

Mindretalsudtalelse fra kiropraktorerne omkring forløbsprogram for lænderygsmarter

På det afholdte møde den 21. marts 2012 i forløbsprogramgruppen, hvor det reviderede forløbsprogram blev drøftet, kunne det med beklagelse konstateres, at man ikke var indstillet på at gå i dialog med kiropraktorerne om et af kardinalpunkterne i kiropraktorerne og samarbejdsudvalgets respektive høringsvar, nemlig den afventende behandlingsstrategi i primærsektoren.

Som kiropraktorerne repræsenterer i forløbsprogramgruppen ser vi os derfor nødsaget til at fremsætte følgende mindretalsudtalelse:

I det endelige udkast til Forløbsprogram for lænderygsmarter står følgende:

”For mange patienter med akut opståede lændesmerter indtræffer der relativt hurtigt en spontan bedring. Behandlingsstrategien skal derfor som hovedregel være afventende i de første 1-2 uger, uanset hvilken behandler, der vurderer patienten. Den afventende behandlingsstrategi giver behandleren mulighed for at observere spontanforløbet. Desuden kan patientens opfattelse af, at smerterne kan aftage af sig selv - og at egen indsats har en positiv effekt - betyde øget tryghed og egenomsorgsevne hos patienten. Dersom patientens tilstand mhp. at opretholde fysisk aktivitet og arbejdsfastholdelse nødvendiggør en behandlingsindsats, skal denne dokumenteres og begrundes i patientens journal.”

Denne strategi finder vi ikke fagligt forsvarlig, og kiropraktorerne kan ikke forene den med daglig evidensbaseret praksis af flere årsager:

1. Kiropraktorerne er enige i, at nogle patienter ikke har behandlingsbehov udover undersøgelse og grundig information ved første konsultation, men ved at fastholde en indplacering ved T=0 i programmet uanset varighed af symptomer, opnås den uheldige effekt, at patienter, der selv har valgt at se tiden an, inden de søger behandling, kan ende i u hensigtsmæssigt lange forløb med deraf øget risiko for kronicitet. Kiropraktorerne kredsforening har derfor også i sit høringsvar bl.a. fremført, at det i forløbsprogrammet ikke fremgår, hvilken indflydelse varigheden af de aktuelle klager, patienten kommer med – eller erfaringer fra tidligere episoder, har på den behandlingsmæssige tilrettelæggelse. Dette kan vi ikke se bort fra i vurderingen af behandlingsbehov.
2. Manuel behandling er sammen med information/rådgivning, medicinsk smertebehandling og øvelser/træning endvidere centrale anbefalinger i stort set alle internationale kliniske retningslinjer for håndtering af lænderygbesvær, hvilket ikke afspejles af forløbsprogrammets anbefalinger. Herudover skal bemærkes, at kiropraktorer udover manuel behandling benytter en bred vifte af modaliteter herunder bløddelsbehandling, øvelser og træning. Der findes ingen evidens for den afventende strategi, og den er ikke en del af andre nationale eller internationale retningslinjer*. Den er således udelukkende udtryk for personlige holdninger, og uden evidens for sådanne holdninger kan vi ikke ændre en praksis, der har vist sig effektiv, og som efterspørges af patienterne (på trods af høj egenbetaling).

Derudover vil vi fremføre, at den videnskabelige litteratur klart beskriver vigtigheden af, at patienten har medindflydelse og tager informerede beslutninger*. Det må være vores opgave som behandlere at give patienten den tilgængelige information, så beslutninger tages af patienten i

samråd med behandleren, på så oplyst et grundlag som muligt. Hvis patienten opsøger en kiropraktor, sker det i forventning om at få udredning, råd og behandling efter behov. Hvis kiropraktoren efter en grundig anamnese og udredning også finder det sandsynligt, at patienten kan hjælpes med behandling, er der ingen evidensbaserede argumenter for at udsætte en sådan behandling.

3. Det fremføres på side 7, at halvdelen af patienter med nyopståede lændesmerter vil være symptomfrie efter tre uger uden behandling. Dette ser ud til at danne grundlaget for den afventende strategi, men selv under forudsætning af at tallene er korrekte, er der dog stadig 50 %, der vil komme meget sent i gang med behandling. Desuden er udsagnet tvivlsomt og er ikke en syntese af den videnskabelige litteratur, men en påstand fra *udvalgt* litteratur. Der er anden litteratur, der indikerer, at op mod 75 % stadig har smerter efter et år*. Lænderygsmerter er en tilstand, der er kendetegnet af meget svingende forløb, og for ca. halvdelen af befolkningen er der tale om debut allerede i teenagealderen*.
4. Formandskabets svar på kritikken har været, at formuleringen åbner mulighed for behandling mod behørig begrundelse og dokumentation. Dette anser vi for uvæsentligt, da vi må opponere mod princippet og finder det uheldigt, at en behandling, der - baseret på foreliggende viden - skønnes at være den bedste, skal betragtes som afvigende og med et ekstra dokumentationsbehov. Vi har alle pligt til at føre fyldestgørende journaler, og det forventer vi bliver overholdt for alle patienter, uanset profession og behandlingsvalg.

*: referencer kan fremsendes efter ønske ved henvendelse til undertegnede.

Overordnet er vi stærkt bekymrede for, at strategien afspejler en nedprioritering af behandlingsindsatsen i primærsektoren, som vi finder fagligt uansvarlig. Alle nationale og internationale retningslinjer påpeger behovet for hurtig og effektiv behandling i primærsektoren for derved at mindske risikoen for kronicitet og for behandling i sekundærsektoren. På trods heraf (og på trods af opfordringer fra os) har man helt fravalgt at stille krav om en evidensbaseret og effektiv behandlingsindsats i primærsektoren *inden* henvisning til sekundærsektoren, hvilket kan komme til at medføre meget store krav til kapaciteten i sekundærsektoren og øge både de menneskelige og de samfundsmæssige omkostninger.

I det lys vil vi ikke undlade at bemærke, at forløbsgruppen var sammensat af 40 personer, hvoraf kun 8 havde tilknytning til primærsektoren. Det har været med til at gøre en konsensusproces meget svær, for ikke at sige umulig, at 32 personer fra sekundærsektor og kommuner, der ikke har berøring med hverken akutte eller subakutte rygpatienter i det daglige, skulle beslutte, hvordan en akut rygpatient skal behandles i primærsektoren.

Venlig hilsen

Niels Klougart,
kiiropraktor, medlem af samarbejdsudvalget for kiropraktik
e-mail: n.klougart@yahoo.dk

Lise Hestbæk,
kiiropraktor, lektor, seniorforsker

e-mail: l.hestbaek@nikkb.dk