till den IASP-bok vi citerar. Det framhålls där att denna uppfattning (concept) av smärta har lyfts fram av IASP ända sedan organisationen grundades.

Nilzéns påpekande att patient-läkarrelationen är asymmetrisk anser vi uttrycka en självklarhet, och vi kan bara hålla med om att relationen måste hanteras på ett sådant sätt att båda parter kan bibehålla självkänsla och värdighet. Skriften »From witchcraft to science« är, titeln till trots, skriven på svenska, och mycket av innehållet kan förstås utan medicinsk utbildning, ganska naturligt eftersom skriften bygger på två seminarier där företrädare för patientorganisationer deltog. Det övriga vi granskar har publicerats i Läkartidningen, men till skillnad från Nilzén tycker vi inte att detta är en naturlig förklaring till en ensidig framställning.

Att vi tar upp Damasio Descartes-bok är inte så förvånande, vi är inte så polariserade som Nilzén tror. Boken är, trots sin långgrandiga och enligt vår syn delvis misslyckade kritik av Descartes, i flera stycken läsvärd. Enligt vår och många andras mening låg Descartes misstag på det ontologiska planet. Han tillskrev själen radikalt andra (immateriella) egenskaper än kroppen och hamnade därmed i metafysiska antaganden och i ett olösligt problem om interaktionen mellan en själslig och en materiell verklighet.

Damasio misstag ligger i att han inte såg Descartes kunskapsteoretiska storhet, som koncentrerat uttrycktes i satsen »Jag tänker alltså är jag till«. Den satsen ger subjektet och förstapersonsperspektivet en unik domän, som inte låter sig beskrivas av naturvetenskapen och som utgör grunden för den aspektdualism vi ansluter oss till.

Vi har vissa reservationer angående Tallulah Bankheads omdöme. Efter att vi läst Rolf Nilzéns inlägg kom vi i stället att tänka på en passage i TS Eliots pjäs »The Family Reunion«: »Thus [...] men tighten the knot of confusion into perfect misunderstanding.«

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*