

# Liberal terapi?

Bølgen av vitenskapelige studier som viser at treningsterapi i mange tilfeller kan sidestilles med operativ behandling gjør at vi er nødt til å stille et viktig spørsmål: Hvorfor kaller vi det vi holder på med for «konservativ terapi»?



AV JØRGEN JEVNE  
KIROPRAKTOR OG  
FYSIOTERAPEUT

«Konservativ terapi» kan defineres som behandlinger som ikke involverer kirurgi. Spine-Health definerer «conservative treatment» som «an approach to treating back pain, neck pain and related spinal conditions utilizing non-surgical treatment

options, such as physical therapy, medication and injections.» [1]. Man kunne derfor argumentert for at «konservativ terapi» er alt av intervensjoner som ikke involverer kirurgi. Dette skillet er kanskje med på å skape en forståelse av at det er operasjon vs. «alt annet» og dermed plassere operative inngrep på en piedestall hvor de fremstår som gullstandarden. Gullstandarden alt annet bør sammenligne seg med? Men hvordan er egentlig evidens-

basen for de mange ortopediske inngrepene som gjøres innenfor muskelskjelett?

## Operasjonenes fall?

Operativ behandling har en helt åpenbar rolle i håndteringen av akutte skader, frakturer og i traumatologien. Dette er et område vi ikke skal undervurdere, og fysioterapeuter bør være årvåkne for å ikke overtolke funnene fra litteraturen til å tro at ingen pasienter har effekt

av kirurgi (se for øvrig artikkel om traumatisk skulderluksasjon i dette bladet). Allikevel er det umulig å overse det faktum at majoriteten av ortopediske inngrep som gjøres (også i Norge) er på basis av komplekse smertetilstander som i beste fall har tvilsomt forhold mellom anatomiske bildefunn og smertepresentasjon. Indikasjonen for å utføre kirurgien i utgangspunktet er nettopp på basis av intra-operative eller pre-operative anatomiske funn, som søkes å korrigeres, utbedres, fjernes eller endres. Når man ikke kan være trygg på at bildefunnet faktisk er det sentrale problemet i smertetilstanden, må man stille spørsmål ved om ortopedien overhodet har en rolle i denne håndteringen. Dette kommer særlig i kjølvannet av en rekke tydelige publikasjoner som eksempelvis fraråder artroskopisk debridement for artrose [2], artroskopisk meniskreseksjon på degenerative meniskrupturer [2] og subakromiell dekompresjon for subakromielle skuldersmerter [3]. Operasjoner i knær og skuldre økte i mange år, også etter at høykvalitetsstudier sådde tvil om effekten, men har i senere år vist stadig nedgang [4]. På tross av nedgangen i enkelte områder, ser man derimot økning i antall hofteskopier [5,6]. Det gjøres også erfaringsmessig mange flere bicepstenotomier for tilstander som klinisk ligner på «impingement», der man utvilsomt ville gjort en dekompresjon tidligere. Er bicepstenotomien den nye dekompresjonen? Hvorfor er plutselig det lange hodet av biceps den sentrale aktøren i skuldersmerter og hvorfor ble det ikke klippet bicepssener en masse tidligere? All forskningsmengde i verden vil aldri kunne forandre det faktum at man forsøker å gjøre en anatomisk endring basert på en «apparatfeil-modell». En simpel, mekanisk opprettingsmodell på et menneske i et komplekst, biopsykososialt økosystem høres ut som en plan dømt til å mislykkes. Vi ser at evidensbasen skaper praksisendringer (på eksempelvis knær og skuldre), men man fortsetter i stedet å utføre «nye inngrep» for å erstatte det gamle. Definisjonen av konservativt er nettopp å «bygge videre på det som er nedarvet». I denne kon-

teksten fremstår operativ tilnærming svært konservativt.

### Ryddejobb

Ian Harris og kolleger har i 2020 gjort en enorm ryddejobb i litteraturen i artikkelen «Surgery for chronic musculoskeletal pain: the question of evidence» [7]. Her har de forsøkt å kvantifisere effekten av operasjoner som gjøres for langvarige smertetilstander. De har ekskludert studier som omhandler traumatiske skader, frakturer og andre åpenbare ortopediske tilstander. I stedet så har man valgt å fokusere på randomiserte, kontrollerte studier som sammenligner operativ med ikke-operativ behandling. Gjennom offentlige registre og i publisert litteratur fant de 14 ortopediske inngrep for «chronic pain» som undersøkte studier som har sammenlignet operativ med ikke-operativ behandling. Disse 14 inngrepene var:

- Artroskopisk meniskektomi
- Artroskopisk debridement for kneartrose
- Total knealloplastikk
- Total hoftealloplastikk
- Artroskopisk subakromiell dekompresjon
- AC-leddsreseksjon
- Rotatorcuffoperasjon
- Høy tibia osteotomi
- Carpal tunnel dekompresjon
- Skiveprotese i rygg
- Avstivningsoperasjon i rygg
- Lumbal laminektomi for spinal stenose
- Ankel artroskopi
- Skulder alloplastikk og glenohumeral artrose

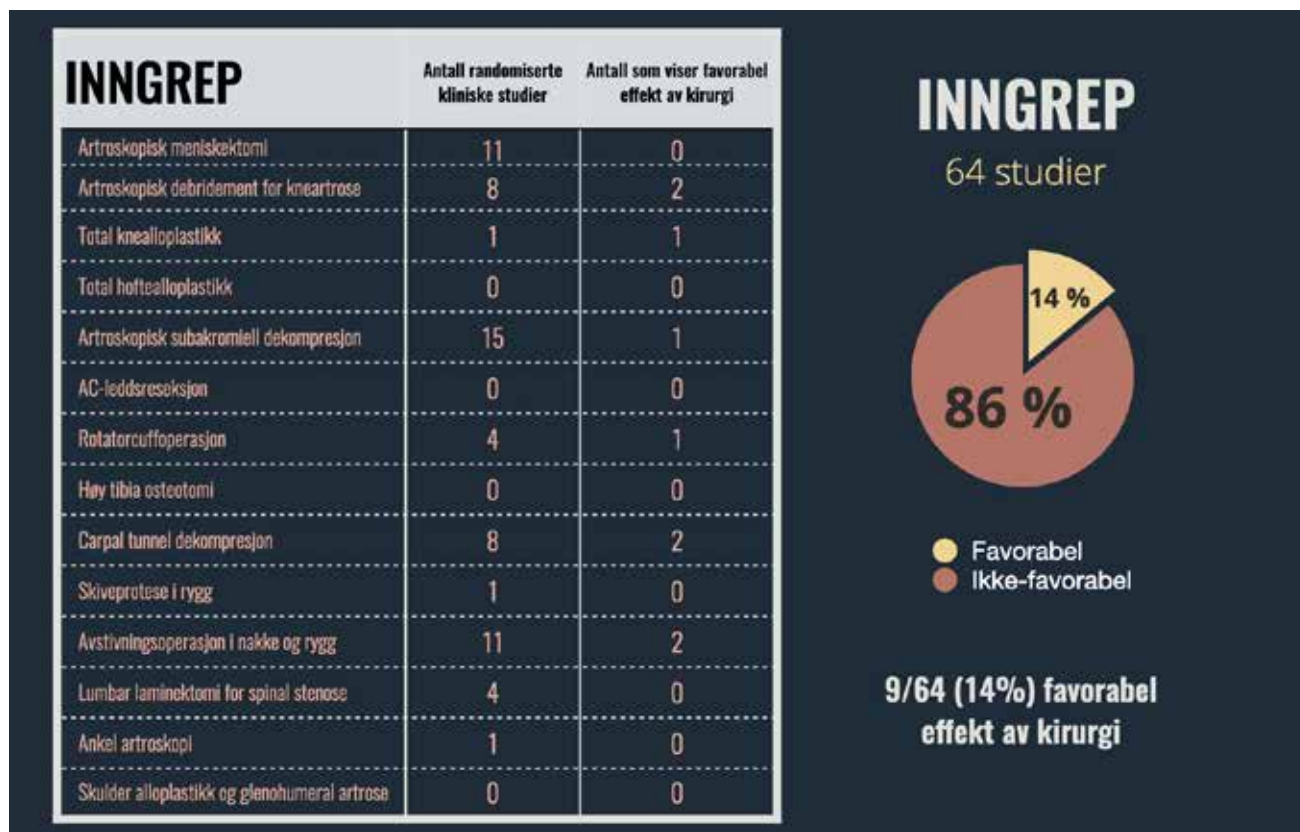
Generelt ser man at tendensen i forskningen er å sammenligne kirurgiske inngrep med andre kirurgiske inngrep, og antall studier som undersøker operasjon med ikke-operativ behandling er urovekkende lavt. Forskningsinteressen synes å være klart størst for å avdekke hvilken operasjonsteknikk som er den mest relevante, ikke stille seg spørsmål ved om operasjonen i seg selv er relevant. Av 6734 studier de fant på de ulike inngrepene, var det kun 64 som undersøkte effekten av operativ behandling med ikke-operativt (gjennomsnittlig under 1%

av studiene). Av disse 64 studiene viste kun 9 (14%) favorabel effekt av kirurgi sammenlignet med ikke-operativ behandling. Forskerne konkluderer med at det foreligger en hel del forskning på disse 14 vanlige tilstandene, men at denne forskningen i svært liten grad har reell, klinisk verdi i en «real-life» setting. Studiene kan i liten grad informere klinikere, pasienter og beslutningstakere om hvordan man best bør tilnærme seg den aktuelle problemstillingen. Trenden er, tvert i mot, at de fleste studier peker i retning av ikke-favorabel effekt av kirurgi. Denne aktuelle studien fra Harris et al er en fortsettelse fra en analyse de gjorde i 2014 [8]. Denne viste at ca. 50% av inngrep som rutinemessig utføres i helsevesenet, aldri har vært utsatt for vitenskapelig granskning og utføres altså på bakgrunn av erfaring og en antatt overbevisning om deres effekt. I tillegg påpeker forfatterne at de ikke kjenner til noen andre lignende analyser på dette feltet, som forteller leseren at vi har et kunnskapsvakuum på dette området. For forskningsorienterte klinikere er dette kanskje ikke overraskende eller revolusjonerende, men jeg vil tro at mange pasienter ville bli sjokkert over at vi har et helsesystem som gjennom skattebetalernes penger finansierer operative inngrep som presenteres som «evidensbaserte», hvor bakgrunnen for å gjennomføre disse inngrepene aldri har vært utsatt for klinisk testing. I stedet finansierer skattepengene et system som baserer seg på erfaring, autopilot og antagelser. Hvor i all verden er «Folkeopplysningen» eller «Gjør kloke valg» nå?

### Bevisbyrden

Et velkjent sitat innenfor den medisinske litteraturen er «Absence of evidence is not evidence of absence». Fornorsket og populistisk oversatt blir dette noe i retning av «bare fordi vi ikke har evidens for at det virker, betyr ikke det at det ikke virker». Og denne retorikken har fått lov til å være enerådende innenfor ortopedien i lang tid. Vår manglende evne til å håndtere denne problemstillingen på systemnivå påvirker daglig pasienters beslutninger. Nå som etter hvert den vitenskapelige





Tabell over de vanligste inngrepene og antall av disse som viser favorabel effekt av kirurgi

metode har banet vei for kritiske spørsmål og refleksjon, kunne man spurt retorisk: er det noen grunn til at kirurgi skulle virket bedre på andre komplekse tilstander enn de resultatene vi har sett på knær og skuldre? Det kan nesten se ut til at man har antatt at operasjonene har vært så effektive at man ikke en gang har sett behovet for å utsette de for vitenskapelige metode. Eller i Harris sine egne ord: «We suggest that the relatively low rate of comparative trials in surgery is due, in part, to the lack of any incentive to perform them, the lack of trial infrastructure and expertise in trial research, and a lack of equipoise». Med andre ord så har ikke systemet verken skapt insentiver til, eller lagt til rette for, at fagmiljøene selv skal rydde opp i denne problemstillingen. Før man vet ordet av det har et inngrep blitt validert av kirurger nasjonalt og internasjonalt, helssystemer vedtatt finansieringsordninger som støtter bruken og pasienter har erfart dens effekt gjennom tiår. Når man etter 20-30 år aner at inngrepet kanskje ikke er like effektivt som man har trodd,

har man skapt en forventning både blant helsepersonell og pasienter, og formet en kulturell overbevisning i helsevesenets symbiose. Inngrepet er nå en så fundamental del av fastlegers- og fysioterapeuters resonnering, preoperative rutiner på sykehuset og i kirurgens arsenal at det betraktes som en sannhet [9]. Men bevisbyrden burde hvile hos de som promoterer inngrepet og som tjener direkte og indirekte på dens bruk. De siste 15 årene har vist at det kan være klokt å stoppe opp og gjøre vitenskapelige analyser, før man vedtar «nye sannheter» som til slutt viser seg å være feil.

#### Hva er galt med konservativt?

Ordlyden i «konservativt» gir gjerne assosiasjoner til å være gammeldags, nøktern og forsiktig, og ha et ønske om å beholde status quo. Store Norske Leksikon definerer konservative personer som «noen som ønsker å bevare eller bygge videre på det som er nedarvet eller det som er gjeldende nå.» Er konservativ terapi noe som er gammeldags og nedarvet? Utdatert og avleggs? Tvert i mot tyder alt på at moderne,

ikke-operativ behandling med fokus i den biopsykososiale modellen bør være gullstandarden i møtet med atraumatiske muskelskjeletttilstander [10-12]. Det er godt kjent at dette er komplekse tilstander som krever bred forståelse av overlappende fagfelt og medfører at klinikere må ha dybdekunnskap om områder som tradisjonelt sett har vært ansett å være utenfor fysioterapeuters praksisfelt. En moderne fysioterapeut må være helsecoach, motivator, psykolog og personlig trener i samme person. Dette komplekse samspillet mellom ulike fagkompetanser gjør at moderne muskelskjelettbehandling fremstår som alt annet enn konservativt. Tvert i mot vil det å argumentere for å fortsette å gjøre invasive inngrep med kreative hypoteser uten vitenskapelig forankring fremstå som konservativt. Kanskje i fremtiden vil man sammenligne konservativ behandling (operasjon) med liberal terapi?

Se referanser/kilder side 36.