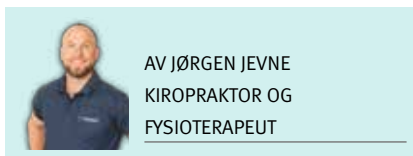


Smertereduksjon  
Funksjonsforbedring  
Kostnader



# Ryggrevolusjonen(?)

I starten av mai 2023 skjedde det noe uvanlig; en studie som undersøkte intervensjoner for ryggsmarter viste effekt! En gruppe pasienter med langvarige korsryggsmarter og funksjonsnedsettelse, rapporterte markant bedret funksjon og mindre smarter 12mnd etter intervensjonen. Representerer dette et lite lys i mørket i muskelskjelettfaget? Hvilke kliniske implikasjoner har denne studien? Og hvilke detaljer er det verdt å diskutere nærmere? Alt det går vi gjennom i denne artikkelen.



AV JØRGEN JEVNE  
KIROPRAKTOR OG  
FYSIOTERAPEUT

Korsryggsmarter er et verdensomspennende problem. For individet som lider under tilbakevendende og/eller langvarig korsryggsmarter, har plagene omfattende betydning i livet og kan medføre redusert eller manglende arbeidsevne, uførhet, redusert livskvalitet, sosial isolasjon, frustrasjon og fortvilelse. For samfunnet er korsryggsmarter en økonomisk og praktisk byrde av

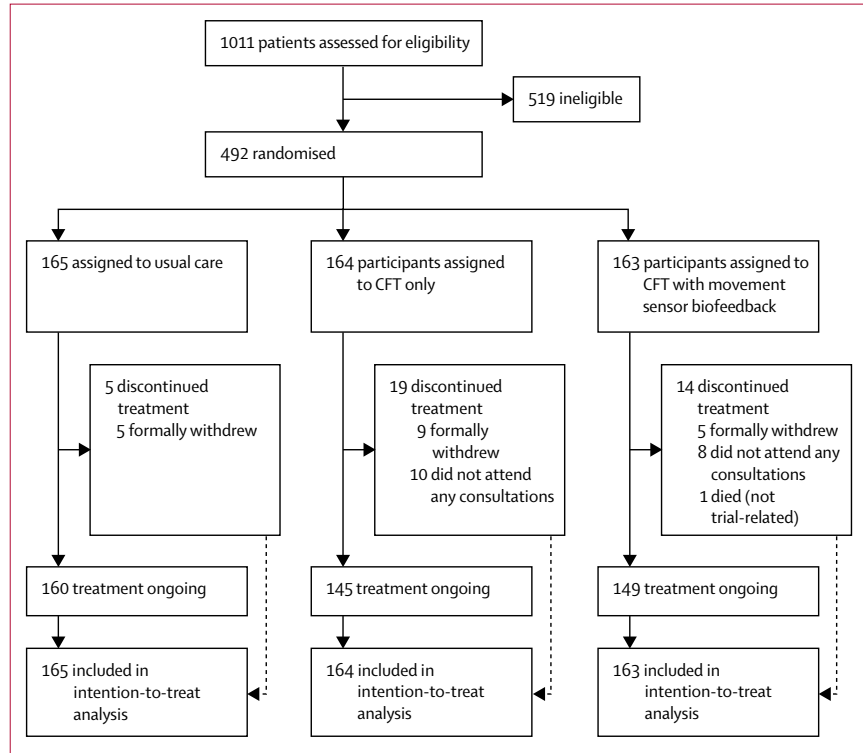
monstrøse proporsjoner, som krever enorme ressurser både i form av personell, helsetilbud og økonomi. For klinikerer representerer pasientene et klinisk puslespill med mange forvirrende dimensjoner, som gjør behandling utfordrende og frustrerende [1,2]. For å gjøre ting verre har forskningen foreløpig møtt på blindvei etter blindvei i jakten på adekvat, konsekvent og (lang)varig håndtering av korsryggsmarter på populasjonsnivå. Tvert i mot har studie etter studie vist små-til-moderate effektstørrelser, og typisk er effekter som er kortvarige og med minimal praktisk betydning

for hverdagslivet til pasienten [3]. Narrativet om at korsryggplager er benigne tilstander med mild intensitet og forbigående karakter er også en sterk forenkling av virkeligheten, som muligens bidrar til at forskningen på området er underdimensjonert og underfinansiert. I stedet belyser store populasjonsstudier alvorligheten av denne forenklingen, hvor i stedet korsryggproblemet sementeres som ett av vår tids store helseutfordringer [2,4]. Anerkjente forskere har også pekt på måten helsesystemer er utformet på – sannsynligvis insentiveres pasienter til kostbare og ineffektive behand-

linger som ofte har en betydelig risikoprofil [2]. Med dette bakteppet er det åpenbart at det er et behov for nytenking og forandring. Både hos klinikere, akademikere, pasienter og beslutningstakere. Hvordan ser veien videre ut?

### Ny studie gir håp

I starten av mai 2023 publiserte Kent og kolleger noe som må betraktes som banebrytende – en intervensjonsstudie på korsrygg [5] i selveste «The Lancet», sannsynligvis det mest prestisjetunge tidsskriftet i verden. Det mikroskopiske nåløyet man skal gjennom for å få sin studie publisert i dette tidsskriftet, burde gjøre at alle klinikere der ute sperrer opp øynene. Betydningen av slike publikasjoner på uspesifikke ryggsmarter har nemlig implikasjoner for de fleste av oss som behandler pasienter, uavhengig av hvor smerten sitter [6]. Studien til Kent et al undersøkte effekten av kognitiv funksjonell terapi (heretter titulert CFT). CFT er en «fysioterapi-ledet intervensjon som er psykologisk informert og rettet mot den multidimensjonale biopsykososiale karakteren av

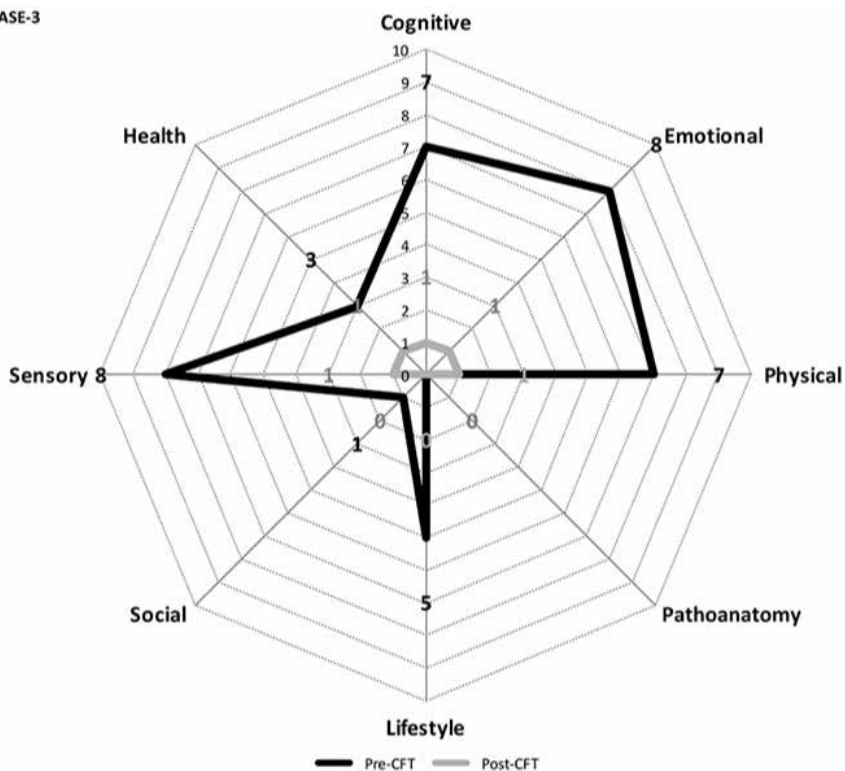


Flowchart som viser inklusjon, eksklusjon og randomiseringsprosessen

korsryggsmerter» [7]. Studien hadde som mål å sammenligne effektiviteten og de økonomiske rammene til CFT, levert med eller uten bevegel-

sensor biofeedback, med vanlig behandling for pasienter med langvarige korsryggsmerter i 20 fysioterapiklinikker i primærhelsetjenesten i Perth og Sydney, Australia.

CASE-3



Kognitiv funksjonell terapi bruker et flerdimensjonalt klinisk resonnement for å identifisere og målrette faktorene som er viktige for hver enkelt. Dette rammeverket lar klinikere vurdere det relative bidraget fra de ulike helsedomenene til pasientens tilstand.

Totalt 492 personer med vedvarende og invalidiserende korsryggsmerter ble rekruttert, på bakgrunn av at de hadde henvendt seg til helsepersonell for sine korsryggsmerter minst seks uker tidligere. I gjennomsnitt hadde de inkluderte personene ved oppstarten til studien en varighet på fire år med kroniske korsryggsmerter. Studien inkluderte voksne over 18 år med en gjennomsnittsalder på 47 år. Det var ikke noe øvre tak på alder, noe som skiller seg fra mange andre korsryggsstudier, hvor man gjerne setter maksalder på 65 år. Personer med tidligere ryggoperasjoner, psykiske helseutfordringer og andre helsekomorbiditeter ble også inkludert i studien, noe som også normalt sett kvalifiserer for eksklusjon i andre studier. Dette understreker studiens kliniske relevans og tyngde, da dette betyr at studiepopulasjonen i stor grad er representativ for pasienter man ser i klinisk praksis, og ikke minst at pasientene har en høy sykdomsbyrde både fysisk og

psykisk. Dette har også tradisjonelt sett vært de vanskeligste pasientene å behandle. Eksklusjonskriterier var begrenset til personer med alvorlig patologi og de som ikke kunne fylle ut spørreskjemaer på nettet eller delta på konsultasjoner.

Studiepopulasjonen ble randomisert til én av tre behandlingsformer:

- Usual care/standard behandling. Folk kunne søke helsebehandling som vanlig uten restriksjoner.
- CFT med biofeedback. Sensorer ble plassert på pasienten for å gi personlig tilbakemelding på bevegelse og holdning, som instruert av fysioterapeuten. Her var dataene tilgjengelig for analyse.
- CFT med falsk biofeedback. Sensorer ble plassert på deltakeren for å hjelpe blinding og gi bevegelsesinformasjon for studien, men dataene ble ikke aktivt brukt i analysen.

Det primære utfallsmålet var smerterelatert fysisk aktivitetsbegrensning. Dette ble selvrapporert av pasientene online ved å bruke Roland Morris Disability Questionnaire (0–24 skala), og det primære tidspunktet var 13 uker. Sekundære utfallsmål var gjennomsnittlig smerteintensitet (tre numeriske vurderingsskalaer - nå, mest alvorlig i løpet av de siste 14 dagene, og gjennomsnittlig de siste 14

Studie	Baseline RMDQ	STarT Back Risiko
<b>RESTORE</b> Kent et al 2023 <i>The Lancet</i>	13.5	Low risk: 10% Medium Risk: 55% High Risk: 35%
<b>STarT Back</b> Hill et al 2011 <i>The Lancet</i>	9.8	Low risk: 25% Medium Risk: 50% High Risk: 25%

Sammenlignet med sammenlignbare studier fra tidligere, hadde populasjonen i Kent sin studie høyere risikoprofil (andel medium og high-risk STarT Back pasienter)

dagene, på en 0–10 skala), pasient-spesifikk funksjonell begrensning (pasientspesifikk funksjonsskala, 0–10-skala) smertekatastrofiserende (Smertekatastrofiserende skala, 3-element 0–12 skala til alle tidspunkter og 13-element 0–52 skala kun ved baseline), smertehåndtering (Pain Self-Efficacy Questionnaire, 0–60 skala), frykt for bevegelse (underskala for fysisk aktivitet av Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, 0–24 skala), pasientoppfattet global forbedring (ett spørsmål), pasienttilfredshet med pleie og behandling (ett spørsmål), og uønskede hendelser notert av fysioterapeutene eller selvrapporert

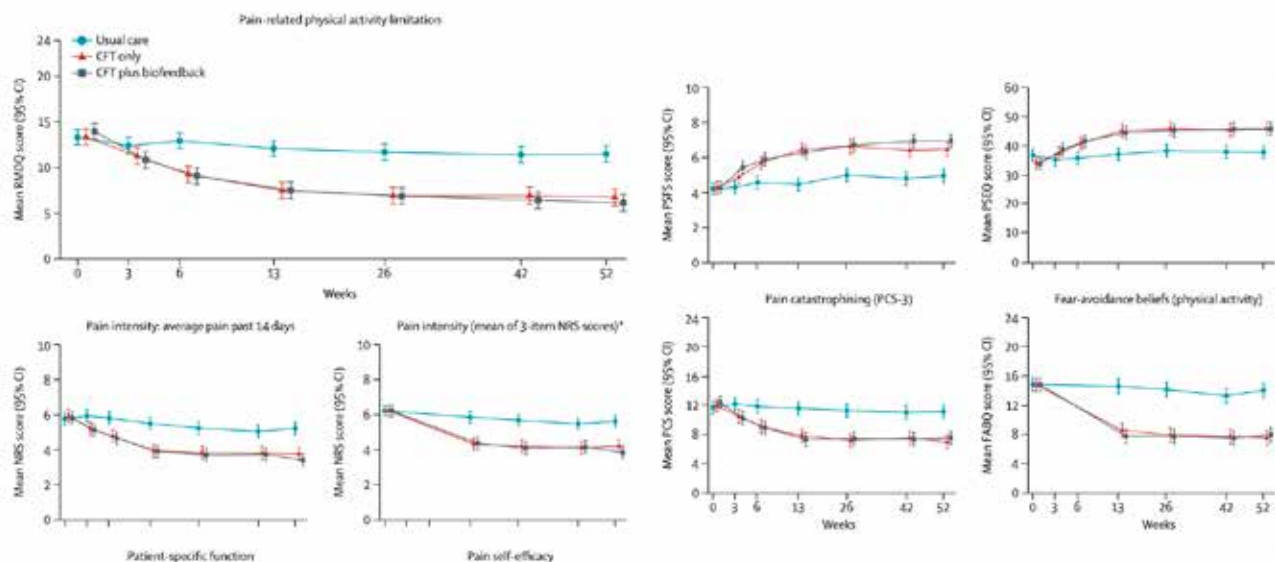
av deltakere i oppfølgende spørreskjemaer. Forventning til behandlingen ble målt etter randomisering med et enkelt spørsmål: "Hvor sikker er du på at dette behandlingsalternativet vil forbedre ryggsmertene dine?" Datainnsamling skjedde ved baseline, samt etter 3, 6, 13, 26, 40 og 52 uker. Det ble også gjort økonomiske analyser. For den økonomiske analysen var det primære utfallsmålet kvalitetsjusterte leveår (QALYs), beregnet ved bruk av «area-under-the-curve-tilnærmingen» på grunnlag av svar på EQ-5D-5L spørreskjemaet. Kostnadsutfall som ble inkludert var direkte helsekostnader som kan tilskrives bruk av alle helsevesenets ressurser (målt ved bruk av utdrag fra den australske regjeringen Medicare-kravdata og Pharmaceutical Benefits Scheme-databaser levert via Services Australia, og pasientspørreskjemaer for å fange opp annen bruk av helsehjelp og produktivitetstap (målt ved hjelp av iMTA Productivity Cost Questionnaire). Indirekte helsekostnader (f.eks. reiser til konsultasjoner) og produktivetskostnader (inkludert fravær) ble fanget opp i deltaker-spørreskjemaene etter 13, 26, 40 og 52 uker.

#### Hva er CFT?

Kognitiv funksjonell terapi er en atferdsintervensjon for personer med kroniske korsryggmerter, tilpasset "beste praksis" basert

"Hvor sikker er du på at dette behandlingsalternativet vil forbedre ryggsmertene dine?"	Vanlig behandling (n=165)	CFT alene (n=164)	CFT + biofeedback (n=163)
Veldig usikker	14 (10%)	1 (1%)	0
Usikker	27 (19%)	2 (1%)	2 (1%)
Verken eller	64 (46%)	35 (24%)	47 (32%)
Noe sikker	9 (6%)	40 (27%)	40 (27%)
Sikker	18 (13%)	47 (32%)	41 (28%)
Veldig sikker	8 (6%)	20 (14%)	17 (12%)

Tabellen viser at 75% av pasientene i standard behandlingsgruppen hadde liten tro på intervensjonen de var randomisert til



Grafer som viser primære og sekundære utfallsmål

på dagens beste vitenskapelige evidens. Intervensjonen er et forsøk på å veve sammen beste tilgjengelig kunnskap, og omsette dette i et klinisk rammeverk som er tilgjengelig, implementerbart og effektivt.

Konseptet har utviklet seg i klinikken, av klinikere og for klinikere, og det har blitt informert (og kontinuerlig endret) på bakgrunn av feedback fra mennesker som lever med kroniske korsryggsmarter, og med input fra den nyeste vitenskapelige forskningen. Kognitiv funksjonell terapi skiller seg fra tradisjonelle behandlingstilnærminger fordi den (forsøker å) helhetlig adressere det brede spekteret av individuelle faktorer som kan føre til pågående smerte og funksjonshemming, for eksempel negative oppfatninger om ryggsmarter, emosjonelle plager og uhjelpsomme atferdsreaksjoner på smerte, som for eksempel endret bevegelse og unngåelse av aktivitet. Disse faktorene er kjent for å være viktige barrierer for forbedring hos personer med kroniske korsryggsmarter [7]. Kognitiv funksjonell terapi plasserer «personen» i sentrum av deres helse, der deres individuelle bekymringer, tanker, måter de beveger seg på, og deres funksjonelle begrensninger og mål, blir fokus for behandlingen. Klinikeren jobber som en «coach» i stedet for en «mekaniker» eller «fikser».

Kognitiv funksjonell terapi bruker et flerdimensjonalt klinisk resonnerement for å identifisere og målrette faktorene som er viktige for hver enkelt. Dette rammeverket lar klinikere vurdere, for hver enkelt, det relative bidraget fra de ulike helseområdene til pasientens tilstand. Se for øvrig bilder.

Nøkkelpoengene i CFT er [7]:

1. Individualisert, personsentrert behandling [8]
2. Basert på beste tilgjengelige evidens [2,3]
  - a. Screener for alvorlig patologi
  - b. Screener for, og utforsker, biopsykososiale barrierer for forbedring
  - c. Kunnskapsformidling til pasienter om deres tilstand, prognose og beste behandling
  - d. Behandling er rettet mot biopsykososiale barrierer for forbedring
  - e. Fremmer selvhåndtering av tilstanden i et større rammeverk
3. Inkluderer et multidimensjonalt klinisk resonneringsverktøy for å hjelpe fysioterapeuter til å identifisere og håndtere modifiserbare faktorer for forbedring

CFT har tre hovedområder man adresserer:

#### Making Sense Of Pain

Veilede en rekonseptualisering av smerte fra et biopsykososialt per-

spektiv, gjennom linsen til pasientens egen historie og erfaringer.

#### Exposure With Control

Veiledning av smerte- og bevegelsesstrategier for å bygge opp selvtillit for pasienter til å engasjere seg i verdsatte aktiviteter (fysisk, arbeid, sosial osv.).

#### Lifestyle Change

Fremme positiv fysisk, sosial og psykisk helse. Dette kan foregå gjennom rådgivning om søvn, kosthold, stressmestring, bevegelsesstrategier, restitusjon osv.

#### Hvem leverer CFT?

Studien til Kent et al [5] beskriver i detaljer hvordan intervensjonsgruppen leverer CFT. En gruppe på 18 fysioterapeuter over hele Perth og Sydney som hadde minst 2 års erfaring i å behandle personer med kroniske korsryggsmarter og minimal tidligere eksponering for kognitiv funksjonell terapi, ble valgt for å levere intervensjonen (CFT) i denne studien. De hadde et bredt spekter av klinisk erfaring, fra 2-30+ år. Opplæringen ble gjennomført over 6 måneder. Opplæringen inkluderte kunnskap, ferdigheter og klinisk kompetanse, med personlig veiledning fra kursledere parallelt mens fysioterapeutene behandlet pasienter med kroniske korsryggsmarter. Fysioterapeutene som var involvert i studien rapporterte om en endring



i tankesett rundt håndteringen av pasienter med langvarige korsryggsmerter, og de så et skifte i sin rolle som coach, med en ny forståelse av mennesker med korsryggsmerter og ferdigheter til å håndtere dem på en bedre og tryggere måte. Kompetansestandarder måtte oppfylles før fysioterapeutene kunne gå inn i studien og behandle pasienter, og ikke alle oppnådde kompetanse etter 6 måneder. Opplæringen ble utført av fysioterapeuter som hadde utviklet kognitiv funksjonell terapi og hadde lang erfaring med å bruke og undervise i konseptet. Mot slutten av treningen ble gruppene tilfeldig delt i to, hvor én gruppe også ble trent i bruk av bevegelsesbiofeedback.

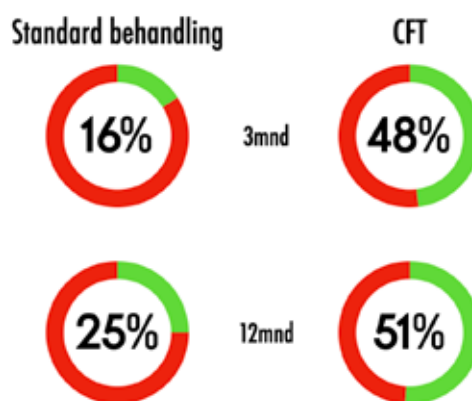
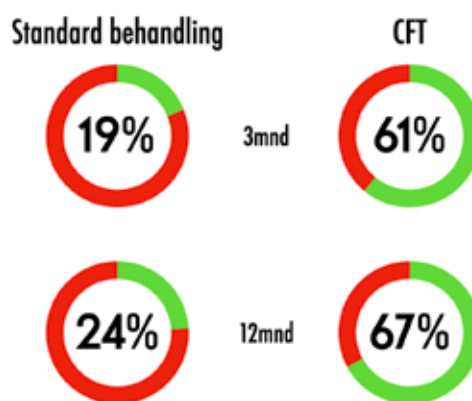
### Resultater og funn i studien

Median antall konsultasjoner var syv i begge CFT-gruppene. Ved det primære utfallsmålet som ble målt ved 13 uker, svarte 134 (82 %) av deltagerne i «standard behandling-gruppen» på et spørsmål om deres bruk av helsehjelp de siste tre månedene, hvor bare 51 (38 %) hadde søkt behandling for korsryggsmerter. Av disse 38 %, rapporterte de gjennomsnittlig tre behandlinger/konsultasjoner. Dette er viktig informasjon når vi tolker effektstørrelsene, siden resultatene i denne gruppen var ubetydelige. Begge CFT-gruppene rapporterte bedre effekt enn standard behandling, og man observerte til dels store effektstørrelser (se grafer). Disse forskjellene ble opprettholdt ved 52 uker. Begge CFT-gruppene fikk en boosterøkt ved 26 uker. Boosterøkten hadde som mål å gjennomgå og optimalisere fysioterapeutens plan, inkludert å svare på fremtidige problemstillinger og oppblussinger av smerte, og adressere eventuelle barrierer. Denne økten ble lagt til, siden tidligere studier som inkluderte personer med høyere nivåer av aktivitetsbegrensning på grunn av kroniske korsryggsmerter hadde vist en reduksjon i CFT-behandlings-effekter mellom 6 og 12 måneder. Håpet var at en slik økt ville gi bedre effekt på sikt.

CFT med falsk biofeedback og CFT pluss biofeedback resulterte begge i relativt store kliniske endringer i det



primære utfallsmålet, spesielt sammenlignet med standard behandling. Samtidig var også behandlingene betydelig mindre kostbare fra et samfunnsperspektiv. Effektene ble opprettholdt til den siste 52-ukers oppfølgingen. Funnene var like på tvers av alle sekundære kliniske utfallsmål, noe som øker tiliten til resultatene. Man fant ingen åpenbar fordel når CFT ble supplert med bevegelsessensorer. Årsaken til dette er uvis, men det kan være software-avhengig eller rett og slett det faktum at CFT intervensjonen i seg selv produserer resultater som ikke vil forsterkes ytterligere av biofeedback. Ved slutten av behandlingsperioden (52 uker), var den kliniske effekten til de to intervensjonsgruppene større enn de fleste andre intervensjoner for kroniske korsryggsmerter målt på utfallsmålet aktivitetsbegrensning og smerte, og lik de som tidligere er rapportert for de mest effektive kombinasjonsterapiene, inkludert tidligere studier av CFT. Resultatene våre ble imidlertid



oppretholdt etter 52 uker, noe som er uvanlig, i motsetning til funnene fra den samme systematiske oversikten om at ingen behandlinger eller kombinasjoner av behandlinger hadde statistisk signifikante effekter ved 52 uker for enten aktivitetsbegrensning eller smerte [9]. I tillegg var langtidseffektene vesentlig større enn andre, dyrere alternativer som krever et multidisiplinært team i en mer omfattende setting.

### Alt som glimrer er gull – eller?

Først må det fortjent ros på plass. Det å få en studie publisert i et tidsskrift som The Lancet er en fabelaktig prestasjon, og forskerne gjør noe så unikt som å tenne et lite lys av håp i en fortvilende del av fagfeltet. Studien har fått, og vil fortsette å få, velfortjent oppmerksomhet i årene som kommer. Forhåpentligvis danner studien grunnlaget for en ny serie med studier som undersøker effekten i andre settinger og med andre mål for øyet. Men før vi kaller det en (rygg)revolusjon, er det en



*Klinikeren som skal levere CFT må beherske en rekke domener, men sentralt står kommunikasjonsferdigheter og kompetansen til å sette pasienten i sentrum*

del momenter som det er verdt å se litt ekstra nøye på.

Først og fremst, og helt uten forkleinelse til studien i seg selv, er det spørsmålet rundt randomiserte kliniske studier som gullstandarden for å besvare komplekse kliniske spørsmål fra vår praksis. Alle som jobber med pasienter vet at pasienter er komplekse med individuelle bekymringer, tanker, emosjoner, reaksjonsmønstre, atferd og komorbiditet. RCT-en på sin side forsøker å lempe alle disse sammen i den samme bøtten og gi de samme sterile intervensjon sammenlignet med en sukkerpille, placebooperasjon, venteliste, ingen behandling, standard behandling eller andre former for kontrollgrupper. Kvalitative studier som den diametrale motset-

ningen av RCT-en, viser oss paradoksalt nok hvorfor ofte de tunge, store studiene feiler med å gi oss svarene vi ønsker; nettopp fordi pasientens kvalitative narrativ ofte gir oss overraskelser eller ny informasjon som ikke hører hjemme i det kalde forskningsnarrativet. Kanskje er det nettopp også derfor det er så glede- lig å lese at effektstørrelsene som oppnås i denne studien gir grobunn for håp og endring av praksis når det kommer til å håndtere langvarige korsryggplager. CFT er i sin natur individbasert og personsentrert, og forskerne fortjener ros for å klare å implementere en så kompleks intervensjon inn i en så rigid forsknings- metodikk som RCT-en er. Der hvor man som kliniker kanskje opplever at det ligger vel så mye verdi i å lese kvalitativ forskning, som innebærer

intervju med pasienter hvor man får 1-til-1 fortellinger fra pasientens opplevde virkelighet, så er det ingen tvil om at RCT-en fortsatt vil være det som er tungtveiende i en kapitalis- tisk verden, hvor «bunnlinjen» vil bestemmes av stort tallmateriale og kalde effektstørrelser, og ikke his- torier fra enkeltpersoner. Forskerne har således også gjort en kjem- pejobb i å belyse de økonomiske aspektene av intervensjonen både på personnivå, men ikke minst på samfunnsnivå.

Effektstørrelsene som er rapportert fortjener også noen refleksjoner. Det er viktig at man understreker forskjellen på å bli bedre, og «å bli bra» i slike studier. Samtidig er det også viktig at man her ser på gjennomsnitt og medianer i en



stor populasjon og rapporterer dette som variabler i et regneark. Inne i disse tallene ligger det unike individuelle opplevelser, og «minimal clinical differences» er ikke adekvat for å beskrive hvordan personen selv opplever endringene i sitt liv. Sagt på en annen måte, kan en to-punkts reduksjon av smerteintensitet på en ti-punktsskala være klinisk signifikant, men for en pasient både være likegyldig og livsforandrende. Dette avhenger igjen av pasientens forventninger til bedring og hva smerteopplevelsen gjør med den enkeltes liv. I så henseende er det igjen både gledelig, og noe overraskende, at intervensjonen viser såpass bred, konsekvent og ikke minst holdbar effekt på samtlige primære og sekundære utfallsmål gjennom studiens forløp. Det er dog viktig at man ikke her snakker om at pasienter med ryggsmerte går fra å ha mye smerter, ubehag og funksjonsnedsettelse til å beskrive seg funksjonsfriske og smertefrie. Man rapporterer altså en reduksjon på RMDQ (verst 24, best 0) fra ca. 13,5-14,0 ved baseline og ned til rundt 6,0-6,5 ved studiens slutt i de to intervensjonsgruppene. Til sammenligning er reduksjonen i standard behandlingsgruppen fra 13,3 til 11,5. Med andre ord er reduksjonen betydelig, og betydelig bedre enn i kontrollgruppa, men det er altså ikke slik at pasientene rapporterer full funksjonsbedring gjennom studietiden. Samme historie ser man når man ser på smerteintensitet, hvor bildet er enda tydeligere. I de to intervensjonsgruppene reduseres gjennomsnittlig smertenivået fra rundt 6 til 4 på en VAS 10-punktsskala. Smertereduksjonen i kontrollgruppa er fra 6,2 til 5,6. Med andre ord vil det på en graf se ut som, og være, en betydelig forskjell i de to gruppene, men i pasientens faktiske liv vil altså smerteintensiteten fortsatt være det mange vil betrakte som betydelig.

Videre rapporterer studien hva slags tro pasienten har på intervensjonen hen er randomisert til (se tabell). I tabellen fremgår det at av pasienter som randomiseres til standard behandling, rapporterer 75 % enten at de er veldig usikre,

usikre eller verken/eller når de blir spurt om hvor trygge de føler seg på intervensjonen de er randomisert til vil kunne forbedre ryggsmertene deres. I de to kontrollgruppene er prosentandelen 25-35 %, avhengig av gruppe. Ordlyden som fremgår av artikkelen: "Participants were told that the trial compared usual care with two evidence-based interventions and were aware of their group allocation", gjør også at man må stille seg spørsmålet om pasientene både direkte, og indirekte, ble påvirket til å favorisere CFT-intervensjonene. Denne opplevelsen forsterkes av det faktum at >50 % av pasientene i standard behandlingsgruppa ikke hadde oppsøkt helsehjelp de siste 3 mnd ved 13-ukers oppfølgingen av studien. Det er nærliggende å tro at denne gruppen på dette tidspunktet har «gitt opp» helsehjelp, og at man ved randomisering til en kontrollgruppe med en ordlyd om at det skal sammenlignes med to moderne, evidensbaserte behandlingsformer, introduseres en «performance bias» i favør av intervensjonene. Dette kan naturligvis ha innvirkning på resultatene vi ser.

Et annet aspekt som gjør at man stiller spørsmål, er den manglende «regression to the mean» i kontrollgruppa. Begrepet kan defineres på norsk som et «statistisk fenomen som opptrer når man trekker en ikke-tilfeldig prøve fra en populasjon, og som undersøkes for to mulige utkomme som ikke er fullstendig korrelert. Hvis man har en hendelse med en ekstrem verdi ved første måling vil en gjentatt måling av den samme hendelsen ved et seinere tidspunkt ofte være nærmere gjennomsnittsverdien for hendelsen. Tilbakefall mot gjennomsnittet skyldes naturlig variasjon ved gjentatte målinger, og som ved mange nok målinger vil følge den sentrale tendensen.» I de fleste studier som innehar en kontrollgruppe, i dette tilfellet er dette standard behandlingsgruppen, ser man ved oppfølging en form for bedring bare som resultat av naturlig fluktusjon i symptomer. I denne studien er det påfallende lite endring i kontrollgruppen. Dette kan naturligvis ha flere årsaker, og delvis forklares i

avsnittet over, ved at gruppen har både direkte og indirekte blitt ansett som mindreverdig sammenlignet med CFT intervensjonene.

### **En revolusjon(?)**

Forskerne og klinikerne som er involvert i denne studien fortjener honnør, ros og applaus for arbeidet de har lagt ned. Artikkelen er svært omfattende og studien representerer et nybrottsarbeid og er et eksempel til etterfølgelse. Revolusjon er et kraftig ord, men denne forfatteren velger allikevel å kalle studien og arbeidet rundt for en (liten) revolusjon. Ikke på grunn av effektstørrelsene og den direkte betydningen for pasientens helse i denne ene studien, men heller for å tenne et lys av håp der hvor det har vært mørkt lenge. For å stake ut kursen for klinikere, forskere og utdanningsinstitusjoner. For å vise at det er et endringsbehov og at vi har en endringsvilje.

Studien i seg selv er ingen revolusjon, men forhåpentligvis er den starten på en ny måte å se på og håndtere ryggsmerte.

*Se kilder/referanser side 36*