

**Høringsvar National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede
lænderygmerter**

31. maj 2016
4-1013-77/2
behj@sst.dk
+45 41 39 35 27

1. KL
2. Horsens Kommune
3. Dansk Selskab for Almen Medicin
4. Dansk Selskab for Fysioterapi
5. Danske Fysioterapeuter
6. Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin
7. Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik
8. Dansk Kiropraktor Forening
9. Høje-Taastrup Kommune
10. Ergoterapeutforeningen
11. Carsten Bruun, Privathospital Kollund
12. Radiograf Rådet
13. Region Syddanmark
14. Danske Regioner

Peer review:

- Birgitta Öberg, professor, Department of Medical and Health sciences, Linköping Universitet
- Jens Ivar Brox, professor, Institutt for klinisk medisin, UiO: Universitetet i Oslo

Sekretariatet for Nationale
Kliniske Retningslinjer

Sundhedsstyrelsen
Islandsbrygge 67
2300 København S

T +45 72 22 74 00
E [sst@ddt.dk](mailto:ssst@ddt.dk)
www.sst.dk



KL's hørings svar vedr. national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter

Sundhedsstyrelsen
NKRsekretariat@sst.dk

KL fremsender hermed bemærkninger til det høringsmateriale, som Sundhedsstyrelsen har sendt med mail den 27. april 2016 vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter.

Det ikke været muligt at nå en politisk behandling af KL's bemærkninger til retningslinjen. KL tager derfor forbehold for eventuelle efterfølgende politisk behandling.

KL hilser retningslinjen velkommen og vurderer, det er et værktøj, som primært vil få betydning for praksissektoren, idet langt de fleste patienter ikke umiddelbart vil komme i kontakt med kommunerne før de forhåbentlig er raske igen. Det er væsentligt, at den enkelte kommune har viden om anbefalingerne, hvis tilstanden udvikler sig til noget længerevarende, hvor patienten kommer i kontakt med kommunen. Her er det vigtigt, at kommunerne i deres genoptræning og rehabiliteringstilbud indarbejder anbefalingerne fra retningslinjen, så de kommunale tilbud er opdaterede med henblik på hurtigst muligt at få borgerne raske, så de kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

KL savner, at retningslinjen også omfatter udredning og screening for alvorlig patologi, idet det er i denne fase, hvor man afdækker, om patienten tilhører gruppen med uspecifikke lænderygsmerter. KL håber, at den kommende nationale forløbsplan for kroniske lænderygsmerter vil adressere dette.

Det kan undre lidt at basere baggrundsafsnittet på et redskab til at stratificere og gruppere patienter ud fra en risikoprofil, når man under PICO 3 anbefaler ikke at gøre det.

I forhold til PICO 4 konkluderes det, at man ikke anbefaler, at der foretages røntgen og MR scanning rutinemæssigt, men der savnes en anbefaling om i hvilke tilfælde, det vil være relevant at foretage billeddiagnostisk.

Med venlig hilsen

Underskrift nr. 1 – Skift linje for indrykket underskrift nr. 2

Dato: 10. maj 2016

Sags ID: SAG-2015-01276
Dok. ID: 2193337

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



Dato: 10. maj 2016

Sags ID: SAG-2015-01276

Dok. ID: 2193337

E-mail: LVI@kl.dk

Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 2 af 2



Horsens Kommune
Rådhusstorvet 4, 8700 Horsens

Velfærd og Sundhed
Velfærds- og Sundhedsstaben
Sagsbehandler:
Ulla Hjorth
Direkte: 76293546
Mobil: 28126973

www.horsens.dk

Sundhedsstyrelsen

Att.: Betina Højgaard

behj@sst.dk

Sagsnr. 29.24.00-K04-1-16
Dato: 12.5.2016

Høringssvar vedrørende behandling af nyopståede lænderygmerter.

Horsens Kommune har ingen kommentarer til nye retningslinier for behandling af nyopståede lænderygmerter.

Med venlig hilsen

Ulla Hjorth
Udviklingskonsulent

Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab

13. maj 2016

Høringsvar vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygmerter

DSAM vil hermed takke for fremsendelsen af høringsudkastet til den nationale kliniske retningslinje vedrørende lænderygmerter.

Vi tager først og fremmest budskaberne til orientering. Der skønnes ikke at være meget nyt, da evidensen desværre fortsat er sparsom på dette store område.

Vi er glade for, at der fortsat lægges op til, at lægen skal foretage et fagligt skøn (eller det der i retningslinjen kaldes "nøje overvejelser"), når det gælder smertestillende behandling, hvor der desværre ikke foreligger nogen helt ideel behandling.

Specielt ser vi det som en styrke, at arbejdsgruppen, trods relativt lav evidens, kommer frem til, at man ikke bør tilbyde rutinemæssig billeddiagnostik ved nyopståede lænderygmerter. Dette kan ses som en stor hjælp til de praktiserende læger, som ofte skal modstå pres fra patienter og private aktører om at få en diagnose baseret på et billede.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Høring: National Klinisk Retningslinje for behandling af nyopståede lænderygssmerter

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til NKR for behandling af nyopståede lænderygssmerter og takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DSF har samlet et høringssvar med input fra:

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi, DSMF
- Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi, DSMDT
- Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi, DSAF
- Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG
- Dansk Selskab for Fysioterapi i Sundhedsfremme, Forebyggelse og Ergonomi, DSFSFE
- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi, DSSF

Der henvises endvidere til selskabernes individuelle høringssvar, der er vedhæftet sidst i dette dokument.

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den nationale kliniske retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

Generelle bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en klinisk retningslinje, der i udgangspunktet anerkender, at arbejdet med patienter med uspecifikke rygssmerter er yderst komplekst.

Vi mener dog at afgrænsningen af patientgruppen er problematisk. Der er valgt "nyopståede lænderygssmerter", men gruppen af patienter med "tilbagevendende lænderygssmerter" er også indbefattet i denne NKR. Der vil være stor forskel på disse to undergrupper af rygpatienter. Der vil endvidere være en del studier, der ikke er kommet med i søgningen fordi patienter med tilbagevendende rygssmerter oftest vil være kategoriseret som kroniske/tilbagevendende/længerevarende etc. i den videnskabelige litteratur. Ifølge "Sygdomsbyrden i Danmark" (Sundhedsstyrelsen, 2015) har mere end 75% af alle, der oplever nyopståede lænderygssmerter oplevet tidligere episoder.

Det er rigtig ærgerligt at en NKR til en så stor og samfundsmæssig udgiftskrævende patientgruppe ender med så vage anbefalinger. Helt overordnet ville det have været mere relevant at udarbejde én NKR for "rene" nyopståede lænderygssmerter, og én for patienter med tilbagevendende og kroniske lænderygssmerter.

I baggrundsafsnittet er det beskrevet, at man har valgt ikke at beskæftige sig med udredning og diagnostik i denne NKR. Det er dog netop i udredning og bl.a. screening for alvorlig patologi (røde flag), man i en klinisk hverdag finder ud af, hvilke patienter, der har

“uspecifikt lænderygbesvær”. Man vælger dernæst alligevel at tage billeddiagnostik (røntgen og MR) med, hvilket virker inkonsekvent.

STarT Back Screening Tool: er udviklet til længerevarende og kroniske rygsmerter. Det kan virke lidt paradoksalt at basere baggrundsafsnittet på et redskab til at stratificere og gruppere patienter ud fra en risikoprofil, når man i PICO 3 anbefaler direkte imod at gøre dette.

Bemærkninger til de enkelte PICO spørgsmål

PICO 1:

De medtagne studier er ikke alle en sammenligning af at være inaktiv og aktiv. Rent etisk skulle man nok anbefale lidt stærkere at være fysisk aktiv. Der er ikke noget, der taler imod det og der er mange andre gavnlige effekter af at være aktiv.

PICO 3:

Det virker voldsomt at anbefale direkte imod at gruppere patienter på baggrund af den sparsomme evidens. Formuleringen burde være, at det ikke kan anbefales. Hvis det er god praksis at lade være, indikerer det en mulig skadelig virkning (som ikke er tilfældet hér).

PICO 4:

Selvom man har valgt ikke at ville beskæftige sig med diagnostik og udredning i denne NKR, tages billeddiagnostik med røntgen/MR med alligevel. Konklusionen er, at man ikke rutinemæssigt bør foretage disse undersøgelser. Vi er helt enig i denne anbefaling. Men der mangler herefter en ræsonnering af, hvornår disse undersøgelser skal benyttes.

PICO 6:

For denne lidt blandede gruppe af patienter med akutte og tilbagevendende rygsmerter, kunne det have været relevant at dele et spørgsmål som dette op i A: akut opståede smerter og i B: længerevarende eller tilbagevendende smerter.

På vegne af

Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

www.dankselskabforfysioterapi.dk



Bilag:

1. Høringssvar fra Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi, DSMF
2. Høringssvar fra Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi, DSMDT
3. Høringssvar fra Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi, DSAF
4. Høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Sundhedsfremme, Forebyggelse og Ergonomi, DSFSFE
5. Høringssvar fra Dansk Selskab for Sportsfysioterapi, DSSF

Til rette vedkommende hos Danske Selskab for Fysioterapi

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF) takker hermed for invitationen til, at kommentere på høringsversionen af denne nationale kliniske retningslinje (NKR) for "behandling af nyopståede lænderygmerter", som er udarbejdet af en arbejdsgruppen under sundhedsstyrelsen.

Det umiddelbare indtryk ved gennemlæsning af dokumentet er, at arbejdsgruppens udkast er et gennearbejdet produkt, som er let læseligt samt overskueligt at implementere til klinisk praksis. Samlet har denne NKR, trods den begrænsede forekomst af høj kvalitet studier, opnået relevante og troværdige anbefalinger, som af sammenlignelig med lignende, internationale guidelines.

Det er DSMF opfattelse, at denne NKR er et relevant og vigtigt kvalitetssikrings værktøj, som kan guide sundhedspersonel ved udredning og håndtering af denne patientgruppe og således facilitere og understøtte kompetente beslutningsprocesser. Derfor er der heller ikke så meget vi finder anledning til at kommenterer på i denne NKR..

Der er følgende betragtninger ift afsnittet om "Gruppespecifik intervention" (s. 22-24), hvor det fokuserede spørgsmål er: "*Bør patienter med nyopståede lænderygmerter grupperes på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbydes gruppespecifik intervention frem for vanlig behandling?*"

Vi mener at det her kan præciseres om afsnittet er rettet mod anvendelse af gruppe-specifikke interventioner, eller mere på "stratificering" / "matchet" interventioner.

I afsnittet er der formuleret følgende:

"Fordi STarT Back Tool har vundet udbredelse, er der behov for at belyse, hvorvidt dette og lignende screeningsværktøjer kan identificere prognostiske undergrupper med tilhørende matchede interventioner, der forbedrer effekten af patientforløbene"



Høringssvar fra DSMF angående National klinisk retningslinje

"Det kan ikke udelukkes, at matchet behandling baseret på bio-psyko-sociale prognostiske faktorer har en effekt på undergrupper af patienter med nyopståede lænderygsmarter, men større studier er påkrævet for at belyse effekten. Der er ingen kendte skadevirkninger".

"Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at matchet, gruppespecifik behandling frem for vanlig behandling ikke er påvist at have en klinisk relevant effekt på hverken kort eller lang sigt. Overordnet er gruppespecifik behandling kun sparsomt belyst".

Altså, hvad er formålet med afsnittet..?

Er det, at belyse evidensen af "gruppespecifikke interventioner" ..?

Eller er det at vurdere om diagnostiske screeningsværktøjer screenings-værktøjer kan identificere prognostiske undergrupper..?

Eller er det om "stratificering" / "matchet interventioner" kan optimere rehabiliterings-forløb..??

På vegne af DSMF, venligst

Jeppe Thue Andersen & Henrik Christoffersen

Kontakt:

Jeppe Thue Andersen

DSMF

Master & Specialist muskuloskeletal fysioterapi, lektor PH Metropol

Mail: jepethue@gmail.com

Mobil: 40 44 40 82

NKR for behandling af Nyopståede lænderygsmerter

Kommentarer til Høringsvar fra Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi

Simon Simonsen
Fysioterapeut, Dip MDT

1. ad pkt 1 Vanlig aktivitet

Begrebet "vanlig aktivitet" står lidt uklart - studierne i pkt 1.6 er heller ikke enige.

Er vanlig aktivitet - gør som du plejer, vend gradvis tilbage til det du plejer eller juster i forhold til hvor meget du kan holde til?

Kunne være rart med en tydelig formulering.

1.3. afsnittet "Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet i hverdagslivet bør indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid."

- kunne godt indeholde en lignende kommentar om motion/sport hvis der er tale om udøvelse på højt niveau og/ eller kontakt sport.

2. Ad pkt 2 Patient uddannelse

s. 16 "tryghedsskabende dialog om tilstandes gode prognose" Hvor god er prognosen for nyopståede lændesmerter?

Hvis man ser på den enkelte episode er den vel ok, men med den høje recidiv rate, kan vi så tillade os at være skrāsikre? (The Epidemiology of low back pain.

Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R.

Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Dec;24(6):769-81. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002. Review. PMID: 21665125)

Hvad der forskellen på vanlig behandling og patient uddannelse?

Det forventes i pkt 0.4 at "en standard behandling som minimum omfatter information om sygdommen, sygdommens forløb, prognose og faresignaler. "

Men patient uddannelse retter sig mod dem, der har behov for en større viden for at øge egenomsorg.

Jvf. pkt 2.4

"uddannelse, der retter sig mod patientens sygdoms- forståelse og udvikling af kompetencer, samt tilegnelse af adfærd, der fører til bedre helbred" og anbefalingen lyder

↑ Overvej at tilbyde individualiseret patientuddannelse til patienter med nyopståede lænderygsmerter i tillæg til vanlig behandling, hvor dette vurderes at kunne øge egenomsorgen

Når nu "Arbejdsgruppen fandt, at balancen mellem gavnlige og skadelige effekter var til fordel for patientuddannelse"

Kunne man så ikke overveje at tilbyde det rutinemæssigt selvom "Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav" og så lade patientens præference afgøre relevansen?

Altså en formulering af anbefalingen i retning af

↑ Tilbyd rutinemæssigt individualiseret patientuddannelse til patienter med nyopståede lænderygmerter i tillæg til vanlig behandling, hvor dette vurderes at kunne øge egenomsorgen og /eller hvor patienten ønsker dette.

3. Ad 3. Gruppespecifik intervention

Da jeg læste det første gang blev jeg forvirret, og det tog mig nogle gange at forstå meningen, hvilket er problematisk i en NKR, som bliver skimmet over frokost (i bedste fald) i den virkelige verden.

Forvirringen opstår ved at der primært tales for mulighederne ved sub-gruppering, men en anbefaling som taler imod.

S. 8

"Det må derfor formodes, at patientgruppen kan inddeles i flere undergrupper, der har forskelligartet prognose."

s. 23

"Det kan ikke udelukkes, at matchet behandling baseret på bio-psyko-soziale prognostiske faktorer har en effekt på undergrupper af patienter med nyopståede lænderygmerter, men større studier er påkrævet for at belyse effekten. Der er ingen kendte skadevirkninger." og en anbefaling, der lyder

√ "Det er god praksis ikke rutinemæssigt at gruppere patienter med nyopståede lænderygmerter på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbyde gruppespecifik intervention, da der ikke er påvist en effekt"

Kunne man lave en tilføjelse til anbefalingen der lyder i retning af: Det kan dog ikke afvises at subgruppering af patienter kan hjælpe til at træffe kliniske relevante beslutninger. se evt

-Werneke M, Hart D, Cook D. A descriptive study of the centralization phenomenon: a prospective analysis. Spine 1999. 24: 676-83

- Werneke M, Hart DL., Centralization phenomenon as a prognostic factor for chronic low back pain and disability., Spine, Apr 1;26(7):758-65, 2000
- Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercises? A randomized controlled trial of exercise for low back pain. Spine 2004. 29: 2593- 2602

s 24

Reference til Rabin 2014 mangler

4. ad pkt 4 Rutine mæssig

billediagnostik... ingen

kommentarer **ad pkt 5**

Ledmobilisering

Helt enig i

“Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienten ønsker ledmobiliserende behandling eller ikke”

ad pkt 6 Superviseret fysisk træning

Har det været med i arbejdsgruppens overvejelser, at rygsmarter har en høj recidiv rate og at træning synes at have en forbyggende effekt?

The Epidemiology of low back pain.

Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R.

Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Dec;24(6):769-81. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002. Review.

PMID: 21665125

5. Prevention of Low Back Pain

A Systematic Review and Meta-analysis

Daniel Steffens, PhD^{1,2}; Chris G. Maher, PhD¹; Leani S. M. Pereira, PhD²; Matthew L Stevens, MScMed (Clin Epi)¹; Vinicius C. Oliveira, PhD²; Meredith Chapple, BPhy³; Luci F. Teixeira-Salmela, PhD²; Mark J. Hancock, PhD³

JAMA Intern Med. 2016;176(2):199-208. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7431.

6. ad pkt 7, 8,9, 10

Ingen kommentarer

Input til høringssvar fra Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi. Maj 2016
National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter
Ole Meyer
DSMDT

s.8. Afsnit 2

Der står: "...føre til et mere ensartet og evidensbaseret behandlingstilbud til patienter..."

Overvej: ...føre til et mere ensartet og evidensbaseret indsats- og behandlingstilbud. Ordet behandling kan opleves passivt. Ved at bruge indsats – og behandling sendes der signal om aktiv involvering. Obs. ordet indsats bruges i først linje på samme side!!!

Ordet "handlingsanvisninger" er brugt senere i dokumentet" Er det et bedre ord?

s. 8. Afsnit 3

Der står "... Smerterne kan endvidere opleves i benet, men typisk..."

Overvej: brugen af ordet refererede smerter. Dette er en relevant, præcis og differentierende betegnelse for udstrålende symptomer, når der senere i dokumentet tale om radikulære symptomer.

s. 8. Afsnit 3

Der står: "... Det må derfor formodes, at patientgruppen kan inddeles i flere undergrupper, der har forskelligartet prognose."

Overvej: Der det i overensstemmelse med: " √ Det er god praksis ikke rutinemæssigt at gruppere patienter med nyopståede lænderygsmerter på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbyde gruppespecifik intervention, da der ikke er påvist en effekt (⊕□□□)"

s. 9. Afsnit 4

Der står: "...omhandler råd og vejledning om aktivitet..."

Overvej: Ord som: råd og vejledning er envejskommunikationsagtige. Ordet; dialog kunne overvejs inddraget. Dialog er et mere tidssvarende ord i sundhedskommunikation...

s. 9 afsnit 5

Der står: "... information om sygdommen, sygdommens forløb,..."

Overvej: Anser man det stadig ondt i ryggen som en sygdom? Er de dominerende mekanismer i det at have ondt i ryggen ikke belastningsbetinget livsstilproblematikker? Hvad er kriterierne for at generne er defineret som en sygdom? (en gennemgående sproglig problemstilling gennem hele rapporten..)

s.11 afsnit 4

Der står: "...Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af aktivitet..."

Overvej: Patienten og behandler er vel et team. Begge har et perspektiv. Er det så ikke bedre at kande det dialog om de gavnlige effekter...?

s. 11 afsnit 7

Der står: "Med vanlig aktivitet i hverdagslivet menes, at patienten bibeholder sit sædvanlige aktivitetsniveau på trods af lænderygmerter."

Overvej: "...At patienten tilstræber /opfordres at bibeholde. Smerte er en gene. Patienter har gaven af at tilstræbe at bibeholde. I idrætsverdenen bruges "aktiv restitution" i situationer med akut skade, Det er de færreste der bare forsættet med samme aktivitetsniveau...

s.16 afsnit 4

Der står: "...som på basis af dialog med den enkelte patient,..."

Overvej: Her bruges ordet dialog. Hvorfor ikke gøre brug at dette ord mere gennemgående i hele rapporten? (se tidligere kommentar...)

s. 16 afsnit 7

Der står: "... Patientuddannelse er rettet mod forståelsen af den enkeltes lænderygsmarter, som en godartet tilstand..."

Overvej: "En godartet tilstand". Denne fremstilling ligger op til at "slippe af" med ordet sygdom (se tidligere om belastningsbetinget livsstilproblematikker)

s. 23 afsnit 2

Der står: Arbejdsgruppen finder, at det ikke at muligt at lave en. Skrivefejl "at" skal være "er"

s. 24

Overvej:

Litteratur: Werneke M, Hart D, Cook D. A descriptive study of the centralization phenomenon: a prospective analysis. Spine 1999. 24: 676-83

Litteratur: Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercises? A randomized controlled trial of exercise for low back pain. Spine 2004. 29: 2593- 2602

Litteratur: Cook C, Hegedus E Ramy. Physical therapy exercise intervention based on classification using the patient response method: a systematic review of the literature. J. of Manipulative & Physiologic Therapeutics 2005, 13: 152-62

s. 58 afsnit 1

Der står: "Lænderygsmarter opfattes således som en kronisk, tilbagevendende tilstand (Flachs, 2015)."

Overvej: Sprogligt og forståelsesmæssigt er dette et paradoks; hvordan kan man have kronisk (hele tiden) tilbagevendende (kommer og går)?

s. 58 afsnit 5

Der står: " ..., men diagnosen er således behæftet med usikkerhed."

Overvej: Omformuleret til: "...hvilket betyder at diagnosen således er behæftet med usikkerhed."

s. 58 afsnit 6

Der står: "Der ses variation i behandlingsindsatsen i forhold til omfang, varighed, typen af intervention og graden af patientens egenbetaling afhængigt af hvilken fagprofession, patienten henvender sig til. Behandlingen kan bestå..."

Overvej: Er det bedste ord behandling? Eller er det bedre med indsats- og behandling eller intervention?

Vores kommentarer er som følger:

- Vi kunne ønske os, at der i udvælgelsen af fokuserede spørgsmål, havde været lagt større vægt på arbejdspladsperspektivet. Det er sandsynligt, at netop forholdene på patientens arbejdsplads har en særlig betydning for vedkommendes prognose ifht. nyopståede lænderygsmerter. Dels er en del af den daglige aktivitet, som undersøges i det fokuserede spørgsmål 1, netop knyttet til patientens arbejde og dels kan den bekymring og angst, der bl.a. undersøges i det fokuserede spørgsmål 2, især udspille sig i kompleksiteten i en arbejdspladskultur.
- Vi er positive overfor, at der i anbefalingerne i det fokuserede spørgsmål 1, specifikt nævnes, at daglige aktiviteter indbefatter patientens arbejdsplads, samt at råd herom bør være en del af overvejelserne.
- Vi savner arbejdspladsperspektivet i anbefalingerne i det fokuserede spørgsmål 3. Det fremhæves, at patientuddannelsen bør inkludere en tryghedsskabende dialog med elementer af kognitive og adfærdsmæssige teknikker. Normalt er en fordel ved disse teknikker, at dialogen tager sit udspring i de konkrete forhold, som patienten skal agere i, i sin hverdag. Her er arbejdspladsen et meget væsentligt aspekt, som med fordel kunne ekspliciteres. Derudover kan patientens muligheder for at ændre på graden af egenomsorg, netop være begrænset af de ofte komplicerede forhold på en arbejdsplads, - her er individet underlagt kulturen på arbejdspladsen. Det kan således særligt være relateret til jobsituationen, at patienten har behov for støtte og coaching.

Høringsvar for National Klinisk Retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter fra Dansk Selskab for Sportsfysioterapi.

DSSF takker for tilsendelsen af udkast til høring. Vi er glade for at få muligheden for at komme med vores input. Det er med stor interesse, vi har læst høringsversionen omkring National Klinisk Retningslinje for behandling af nyopståede lænderygssmerter, og vi takker for muligheden.

Kommentar 1:

I den kliniske retningslinje er der kigget på 10 spørgsmål vedr. mulig intervention. I DSSF undrer vi os over, at man ikke har "ingen intervention" som et punkt for sig selv, idet nyopståede lænderygssmerter i langt de fleste tilfælde går over af sig selv. Dermed frygter DSSF, retningslinjen kan medvirke til overbehandling og patientliggørelse af symptomer med vanlig spontan remission. Et relevant spørgsmål kunne derfor være, om eller hvornår man skal intervenere ved akut opståede lænderygssmerter og med hvilket formål. Her tænkes skelnen mellem vurdering/undersøgelse ved egen læge og egentlig behandlingsintervention, heri hvad bør vægtes hvornår i forløbet.

Kommentar 2:

Spørgsmål nr 3 vedrørende gruppering af patienter kan efter DSSF's mening med fordel præciseres, i det "at gruppere patienter" også kan forstås som at behandle i grupper. I dette tilfælde menes der individuel behandling tilrettelagt efter diagnostisk subgruppering/klassifikationsbaseret behandling, som bestemt synes relevant at forholde sig til i en klinisk retningslinje. Men ved første gennemlæsning blev punktet forstået som en gruppeintervention fremfor grupperingsbaseret intervention. Selve ordlyden kan således skabe forvirring med mindre, man nærlæser afsnittet, hvorfor DSSF foreslår omformulering.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab For Sportsfysioterapi

Ulla Nissen

Fysioterapeut. Master Rehab. Patientsikkerhedsansvarlig

&

Bibi Heiberg

Fysioterapeut. Dip. MT.

Rygcenter Syddanmark

Notat

Danske Fysioterapeuter
Fag & Erhverv



Til: Sundhedsstyrelsen. Evidens, Uddannelse og Beredskab

Høringssvar på National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter.

Danske Fysioterapeuter vil indledningsvis gerne rose valget af et emne med stor sygdomsbyrde og samfundsøkonomiske relevans. Særligt idet lænderygsmærter ofte udvikler sig til at være en kronisk tilbagevendende tilstand med andre muskel- og ledsmerter i tillæg.

Vi finder det positivt, at retningslinjen gør op med aflastning som behandling. Opretholdelse af vanlig aktivitet kan medvirke til, at patienten undgår langvarig sygemelding og gavner samtidig det mentale og sociale velbefindende. Sidstnævnte er vigtige, da langvarige smærter i muskler og led er forbundet med øget risiko for depression, som kan lede til isolation og yderligere inaktivitet.

Når frygten for smærter (kinesiofobi) forhindrer vanlig aktivitet, vil det være relevant at inddrage en fysioterapeut. Fysioterapeuten kan undersøge patienten og vejlede i ergonomi samt mindre belastende bevægelser med henblik på at undgå inaktivitet. Dette perspektiv er kort berørt i afsnittet om superviseret fysisk træning, men vi mener, at det bør foldes yderligere ud. Særligt når det fremgår, at der er "*betydelige gavnlige effekter af fysisk træning på patienternes almene helbredstilstand*" og bivirkninger sjældne. Derfor bør kinesiofobi hos patienter med nyopstået lænderygsmærter udredes og behandles som led i god faglig praksis.

Retningslinjen anbefaler imod rutinemæssig brug af billeddiagnostik, hvilket vi finder korrekt. Ikke mindst fordi det bliver en unødigt omkostning i patientforløbet – økonomisk og målt i ventetid – når der ikke ses gavnlige effekter. Sundhedsprofessionelle i kontakt med patienter med lænderygsmærter står overfor en pædagogisk kommunikativ opgave i at formidle denne nye praksis og ræsonnementet bag til patienterne. Jf. baggrund for valget af spørgsmålet er det patienterne, som stigende grad efterlyser billeddiagnostik.

Endelig gør den kliniske retningslinje op med det hyppigst anvendte behandlingstilbud hos praktiserende læge – udskrivning af medicin. Gennemgang af evidensen viser tydeligt, at uanset om der er tale om paracetamol, opoider eller NSAID produkter, er der risiko forbundet ved indtagelse. Samt at behandlingen ingen effekt har på funktionsevnen på længere sigt.

Dato:

16. maj 2016

E-mail:

sf@fysio.dk

Tlf. direkte:

+45 3341 4659



Samlet set vurderer vi, at den nationale kliniske retningslinje vil fremme aktive behandlingsindsatser til patienter med lænderygsmerter. Den varsler desuden et opgør med behandlinger, som tidligere er blevet anset som værende meget lidt indgribende eller risikofyldte fx indtagelse af paracetamol. Det taler for, at der skal forskes yderligere i patientuddannelse og superviseret fysisk træning som alternative behandlingsformer.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for uddybning af høringsvaret. For yderligere høringskommentarer henviser vi til høringsvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Med venlig hilsen

Karen Langvad

Faglig chef

Høringsvar

Hermed Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin's høringsvar

Vedr.: Nationale kliniske retningslinjer for behandling af nyopståede lænderygmerter

Kommentarer til retningslinierne:

Retningslinjerne indeholder ganske få bemærkninger vedr. arbejdsfastholdelse til trods for, at der er god evidens for, at tab af job og arbejdsløshed har betydelige helbreds-konsekvenser for den pågældende gruppe af patienter (1,2,). Yderligere er der dokumentation (3,4) for effekt af en koordineret indsats mhp. tilbagevenden/fastholdelse hos patienter med rygproblemer.

S 11, punkt 1.3: For patienter med meget tungt fysisk arbejde kan det være nødvendigt med sygedage og gradvis genoptagelse af arbejdet. Patientgruppen som helhed bør tilbydes rådgivning om arbejdsfastholdelse, som tager udgangspunkt i en grundig gennemgang af den enkelte patientens arbejdssituation. Fokus bør være på at identificere de barrierer, som patienten oplever i forhold til at forblive i arbejde, og råd som f.eks midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner, hjælpemidler til tunge løft eller ændret arbejdstid bør foregå i samarbejde med arbejdspladsen. Ved behov bør der tilbydes arbejdspladsbesøg med patient og arbejdsgiver.

S.7: Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygmerter ledmobiliserende behandling. Som anført er kvaliteten af den samlede evidensen lav, hvorfor vi vil anbefale evidensniveauet "meget lav". I rationale for anbefalinger står anført at det ikke kan udelukkes at undergrupper af patienter kan opleve en gavnlig effekt. Det er naturligvis korrekt, men der er ingen videnskabelig belæg for en sådan antagelse.

S.7:tilbyd kun paracetamol..... Her anbefaler vi et evidensgrundlag på "meget lav" eller "lav", idet der kun foreligger et randomiseret forsøg, som i øvrigt ikke finder forskel i effekt på outcomet "smerteniveau i op til 12 uger.

REFERENCER:

- 1) "Is work good for your health and well-being ?" Gordon Wanddell, A Kim Burton
- 2) Balck C " Working for a Healthier Tomorrow" London: The Stationary Office, 2008.
- 3) Jensen LD et al. Predictors of vocational prognosis after herniated lumbar disc – a tow year follow up study of 2039 patients diagnosed at hospital. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36:791-797.
- 4) Jensen LD et al . Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial adresssing experienced workplace barriers and physical activity. Occup Environ Med 2011 May19. doi:10.1136/oem2010.06455

Med venlig hilsen/Regards

Ole Carstensen

Ledende overlæge/Head of department and senior medical consultant

**Arbejdsmedicinsk klinik/Department of Occupational Medicine
Universitetsklinik/University Clinic, Health, Aarhus University
Hospitalsenheden Vest/Herning Hospital
Gl. Landevej 61
7400 Herning**

Tel./ph. +45 7843 3500

Mail: Ole.Carstensen@vest.rm.dk

Web: www.amkherning.dk



Regional Hospital Vest

Odense 12.maj 2016

Til Sundhedsstyrelsens NKR sekretariat

Høringssvar vedr. **National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lændesmerter**

Hermed fremsendes fra Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik høringssvar vedr. ovennævnte kliniske retningslinje

På Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekaniks vegne, takker vi for lejligheden til at kommentere og afgive høringssvar på det fremsendte udkast til en national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lændesmerter.

DSKKB vil gerne udtrykke anerkendelse af det store og vigtige arbejde, der ligger bag rapporten og lykønske arbejdsgruppen med det grundige arbejde.

Det er svært at pege på et andet sundhedsfagligt område der på én og samme tid er kendetegnet ved et så betydelig omfang, så stort et impact, så utilstrækkelig et videnskabeligt grundlag og så forskelligartede kliniske tilgange, som tilfældet er for rygproblemer. Relevansen af arbejdsgruppens arbejde er derfor ubestridelig.

Ligesom arbejdsgruppen, håber vi, at denne fælles nationale kliniske retningslinje vil være med til at sikre ensartede evidensbaserede indsatser i de regionernes forløbsprogrammer. Det er bla. glædeligt at arbejdsgruppen har valgt at vurdere relevansen af STarT Back screening Tool, hvis brug anbefales i flere af de regionale forløbsprogrammer.

I betragtning af de valgte afgrænsninger fremstår arbejdet både grundigt, troværdigt og dækkende. Vi finder det samtidigt prisværdigt, at rapporten både kommer med klare konklusioner og samtidig klart påpeger, at disse konklusioner ofte hviler på et ufuldstændigt videnskabeligt grundlag.

Der er dog enkelte punkter, vi stiller spørgsmåltegn ved. Disse er først og fremmest relateret til emneafgrænsningerne og valg af PICO, og ikke møntet på gruppens besvarelse af de deraf følgende spørgsmål.

1. Vi ser et muligt problem i afgrænsningen af patientgruppen, da man definerer 'nyopståede' som værende af 0 til 12 ugers varighed. Dette er et meget stort spænd, og patienter med lændesmerter af en uges varighed fremstår ret forskellige fra dem med 12 ugers varighed. Et illustrativt eksempel er træning, hvor anbefalingen er "**↑ Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmarter superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling (???)**". Denne anbefaling er primært baseret på studier af subakutte patienter, hvilket gruppen også uddyber senere: "Overvej om træningen med fordel først iværksættes senere i forløbet, f.eks. i udfasningen af et akut smerteforløb, da effekten på funktions- og smerteniveau i det tidlige forløb er lille." Da man kan forvente, at mange klinikere udelukkende fokuserer på de udmøntede anbefalinger og ikke læser hele rapporten, risikerer man at sende et forkert signal mht. de mest akutte patienter.

En mindre detalje vi hæfter os ved er, at 'traumer' er opført som specifik årsag og derfor falder udenfor målgruppen (s. 8). Vi foreslår, at man i stedet bruger "betydende traumer" eller "traumer med påvist eller mistænkt fraktur".

2. Et andet problem i den valgte afgrænsninger er, at man har valgt udelukkende at vurdere litteratur, hvor en given behandling evalueres *i tillæg til* vanlig behandling. Vi anerkender, at dette muliggør direkte sammenligninger, og derfor muligvis har været et nødvendigt valg. Vi er dog bekymrede over, at dette valg resulterer i udelukkelse af en del relevant litteratur. For eksempel er et Cochrane review om evidensen for manipulationsbehandling af akutte lændesmerter fra 2011 baseret på otte studier, mens der kun er medtaget tre studier omhandlende 'ledmobilisering' i dette NKR-udkast fra 2016.

3. Valget af PICO 4 "Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning" virker inkonsekvent. Der står i rapporten, at "Henvielse til MR scanning eller røntgenundersøgelse bør til enhver tid ske i henhold til gældende retningslinjer for billeddiagnostisk udredning (Regionerne og DKF, 2013)." Derfor ser vi ikke behovet for at medtage denne PICO i nærværende retningslinjer, ikke mindst da fokus i den øvrige del af rapporten udelukkende er på behandling og ikke beskæftiger sig med diagnostik.

4. PICO 6 "Superviseret fysisk træning" dækker over et vidt spænd af interventioner, fra retnings-specifikke bevægelser ad modum McKenzie til stabiliserende træning.

Da rationalerne for de ovenfor nævnte interventioner er vidt forskellige kunne en opdeling af dette spørgsmål i to, således at retnings-specifikke bevægelser blev undersøgt særskilt, muligvis give mere mening i en klinisk kontekst.

Endelig vil vi gerne complimentere gruppen for følgende detalje: under 'ledmobilisering' står "Det forventes, at disse undergrupper kan identificeres i løbet af et kort behandlingsforløb med diagnostisk sigte." Vi sætter pris på anerkendelsen af den diagnostiske værdi, som reaktion på behandlingen kan have. Ovenstående bekymringer til trods, mener vi, gruppen har leveret et betydningsfuldt arbejde, og at nærværende retningslinje har potentiale til at påvirke området i positiv retning.

Venlig hilsen

Lise Hestbæk, kiropraktor, PhD

Line Press Sørensen



Dansk Selskab for Kiropraktik

og Klinisk Biomekanik

www.DSKKB.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S



18. maj 2016

Høringsvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af nyopståede lænderygmerter

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) vil gerne takke for den tilsendte høring af udkastet til National Klinisk Retningslinje for behandling af nyopståede lænderygmerter.

DKF finder det særdeles positivt, at Sundhedsstyrelsen sætter fokus på dette væsentlige område.

DKF vil tilsvarende gerne anerkende, at arbejdsgruppen til udarbejdelsen af NKR har haft en god faglig bredde og repræsentation samt gået meget konstruktivt til værks i sit arbejde. Resultatet vurderes af DKF at være et meget gennearbejdet og brugbart materiale, der ud fra det eksisterende vidensgrundlag imødekommer de behov til anbefalinger, der er i en klinisk hverdag, hvor kliniske beslutninger træffes, og som samtidig illustrerer en generel anerkendelse af kvaliteten af tilgangen i gængs, eksisterende kiropraktorpraksis. DKF har således ingen bemærkninger til de konkrete anbefalinger.

DKF vurderer, at der fremadrettet fortsat bør fokuseres på diagnosticering, behandling og træning af patienter med nyopståede lænderygmerter, herunder at kiropraktorernes specialiserede viden og kompetencer inden for netop dette område inkluderes i den fortsatte udvikling af behandlingsområdet.

Med venlig hilsen

Lone Kousgaard Jørgensen
Formand



17. maj 2016

Høring om forslag til ændring af National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter

Høje Taastrup kommune takker for muligheden for at indsende bemærkninger. Vi er positive overfor retningslinjens indhold, dog er der udfordringer med at lave anbefalinger på dette forskningsgrundlag. Vi savner nogle enkle steder at der gives nogle konkrete bud på hvordan, hvem og hvor længe der skal behandles med udgangspunkt i evidensen på området.

Nedenfor er der udarbejdet kommentarer til høringsversionen

s. 16

2. Patientuddannelsen

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

"tilbyde...bekymrede eller angste for deres lænderygsmærter"

Kommentar: Hvordan tænker I der skal vurderes om de er angste og bekymrede?

s. 22

3. Gruppenspecifik intervention

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

"Overvej at inddrage spørgsmål vedrørende psykologiske og sociale problemstillinger...som kræver opmærksomhed"

Kommentar: Kunne der nævnes eller henvises til en velegnet spørgeguide i forhold til psykologiske og sociale spørgsmål.

s. 31

Ledmobilisering

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

"...bør andre alternativer overvejes"

Kommentar: Hvilke tænker I på?

s. 36

6. Superviseret fysisk træning

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

"...relevant sundhedsfaglig person..."

Kommentar: Hvilke en faggruppe vil I anbefale?

s. 50

9. Opioider

9.3 Praktiske råd og særlige patient overvejelser

"Ved længerevarende behov for behandling med opioider bør patienten henvises til rygspesialist"

Kommentar: Hvilken faggruppe tænker I på her?

Mvh.

Lotte Therkildsen Jensen
Forløbskoordinator

Høje-Taastrup Kommune



Høringssvar vedrørende National Klinisk Retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter.

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 17.maj 2016
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende National Klinisk Retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter.

Ergoterapeutforeningen ser med tilfredshed på, at der nu er udarbejdet en national retningslinje for patienter/borgere med nyopståede lænderygsmerter, hvor også aktivitetsperspektivet gennem afsnittet "Vanlig aktivitet" med eksempler på hverdagens betydning for borgeren/patienten har fået plads. At denne NKR primært er rettet mod andre faggrupper, der skal henvise eller have kendskab til ergoterapifaglige kompetencer på området omkring ADL i hverdagen, dialog ift. at skabe reassurance samt fair avoidance, begrundet i særlig grad relevansen af dette afsnit og perspektiv.

Ergoterapeutforeningen vil i øvrigt gerne rose arbejdsgruppen for at inkludere forskningsperspektivet i bilag 4 vedrørende "Opdatering og videre forskning". Af-dækning af evidens for at fysiske ergonomiske tilpasninger rummer efter Ergoterapeutforeningens vurdering en kompleksitet som bevirker, at det kan være svært at tilrettelægge studier med kontrolgrupper. Dette kan medføre, at evidensen på området kan være/blive mangelfuld ift. det metodiske grundlag for arbejdet med udarbejdelse af NKR. Ergoterapeutforeningen vil derfor anbefale, at manglende evidens for fysiske ergonomiske tilpasninger bliver fortolket med varsomhed, når NKR skal anvendes i praksis.

Forebyggende ergonomiske indsatser for udvikling af kroniske lænderygsmerter er ikke en del af denne NKR selvom netop nyopståede lænderygsmerter også bør ses i forebyggelsesøjemed. Når sundhedsadfærd skal påvirkes og eventuelt ændres for at påvirke uhensigtsmæssige mønstre, er det nødvendigt at udøve indsatser på forskellige niveauer. Her udgør arbejdet med borgerens motivation og mål i de vanlige aktiviteter et afgørende fundament i såvel behandling som forebyggelse. Ergoterapeutforeningen mener derfor, at det er et meget relevant fokus for målgruppen at anbefale opmærksomhed på, at de første tiltag ikke altid skal være medicinsk og/eller kirurgisk behandling.

Af konkrete kommentarer vil Ergoterapeutforeningen gerne påpege, at Ergoterapeutforeningen, Ergoterapifaglige Selskaber samt det Ergoterapifaglige Selskab



Ergoterapeuter i Arbejdsliv mangler at blive nævnt i bilag 2 (s. 62), da ergoterapeuter generelt skal være med til at udbrede kendskabet til denne NKR og være med at implementere anbefalingerne fra NKR i særlig grad fra PICO 1 & 2.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til ovenstående.

Vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen

Jeg har, som speciallæge i ortopædkirurgi og "subspeciale" i rygkirurgi, 25 års erfaring med undersøgelse og behandling af patienter med rygproblemer, herunder også såkaldte nyopståede lænderygsmerter. Jeg har følgende bemærkninger til NKR for nyopståede lænderygsmerter, som aktuelt er i høring.

Ad Afgrænsning af patientgruppe

Ad 2 Patientuddannelse

Det er vigtigt at den kliniske undersøgelse indeholder en vis patientuddannelse eller god information omkring såvel ryggens anatomi og biomekanik som hvad patienten kan forvente den kommende tid, således at patienten er tryk og i stand til at medvirke positivt og konstruktivt til forløbet. Det er generelt erfaringen at patientens forløb lettes ved at vedkommende er velinformeret. Patienter er i forvejen i stigende grad solidt informerede fra internettet og har gennem-googlet området. Det stiller krav til information og undervisning for at kunne modvirke forvirring og modsatrettet information og rådgivning.

Ad 4 Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgenundersøgelse

Der er ikke værdi af rutinemæssig røntgenundersøgelse. Patienten udsættes for en vis sundhedsskadelig risiko ved røntgenundersøgelsen, hvilket ikke kan retfærdiggøre undersøgelsen.

Der er god grund til at foretage MR-scanning ved nyopståede lænderygsmerter. Måske ikke primært men tidligt i forløbet ved smerter, der varer ved mere end 8 dage – eller hvor der er den mindste tvivl eller mistanke om at der kan være alvorlig baggrund.

Det er ikke muligt - selv for trænede behandlere - i alle tilfælde at udelukke alvorlig årsag ved den kliniske undersøgelse alene. Der vil være en mindre patientgruppe, hvor en alvorlig sygdom debuterer med lænderygsmerter, som ikke giver sig i løbet af dage til en uge. Hvis der er tale om alvorlig årsag, infektion, patologisk fraktur eller cancer, kan det være katastrofalt for behandlingsmuligheder og overlevelse at vente til efter 12 uger med at foretage MR-scanning. Det kan ikke retfærdiggøres ud fra den ringe eller manglende evidens, der er fremlagt, at fraråde eller vente med MR-scanning.

MR-scanning er ingen behandling men et vigtigt værktøj for klinikerens til tidligt i forløbet at lave en fuldstændig afklaring af patientens rygproblematik. Det giver derfor heller ikke mening at vurdere MR-scanningens effekt ud fra outcome-kriterier men skal ses som et vigtigt værktøj i forhold til afklaring, planlægning af forløbet og patientuddannelse. Det er vigtigt for trygheden i forløbet og patientens positive medvirken at tilstanden er fuldt afklaret, dvs. inkl. MR-scanning.

Med venlig hilsen/ Mit freundlichem Gruß/Many regards
Carsten Bruun

Privathospitalet Kollund
Bredsdorffvej 10, Kollund
6340 Kruså.
T: +45 74 30 11 30
F: +45 74 30 11 40
E: ryg@privathospitaletkollund.dk

Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S



Radiograf Rådet

H. C. Ørsteds Vej 70, 2. tv.
1879 Frederiksberg C

Kontakt:

Telefon: +45 3537 4339

Fax.: +45 3537 4342

kontakt@radiograf.dk

www.radiograf.dk

Åbningstider:

Mandag-torsdag 09.00-14.30

Fredag 09.00-13.00

Frederiksberg den 18. maj 2016

Høringsvar vedrørende "Den nationale kliniske retningslinje for behandling af nyopståede rygsmerter"

Radiograf Rådet har følgende bemærkninger til ovenstående retningslinje:

Radiograf Rådet er positiv i forhold til høringsversionen og har selvfølgelig kun taget stilling specifikt til det billeddiagnostiske. Retningslinjen som er i høring lægger sig op ad de eksisterende retningslinjer.

Ved implementering af retningslinjen, vil antallet af røntgenundersøgelser, der er i.a. eller med forventelige alderssvarende degenerative forandringer formentlig falde og det er klart en fordel strålebeskyttelsesmæssigt.

Jeg hæfter mig ved ordlyden i høringsbrevet: "Målgruppen for retningslinjen er en bred vifte af sundhedsprofessionelle, der møder patienterne." Jeg vil mene, at radiograferne i stor udstrækning møder patienterne, da det er dem, der udfører billeddiagnostikken, hvorfor Radiograf Rådet fremsender et høringsvar uden at være officiel høringspart.

I forlængelse af, at jeg synes vi burde være høringspart vil jeg give følgende kommentarer til den fornuftige opfordring fra arbejdsgruppen til at forske i området:

Jeg ser det naturligt, at vores medlemmer får lov at bidrage til denne forskning, både hvad angår gavnlige og skadelige effekter af brugen af rutinemæssig billeddiagnostik; hvilke modaliteter, der bør anvendes og

hvornår og hvordan man bedst implementerer den nyeste og bedste evidens inden for området herunder identifikation af, hvilke barrierer, der er hos klinikere, faggrupper og sundhedssystemet generelt.



Charlotte Graungaard Falkvard

Formand for Radiograf Rådet

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

Vejle d.18.05.2016

Høringssvar på NKR til nyopståede lænderygsmarter fra Region Syddanmark:

Ad. 3. Gruppespecifik intervention:

Man vil belyse om man bør gruppere patienter af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbydes gruppespecifik intervention frem for vanlig behandling. STarT (SBT) nævnes specifikt, men intet af den litteratur man henviser til har omdrejningspunkt i SBT klassificering og efterfølgende målrettet behandling, som redskabet er udviklet til.

StartT beror på målinger af patienter med lændeproblemer op til 3 mdr. Det er derfor behæftet med fejl at sammenligne helt nyopstået lændebeviser med lændebeviser over 3 måneders varighed.

(1) The predictive and external validity of the STarT Back Tool in Danish primary care. European spine journal January 2013

Lars Morsø • Peter Kent • Hanne B. Albert •

Jonathan C. Hill • Alice Kongsted • Claus Manniche

Ad. Kapitel 5, ledmobilisering; kap 6, suoperviseret træning; Kap 7, akupunktur.

Valget på anbefalinger til ovenstående interventioner er uforstående, taget i betragtning af akupunktur er at betragte som niche i forhold til eksempelvis Mckenzie tilgangen. Mckenzie er mere udbredt i primæresektoren. Det vil derfor være relevant at forholde sig til anbefalinger på Mckenzie tilgangen, når man vælger en kategorisk tilgang til anbefalinger på enkeltstående interventioner.

Ad Kap 5, led mobilisering.

I denne kapitel sonderer man mellem led mobilisering og "vanlig behandling" af ny opståede lænderyg smerter. Sidstnævnte behandlingsform inkluderer ultralyd, myofasciale teknikker, muskel afslappende medicin og lav opioider og/eller fysioterapi samt patient information.

Denne patient gruppe, i Danmark, modtager ikke ultralyd, myofascielle teknikker og muskelafslappende behandling som vanlig behandling. Det er derimod NSAID, lav opioider og lejlighedsvis midler mod depression og epilepsi der bruges fra den praktiserende læges side.

Fra den fysioterapeutiske tilgang drejer det sig om udredning og behandling ad modum Mckenzie, led mobilisering, bløddelsbehandling, superviseret træning, patient information og patient uddannelse.

Kategorisering af led mobilisering som en selektiv ydelse i forhold til fysioterapi giver et fejlagtigt billede af virkeligheden.

Kommentar:

Den stort set manglende effekt af enhver form for behandling ved ny opståede lænderyg smerter bør afspejles i NKR, på samme måde som man i de fleste regionerne fraråder behandling til fordel for at oplyse, uddanne, understøtte og monitorer patienter i at håndter smerterne i op til 14 dage, uden nogen intervention fra behandler. Der kan træffes disposition om såvel klassificering af patienten som behandling af lænderyg smerterne, såfremt patienten fortsat oplever smerter 14 dg efter symptom debut.

Udarbejdet af

Praksiskonsulenterne indenfor Fysioterapi praksis

Flemming Pedersen og Victor Ladegourdie

Høringsvar Danske Regioner.

National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter

Sagsbehandler LSR@regioner.dk Linea Ohm Søndergaard

Danske Regioner vil gerne kvittere for det store stykke arbejde. Til retningslinjen bemærker regionerne dog, at der med fordel kunne være et tværsektorielt perspektiv for at sikre sammenhæng i patientforløb.

I retningslinjen er der enkelte steder henvist til eksisterende lokale forløbsbeskrivelser, men denne beskæftiger sig i øvrigt ikke med det tværsektorielle samarbejde omkring behandlingen af disse patienter – hverken mellem aktørerne, der er nævnt i målgruppen, eller med kommunerne. Dette undrer os, når sammenhæng i patientforløb netop i disse år er i højsædet – det gælder både samtidige forløb (parallelle indsatser) og på hinanden følgende forløb.

Retningslinjen henvender sig til de fagpersoner i primærsektoren, hvor der skal træffes beslutning om behandlingstiltag. Den tager ikke stilling til arbejdsdeling mellem de forskellige behandlere. Anbefalingerne gælder for alle behandlere som er relevante for behandling af lænderygsmerter, uanset uddannelse. Dette er vigtigt i forhold til kontinuiteten af behandlingen, således at der ikke er uoverensstemmelse mellem patientoplevelsen afhængigt af, hvilken behandler patienten har fået behandling hos.

Retningslinjerne er let læselige, og det fremstår klart at det ikke er et evidensstungt område, og at man anbefaler mere forskning. De mest almindelige behandlinger er beskrevet og analyseret, og rådgivning om eventuel behandling og dennes længde er anført. Emnet vedrører ikke et klassisk område i neurologien, men i neurologien ses ofte patienter, hvor lænderygsmerterne er ledsagede af påvirkning af nerverne til benene og udfald i form af føleforstyrrelser, lammelser eller vandladning / afføring er til stede. I den forbindelse deltager neurologer ofte i udredning og til tider i behandlingen af problemstillingen. At der nu er kommet retningslinjer for behandlingen af simple nyopståede lænderygsmerter er positivt. Det vil også hjælpe neurologer i håndteringen af disse patienter.

Når implementering af denne retningslinje sammenholdes med implementeringen af ikke-kirurgisk behandling af nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning, undrer det os, at der vedr. implementering af denne retningslinje alene er beskrevet, at det er et regionalt ansvar, mens det i den tilsvarende retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning, er beskrevet som et ansvar for både region og kommuner. I øvrigt bemærker vi, at kommunerne ikke er nævnt som målgruppe i nogen af disse to vejledninger. Dette undrer os, da sygdommeldinger kan være kommunernes indgang til disse patientforløb. Det er svært på baggrund af både denne retningslinje og retningslinjen for ikke-kirurgisk behandling af nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning at identificere en evt. kommunal rolle i de initiale patientforløb. Som skrevet vil flere sygdomsforløb medføre længerevarende sygdommeldinger, så kommunen bliver involveret, og mange af disse patienter vil være gengangere, som har en ny periode af rygsmerter, for disse patienter kunne et kommunalt tilbud måske være en mulighed. Hvis det manglende tværsektorielle perspektiv ikke indgår på grund af NKR formatet bør denne afgrænsning beskrives kort.

Desuden bemærkninger til enkelte af anbefalingerne:

- Rationalet for anbefaling af ”ikke god praksis” til gruppespecifik intervention kunne være interessant at få uddybet yderligere (. 24)

- Rutinemæssig billedediagnostisk. Her er der ikke taget højde for patientens præferencer under rationale for anbefaling. Patients afklaring af alvorlig tilstand, kan være en hjælp til klinikernes videre arbejde med patienten. (s. 27)
- Kan ikke tydeligt se rationale for anbefaling af ledmobiliserende behandling. På baggrund af de angivne resultater fra inkluderede studier, ser det umiddelbart ud til at være ”god praksis” og ikke ”svag betinget anbefaling for” (s. 31-34)

Ad 3.1 og 3.2 – kommentarer

- 1) **Terminologi:** Anvendelsen af ordet prognostiske risikofaktorer er dobbelt – der bør skelnes mellem prognostisk faktor eller risiko faktor (risiko for sygdom). Det bør desuden fremgå også i anbefalingen, at der er tale om både fysiske og psykologiske prognostiske faktorer.
- 2) **Anbefaling:** Givet den foreliggende evidens virker det underligt at anbefale direkte imod anvendelsen af at gruppere patienter, eftersom området er sparsomt undersøgt. Man kan nøjes med at skrive, at det ikke kan anbefales. At det er god praksis at lade være er vel noget andet, som indikerer en skadelig virkning.

Ad 3.4. Baggrund for valg af spørgsmål -kommentar

Arbejdsgruppen vælger at fokusere hele baggrundsafsnittet med STarT Back Screening Tool som eksempel på et screeningværktøj, der kan identificere prognostiske undergrupper. Men, da STarT Back Tool kun er undersøgt i population med overvejende længerevarende smerter (37% <3 mdr.) (1) og derfor ikke indgår i efterfølgende evidensgennemgang og efterfølgende evaluering, er denne ensidige fokus på dette redskab i baggrunden upassende. Det kommer til at fremstå som om man anbefaler imod redskaber som STarT Back Tool, hvilket denne retningslinje jo ikke evaluerer. Baggrundsafsnittet bør i stedet afspejle og beskrive de screeningsmetoder og studier, som reelt bliver inddraget i vurderingen.

Baggrund for valg af spørgsmål -kommentar

Både i det overordnede baggrundsafsnit 1.4, samt baggrundsafsnit for behandling fx afsnit 5 Ledmobilisering og 6 Superviseret træning mangler en beskrivelse og stillingtagen til lænderygsmerters naturlige forløb. Nyere studier fra fx Norge har vist, at hos personer med nyopstået lænderygssmerter kan ses spontan bedring med op til 30 % i løbet af de første 4-8 uger uden behandling (2), hvilket interessant nok er omtrent samme effektestimat, som er observeret i en nylig metaanalyse af kliniske 70 RCT'er og 19 kohorte studier, hvor af henholdsvis 34 og 6 studier var på akutte populationer (3).

Givet den manglende klinisk relevante effekt på stort set alle behandlingsformer ved nyopstået lænderygssmerter, bør denne viden også fremgå af denne kliniske retningslinje, hvilket er årsagen til, at stort set alle regionale forløbsprogrammer for lænderygssmerter anbefaler en afventende strategi (wait and see policy) de første 2 uger, således et allerede overbebyrdede sundhedssystem ikke belastes yderligere.

Der savnes, jf. ovenstående, en differentiering af nyopstået lænderygssmerter, da der kan være stor forskel på lænderygssmerter af 1 uges varighed og 10 ugers varighed.

Det forslås, at det i anbefalingerne evt. tilføjes: *Hos patienter med nyopstået lænderygssmerter som ikke oplever markant fremgang i tilstanden i løbet af de første 2-3 uger overvej at tilbyde....*

Referencer

(1) Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet 2011 Oct 29;378(9802):1560-1571.

(2) Vasseljen O, Woodhouse A, Bjørngaard JH, Leivseth L. Natural course of acute neck and low back pain in the general population: The HUNT study. *PAIN®* 2013 8;154(8):1237-1244.

(3) Artus M, van der Windt D, Jordan KP, Croft PR. The clinical course of low back pain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. *BMC Musculoskelet Disord* 2014 Mar 7;15:68-2474-15-68.

IMH/ FYSIOTERAPI

Granskning av National klinisk riktlinje för behandling af nyopstående ländryggsmerter

Relevans.

Riktlinjerna riktas till en patientgrupp där det finns ett stort behov av att ytterligare bidra till att skapa en bättre konsensus kring omhändertagandet. Gruppen med ryggbesvär är stor och utgör en väsentlig belastning för individen och det finns en risk att en grupp utvecklar långdragna besvär efter en första episod av ryggbesvär. Det gör också att ett tidigt omhändertagande är av stor vikt.

Metod

Riktlinjerna har utvecklats efter en väldokumenterad process för framtagande av evidens underlag där metoden för bedömning genomförs med en vedertagen och erkänd praxis.

Urvalet av personer som ingår i bedömningsgrupperna är väl dokumenterad och inkluderar en bredd av kompetens och även representation av patientföreningar. Sökstrategi och resultat av litteraturgranskningen finns väl redovisade i olika bilagor

Strukturen är bra och texten är lätt att följa och väl anpassad till de kliniker som skall använda materialet.

Avgränsning av patientgruppen.

Rapporten definierar patientgruppen som 16 år samt duration på upp till 12 veckor. Benämningen är ospecifika ländryggsbesvär och utesluter vissa grupper där en mer specifik orsak till besvären kan identifieras. Man anger att förloppet kan vara osäkert och varierar inom gruppen. Det innebär en risk för att de slutsatser som görs i olika studier till viss del är osäkra eftersom populationen kan vara mer eller mindre heterogen. I texten anges att det kliniska förloppet också kan skilja sig inom gruppen. Trots denna begränsning är min bedömning att det i nuläget inte går att göra annorlunda. När det gäller fortsatt utveckling av framtida riktlinjer bör man följa utvecklingen av kunskap kring kliniska förlopp där återfall kommer att kunna vara ett viktigt mått på effektivitet av interventioner. Målet med tidiga interventioner i denna patientgrupp bör följas upp för att minska risken för återfall eller att ett återfall inte kommer inom en kort tid efter en episod av ryggbesvär

Val av frågor

Val av frågor är baserad på den bedömning som den kliniska expertisen har övervägt vilket innebär att det är en avgränsning i de studerade interventionerna. Avgränsningen är dock i huvudsak relevant men gör att mer specifika interventioner inte är analyserade

Alla frågor är formulerade med texten i relation till vanlig behandling som har definierats i den inledande texten

De centrala budskapen är väl avvägda och jag delar i huvudsak bedömningen som är gjord och de centrala budskapen.

1 Vanlig aktivitet

Jag delar bedömningen. Bakgrunden redovisar argumenten till val av frågeställning och även om det inte finns starkt stöd i evidens så har gruppen genom att väga in risk för skada och effekt på relevant sätt formulerat en bra rekommendation.

2 Patient utbildning

Jag delar bedömningen och rekommendationens innefattar hänsynstagande till patientperspektivet. Det finns inte tillräckligt starkt stöd i evidens

3. Gruppsspecifik intervention

Jag delar bedömningen

Frågeställningen är relevant då utveckling inom fältet försöker klassificera patienter efter screening för olika dimensioner som kan ge ett underlag för val av behandling i avvaktan på att forskningen skall identifiera de bakomliggande orsakerna till ländryggsbesvär och effektmekanismen i olika interventioner. Utveckling av denna kunskap har delvis varit riktad till att identifiera en grund för riskbedömning där målet är att ge kunskap om prognos snarare än val av behandling. I den aktuella granskningen fokuserar valet av studier på utfallstudier som genom att identifierat fysiska och psykologiska faktorer baserat riktad behandling till olika grupper. Man har således ett utfalls perspektiv och inte ett perspektiv på prognostiska faktorer. Texten bör ytterligare klargöra detta val då det finns fler instrument än STarT Back Screening Tool som studerats avseende prognostisk riskfaktorer.

4. Rutinmässig billediagnostisk utredning med MR eller röntgenundersökelse

Jag delar bedömningen

5. Ledmobilisering

Definition av ledmobilisering är riktad till enbart manuella tekniker. Riktlinjerna har inte tagit hänsyn till att behandling med t ex upprepade rörelser enligt McKenzie metodik kan betraktas som ledmobiliserande med hjälp av individens egna rörelser. Jag rekommenderar att gruppen överväger att uttrycka underlaget som ledmobiliserande manuella tekniker eller att inkludera de resultat som senare redovisas under frågeställning superviseret fysisk träning i denna grupp
Jag delar slutsatserna men rekommenderar att rubriken ändras

6. Superviseret fysisk träning



Jag delar bedömningen

Träning är ett vitt begrepp och innefattar många olika enskilda tekniker och syften. I den kliniska handläggning baseras valet på den bedömning som klinikerna gör för att individualisera till den enskilde individens behov. Texten klagör det på ett bra sätt . i övrigt se ovan

7 Akupunktur

Jag delar bedömningen

8 Paracetamol

Jag delar bedömningen

9 Opoider

Jag delar bedömningen

10 NSAID

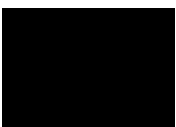
Jag delar bedömningen

Summering

De förslagna riktlinjer för handläggning av nyopstående ländryggsmärter är väl genomförd och bra presenterat . Den kliniska frågeställningen är relevant och riktas till ett flertal kliniker. Underlaget är framtaget på ett relevant sätt och bedömning och avvägningen genomförd där även hänsyn har tagits till patientperspektivet. Min uppfattning är att texten behöver klar göras lite tydligare i avsnittet om ledmobilisering och gruppsspecifik intervention enligt ovan

Linköping den 10 maj 2016

Birgitta Öberg
Professor Fysioterapi



Review av National klinisk retningslinje for behandling av nyopståede lænderygsmærter.

Jens Ivar Brox, leder nakke- og rygpoliklinikken, Oslo Universitetssygehus, Norge, professor II, medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

National klinisk retningslinje for behandling av nyopståede lænderygsmærter er skrevet av en bredt sammensatt faggruppe og ved bruk av metoder anbefalet metoder for vurdering av evidens (GRADE). Anbefalingens styrke er systematisk vurderet og de centrale budskaber er tydelige i sine formuleringer, men budskabet er diffust og svært at anvende.

Det er min vurdering at retningslinjen overvejende sandsynlig er alvorligt biased på grund av definering av begreber, PICO spørsmål, kriterier for udvælgelse av studier og tolkning av resultater.

Nyopståede lænderygsmærter omfatter varighed mindre end 3 måneder. De fleste patienter med nyopståede lænderygsmærter er symptomfri efter 8-12 uger. Populationen med smærter i 8-12 uger er forskellig fra populationen med varighed 0-4 uger. Efter min mening er det meningsløst å vurdere dette på samme måde og det svækker validiteten i betydelig grad.

Faggruppen har valgt å sammenligne ulige interventioner med "vanlig behandling" og udelukker dermed mange vigtige studier af behandling af akutte lænderygsmærter af høj kvalitet. En central kritik omfatter evidensbaseret medicin generelt. Hvilken betydning har metainterventionen – lege-patientforhold (jeg og du eller subjekt og objekt) (Kierkegård) og hvad er betydningen av indholdet i samtalen? Dette kommer ofte ikke frem i retningslinjer. I denne retningslinjen er mangler også en placebo og naturlig forløb.

Kommentarer til spørsmålene:

1. PICO spørsmål 8: *Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes paracetamol i tillæg til vanlig behandling?*

På grundlag av 1 studie med 1008 deltagere konkluderes det med kun å anbefale paracetamol etter nøje overvejelse selv om det anses å være moderat evidens for at det har ikke har effekt. Det kan indvendes at GRADE på dette punkt er uklar med hensyn til krav om flere studier for moderat evidens, en studie er vanligvis ikke tilstrækkelig selv om risiko for bias er lav.

Hvad er baggrunden for å anbefale paracetamol til nogen etter nøje overvejelse – placeboeffekt, forskel i individuel respons?

2. PICO spørsmål 10: *Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes NSAID i tillæg til vanlig behandling?*

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede spørsmål for å besvare det fokuserede spørsmål. Dette illustrerer at udvalgskriterier for studier er alvorligt biased. En studie av metodisk høj kvalitet publisert i Lancet (Hancock et al.) sammenlignet NSAID, placebo NSAID med manipulation og placebo manipulation og viste ingen forskel i effekt ved akutte nyopståede rygsmerter. Ved samtlige interventioner var halvparten symptomfrie etter 30 dage og alle etter 90 dage. Studien tyder ikke på at NSAID har effekt, men den tyder heller ikke på at manipulation som bliver anbefalet har effekt. **Er det tilfældig at udvalgskriterierne udelukker placebo som sammenligning og dermed udelukker denne vigtige studien?**

3. PACO spørsmål 9: *Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes opioider i tillæg til vanlig behandling?*

På grundlag av en studie med 205 patienter anses det å være moderat evidens for at opioider ikke har effekt ved akutte lænderygsmarter. **Hvad er baggrunden for å anbefale opioider til patienter etter nøje overvejelse – placebo, individuel respons?**

Etter min vurdering er bruk av evidensbaserte metoder meningsløst når arbeidsgruppen på trods av moderat evidens for manglende effekt vælger å anbefale en behandling etter nøje overvejelse. Det er også meningsløst å ekskludere studier fordi behandling (for eksempel NSAID) ikke sammenlignes med vanlig behandling men med placebo og manipulation.

Konklusjonen vedrørende bruk av medikamenter ved nyopståede lænderygsmarter er etter min vurdering på grundlag av publiserte studier entydig. Paracetamol, opioider eller NSAID kan ikke anbefales. Hvad skal klinikerne legge til grund i sin nøje overvejelse.

4. PICO spørsmål 6: *Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling?*

Her savner jeg Malmivaras studie fra 1995 som er inkludert når vanlig aktivitet er sammenlignet med sengeleje, men ikke med rygspecifikk trening. Er det fordi arbeidsgruppen har klart å definere Malmivaras studie slik at treningen ikke gis i tillegg til vanlig behandling eller ikke under kontinuerlig veiledning? Dette viser etter min vurdering bias i retningslinjen.

På baggrund av 3-5 studier med 430 til 743 patienter konkluderes det med at evidensen er lav eller meget lav. Dette synes også meningsløst. På baggrund av så mange studier som etter min mening av rimelig metodisk kvalitet selv med nogle svagheder må det være riktig å konkludere med at det er moderat evidens for at superviseret trening ikke har klinisk relevant effekt ved nyopståede lumbale rygsmerter. Metodisk er for eksempel blinding av patient og behandler umulig i slike studier. I en systematisk review fra 1999 kom vi til samme konklusjon ved smerter med varighet 0-4 uger (Brox et al). Det finnes mange RCT etter 1999. Hvor længe skal vi fortsatte å si at evidensen er lav eller meget lav for å insinuere at bare vi gjør flere studier vil vi finne effekt?

Det er etter min vurdering ikke en gang lav evidens for å anbefale patienter med nyopståede rygsmerter med superviseret fysisk trening, tvært i mod er det evidens for ikke å anbefale fordi effekten i beste fall er ringe, men det kan ikke udelukkes at patienter med for eksempel varighet 8-12 uger vil ha effekt av en slik intervention. Dette viktige spørsmål besvarer ikke retningslinjen.

5. PICO-spørsmål 5: *Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling?*

Min kritikk vedrørende spørsmål 6 gjelder også her. Jeg savner som tidligere nævnt studier som sammenligner placebo og mener at eksklusion av slike studier introducerer et alvorlig bias. Selv uten den nævnte studien (Hancock et al.) er det lav til moderat evidens for at ledmobiliserende teknikker ikke har klinisk signifikant effekt. Inklusion av

den nævnte studien ville ha hevet evidensen fra lav til moderat for at ledmobiliserende teknikker i tillegg til vanlig behandling ikke har effekt.

6. PICO-spørsmål 2: Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes individualiseret patientuddannelse i tillegg til vanlig behandling?

Det er meget vanskelig å svare på et slikt spørsmål fordi patient-terapeut samtale (verbal og non-verbal) og indhold i uddannelse er svært at vurdere og sandsynligvis meget centralt for vurdering av behandlingseffekt. Kvalitative studier er sandsynligvis lige godt egnet.

De fleste studierne har inkludert patienter med rygsmerter, varighet 8-12 uger og anbefaling kan derfor vanskelig generaliseres til patienter med varighet 0-8 uger.

Evidensen vurderes som meget lav og effektestimaterne som upræcise, men er egentlig 0,14 (95% CI -0,37 til 0,09) på en skala fra 0-10 på baggrund av 6 studier med 962 patienter upræcist?

Og med hensyn til sygefravær som er primært effekt utfald i disse studierne. Tre studier med 1667 patienter er inkludert. RR er 0,64 (95% CI 0,45 til 0,91) eller 172 færre sygemeldt pr 1000 (95% CI 43 til 263 færre). **Er dette meget lav evidens for at interventionen har effekt på sygefravær?** En anden studie med 112 deltagere finner samme tendens. Etter min vurdering er evidens moderat til sterk for at denne interventionen har effekt på sygefravær og derfor bør anbefales på grundlag av evidensbaseret medicin.

En anden sak er at også Storheim et al. haver sygefravær som primært effekt utfald uden at finde effekt. Dette var en lille studie med for liten test styrke for dette effekt utfald. Det er flere feil i rapporteringen av studien til Storheim et al. Hva er klinisk signifikant effekt for fear-avoidance. Det ble fundet effekt på funksjon (disability), self-efficacy for pain, life-satisfaction og 4 af 9 SF-36 domæner. Studien er ikke inkludert for at besvare spørsmål 6. Selv om jeg kender de fleste av de inkluderte studierne, er det denne jeg kender best og det svækker til retningslinjen at den rapporteres feil.

Anbefaling er etter min vurdering feil fordi det på grundlag av studierne som er inkludert er moderat evidens for å tilbyde denne type patientuddannelse med hensyn til sygefravær som er et viktig utfald

1. PICO-spørsmål 1: Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter opfordres til vanlig aktivitet frem for aflastning?

Dette spørsmålet skiller sig fra de andre spørsmålene fordi det opfordrer til vanlig aktivitet og ikke til behandling. I dagens debat om overbehandling og med hensyn til prioritering er det grund til å stille spørsmål om også kravet til evidens skal være forskjellig.

Er det ikke tilstrækkelig at det er sterk evidens for at effekten av interventionen ikke er dårligere end vanlig behandling? Etter min vurdering av tyder tabellerne på at det er sterk evidens for at det ikke er dårligere effekt, selv om det kan indvendes at studierne ikke har non-inferiority design. Effekten er ringe sammenlignet med anden behandling, men statistisk signifikante 0-12 uger etter behandling. Hvorfor skal vi belaste patienterne med tableter, øvelser og

ledmobiliserende behandling? Burde ikke det vigtigste være å formidle dette budskab til patienterne?

Efter min vurdering bør retningslinjen revideres.