

## Om ryggont – i kroppen och/eller själen

En kommentar till SBU:s rapport om ont i ryggen

**Det där med kropp och själ är inte lätt. Människorna har säkert diskuterat sambandet så länge som vi funnits [1]. SBU intar en föredömligt ödmjuk attityd till detta i sin nyligen utkomna och omdiskuterade rapport om orsaker, diagnostik och behandling vid ryggont. Jag skall här utgå från kroppen, i vilken själen ingår.**

Först två historier som handlar om ryggont mer som kroppslig sjukdom än själslig.

Läkaren som botade sig själv: Han har sedan någon vecka en outhärdlig nackvärk, och är på väg i sin egen bil in till länsjukhuset, där han skall undersökas av specialist. Så kör han över ett gupp och hoppar till där i bilen. När han så vrider sitt huvud märker han att smärtan släppt. Otroligt, tänkte läkaren, som dittills inte trott på kiropraktorer.

Som nybliven distriktsläkare deltog jag i en kurs i medicinsk ortopedi, och fick bland annat lära mig hur man skulle bära sig åt för att tänja och slappa på olika nackmuskler. Väl hemkommen behandlade jag en 75-årig kvinna med smärtor i nackmuskler. Efteråt fick jag höra av distriktsköterskan att den gamla damen aldrig haft så ont i nacken som när hon varit hos doktor Fichtelius.

### Utvecklingshistoriska synpunkter på ryggont

Det som jag djupt saknar i SBU:s rapport är det utvecklingshistoriska perspektivet. Man nöjer sig med att påstå att »Människors plågor av ryggont kan spåras 3 500 år tillbaka i tiden». Och då menar man uppenbarligen skriftlig dokumentation av ryggont. När jag spårar människans ryggont, tänker jag på något helt annat.

Människan är överraskande mycket

nära släkt med nu levande schimpanser. Tidpunkten för när skilsmässan från kusinerna ägde rum diskuterar man; den ligger någonstans mellan 5 och 10 miljoner år sedan. Den äldsta förmänniska man hittat levde för 4,4 miljoner år sedan, och hon var redan då uppe på två ben, om än inte lika lättfotad som vi är nu.

### Hur kom vi upp på två ben?

Hur vi kom upp på två ben finns det olika uppfattningar om. Var det på savannen (när skogarna torkade ut), eller var det vid havsstranden som en vadande apa (när havet steg och vällde in över regnskogen)? Självt är jag, liksom många biologer, helt övertygad om att vi blev tvåbenta som vadare och simmare [2]. Inga apor på savannen har blivit tvåbenta. Det finns bara en apa som vi kan jämföra med i detta sammanhang, den vadande näsapan i Borneos regnskogar.

### Anpassningen till strandmiljö

Mycket talar för att människans anpassning till strandmiljö fortsatte mycket längre än vi hittills antagit. Hjärnans stora tillväxt de allra senaste årmiljonerna är kanske det starkaste argumentet härför. Där vid havsstranden

*”Om de svenska läkarna under första halvan av 1900-talet hade tänkt mer på människans evolution, på tyngdlagen och på hur muskler fungerar, så hade de kanske inte rekommenderat ryggpatienterna långvarigt sängläge, utan i stället simning och vattengymnastik.”*

fanns de rätta fettsyrorerna för hjärntillväxt. »Lucy», med sin relativt lilla hjärna för 3 miljoner år sedan, och andra fossilfynd kan härröra från så kallade blindgångare [3].

Det viktiga är emellertid inte när el-

**Inte kan det** ha varit lätt för en fyrbent, knogstödjande apa att komma upp på två ben. Oberoende av hur det gick till (troligen med stöd av vatten, som på bilden) har det varit, och är fortfarande, en besvärsfylld anpassning.

TECKNING: LEIF MATTISSON

### Författare

KARL-ERIK FICHTELIUS

f d professor i histologi i Uppsala och f d distriktsläkare i Skog, Ångermanland; idag bosatt i Härnösand.

ler hur vi blev tvåbenta, utan att vi blivit det. Och vi får alljämt betala priset, i form av värk i nacken och ländrygg [4]. Från att ha varit vandrande bryggor med två ben i varje ände, av och till armhängande i träden, blev vi vandrande torn med tyngdpunkten högt upp och med smal bas. För att kunna hålla balansen har vi en kurva bakåt mitt i ryggraden, och två kurvor framåt, en i ländryggen och en i nacken. Människors ryggont visar att vi fortfarande har besvär med denna anpassning [4].

### SBU:s utredning är bra, men ...

I SBU:s utredning beskrivs människans ryggbesvär utmärkt väl, och på ett, mot bakgrunden av tidigare misstag, ödmjukt sätt. Det är bara det att man inte nämner den uppenbara grundorsaken till våra ryggbesvär, att vi är tvåbenta apor. I stället skriver man som slutsats: »För majoriteten av patienterna med ont i ryggen kan man dock inte påvisa orsakerna.» *Med stöd av vad vi vet om evolution vill jag i stället hävda att för majoriteten av patienterna med ont i ryggen är orsaken vår anpassning till tvåbenthet, som fortfarande pågår.* Reconstruction still in progress. Be careful!

### Praktisk nytta av kunskapen?

Men, säger någon på SBU, hur skall denna kunskap om evolution kunna användas i nuet för att hjälpa människor med ryggbesvär? Den frågan kan jag inte ge något entydigt svar på. Men om de svenska läkarna under första halvan av 1900-talet hade tänkt mer på människans evolution, på tyngdlagen och på hur muskler fungerar, så hade de kanske inte rekommenderat ryggpatienterna långvarigt sängläge, utan i stället simning och vattengymnastik.

Kunskap som vi i dag inte kan använda oss av direkt kan i framtiden komma väl till pass. »Kunskapen är som ett klot», sade Gandhi. »När klotet växer ökar gränsytan mot det okända.» Där, i gränslandet, kan nya möjligheter dyka upp. Det är på denna något osäkra grund som jag här kritiserat SBU-rapporten.

### Referenser

1. Ellegård A, red. Om själen. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
2. Fichtelius KE. Hur apan miste pälsen och kom upp på två ben. Stockholm: Akademilitteratur, 1985.
3. Fichtelius KE, Wilsson L. Om människan – ursprung, särställning och vägval. Jönköping: Brain Books, 1999.
4. Morgan E. Scars of evolution. London: Souvenir Press, 1990.

## Depressionsbehandling i primärvården

### Kompetens, engagemang och empati ger resultat

**Viktiga och kloka funderingar kring värdet av utbildningsinsatser till primärvården i depressionslära presenteras av vår distriktsläkarkollega Stig Andersson i Säfte i Läkartidningen nr 23/00 [1]. Lönar det sig monetärt eller på andra sätt, t ex genom ökad livskvalitet för de depressionssjuka, att investera i mer eller mindre ambitiösa utbildningsprogram för primärvårdens personal? Det finns motstridiga uppfattningar i denna fråga.**

Fram till i början av 1980-talet fanns överhuvudtaget mycket litet information att få i den vetenskapliga litteraturen beträffande effekterna av riktade utbildningsprogram. Detta var en av utgångspunkterna för den sk Gotlandsundersökningen som syftade till att belysa vad som händer på såväl kort som på lång sikt när ett kvalificerat utbildningsprogram presenteras för primärvårdsdoktorer i ett definierat geografiskt område [2].

### Många positiva effekter

Resultatet av undersökningen, som vid den tidpunkten var tämligen unikt sett även i ett internationellt perspektiv visade på många positiva effekter. Ökad kompetens hos primärvårdsdoktorerna att diagnostisera och behandla depressiv sjukdom, minskad slutenvårdsconsumtion av depressiva patienter, minskad sjukskrivning, ökande och rätt användning av antidepressiva läkemedel och minskade självmordstal. Samhället sparade dessutom stora pengar [2].

I t ex Kanada, Estland och Ungern har likartade positiva erfarenheter

gjorts, även om man där inte har använt exakt den vetenskapliga metodik för utvärdering som utnyttjades vid Gotlandsundersökningen.

Varför då dessa negativa resultat från Storbritannien till vilka kollegan Andersson hänvisar? Chris Thompson och medarbetare [3] beskriver i en stort upplagd randomiserad, kontrollerad studie – the Hampshire Depression Project – att ambitiösa, av deltagarna väl vitsordade utbildningsprogram inte på ett avgörande sätt förbättrade den deprimerade patientens situation.

### Det lilla formatets fördelar

Vi menar att det är det lilla formatets fördelar som ger resultat. Att man inom en liten grupp lär känna varandra, inte bara inom läkargruppen utan även inom det stora och viktiga nätverk som utgörs av paramedicinska expertgrupper och inte minst socialtjänst, spelar härvidlag stor roll.

Vetskapen att man som läkare inom primärvården kan förvänta sig hjälp – och akut sådan – när man behöver den, och att patienten, om behov finns, kan tas om hand inom slutenvården utan krångliga remissförfaranden – detta kan läras ut och diskuteras när man arbetar med numerärt små utbildningsgrupper. Jämför med framgångarna för den problembaserade inläringen i smågrupper som uppnått vid Hälsouniversitetet i Linköping.

Det är viktigt att få primärvårdens aktörer att förstå vikten av tidig diagnostik och intervention. Med kunnighet och kompetens kan utan tvekan mycket skötas i primärvårdens frontlinjer, något som riktigt betonats av Owe Bodlund [4].

Orsakerna till att primärvården missar den professionella depressionsbehandlingen kan vara att man inte hittar diagnosen, att man föredrar psykosocial intervention framför biologisk behandling, rädsla för läkemedelsbiverkningar och bristande tillgång till den psykiatriska specialitetens back up-resurser.

### Kan gå vilse

Vi tror inte som Owe Bodlund att användning av skattningsskalor och rikt-

### Författare

WOLFGANG RUTZ

med dr, Regional Adviser, WHO, Köpenhamn, Danmark

JAN WÄLINDER

med dr, professor emeritus, Askim, Sverige.