

LESERBREV

Kommentar til innlegg fra forsker Kaia Engebretsen om trykkløsebehandling i Fysioterapi nr.1-2010

Takk til Kjetil Varhaug som på en saklig måte imøtegår etter min mening en meget selvgod forsker Engebretsen, hvis motiv utelukkende synes å være streben etter anerkjennelse. Denne vel rettede kritikk imøtegår hun med fornærmet indignasjon uten å være i stand til å akseptere at en utenforstående fysioterapeut påpeker klare svakheter i studien.

Tvert imot motsetter hun seg helt konsekvent å gå inn i en konstruktiv dialog, hvilket burde ha vært selvinnlysende å gjøre ut ifra en genuin nysgjerrighet hos forskere. Å være åpen og være ydmyk for andre synspunkter enn de hun selv presenterer, utvider horisonten og bringer forskning videre til mere interessante nivåer. I stedet tillater hun seg å ironisere over at en «kliniker i det hele tatt er berettiget til å rette objektiv tvil om validiteten rundt hele forskningsprosjektet.

Hun innleder ironisk nok med å insinuere at utgangspunktet for anvendelse av trykkløse betinger tro hos klinikere og pasienter for å ha en effekt som nærmest er som placebo å regne, fordi den vitenskapelige dokumentasjon rundt trykkløse som hun anvender betegnes som omdiskutert.

Det er vel heller slik at forskeren i utgangspunktet velger å tro på det hun finner formålstjenlig og forkaste det hun ikke ønsker å tro på. Jeg antar at forskeren selv har tro på de metoder som hun selv benytter selv om mange av disse også er omdiskuterte. I hennes miljø betyr ikke dette så mye, så lenge hun har anledning til gjennomføre et forskningsprosjekt på sine premisser.

Hun prøver å understreke dette med å henvise til en møteleders forutinntatte holdning ut ifra hva denne har lest i Bone Joint Surgery med advarsler om å bruke trykkløse i sitt prosjekt, og at hun har lyktes i å ha fått antatt sin artikkel i det prestisjetunge British Medical Journal. Selv om dette betyr meget for hennes prestisje som forsker, betyr ikke dette på noen måte at hun har mere rett i sine konklusjoner og at forskningen holder høyt nivå. Det viser heller hvor lite interesserte og hvilken mangel på kunnskap overfor nyere metoder også andre

autoriteter besitter, og at BMJ kanskje nok en gang ikke utviser tilstrekkelig skjønn om hva de antar. Det har de gjort tidligere i andre sammenhenger.

Det virker meget betenkelig at hun medgir at det er vanskelig å være upåvirket av sin faglige oppfatning av sitt forskningsprosjekt. Slik hun formulerer seg virker det som om hennes intensjon a priori har vært å påvise at kontrollert trening er mer attraktiv enn trykkløsebehandling.

Overfor hvilken brukergruppe er forskningen egentlig tilrettelagt, og på hvilken måte er det lagt opp til at man kan dra nytte av de konklusjoner hun presenterer?

Jeg tillater meg derfor å stille spørsmål om hvilket sanne motiv som ligger bak valg av et tema der bruk av medier hun ikke selv tror på i utgangspunktet benyttes. Hvor objektiv kan forskeren egentlig forventes å være i utgangspunktet og i sin oppfølging av forsøksrekken?

Subacromiale smerter er ganske riktig en diffus klinisk diagnose og gir vanligvis en del utfordringer hvorledes dette skal behandles. En slik gruppe pasienter kan ha ulik basis for sine plager, og utgjør derfor ingen ensartet gruppe. En kombinasjon av ulike kliniske tester sammen med bildediagnostisk materiale kan avdekke selve smertesyndromets karakter mest relevant.

Forsker Engebretsen stiller seg derimot helt avvisende til å bruke bildediagnostikk i tillegg som utgangspunkt for utvelgelsen av pasienter til forsøket med referanse til RTG og MR som til daglig utgjør et verdifullt supplement til vår kliniske testgrunnlag.

Hennes begrunnelse for dette synspunkt baserer seg på referanser som går på lite samsvar mellom kliniske plager og bildefunn. Disse går på diagnoser som er for lite egnet til å kunne overføres til hennes pasientgrunnlag.

Ved den valgte diagnosen fremstår aktiv UL diagnostikk som en meget anvendbar metode for å avdekke lesjoner som er for lite egnet til å kunne se direkte hvorledes bevegelser i bløtvev og ledd fungerer, kan dette gi et mer utdypende svar på de respektive

kliniske funn gjort ved testing. Jeg mistenker rett og slett at forskeren selv vet for lite om denne metoden for å kunne benytte denne ved testingen. Sin manglende kompetanse på dette felt dekker hun over ved å benevne dette som et for usikkert grunnlag å benytte.

Forsker Engebretsen velger å bruke trykkløsebehandling som beskrives som «rask og grei» å gjennomføre uten at det opplyses noe nærmere om indikasjonene enn subacromiale smerter.

I forsøket blir det opplyst at trykkløse appliseres på ulike punkter i et meget begrenset omfang på 2000 slag fordelt på 5 punkter, hvilket er en helt misforstått bruk av trykkløse som medium og gir ingen meningsfull dekning av et grunnleggende problem.

Forskerens henvisning til kvalitetssikring av metoder kommer i et underlig lys. Det skulle vært interessant å få vite hvem som står bak denne godkjenningen.

Det er for det første helt absurd å velge ut noen randomiserte basispunkter som beskrevet, uten at det foreligger noen klinisk relevans for å behandle akkurat disse annet enn subjektive smerteforhold hos pasienten.

Rasjonale for bruk av trykkløse dreier seg om behandlinger av kroniske forandringer i vevet ut ifra bildediagnostikk. Radiologiske kartlegginger av påviste konkrete lesjoner er av stor betydning. Ut ifra dette omfang avgjøres parametere for hvor mange slag og med hvilken intensitet en bør anvende mot kartlagte lesjoner.

For det andre viser all form for dokumentert bruk av trykkløse at effekten mest er fremtredende ved en applikasjon av 2000 slag pr. behandlet område. Her er dette kriterium grovt neglisjert ved en ikke uvesentlig underdekning i dosering.

Dette har svært lite med interessant klinisk forskning å gjøre når premissene for den ene gruppen som skal sammenlignes blir så feilaktig gjennomført. De optimale kriteriene for bruk av trykkløse i dette forsøket er vesentlig redusert i utgangspunktet, og resultatet er dømt til å bli av begrenset verdi.

De positive resultatene som her ser ut til å foreligge til tross, må i beste fall

betegnes som flaks. Det hele kan sammenlignes med å skyte flere skudd med hagle midt inne i en fugleflokk. Treffer man da et eller annet så har man vilkårlig flaks.

Dette tilsløres på den mest uanstendige måte av forsker Engebretsen ved å konkludere enkelt og greit med at treningspas ble signifikant bedre ved veiledet trening ved enn bruk av trykkbølge på grunnlag av de fremkommende resultatene. Hvorledes hun kan verifisere dette resultatet på et objektivt grunnlag sies det ikke noe om. Jeg stilte også spørsmål om hva som er avgjørende for å kalle eventuelle forskjeller i dette tilfellet for signifikante?

Det tjener under alle omstendigheter lite til forskerens ære at hun har tillatt seg å utelate «litt» når hun beskriver omfanget av signifikans i funnene i sin konklusjon.

Det virker i så måte påfallende at langtidseffektene beskrives så sort/ hvitt av forskeren. Sannsynligheten er vel heller en gråtonet virkelighet.

Derfor er det mer interessant å konstatere at trykkbølgebehandlingen hadde en viss effekt så lenge etterpå.

Det er påfallende at signifikansen nærmest er borte etter ett år, selv om forskeren hevder at komplimenterende oppfølgende behandling ble gitt for denne gruppen. Det er ikke noe motstri-

dende element at trykkbølgebehandling følges opp med trening i ettertid.

Forskning har fastslått at trykkbølgebehandlinger mange ganger gjør det mulig å starte opptrening ut ifra et mye gunstigere funksjonsnivå og forkorter restitusjonsfasen.

Selv innsigelsene om bruk av NSAD blir møtt med usaklig argumentasjon som grenser til det stupide. Det må være helt innlysende at det er vesentlig forskjell om pasientene regelmessig benytter dokumentert reseptskrevet medisiner eller om enkelte på eget initiativ ukontrollert benytter enkelte slike midler som kjøpes reseptfritt som også er av en helt annen kategori.

Hvorfor hevder forskeren så skråsikert «at vi» ikke vet nok om reaksjoner rundt bruken av NSAID når det foreligger klar dokumentasjon på at NSAID hemmer effekten av trykkbølge.

Det er mulig hun ikke vet nok om dette, hvilket burde være en utfordring for henne å finne mere ut om og forholde seg mer ydmyk til dette især når Varhaug henviser til studier rundt dette.

Jeg vil derfor gå så langt å si at hele oppsettet med bruk av trykkbølger på denne måten er å betrakte som en provokasjon mot oss klinikere som anvender denne daglig ut ifra et mer seriøst, indisert grunnlag. Vi har erfaring med at

metoden gir mange ganger bedre og rasere resultater enn både kirurgi, kortison og trening.

Det kan undres om det ligger høyere krefter bak hele forsøket som aktivt ønsker å redusere betydning av trykkbølgebehandling av ulike grunner. I enkelte kretser kan det virke som om trykkbølger røkter sterkt ved tidligere vedtatte oppfatninger om hva slags behandling som er offisielt korrekt å utføre.

Det er forstemmende hvordan erfarne klinikeres uttalelser om gunstige resultater gjentatte ganger arrogant betegnes som uinteressante av autodiakter innen fysikalsk medisin.

Det fatale er hvorledes disse krefter urettmessig fungerer som opinionsdannere og hvorledes deres synspunkter influerer annet helsepersonell som leser disse publikasjonene. Disse bakstreverske holdninger begrenser en konstruktiv utvikling av nye kliniske metoder i å etablere seg i det medisinske miljø.

Denne omtalte forskningen er kun med til å bygge oppunder dette med sin negative vinkling på trykkbølgebehandling som et fremtidig utbredt behandlingstilbud i tillegg til de allerede etablerte.

Peter Christoffer Meyer