

SVAR

Tak til Peter Kryger-Baggesen (PKB) for indlægget, og for muligheden for at uddybe baggrunden for mine synspunkter i min Cochrane-gennemgang.

Lad mig indledningsvis nævne at vi er enige i, at der ikke findes endegyldige sandheder, hvilket netop giver basis for forskellige tolkninger.

Diskussionen går på tre ting: - om der er rimelighed i at skrue ned for manipulation ved *kronisk* rygsmerter (som alene er dét, review'et handler om!), - om jeg har givet forvirrende information, og - om at videreudvikle faget.

Det er rigtigt, at manipulation er (mindst) lige så effektivt som fysisk træning, men også at effektstørrelsen er beskednen, som det generelt fremgår af artiklerne.

PKB fremhæver den engelske tolkning, at man bør vælge det som patienten (pt) har mest tillid til. Hvis dette princip bruges er der netop ekstra grund til, at pt vælger på et så velfunderet grundlag som muligt. Derfor synes jeg det er fair, at folk ved, at manipulation og træning i almindelighed er ligeværdige, hvad effekt angår – igen: til *disse* ptt.

Samtidigt giver litteraturen i tiltagende grad evidens for, at det i det hele taget ikke ændrer meget, hvilken behandling vi giver rygpatienterne.^{1:2} Til gengæld påvirkes rygproblemet rigtigt meget af forskellige økonomiske og kulturelle systemer (ex: ³), samt af tillid/mistillid til ryggen - en viden pt. kan bruge til at forstå, at vi i hjernen kan skrue væsentligt op og ned for smertesignalet fra ryggen.

Dette har givet anledning til forskellige modeller til information af ptt. Her har kiropraktor Pia Havn Sørensen forestået testning af én informations-model, og vist at dén virkede mindst lige så godt som optimal, individualiseret træning, men på kortere tid.⁴ Sådanne info-modeller kan dog forbedres yderligere. Det var alene dette, jeg hentydede til med bemærkningen om ”at videreudvikle faget.” Jeg er helt på det rene med, at danske kiropraktorer er rigtigt langt fremme med forskning, hvilket jeg også nævnte i artiklen.

PKB fremhæver, at behandling hos kiropraktorer er billig. Her må jeg erkende at min formulering vedr. de økonomiske aspekter har kunnet misforstås. PKB's antydning af at der er meget udokumenteret og dyr behandling i det medicinske system er jeg helt enig i, men det var ikke den vinkel, der var omdrejningspunktet i artiklen.

Jeg mener, at det er mest logisk at lægge hovedvægten på de faktorer, der virkeligt betyder noget for, hvor meget rygsmerter påvirker folks liv, og dermed mindre vægt på behandlinger der nok har en effekt, men som er beskeden, og som på længere sigt ikke ændrer meget. Ovennævnte testede kognitive model⁴ hjalp kun i beskeden grad mere end de andre behandlinger, men på kortere tid.

Min holdning er, at det er mest perspektivrigt at udbygge dén vej. Vores eftermæle skulle nødtigt blive: "De kunne ikke se rygproblemet for bar' ryghvirvler."

Reference Liste

1. Artus M, van der Windt DA, Jordan KP et al. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology.(Oxford)* 2010;49:2346-56.
2. Hansson TH, Hansson EK. The effects of common medical interventions on pain, back function, and work resumption in patients with chronic low back pain: A prospective 2-year cohort study in six countries. *Spine* 2000;25:3055-64.
3. Raspe H, Hueppe A, Neuhauser H. Back pain, a communicable disease? *Int. J Epidemiol.* 2008;37:69-74.
4. Sørensen PH, Bendix T, Manniche C et al. An educational approach based on a non-injury model compared with individual symptom-based physical training in chronic LBP. *BMC*

Tom Bendix

Videncenter for Rygsygdomme

Glostrup Hospital

E-mail: tben0024@regionh.dk

Interesseskonflikter: Ingen