

Onödiga ortopedbesök – onödiga?

En nyligen presenterad studie visar inte att naprapati är ett lämpligt sätt att lösa problemet med onödiga ortopedbesök, menar Robert Svartholm.

Läkartidningen 40/2010 (sidan 2389) publicerades ett autoreferat av en studie av Stina Lilje och medförfattare under rubriken »Behandling hos naprapat kan avlasta köer till ortopederna« [1]. På Svensk förening för allmänmedicins (SFAM) debattforum »Ordbyte«, <<http://sfam.se>>, blev kommentaren snabbt »vansinnig studie«. Är den korrekt?

Att tolka forskningsrapporter är svårt. Studien om handspritens effekt på spridning av svininfluensa tolkades av sina författare som att tvätt inte påverkade spridningen, men statsepidemiolog Annika Linde tolkade resultatet tvärt om.

En forskare har stora möjligheter att påverka studieresultat. Naprapatstudien uppvisar de flesta av de klassiska fallgropar (bias) som ofta är förknippade med till exempel läkemedelsstudier, varför en närmare granskning är av intresse.

• Problemet definieras skevt eller överdrivet: »... allmänläkare skriver ... ofta remisser till ortoped trots att patienten inte är i behov av ortopedkirurgisk bedömning.« (Vilket skapar köer och orsakas av okunskap).



ROBERT SVARTHOLM
informationsläkare,
Norrbottens läkemedelskommitté
robert.svartholm@nll.se

- Forskare har ofta eget intresse i frågeställningen. En ortoped vill minska köer och slippa besvärliga patienter, en naprapat (sannolikt särskilt engagerad) vill få sin verksamhet uppskattad.
- Forskare väljer lämplig studiepopulation. Här väljs gemensamt olämpliga operationskandidater och möjliga naprapatfall. Patienterna tillfrågades om deltagande, varför man får förmoda att ett visst intresse för naprapatbehandling överväger hos de ingående patienterna.
- Författarna väljer att presentera de resultat som passar, och otydliga resultat kan förtigas.

Drygt hälften av patienterna hade fått sin remiss efter ett enstaka läkarbesök. Många remisser skrevs av sjukhusläkare och andra. »Primärvården« bemannas till 30–50 procent av icke-specialister, och då inser man lätt att många av remisserna rimligen var onödiga och borde ha hanterats på annat sätt. Detta faktum kommenteras inte av författarna men är av vikt för dem som påverkar kö- och valfrihetsreformer.

Författarna uppvisar alltså förutfattade meningar om problemställning och möjliga lösningar utifrån sina bakgrunder. En förutsättningslös undersökning hade gett andra förslag till möjliga – sannolikt bättre – lösningar [3]. Man använder gärna de verktyg man har – så slipper man tänka nytt.

Redan i urvalet drogs alltså slutsatsen att det skulle gå lika bra utan ortopedbesök/operation. Intressant blir då att av de 39 som lottades till ortopedbesök opererades trots allt 7. Är detta bra eller dåligt? Kan det förklara att »tretton (35 procent) i ortopedgruppen fortfarande fick någon form

av behandling (efter ett år)« mot 2 procent i naprapatgruppen? 75 procent hade haft ont i mer än ett år, men cirka hälften av befolkningen besväras av kronisk värk.

Är naprapati en bra behandling? Kanske för en grupp unga (medelålder 42 år) patienter utan allvarlig sjukdom där drygt hälften bara i hastigheten träffat en slumpmässigt vald doktor (ett besök), och fått en förhastad och dåligt underbyggd remiss (bara hälften hade träffat sjukgymnast).

I naprapatgruppen fick patienterna träffa »sin« naprapat i medeltal 4,1 gång – i ortopedgruppen fick majoriteteten bara ett snabbt besök. Kan detta ha påverkat utfallet?

REPLIK:

Inget avkall på kritiskt förhållningsätt

Resultaten i vår studie väcker frågan om dagens vårdkedja verkligen omhändertar dessa patienter på bästa sätt.

Vi är glada för Robert Svartholms intresse för vår studie och för att han instämmer i studiens slutsats som visar att naprapatisk manuell terapi kan vara ett alternativ att överväga för patienter i orto-

pedköer som sannolikt inte skulle förbättras av kirurgi. Tidigare studier har visat på goda effekter med naprapati för patienter med nack- och ländryggsproblem inom primärvården [1, 2]. Syftet med den här studien var att studera om naprapati är ett alternativ till »traditionellt omhändertagande« av polikliniska ortopedpatienter som inte är prioriterade för kirurgi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Lilje S. Behandling hos naprapat kan avlasta köer till ortopederna. Läkartidningen. 2010;107:2389.
2. Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden. Stockholm: SFAM; 1995.

Vi är medvetna om att en remiss till en ortopedmottagning kan ha många skäl, och studiens avsikt var inte att bedöma om remisserna varit

STINA LILJE
leg naprapat, doktorand, Blekinge tekniska högskola, Karlskrona
titti.lilje@bth.se

EVA SKILLGATE
leg naprapat, doktor i medicinsk vetenskap, Karolinska institutet, Solna

HÅKAN FRIBERG
överläkare, verksamhetschef, ortopedkliniken Blekingesjukhuset, Karlskrona

ANDERS WYKMAN
docent, överläkare, ortopedkliniken, Helsingborgs lasarett, Helsingborg



Tidigare studier har visat på goda effekter med naprapati för patienter med nack- och länderyggsproblem inom primärvården.

Foto: Jan Arvidsson/Svenska naprapatförbundet

onödiga eller inte. En sådan studie hade krävt en annan studiedesign och en bredare ansats som tar hänsyn till många fler variabler än vad vi gjort i vår studie.

Problemet med alltför många oprioriterade remisser är omfattande och inte unikt för Sverige. Detta påstående handlar inte om författarnas förutfattade meningar, utan är resultatet av den litteratursökning som föregick studien, där referenser till både svenska och utländska undersökningar finns [3-9]. Detta faktum utgjorde en viktig del av bakgrunden till vår studie, och diskussionen kring detta avsåg att visa vikten av att studier genomförs där behandlingsalternativ för denna patientgrupp utvärderas.

Det är vanligt att forskare har ett speciellt intresse av den frågeställning man beforskar, och det är viktigt för att kliniskt relevanta frågeställningar ska tas upp. I det här fallet fanns, precis som Robert Svartholm framhåller, ett intresse från såväl ortoped- som naprapatperspektiv. Men som kvantitativ forskare är man också skolad i att kritiskt granska både sin förförståelse och sina resultat oberoende av vilka intressen man har.

Vi har inte gjort avkall på ett kritiskt förhållningssätt gällande vare sig studiedesign eller rapportering och diskussion av resultaten. Vi har således inte heller valt ut de resultat som passar oss eller förtigt eventuella otydliga resultat. Studien har föregåtts av en beräkning av statistisk styrka baserat på de primära utfallen smärta och funktion. Dessa resultat har

också redovisats. Alla analyser har gjorts av en oberoende statistiker.

Patientkohorten i vår studie var normal för ett sjukhus av den här storleken och de patienter vi inkluderade i studien led av besvär som är typiska på en ortopedmottagning. Vår avsikt var att inkludera patienter som var oprioriterade, för att undersöka om det skulle vara möjligt att avlasta ortopedmottagningen med just den patientkategorin. Det var också viktigt att exkludera dem som sannolikt inte skulle kunna bli hjälpta av naprapatisk behandling. Det är det enda etiskt rimliga i en behandlingsstudie, liksom att patienterna i förväg får veta vilka behandlingsalternativ som ska jämföras.

Det är inte möjligt att göra placebokontrollerade studier av denna typ av behandlingar, vilket gör att man inte kan utesluta att skillnaden mellan grupperna beror på placeboeffekten. Det förelåg dock tydliga skillnader till naprapatis fördel mellan grupperna så långt som ett år efter studiens start. Detta tyder enligt vår mening på att effekten av naprapati inte i första hand var resultatet av enbart placebo. Patienterna i experimentgruppen behöll sin plats i kön och hade rätt att träffa även ortoped. Trots det valde 62 procent att lämna kön direkt efter avslutad behandling hos naprapat.

Det är möjligt att utfallet kan ha påverkats av att patienterna i experimentgruppen fick fler behandlingstillfällen hos naprapat (4, 1) än de besök kontrollgruppen fick hos ortoped [1, 4]. Dock var det sju

patienter i kontrollgruppen som opererades, jämfört med en (av fem rekommenderade) i experimentgruppen. Totalt i kontrollgruppen gjordes nästan 100 fler insatser av olika slag för de 38 patienterna. Denna olikhet speglar den kliniska verklighet vi hade för avsikt att utvärdera i vår studie.

REFERENSER

1. Skillgate E, Vingård E, Alfredsson L. Naprapathic manual therapy or evidence-based care for back and neck pain. *Clin J Pain*. 2007;23:4318.
2. Skillgate E, Bohman T, Holm L, Vingård E, Alfredsson L. The long-term effects of naprapathic manual therapy on back and neck pain – results from a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2010;11:26.
3. Rymaszewski LA, Sharma S, McGill PE, Murdoch A, Freeman S, Loh T. A team approach to musculoskeletal disorders. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005;87:174-80.
4. Weale AE, Bannister GC. Who should see orthopaedic outpatients – physiotherapists or surgeons? *Ann R Coll Surg Engl*. 1995;77:71-3.
5. Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, Smith JS, Leahy ES, Goldwaser M. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust*. 2007;186(12):625-8.
6. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:643-50.
7. Löfvendahl S, Hellberg S, Hanning M. Hur tolkades remissen? *Swed J Physicians*. 2002;99:1931-9.
8. Halvarsson L, Hallberg S, Näslund B. Ortopedremiss – när, hur och varför? Örebro: Primärvårdens utvecklingsenhet, Socialmedicinska avdelningen, Örebro läns landsting; 1986:2. Rapport.
9. Conolly JF, DeHaven KE, Mooney V. Primary care management of musculoskeletal disorders; managed care is redefining the physician's role. *Journal of Musculoskeletal Medicine*. 1998;15(8):28-38.

Branschen uppmanar till ökad användning Biosimilarer är som generika, men ändå inte

Ökad användning av biosimilarer kan frigöra värdefulla resurser som kan användas till bättre vård för fler.

Att generiska läkemedel är lika bra som originalläkemedel – fast billigare – vet i dag alla inom sjukvården. Tack vare ett effektivt utbyte

på apotek (eller snarare den prispress som utbytet orsakar) har miljardbelopp sparats åt oss skattebetalare. Genom att hålla nere utgifterna när patenten gått ut frigörs pengar som kan användas till nya läkemedel som hjälper människor och räddar liv. I Sverige fungerar denna ekvation ovanligt bra.



RICHARD BERGSTRÖM vd, Läkemedelsindustriföreningen (LIF)



KENNETH NYBLÖM vd, Föreningen för generiska läkemedel (FGL)

Användningen av biosimilarer är fortfarande låg med utnyttjade besparingsmöjligheter som följd. För att frigöra

»Rätt hanterade, och med en medveten strategi på klinisk nivå, kan biosimilarer frigöra mycket pengar i sjukvården.«

.....
dessa resurser krävs att vården gör aktiva insatser eftersom besparingarna inte kommer med automatik via substitution på apotek.

Många av dagens storsäljande läkemedel är biologiska läkemedel, exempelvis monoklonala antikroppar. För dessa läkemedel finns inga generika i egentlig mening. Små kemiska molekyler är relativt lätta att tillverka och kontrollera. Det är också lättare att visa utbytbarhet genom biotillgänglighetsstudier. För stora proteiner är det annorlunda: de är betydligt svårare att utveckla och tillverka, och den tredimensionella strukturen kan variera beroende på tillverkningsmetoden. För biologiska läkemedel pratar man alltså inte om generika (som är samma sak som originalet) utan om biosimilarer (som liknar originalet, men inte är samma sak). Biosimilars godkänns i EU genom en särskild process där generikaföretagen (ja, vi kallar dem fortfarande så) måste visa prekliniska och kliniska data – ibland lika omfattande som för originalläkemedlet.

Mot denna bakgrund kan man inte förvänta sig samma typ av besparing från biosimilarer som från generika. De blir inte lika billiga som generika, där vi vant oss vid mer än 90 procents prisfall. Och de är inte utbytbara på samma sätt. Om man bortser från att det kan bli förvirrande för vissa patienter att få olika förpackningar vid olika tillfällen kan utbytbara generika växlas mellan varandra hur ofta som helst.

Biosimilarer är inte utbytbara på det sättet. Erfarenheten av biologiska läkemedel är att de kan ge olika respons



Foto: Köpenhamns Zoo / Collage: Ewa Knutsson

Lika, men ändå olika. Biosimilarer är inte utbytbara på samma sätt som generika.

på individnivå och att byten kan ge immunreaktioner. Byte till biosimilarer måste därför ske på ett ordnat sätt – och inte fram och tillbaka.

Samtidigt som vi vill uppmäna till viss försiktighet vid byten för patienter som redan behandlats en längre tid, så vill vi peka på att det finns en stor besparingspotential vid nyinsättningar.

Rätt hanterade, och med en medveten strategi på klinisk nivå, kan biosimilarer frigöra mycket pengar i sjukvården. Detta kräver en kombination av ökat ansvarstagande av forskrivande läkare, budgetansvariga klinikchefer och upphandlare samt ökat engagemang från läkemedelskommittéer.

LIF, som representerar de forskande läkemedelsföretagen, och FGL, som representerar generikaföretagen, har samma uppfattning i sak. Tillsammans vill vi bidra till att öka användningen av biosimilarer i Sverige på ett sätt som sparar pengar men som inte äventyrar patientsäkerheten – som är det viktigaste för oss.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se