

Lekkasjen: veien fra forskning til praksis



Subakromiell dekompresjon eksemplifiserer manglende implementering i helsevesenet

2019 har vært et brutalt år for skulderkirurgien. Ledende skulderforskere har publisert kanskje de tyngste publikasjonene på området noen sinne [1,2]. Aftenposten har presentert funnene i lettleselig format til Ola og Kari Nordmann. Og selv helseminister Høie har bedt ortopedene nærmest slutte å operere skuldre i sin helhet. En ny studie peker på hva som skjer når man beveger seg for langt, og for raskt, forbi evidensbasen før man stiller seg noen helt nødvendige spørsmål.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

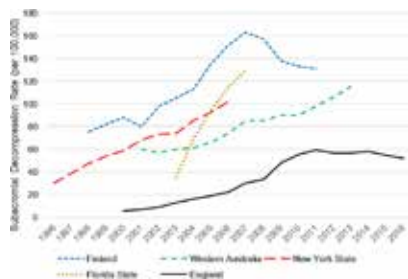
Studien fra England, som inneholder flere av forfatterne bak den verdenskjente CSAW [3,4] studien, belyser nok et område av skulderkirurgien som er viktig: den finansielle byrden av invasive terapier med tvilsom

effekt [5]. For den kliniske fysioterapeuten med skulderpasienten foran seg er dette naturligvis av liten betydning, men for pasienter som populasjon, skattebetalere og ikke minst for politikere, så er det kanskje én av de viktigste aspektene. Samtidig understreker studier som disse noe mer foruroligende: gapet mellom forskningsresultater og endring av praksis [6].

Drastisk økning på tross av forskningsresultater

Subakromiell dekompresjon, akromioplastikk eller impingementoperasjon er alle beskrivelser av den samme operasjonen. Omfanget av disse operasjonene har økt drastisk over hele verden [7-9]. I Finland økte antallet operasjoner med 120% mellom 1998 og 2007. I New York State (USA) økte de med 150% mellom 1996 og 2006. I Florida State





Økning i omfanget av subakromielle dekompresjoner forskjellige steder i verden, fra Jones 2019, BMJ Open)

Table 1 Descriptive information for subacromial decompression patients, 2007/2008 and 2016/2017		
	2007/08	2016/17
Procedure count	15 112	28 802
% Women	51.0	52.0
Age in years (SD)	54.94 (12.55)	54.89 (12.39)
% Arthroscopy	39.0	94.1
% Independent providers	2.4	31.9
% Day-case	51.0	79.3

økte omfanget med 340% mellom 2003 og 2007 (se tabell og graf). I den aktuelle studien fra England, som presenterer de nyeste dataene, så man en dobling i utførte operasjoner mellom 2007 og 2016 [5]. Den tvilsomme æren for denne økningen stammer fra forskning av laber kvalitet på 70-tallet, hvor Charles Neer beskrev impingementbegrepet for første gang [10]. Det har altså gått nærmere 50 år før vi har fått analyser som beskriver hvordan disse (feil)oppfatningene påvirker offentlig pengebruk i helsevesenet (se bilde 1 og 2). Enda mer overraskende er det at tegnene har vært tydelige lenge, helt siden studier fra tidlig 90-tall, hvor man aldri har funnet holdepunkter for at pasientene blir bedre av operasjon enn av trening [11-15]. Forfatterne av den aktuelle engelske studien mener derfor det blir viktig for bærekraftigheten i fremtidens helsevesen at man utvikler bedre rutiner for å evaluere kirurgiske inngrep før de blir etablert som en standard tilnærming. Kostnadsbildet forbundet med denne operasjonen er svimlende. Mediankostnaden for en elektiv subakromiell dekompresjon alene var £4476 (omkring 50.000 NOK). De årlige kostnadene for denne operasjonen økte fra £33 millioner

i 2007/2008 til £125 millioner i 2016/2017. Nesten en firedobling i kostnader over ti år, parallelt med at tungtveiende studier viste stadig mindre effekt av inngrepet. Over denne perioden brukte det engelske helsevesenet totalt £1.1 milliarder pund (rundt 12mrd NOK) på dette inngrepet.

Galt kan være rett

Tidligere benyttet man forskjellige argumenter for å avskrive disse studiene. Man kunne hevde at (1) var manglende forskning (2) forskningens kvalitet ikke var bra nok (3) man opererte en subgruppe av pasienter som ikke var inkludert i de opprinnelige studiene eller (4) man følte ikke forskningsresultatene var relevante for seg som kliniker. Disse emosjonelle og til dels forståelige reaksjonene kan i stor grad forklare økningen av inngrep på tross av overveldende evidens. Tidligere i år ble det publisert en kort artikkel i Tidsskriftet med tittelen «Galt kan være rett» [16]:

«Det vil fortsatt være mindre undergrupper som kan ha nytte av subakromiell dekompresjon selv om inngrepet i randomiserte studier ikke synes å ha bedre effekt enn ikke-operativ behandling. Rando-

miserte studier er bygget opp for å avdekke generelle behandlingseffekter, og styrkeberegningen tillater ikke ekstrapolering til analyser av undergrupper. Beste praksis må også ta hensyn til de pasientgruppene som ikke når frem med førstelinjebehandling. Her må man også kunne vurdere kirurgi som et alternativ. Galt kan bli rett, når premissene endres. Dette må også kunne sies å være beste praksis.»

Enhver kliniker som har lest forskning har på et eller annet tidspunkt møtt sine egne overbevisninger i døra. Fysioterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og kirurger er intet unntak. Jeg vil tro at alle klinikere med en sunn dose (selv)kritisk sans vil si seg enig i det ovenstående sitatet. Alle har vi pasienter som vi føler vi ikke kommer i mål med, og hvor det er naturlig å søke en ny vurdering. For klinikere i primærhelsetjenesten havner ofte denne revurderingen hos en ortoped. Alle har vi også pasienter som har blitt svært bra av en subakromiell dekompresjon. Det er tusenvis av fornøyde pasienter i landet som etter månedssvis (kanskje årevis) med treningsterapi, injeksjoner, teiping og manuelle teknikker, finner sin etterlengtede lindring gjennom en operasjon. Det mener jeg vi både bør anerkjenne og være ydmyke overfor. Men det er også her hvor skoen egentlig trykker. For hvem er disse pasientene? Hvordan skal vi finne dem? Og hvem bestemmer hvem som har rett eller galt?

Subgrupperingsparadokset

Uavhengig av den enkelte klinikers holdning til subgruppering, gjør de fleste av oss dette bevisst eller ubevisst i daglig møte med pasienter. Noe av subgrupperingen er av ren biomedisinsk natur, hvor man for eksempel vurderer om korsryggspasienten egentlig lider av en underliggende alvorlig sykdom, eller om skulderpasienten har vært utsatt for et traume og man vurderer om det er snakk om en akutt fulltøykkelsesruptur av rotatorcuffen. De fleste er kjent med diagnostisk triagering fra korsryggsområdet, og dette danner fortsatt hjørnesteinen i forståelsen omkring møtet med ryggpasienten



Gapet mellom forskning og endring av praksis er omkring 17 år.



Diagnostisk triage slik vi kjenner fra korsryggsområdet

i førstelinjen (se bilde) [17]. Man søker altså å tenke en «worst case scenario» idét pasienten kommer inn døren. På denne bakgrunn er det godt kjent at de aller fleste pasientene havner i en 'uspesifikk' kategori, det vil si at man ikke kan si med sikkerhet den patoanatomiske årsaken til smertene fra et tradisjonelt medisinsk perspektiv. Dette er for øvrig ikke ukjent fra andre medisinske spesialiteter, hvor man hos en stor andel pasienter med magesmerter diagnostiserer 'irritabel tarmsyndrom' eller 'uspesifikke bryst smerter' hos pasienter hvor man ikke finner tegn til visceral påvirkning av hjertet. Subakromielt smertesyndrom representerer derfor et paraplybegrep og kan på mange måter anses som 'uspesifikke skuldersmerter'. Man antar at omkring 70% av pasienter med skuldersmerter faller inn under denne kategorien [18,19].

Diskusjonen rundt subgruppering er eldre enn studiene selv. Og selv etter alle disse årene sitter vi fortsatt igjen med flere spørsmål enn svar. De senere årene har man beveget seg vekk fra tradisjonell medisinsk subgruppering basert på biomedisinsk forståelse, og snakker oftere om mønstergjenkjenning (pattern recognition) og risikoprofilering [20-22]. Dette arbeidet belyser hvordan

noen pasientgrupper har dårlig(ere) prognose basert på helt andre mekanismer enn biomedisinske. Lav sosial status, lav inntekt, lav utdanning, arbeidsløse og pasienter med multimorbiditet er alle pasienter

som har dårlig prognose, uavhengig av intervensjon. Denne forskningen belyser derfor en ny og mye mer omfattende problemstilling: vi tilbyr spesifikke intervensjoner på uspesifikke tilstander. Og ortopedisk kirurgi er så spesifikt som det er mulig å komme. Man forsøker å gjøre en anatomisk endring i en vevsstruktur på en pasient hvor man ikke med sikkerhet kan si har et problem i denne strukturen.

Så når man hevder at «galt kan bli rett, når premissene endres», så blir spørsmålet hvem som skal endre disse premissene? Og hvem bestemmer at de premissene som endres blir riktige? Dette er retoriske spørsmål uten klare svar. Men disse mekanismene er med å forklare hvorfor implementeringen av ny forskning i helsevesenet tar lang tid og møtes med motstand både i det medisinske miljøet og ikke minst blant pasienter.

For referanser, ta kontakt med redaksjonen.



Subakromielt smertesyndrom som et paraplybegrep