

Høringssvar til national klinisk retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet:

1. CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
2. SmerteDanmark
3. Pfizer Danmark
4. Jesper Nørregaard - Region Hovedstaden
5. Dansk Kiropraktor Forening
6. Whiplashforeningen
7. Ergoterapeutforeningen
8. FAKS
9. Terapeutfagligt Råd, Region Syddanmark
10. Dansk Smerteforum
11. Psykiatrien Region Sjælland m.fl.
12. Gigtforeningen
13. Dansk Fibromyalgi-Forening
14. Dansk Selskab for Samfundsmedicin
15. Dansk Psykolog Forening
16. Faxe Kommune – Center for Sundhed & Pleje
17. Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi
18. Dansk Selskab for Fysioterapi
19. Danske Fysioterapeuter
20. Bente Stenfalk
21. Dansk Sygepleje Selskab
22. Kommunernes Landsforening
23. Glostrup Fysioterapi

**Høringssvar:**

**National kliniske retningslinje for udredning og behandling af  
generaliserede smerter i bevægeapparatet**

Hermed indgives høringssvar til NKR for generaliserede smerter i bevægeapparatet. Svaret er indsendt på vegne af den arbejdsgruppe, som netop har udarbejdet en MTV om mulighed for tidlig og målrettet indsats til smertepatienter. Vi har været repræsenteret i referencegruppen tilknyttet den nationale kliniske retningslinje, og har derfor haft fornøjelsen af at følge og kommentere arbejdet løbende. Vi er således ikke officiel høringspart, men vil alligevel gerne indgive bemærkninger til udkastet til retningslinjen, blandt andet mhp. at de to arbejder så vidt muligt kan supplere hinanden. Vi vurderer, at der er god mulighed for det – den kliniske retningslinje med sit primære fokus på behandling og MTV'en med sit primære fokus på kliniske og organisatoriske muligheder for en tidlig og målrettet indsats til patientgruppen.

Det har været spændende at se retningslinjen i den nuværende form, og vi er glade for, at de to arbejder offentliggøres stort set samtidig, så de også på den måde får mulighed for at supplere hinanden. Neden for følger vores bemærkninger:

1. I den kliniske retningslinje anbefales det at organisere behandling og udredning efter 'stepped care princip' (bilag 1). På baggrund af resultater fra den ovenfor omtalte MTV om muligheder for tidlig og målrettet indsats til smertepatienter<sup>1</sup> bør det imidlertid overvejes, om det er mere hensigtsmæssigt at organisere behandling og udredning efter princippet om 'stratificeret behandling på baggrund af patienternes risikoprofil'. Argumentet er, at dette princip understøtter en tidlig og målrettet indsats til de patienter, som er i risiko for udvikling af kroniske smerter og for nedsat funktionsevne pga. deres smerter. Jf. dette princip kategoriseres patienterne på et tidligt stadie og på baggrund af deres risikoprofil i subkategorier med tilhørende behandlingsstrategier. Det er derfor en organisationsform, hvorpå indsatsen potentielt målrettes de patienter, som har behov (se kapitel 6 om organisation i den nævnte MTV).  
I MTV'en undersøges bl.a. faktorer af betydning for risiko for udvikling af nedsat funktionsevne på tværs af

**midt**  
regionmidtjylland

Dato 18.09.2014

Lisbeth Ørtenblad

Tel. +45 7841 4362

lisbeth.oertenblad@stab.rm.dk

Side 1

---

<sup>1</sup> Smerter-En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. Ørtenblad L, Valentin GH, Carstensen K et al. Aarhus: Region Midtjylland, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2014.

smertelokaliteter. Der bør som minimum henvises til denne MTV i den kliniske retningslinje.

2. I retningslinjens gennemgang af 'Multidisciplinær intervention' fremgår det, at koordineret indsats og fælles planlægning mellem faggrupper har betydning for behandlingseffekt, især blandt svært belastede smertepatienter. Samarbejde mellem specialer og på tværs af sektorer nævnes generelt i retningslinjen som værende af væsentlig betydning for komplekse tilstande, som smerteforløb udgør. Det fremgår imidlertid ikke, hvordan dette koordineringsarbejde og samarbejde håndteres og effektueres i praksis. Resultater fra oven nævnte MTV viser, at koordinering og samarbejde mellem faggrupper og sektorer er mangelfuld og udgør store udfordringer i den nuværende organisering af indsatsen. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, om organisering og konkret håndtering af sådanne samarbejdsrelationer anbefales og beskrives.
3. I den kliniske retningslinje er der lagt påfaldende meget vægt på anbefaling af psykologiske interventioner (Kognitiv adfærdsterapi, Psykoedukation, og også Superviseret fysisk træning og Multidisciplinær intervention) if. øvrige behandlingsformer – på trods af det lave niveau af kvalitet af evidensen. Vi finder det problematisk, fordi interventionerne, som de er fremstillet i den kliniske retningslinje, er svært anvendelig i praksis:
  - Det er i retningslinjen ikke nærmere defineret, hvem der potentielt vil have gavn af den pågældende indsats. Det fremgår således ikke, hvilke patienter studierne, der ligger til grund for anbefalingerne, inkluderer (eks. i form af smerternes varighed og sværhedsgrad). Der er tale om en stor patientpopulation, og de foreslåede interventioner bliver på den baggrund potentielle omkostnings- og ressourcemæssige tunge interventioner, hvis hele patientpopulationen frem for specifikke målgrupper af populationen skal have det tilbudt. I retningslinjen nuværende form er det således vanskelig for den praktiserende læge at udpege, hvilke smertepatienter vil have gavn af hvilke af de nævnte psykologiske indsatser for derigennem både samfundsøkonomisk og klinisk at målrette behandlingen. Kan dette ikke nærmere defineres, bør det som minimum nævnes, hvilke overvejelser der bør indgå, når en af de nævnte psykologiske behandlingsindsatser tilbydes, herunder retningslinjer for visitation.

- Der savnes en nærmere beskrivelse af de psykologiske interventioner, eksempelvis hvad CBT og ACT er, da det ikke kan forventes, at praktiserende læger har den fornødne viden om psykoterapiformer.

Ligeledes savnes en nærmere specifikation af, hvad også de øvrige ikke-farmakologiske interventioner indbefatter for den enkelte ('dosis': antal konsultationer, træningspas etc.). Det fremgår endvidere ikke, hvem der skal levere superviseret træning, hvilke former for træning hjælper for hvilke smerter og patienter, eller hvad 'Interventioner der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet' mere specifikt indeholder og implicerer – eksempelvis hvordan tilbydes en intervention, der har som mål at fremme aktiviteter. De meget overordnede og generelle beskrivelser af de psykologiske interventioner kan gøre retningslinjen vanskelig anvendelig i praksis for den enkelte (praktiserende) læge.

4. Den kliniske retningslinjes konstatering af multifaktorielle årsager til smertetilstande, hvor biologiske og psykosociale forklaringsfaktorer indgår (eks. s. 10 i retningslinjen), stemmer ikke helt overens med resultater fra MTV'en, hvor vi har fundet, at til trods for at angst og depression optræder sammen med smerter over tre måneders varighed, er det ikke fundet, at disse faktorer kan prædiktere udvikling af nedsat funktionsevne pba. smerter eller udvikling af kroniske smerter.
5. Den kliniske retningslinje anbefaler gennemgående at udredning, diagnosticering og anbefaling af behandling(er) sker ud fra en bio-psyko-social model, som beskrevet i DSAM's retningslinje. Det harmonerer godt med resultater af den ovenfor nævnte MTV. Det fremgår her, at anvendelse af (bl.a.) den bio-psyko-sociale sygdomsmodel er et ønske blandt såvel patienter som praktiserende læger og speciallæger, og at det i vid udstrækning allerede finder sted i praksis. Imidlertid vil vi tilføje, at der, jf. denne MTV's resultater, er forskel på, hvorledes læger og patienter opfatter en bio-psyko-social model, således at patienter generelt opponerer mod 'psykologisering' og/eller psykosomatisk diagnostik af deres smertetilstand. Psykologiske aspekter, som en del af den bio-psyko-sociale sygdomsmodel, handler for patienter ikke om følgevirkninger og årsager til deres smertetilstand, men snarere om eksempelvis håb for fremtiden og positive tanker. Det vil derfor være hensigtsmæssigt i den kliniske retningslinje at gøre opmærksom på divergerende opfattelser af denne sygdomsmodel samt supplere med vejledning i

samarbejde med patienten om udvikling af behandlingsplaner med afsæt i denne sygdomsmodel.

6. I den kliniske retningslinje anbefales det generelt at afdække patientens sygdomsforståelse og forventninger til behandlingerne, at behandlingsvalg og forløb er individuelt tilrettelagt samt at de beskrevne behandlingsformer overvejende er præferencefølsomme. Det harmonerer godt med resultater fra den nævnte MTV, blandt andet i forbindelse med MTV'ens beskrivelse af, hvad patienter finder væsentligt for et godt samarbejde med den praktiserende læge og for et hensigtsmæssigt forløb.
7. Vedr. retningslinjens bilag 4 om monitorering og opdatering bør ansvars og rollefordeling eksplicit beskrives mhp. effektivering af dokumentation og evaluering.
8. Det fremgår i retningslinjen, at det påtænkes at udarbejde en Quick Guide version af retningslinjen. Denne Quick Guide bør også komme i høring.

Venlig hilsen  
Lisbeth Ørtenblad  
Forsker, mag.art.,  
projektleder MTV om smerter

## SmerteDanmarks høringssvar til de nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet, 2014

### Indledning

Først vil SmerteDanmark gerne complimentere Sundhedsstyrelsen, for at sætte fokus på den meget store gruppe af kronisk smerteramte mennesker i Danmark, ved at igangsætte udarbejdelse af kliniske retningslinjer på området. Det gælder også selv om SmerteDanmark ikke har været inviteret med i processen. Desværre lever resultatet efter vores opfattelse ikke op til forventningerne. Det gælder både i forhold til udvælgelse af medlemmer til arbejdet, valg af metode, processer i arbejdet og de faglige anbefalinger. Vi vil i det følgende gøre nærmere rede for dette og konstruktivt komme med både specifikke og mere generelle fremadrettede anbefalinger, som vi håber arbejdsgruppen vil gøre brug af.

### Kommentarer til den overordnede metodiske tilgang

Der har ikke tidligere været udarbejdet kliniske retningslinjer i Danmark for patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Generaliserede smerter i bevægeapparatet, specielt af kronisk karakter, giver ud over fysiske og psykiske symptomer, ofte også en negativ påvirkning af patientens aktivitet og deltagelse i daglig- og arbejdslivet. Disse negative konsekvenser påvirker ofte det kliniske billede i en ond spiral. Der er derfor tale om et kompleks og sammensat helbredsproblem, der ikke kun kan isoleres til klinisk behandling, men i højere grad bør håndteres helhedsorienteret og med et sammenhængende rehabiliterende fokus. Præmisserne for at udarbejde "kliniske retningslinjer" for et sundhedsproblem med vage kliniske fund, giver selvsagt en række udfordringer. Disse udfordringer ser vi desværre ikke adresseret i tilstrækkelig grad, hvilket resulterer i at de overordnede præmisser for arbejdet ikke er på plads.

Dette forhold betyder også, at den valgte metode til at afdække og beskrive evidensen på område, ikke er optimal. Det mere eller mindre tilfældige valg af fokusspørgsmål, er ikke en optimal måde at afdække den kliniske evidens for et helhedsorienteret og sammenhængende patientforløb. Den valgte metode medfører, at de udvalgte spørgsmål og efterfølgende svar "stritter" i alle retninger. Der mangler sammenhæng i mellem de isolerede kliniske anbefalinger og under hvilke omstændigheder de kan anbefales. Det svarer til at komme med kliniske anbefalinger for "generaliseret cancer", selvom alle ved, at der bag dette ligger en lang række af subgrupperinger, der skal stratificeres for. Men i modsætningen til cancerområdet, kan vi på smerteområdet ikke subgruppere patienter på baggrund af mikroskopiske fund på celleniveau, men må anvende et bredere og mere helhedsorienteret perspektiv der relaterer sig mere til patienternes funktionsevne.

### SmerteDanmarks anbefaling

*SmerteDanmark anbefaler derfor, at der i de kliniske retningslinjer i højere grad tages udgangspunkt i de smerteramtes funktionsevne og at den faglige instanstager tilrettelægges her efter. Dette gælder for alle generaliserede helbredsproblemer, men i særdeleshed for generaliserede smerter. I retningslinjerne kommer med anbefalinger, der antager at generaliseret smerte er en samlet "sygdom", selvom virkeligheden er en anden. Vi anerkender at dette kan skyldes, at den bagvedliggende forskning på området heller ikke har anlagt denne distinktion. Det havde dog været anbefalelsesværdigt, hvis arbejdsgruppen i sin indledning havde uddybet denne problemstilling. Det ser vi gerne.*

### Kommentarer til processen

Der har i forbindelse med udarbejdelsen af retningslinjerne været et uacceptabelt stort tidspres. Retningslinjerne er udarbejdet til høring i løbet af få måneder og skulle have været afsluttet i juni måned i år. Arbejdet blev forsinket fordi arbejdsgruppen ikke kunne nå at fremskaffe relevant litteratur på området, hvorfor det sidste møde med begge grupper blev afviklet midt i sommerferieperioden, hvilket har betydet, at flere medlemmer af grupperne ikke har været til stede under udformningen af de endelige retningslinjer.

### SmerteDanmarks anbefaling

*SmerteDanmark vil anbefale at den beskrevne proces undgås i fremtidige udarbejdelser.*

### Kommentarer til udvælgelse af medlemmer

Generaliserede smerter i bevægeapparatet kræver for mange patienter en bio-psykosocial udredning og intervention. Det er derfor skuffende, at der hverken i arbejdsgruppen eller i referencegruppen er

repræsentanter fra Dansk Socialrådgiverforening. Sundhedsstyrelsen udelader med dettet frafravalg, indspil fra en meget vigtig side af udredning og indsats for denne gruppe patienter. Hvis dette fravalg skyldes Sundhedsstyrelsens krav til evidens i det faglige arbejde, må dette revideres, når der skal udvikles retningslinjer på et område der ikke kun er "klinisk". Det samme forhold gælder for fravalget af Dansk Sygeplejeråd, til trods for denne behandlergruppes centrale placering i det daglige virke med patienterne.

### **SmerteDanmarks anbefaling**

*SmerteDanmark vil fremadrettet anbefale, at der i udvælgelsen af arbejdsgruppe sammensætningen, i højere grad skeles til, hvilke fagligheder der indgår i det samlede patientforløbet for en given patientmålgruppe og ikke kun til fagpolitiske hensyn.*

### **Kommentarer til de faglige anbefalinger generelt**

Den ovenfor nævnte mangel på brug af subgruppering ud fra funktionsevnebegrænsning, giver en række afledte udfordringer i de faglige anbefalinger. At anbefale at alle med generaliserede smerter skal tilbydes psykoedukation og kognitiv behandling, er både fagligt ulogisk, men også kapacitetsmæssigt helt urealistisk.

Vi anerkender i øvrigt, at der er tale om kliniske retningslinjer og ikke et MTV arbejde. Derfor kan der heller ikke stilles krav om at forholde sig til kompetencekrav, organisering og kapacitet. Vi ønsker alligevel at knytte en kommentar til dette, da den manglende nuancering og subgruppering kan give alvorlige kapacitetsudfordringer. På nuværende tidspunkt findes der ikke tilstrækkeligt med smerteuddannede læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere til at tilbyde patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet kvalificeret behandling.

### **SmerteDanmarks anbefaling**

*SmerteDanmark ser gerne, at der i de faglige anbefalinger i højere grad anvendes formuleringer som: "kan anbefales såfremt den faglige vurdering af patientens samlede funktionsevnebegrænsninger indikerer behov for psykoedukation", i stedet for at anvende bydeform "tilbyd" til alle.*

### **Kommentarer specifikt til anbefalinger vedr. opioider**

Danmark har i mange år haft et meget højt forbrug af opioider og sandsynligvis også et for højt forbrug. SmerteDanmark er enig i og sympatiserer med Sundhedsstyrelsens bestræbelser på at minimere forbruget. Landets smertelæger er meget opmærksomme på problematikken, og derfor ordineres opioider kun i de tilfælde, hvor ingen anden medicin er virksomt. For at opnå den mest optimale effekt hos patienten anvendes forskellige opioider. Det vil derfor være et tilbageskridt for behandlingen af smertepatienter at reducere anvendelsen af opioider til et specifikt præparat (Tramadol) samt kun at anbefale kortvarig anvendelse.

### **SmerteDanmarks anbefaling**

*SmerteDanmark ønsker, at de internationale anbefalinger fra videnskabelige selskaber på smerteområdet bliver fulgt. Her anbefales, at opioider kan anvendes for de smertepatienter, hvor disse præparater kan reducere smerter samtidig med at forbedre eller fastholde det daglige funktionsniveau for den enkelte.*

### **Afslutning**

SmerteDanmark ønsker med disse kommentarer at blive opfattet som en kompetent og konstruktiv samarbejdspartner på området. Vi stiller os derfor også gerne til rådighed i det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Jørgen Kilsgaard  
Bestyrelsesmedlem i SmerteDanmark

Lars Bye Møller  
Næstformand i SmerteDanmark

22 sep 2014.



Pfizer ApS  
Lautrupvang 8  
DK-2750 Ballerup  
Tlf.: 44 20 11 00  
Fax: 44 20 11 01  
www.pfizer.dk  
CVR.nr. 66351912

Pfizer Danmark

Sundhedsstyrelsen,  
Sygehuse og Beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København

Ballerup den 8. september 2014

Vedr. Høringsudkast National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Generaliserede Smerter i Bevægeapparatet.

Pfizer har som markedsføringsindehaver af Lyrica® (pregabalin) og Neurontin® (gabapentin) med interesse læst høringsudkastet til den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet. Pfizer har følgende kommentarer:

1. Misvisende navngivning af retningslinje

Betegnelse "generaliserede smerter" omfatter ifølge arbejdsgruppen flere forskellige diagnoser, hvilket da også er anerkendt i de fleste smerteforskningsskredse. CRPS, myofascielt smertesyndrom og fibromyalgi er de mest kendte under denne overskrift. Imidlertid er al evidens, der danner grundlag for den aktuelle retningslinje, baseret på data fra studier, som udelukkende havde inkluderet patientpopulationer med fibromyalgi. Pfizer mener derfor, at det vil være mere korrekt at kalde retningslinjen for 'national klinisk retningslinje for udredning og behandling af fibromyalgi'. Pfizer ser en stor risiko forbundet med retningslinjer, som er målrettet udredning og behandling i almen praksis, hvis ikke afgrænsningen af retningslinjerne entydigt følger den tilvejebragte evidens; i dette tilfælde er smertetilstandene fra studierne begrænset til fibromyalgi alene.

2. Ingen inddragelse af viden om smertepatofysiologi

Der findes i dag ganske megen ny neurofysiologisk viden om smertetransmission samt de meget varierende virkningsmekanismer af de forskellige farmaka. Denne viden bør inddrages i lægens vurdering af patientens smertesituation, så ikke alene risiko for de kendte bivirkninger og afhængighed lægges til grund for præparatvalg, men at behandlingen i stedet sammensættes både kvantitativt og kvalitativt optimeret.

3. Anbefaling af gabapentin i modstrid med konklusion fra reference

Arbejdsgruppen giver en svag anbefaling af gabapentin på baggrund af data fra et Cochrane Review om antikonvulsiva i behandlingen af fibromyalgi (Üçeyler N et al., 2013). Forfatterne af dette Cochrane Review konkluderer i modsætning til nærværende udkast, at mængden og kvaliteten af evidens for gabapentin var insufficient til at kunne drage definitive konklusioner omkring effekt og sikkerhed af præparatet til behandling af fibromyalgi. Til gengæld

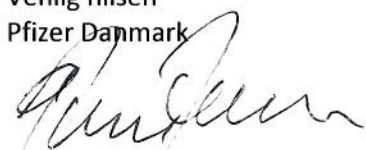


konkluderer forfatterne, at mængden og kvaliteten af evidens for pregabalin er sufficient til at konkludere både effekt og sikkerhed af pregabalin til behandling af fibromyalgi. Det er således alene et prisargument, som ligger til grund for anbefaling af gabapentin som førstevalg til denne patientgruppe og ikke en videnskabelig evidens, hvilket klart bør fremgå i retningslinjen. Dette er endvidere i strid med teksten i afsnit 1.1, hvor det fremhæves, at anbefalingerne i retningslinjen alene er baseret på evidens fra kliniske studier og ikke på baggrund af pris.

4. Anbefaling af præparater udenfor godkendt indikation er i henhold til Sundhedsministerens udtalelse af den 9. september 2013 på Folketingsspørgsmål S826 ikke tilladt offentlige myndigheder

Tricykliske antidepressiva (TCA) anbefales som førstevalg i retningslinjen, mens disse præparater ikke er godkendt til behandling af smerter. Det er endvidere uigennemskueligt for læseren, at der er tale om off-label anbefaling, da de godkendte indikationer for TCA ikke er anført. Denne information skal klart fremhæves i retningslinjen, da reglerne for patientsamtykke og skærpet informationspligt skal følges i henhold til Kammeradvokatens svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg dateret 1. november 2011, når en læge overvejer at anvende et lægemiddel off-label. Denne praksis bør kun ske, når der ikke findes et anvendeligt registreret lægemiddel til indikationen og ikke som rutine førstevalg

Venlig hilsen  
Pfizer Danmark



Lene Juncker-Jensen, M.D  
Northern Cluster Medical Director  
Pfizer ApS  
Lautrupvang 8  
DK-2750 Ballerup  
E-mail: Lene.Juncker-Jensen@pfizer.com / www.pfizer.dk

**Fra:** Jesper Nørregaard [<mailto:Jesper.Noerregaard.02@regionh.dk>]

**Sendt:** 23. september 2014 09:30

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Emne:** Høringssvar NKL generaliserede smerter.

Størstedelen (frasat nederste afsnit) er gentagelser af mit høringssvar til Regionhovedstaden.

Fint udkast.

Kritikpunkter:

Generelt er tabellerne inhomogene i præsentation af data. Nogle steder står der tekst lower og higher andre steder blot tal og med variation om der er fortegn med. Hvorfor ikke f.eks. SMD - 0.33; 95% CI -0.49 to -0.17 konsekvent.

I øvrigt er det svært at aflæse om lower er bedre eller dårligere for intervention – som jo afhænger af outcome. Det fremgår ikke let tilgængeligt. Kunne præciseres med et suffix (f.eks. + for bedring) for at øge læsbarheden. (som det fremgår af evidens tabeller)

P (population): Som udmærket beskrevet er der en glidende overgang fra de lettere til de sværeste tilfælde. De fleste studier er foretaget på de sværeste tilfælde med betydelig psykosocial problematik. Dette (tidligere kaldet sektionsbias) betyder at resultater ikke direkte kan overføres til hele gruppen af patienter med generaliserede smerter. Derfor bør man være tilbageholdende med at give stærke anbefaling til gruppen som helhed (som f.eks. for psykoedukation og kognitiv terapi).

I og C: Nogle interventioner kan betragtes som delvist overlappende, som f.eks. kognitiv terapi og psykoedukation. Der er derfor problematisk at man giver stærke anbefaling til begge former. Det vil ikke give mening at forvente at begge disse tiltag iværksættes hver for sig. Omfanget af disse tiltag kan varieres betydelig, hvilket jeg synes bør medgå i diskussionen af de enkelte PICO spørgsmål. Det forekommer at retningslinjen desangående er låst fast i de på forhånd definerede PISO spørgsmål. Bilag 1 giver en god praktisk løsning i form af en beskrivelse af håndtering af forskellige grupper af patienter på 5 forskellige trin, hvori det klart fremgår at de letteste patienter kan håndteres uden formel CBT eller psykoedukation.

Jeg vil foreslå at nogle af de begreber og principper fra bilag 1 om TERM terminologien inddrages i afsnittet om centrale budskaber og i konklusionerne på de enkelte pico spørgsmål om CBT, psykoedukation og tværfaglige tiltag? Så synes jeg man måske bør anvende det danske ord individualiseret patientuddannelse ('light' udgaven af psykoedukation) f.eks. i afsnittet om centrale budskaber og at forbeholde en stærk anbefaling til dette (svarende til trin 1 og 2 på TERM trappen). Evt. kan også anvendes begrebet 'kognitiv tilgang' f.eks. så også almindelige reumatologer kan være med på de nederste trin. Og så kun 'overveje' formel psykoedukation og/eller CBT især til patienterne på de 3 øverste trin af trappen i bilag 1.

Om ømhed (tenderpoints). Jeg savner en angivelse af at ømhed er en prognostisk markør og for sværhedsgrad og korreleret til funktionsbegrænsninger.

MVH

Medlem af referencegruppen

Ledende overlæge dr. med. Jesper Nørregaard

Reumatologisk afdeling

Hillerød hospital

Dyrehavevej 29

3400 Hillerød

Tlf: 48296999

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

24. september 2014

### **Høringssvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet**

Sundhedsstyrelsen har den 4. september 2014 udsendt udkast til national retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet til høring i en bred kreds af faglige selskaber, myndigheder og organisationer. Høringsfristen er fastsat til den 25. september 2014.

Kiropraktorer gennemgår som bekendt en akademisk grunduddannelse specifikt rettet mod smertetilstande i bevægeapparatet, og mere end 350.000 patienter behandles årligt i kiropraktorpraksis. Patientklientellet i kiropraktorpraksis omfatter derfor også personer med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Det undrer derfor Dansk Kiropraktor Forening, at Sundhedsstyrelsen ikke har fundet det relevant at inddrage kiropraktorerne i arbejdet med udarbejdelse af den kliniske retningslinje, herunder anmode om bemærkninger til udkastet til retningslinje.

Dansk Kiropraktor Forening skal derfor anmode om, at Sundhedsstyrelsen for fremtiden inddrager kiropraktorerne i arbejdet med udarbejdelse af nationale retningslinjer, der vedrører sygdomme i bevægeapparatet, og som er omfattet af kiropraktorerens virksomhedsområde.

En national retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet får betydning for behandlingen af patienter i kiropraktorpraksis, og som følge heraf fremsender Dansk Kiropraktor Forening følgende bemærkninger til det foreliggende udkast.

Foreningen finder det positivt, at der udarbejdes en national retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet, da generaliserede smerter i bevægeapparatet er en relativ hyppig forekommen lidelse med store konsekvenser for det enkelte individ, bl.a. i form af nedsættelse af funktionsniveau. Desuden er lidelsen årsag til store direkte og indirekte samfundsøkonomiske omkostninger.

Vi hilser arbejdsgruppens enighed om, at generaliserede smerter i bevægeapparatet er en reel sygdom velkommen. Desuden er vi enige i, at målet må være at hjælpe patienten til en optimal egen håndtering af smertetilstanden og at bedre funktionsevnen fysisk, psykisk og socialt.

Arbejdet med retningslinjen forekommer velgennemført inden for de givne rammer og kan støtte klinikerens beslutninger omkring håndtering af patienter med generaliserede smerter. Væsentligst er det dog nok, at arbejdet peger på en række områder, hvor der er helt eller stort set fravær af viden om effekten af såvel udredningsstrategi som behandlingstiltag. Retningslinjen dokumenterer således et stort behov for at generere viden om en stor behandlingsgruppe med en tilstand, der er meget vanskelig at behandle.

Langt hovedparten af behandlingen skal ifølge retningslinjen ligge i primærsektoren.

Patienter med generaliserede smerter opsøger andre autoriserede behandlere end egen læge. Derfor bør anbefalingen om organiseringen af behandling og udredning (s.11) generelt rettes mod 'behandleren', dvs. 'lægen/kiiropraktoren/ fysioterapeuten', fremfor alene mod 'lægen'. Denne bemærkning gælder generelt i alle de situationer, hvor kun 'lægen' er nævnt.

Under pkt.2. Udredning og diagnostik skal vi henlede opmærksomheden på, at kiiropraktorer i vid udstrækning opfylder alle punkterne i den foreslåede anamnese- med undtagelse af punkt i. Biokemisk screening. Kiiropraktorerne vurderes derfor at være en vigtig sundhedsperson i forhold til at opfylde behovet for hurtig diagnosticering i samarbejde med de praktiserende læger.

DKF skal anbefale, at kiiropraktorerne eksplicit nævnes som faggruppe i retningslinjen de steder, hvor kiiropraktorerne tilstedeværelse er åbenbar, (s. 11). Kiiropraktorerne bør endvidere nævnes under 1.3 Målgruppen (s. 12) samt under punkt 3.3 Superviseret fysisk træning (s. 19).

Et væsentligt formål med retningslinjen er at sikre, at diagnosen stilles hurtigst muligt, så patienten kan blive tilbudt relevant intervention. DKF finder, at det vil være relevant i retningslinjen pkt. 2.7, s. 17 at berøre risikoen for at overse væsentlige differentiale diagnoser ved hurtigere at stille diagnosen generaliserede smerter.

Med venlig hilsen



Jakob Bjerre  
Direktør

## WHIPLASHFORENINGENS HØRINGSSVAR PÅ "NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR UDREDNING OG BEHANDLING AF GENERALISEREDE SMERTER I BEVÆGEAPPARATET".

Whiplashskadede er ifølge Sundhedsstyrelsen omfattet af retningslinjen. Vi er derfor uforstående overfor, at vi hverken er inviteret med i arbejdsgruppen eller er blevet bedt om at indgive høringssvar.

Mange af vores medlemmer har svære smerter. Vi konstaterer gang på gang, at muligheden for at blive tilstrækkeligt undersøgt og få en sufficient smertebehandling er for ringe. Ventetiden på behandling på smerteklinikker er for lang, og langt fra alle får muligheden. Derfor har vi set frem til den nye retningslinje. Efter at have læst den må vi dog konstatere, at den hverken med hensyn til kvalitet eller indhold, er i nærheden af, hvad vi havde forventet. Hovedparten, af de i retningslinjen nævnte behandlinger, er psykiatriske tiltag. Bliver behandlingen fremover som høringsforslaget skitserer, må vi konkludere, at generaliserede smerter fremover betragtes som psykiske smerter.

Whiplashskadede har lokaliserede og ikke generaliserede smerter. Smerterne er lokaliseret til nakke, evt. kæbe, skulder (skuldre) og lænd.

Retningslinjen minder i bemærkelsesværdig grad om Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser (FFL) anbefalinger i forhold til udredning og behandling af funktionelle lidelser/BDS. "En funktionel lidelse er en sygdom, hvor man er belastet af fysiske gener, som gør det svært at fungere i dagligdagen. Man kan forstå det som en tilstand, hvor hjernen og kroppen er overbelastet og ikke fungerer normalt." <sup>1</sup> På FFL's hjemmeside står, at man for at undgå forvirring omkring diagnosticeringen af de funktionelle lidelser har udviklet 'Bodily Distress Syndrome' (BDS) til forskningsbrug. "Diagnosen er blevet udbredt i internationale forskningsmiljøer men indgår endnu ikke i de officielle diagnoseklassifikationssystemer." "Diagnosen baseres på en genkendelse af sygdomsmønstret. Der nævnes lidelser som fibromyalgi, **kronisk smertesyndrom**, kronisk whiplash, kroniske bækkensmerter og colon irritabile som eksempler på funktionel lidelse." <sup>2</sup>

Vi er overraskede over, at Sundhedsstyrelsen, som den øverste garant for et godt sundhedsvæsen, accepterer, at en national strategi bygger på en ikke anerkendt diagnose, og et forskningsprojekt i en tidlig fase med ringe videnskabelig evidens. Ydermere baseres retningslinjen alene på fokuserede spørgsmål og litteratur vedrørende diagnosen fibromyalgi og er dermed afgrænset til dette, hvilket begrænser både kvalitet og evidens.

Med den lave evidens fremstår retningslinjen som et forsøg med mennesker, der har smerter, og burde som sådan have en forsøgsprotokol. Hvordan sikres patienter med generaliserede smerter en tilstrækkelig god diagnosticering og behandling?

## RETNINGSLINJENS INDHOLD I FORHOLD TIL FORSKNINGSKLINIKKEN FOR FUNKTIONELLE LIDELSER OG EVIDENS

Det er ret stor overensstemmelse mellem retningslinjen og arbejdshypoteserne fra Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser (FFL), hvor antagelsen er, at kroniske smerter skyldes en **øget sensibilisering** af nervesystemet samt DSAM's vejledning i funktionelle lidelser som bygger på FFL's teorier. <sup>3</sup>

**Stepped care modellen og TERM-modellen** indgår i retningslinjen om generaliserede smerter. (FFL har udviklet stepped care modellen og TERM-modellen).

Den **praktiserende læge skal være primus motor** i behandlingen, og patienterne sendes ikke til

unødvendige undersøgelser. (Dette er også en del FFL's program og medtaget i DSAM's vejledning, der bygger på forskningen fra FFL.<sup>4 5</sup>

**Træning** er medtaget i retningslinjen til trods for, at der er lav evidens for, at træning har en effekt. (Forskningssklinikken anvender gradueret genoptræning).

I retningslinjen er **kognitiv terapi og ACT** behandling to af de behandlinger, der foreslås. Selv om der kun er svag evidens for effekten heraf (side 7). (FFL anvender også kognitiv terapi og ACT).

I forhold til patienter med generaliserede smerter anbefales ikke **opioider** i retningslinjen. (FFL anbefaler, at smerter ikke behandles med vanedannende medicin, hvilket har evidensniveau 5 svarende til "anbefalet af skrivegruppen som god klinisk praksis).

Psykoedukation anbefales i retningslinjen. (FFL anbefaler psykoedukation).

**Multidisciplinær behandling** anbefales ikke i retningslinjen. (FFL anvender IKKE multidisciplinær behandling).

**Til trods for, at nogle smerteklinikker har gode resultater med multidisciplinær behandling og til trods for, at også Sundhedsstyrelsen i forbindelse med høringen vedr. DSAM's vejledning, gav udtryk for ønsket om tværfaglig behandling.** "Sundhedsstyrelsen fremsendte også bemærkninger til høringsudkastet, herunder bl.a. at vejledningen i højere grad burde lægge op til tværfagligt samarbejde".<sup>6</sup>

**Tricykliske antidepressiva** (TCA) anbefales i retningslinjen som førstevalg, hvis ACT ikke virker. Der er moderat evidens for virkningen heraf. (FFL anbefaler brug af TCA med godkendelse af De Videnskabetiske Komitéer i Midtjyllands). FFL synes inhabil i forhold til at pege på netop TCA, da de har fået stor økonomisk forskningsstøtte af Lundbeckfonden. Se senere. Lundbeck producerer bl.a. TCA.

**Således kan vi fastslå, at denne retningslinje lægger sig tæt op af FFL's forskning, der går igennem retningslinjen som en rød tråd.**

Professor Per Fink, leder af FFL, er medlem af arbejdsgruppen.

**Vi finder det uforståeligt, at et forskningsprojekt i en tidlig fase kan danne grundlag for nationale retningslinjer på smerteområdet generelt og på whiplash specifikt, når der i dag findes evidensbaseret viden på begge områder, som ikke er medtaget, mens retningslinjerne baseres på en meget lav grad af evidens.**

## DIAGNOSTICERING OG BEHANDLING AF GENERALISEREDE SMERTER

I bilag 1 i retningslinjen står: "Både ætiologi og patogenese ved generaliserede smerter i bevægeapparatet er ufuldstændigt kortlagt." Dette er en erkendelse af manglende viden på området.

Side 17 står: "Det er vægtet højt at lave en anbefaling, der i mange tilfælde gør det muligt for den praktiserende læge at stille diagnosen på baggrund af kliniske fund, suppleret med en relevant og afklarende karakterisering af patienten." Hvis man ikke har kortlagt ætiologi og patogenese synes det uforståeligt, at man kan stille en hurtig diagnose i almen praksis. Udtrykket "karakterisering af patienten" falder os for brystet. Hvad mon en sådan karakterisering af patienten dækker over? Er retningslinjen først og fremmest et redskab til at sikre, at disse patienter ikke fremover belaster hospitalerne, og ikke får mulighed for at blive tilset af speciallæger?

At det fremover betragtes som god praksis at stille diagnosen "generaliserede smerter i bevægeapparatet" på whiplashskadede ud fra anamnese, symptom billede, varighed og objektiv undersøgelse finder vi kritisabelt. I forhold til whiplash kræves ofte yderligere undersøgelser for at be- eller afkræfte skader. Begrundelsen er, at diagnosen skal stilles hurtigst muligt, fordi det kan være skadeligt for patienten at forblive uafklaret i for lang tid, lige som det kan påvirke smertehåndtering og kronificering. Mange

whiplashskadede bliver dog ikke raske indenfor tre måneder; men de bliver måske raske inden for ét år.

**Retningslinjen kan dermed forøge whiplashskadedes risiko for både at få oversete fysiske skader og for at udvikle kroniske smerter, idet smerter der ikke behandles sufficient, kan blive kroniske.** <sup>7</sup>

Retningslinjen lægger ikke umiddelbart op til en sufficient smertebehandling. Med en hurtig diagnose oplever vi allerede nu, at mange whiplashskadede får overset skader som diskusprolaps, ligamentskader, frossen skulder, tryk på nerver og lignende, fordi de ikke bliver undersøgt nærmere for sådanne skader.

Whiplashskadede kan beviseligt have fysiske skader. <sup>8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21</sup>

Evidensen for **ikke** at give **opioider** til patienter med generaliserede smerter er meget lav. Den bygger kun på to studier. Alligevel foreskriver arbejdsgruppen, at det er god praksis ikke at anvende disse.

Patienterne kan få **Paracetamol og NSAID** præparater. Til trods for at **Sundhedsstyrelsen advarer mod NSAID præparaterne**, idet de kan give både hjerteflimmer og blodpropper i ben og lunger. <sup>22</sup>

Whiplashforeningen mener, at whiplashskadede ikke nødvendigvis skal have opioider; men vi mener, at de skal smertestilles. Også med **opioider**, når andet ikke virker. At leve med konstante smerter forringer livskvaliteten i en grad, som raske mennesker ikke kan forestille sig, og smerter, der ikke behandles sufficient, kan som tidligere nævnt udvikles til kroniske smerter.

Dolol er et svagt smertestillende middel. <sup>23</sup> Læger har udtalt, at Dolol ingen effekt har hos ca. ¼ af de patienter, der får præparatet. Arbejdsgruppen taler om "en meget høj forekomst af bivirkninger"; men de bivirkninger, arbejdsgruppen taler om, er kløe, kvalme og obstipation. Dette er "småtingsafdelingen" i forhold til de bivirkninger, patienter får af **tricykliske antidepressiva**, som de i stedet skal tilbydes som førstevalg, hvis kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation og træning ikke har tilstrækkelig effekt.

Begrundelsen er pris og bivirkningsprofil (side 49) sammenholdt med balancen mellem effekt og skadevirkninger (side 59). Bivirkningsprofilen ved TCA er langt værre end ved Dolol. Bl.a. har præparatet et meget smalt terapeutisk index, og brugen bør derfor begrænses hos ambulante patienter. Normalt vil man anvende serum-monitorering, hvor koncentrationen af medikamentet i blodet måles; men det lægges der ikke op til her. Desuden bør der tages EKG før behandlingsstart p.g.a. risikoen for kardielle ledningsforstyrrelser, hvilket der heller ikke tales om. <sup>24</sup>

Ud over kardielle ledningsforstyrrelser påvirker det seksuallivet, appetitten, vægten, vågenheden og de kognitive evner. Det kan give urinretention og tarmslyng samt blodtryksfald ved stillingsændring. Der er risiko for mani og delirøse tilstande. Svimmelhed, mundtørhed, huller i tænderne, kvalme, obstipation, hovedpine, rystelser, svedtendens, hallucinatoriske psykoser etc. Til sammenligning er Dolol på det nærmeste bolcher.

**Duloxetin** anvendes som det næste i rækken - efter mislykket ACT-behandling og forsøg med tricykliske antidepressiva. Præparatet kan bl.a. give mundtørhed, kvalme, hovedpine, søvnighed, nedsat appetit, træthed, vægttab, hedeture, forhøjet blodtryk, kramper, abnorme drømme, angst, svimmelhed, søvnløshed, sitren, sløret syn, seksuelle problemer, hjerteproblemer, muskelstivhed og føre til selvmord. <sup>25</sup>

Arbejdsgruppens anbefaling af **SSRI** præparater er svagt imod. Der er lav evidens for, at SSRI præparater virker på smerter. Side 56 står, at de har en svag virkning på smerte, men ingen virkning på funktionsevne. Funktionsevnen synes således vigtigere end den smertestillende effekt.

Det synes i det hele taget, som om der er en underliggende dagsorden i forslaget om, at det i langt større udstrækning er funktionsevnen end smerterne, der er interessant. For whiplashskadede hænger funktionsevnen og smerten sammen. **Når smerten behandles, bedres funktionsevnen automatisk.**

Arbejdsgruppen anbefaler, at man giver **gabapentin** under nøje vurdering af virkning og bivirkninger. Arbejdsgruppens anbefaling bygger kun på ét studie, der viser, at det har virkning på både funktionsevne og smerter. Allerede i 2009 blev lægemiddelfirmaet Pfizer afsløret i at "fuske" med forskningen omkring midlet gabapentin. Det viser sig, at stoffet IKKE virker på andet end epilepsi. Således virker det IKKE på neurogene smerter.<sup>26</sup> Hvorfor foreslås et sådant præparat? Hvorfor vedbliver man at bruge det til smertepatienter i Danmark, når det allerede for fem år siden er fundet uden effekt på smerter? Til gengæld har det et væld af bivirkninger som bl.a. vægtøgning, svimmelhed, søvnighed, kvalme, muskelkrampe, hovedpine, følelsesmæssig labilitet, talebesvær, søvnløshed, konfusion, depressioner og impotens.

**Hvis patienterne ikke er syge i forvejen, mener vi, at den medicin, retningslinjen lægger op til, bevirker, at de bliver syge pga de mange og invaliderende bivirkninger, de foreslåede præparater har.**

**Vi ved, at psykiatriske patienter dør 15-20 år før alle andre – pga bivirkninger fra medicin og fordi, fysisk sygdom overses.**<sup>27</sup> Der er lagt op til begge dele med denne retningslinje.

De øvrige behandlingsmuligheder er ikke anderledes end det, whiplashskadede selv i stor udstrækning forsøger sig med. De finder træningsmetoder, der er egnede til den enkelte, og de forsøger at være så aktive, som det lader sig gøre i dagligdagen. De forsøger sig også med mange andre selvbestaltede behandlingsmetoder, fordi der ikke er hjælp at hente i sundhedsvæsenet. Bl.a. fysioterapi, kiropraktik, osteopati, kraniosakralterapi, akupunktur etc. Altså tværfaglig behandling.

Der er meget ringe evidens for hovedparten af de behandlinger, der angives i retningslinjen. Skal alle patientgrupper med generaliserede smerter skal have samme behandling som fibromyalgi-patienter, bør behandlingen kunne dokumenteres i forhold til alle involverede patientgrupper. Vi har svært ved at forstå, hvordan lægevidenskaben og Sundhedsstyrelsen kan stå inde for en retningslinje baseret på ringe evidens, og en ikke anerkendt diagnose?

## **PATIENTSIKKERHED OG KVALITET**

Et af Sundhedsstyrelsens strategiske mål for 2013-2015 er at fremme patientsikkerhed og kvalitet. Retningslinjen for generaliserede smerter synes hverken at fremme patientsikkerhed eller kvalitet. Det synes f.eks. meget usikkert at behandle med bivirkningstunge lægemidler. Kvaliteten af retningslinjen er uvis pga den lave evidens. I denne sammenhæng må vi også påpege, at de eneste diagnoser, der er nævnt i retningslinjen, er fibromyalgi og Bodily Distress Syndrome, til trods for at retningslinjen omhandler alle med lidelser, der afstedkommer generaliserede smerter. På side 76 står: "Patientgruppen kan også defineres ved Bodily Distress Syndrome (BDS) af muskuloskeletal type eller af multiorgantype." Om BDS skriver Sundhedsstyrelsen til Sundhedsministeren: "Denne anvendes primært i forskningssammenhæng, og optræder ikke i ICD-10 (WHO's diagnoseklassifikationssystem) eller SKS (det danske klassifikationssystem), og kan således ikke bruges til registrering."<sup>28</sup> Vi undres derfor over, at dette begreb figurerer i retningslinjen om generaliserede smerter og beskrives som en diagnose, patientgruppen kan defineres ved. Der er end ikke sikkerhed for, at diagnosen medtages i ICD-11.<sup>29</sup> I et andet svar til sundhedsministeren skriver Sundhedsstyrelsen: "Formålet med en diagnose er at bidrage til at belyse prognosen, evt. mulighed og indikation for behandling". Vi bemærker i øvrigt, at en advokat på høringen om funktionelle lidelser, i Folketinget den 19. marts 2014, kaldte BDS en trussel mod både patient- og retssikkerheden samt menneskerettighederne.<sup>30</sup>



Et ph.d. studie viser, at ikke-psykotiske patienter, der er blevet tilbudt psykiatrisk behandling og har takket ja, efterfølgende har et tre gange så stort forbrug af sundhedsydelse, samt flere sygedage og førtidspensionsdage end de, der takkede nej til den psykiatrisk behandling.<sup>31</sup> En betragtning, der bør medtænkes.

## HVAD ØNSKER WHIPLASHSKADEDE

Først og fremmest ønsker vi, at virkningen af at forebygge smerter bør undersøges. I dag opfordres whiplashskadede på baggrund af usikker og ældre dansk forskning til hurtigt at genoptage arbejdet og fungere, som de plejer. Vores erfaring er dog, at whiplashskadedes forstuvede nakke bør aflastes (som man anbefales at aflaste andre legemsdele, der er forstuvede). Desuden bør den skadede smertebehandles tilstrækkeligt i den akutte fase. **Forskning viser, at smerter, der ikke behandles tilstrækkeligt, kan blive kroniske.**<sup>32 33 34</sup>

Generelt mangler der forskning på whiplashområdet. Mere forskning er ønskelig.

Med hensyn til diagnosticering ønsker vi, at den enkelte patient vurderes som en potentielt skadet person, således at undersøgelser som røntgen og scanning ikke på forhånd udelukkes.

Multidisciplinær behandling, som arbejdsgruppen har fravalgt i retningslinjen – til trods for, at nogle smerteklinikker har gode erfaringer med anvendelsen af en sådan behandling - er oplagt i forhold til whiplashskadede. Universitetshospitalet i Lund har i en del år lavet et rehabiliteringsprogram for whiplashskadede. Efter fem år er hovedparten i arbejde.

Vi ønsker også en sufficient smertebehandling, der ikke baseres på psykofarmaka med åbenlyst store og hæmmende bivirkninger på hjernefunktion, livskvalitet, følelsesliv, seksualliv etc.

Desuden ønsker vi hjælp til at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Træning er et udmærket redskab, hvis træningen er individuel og rettet mod den enkelte whiplashskadedes problemer. Visse træningsformer er direkte kontraindicerede. F.eks. styrketræning og træning ad modum McKenzie. Kiropraktorbehandling kan helbrede nogle i den akutte fase, men kan være direkte kontraindiceret i den kroniske fase.

Interventioner rettet mod deltagelse i hverdagslivet, psykoedukation og arbejdspladsinterventioner virker som gode initiativer; men hvad er bevæggrunden for at medtage dem?

Der er ikke evidens for, at interventioner mod deltagelse i hverdagslivet virker. Psykoedukation er der moderat evidens for. Det ser ud, som om psykoedukation skal lære patienten at forstå det lægen forstår frem for det, vedkommende selv mærker. Når det er sagt, kan det være udmærket, hvis formålet er, at patienten forstår sin egen situation. Men det må vel betragtes som et supplement til en egentlig behandling – og ikke en behandling i sig selv.

Sluttelig ønsker vi, at denne retningslinje "tages af bordet" i forhold til whiplashskadede. Den lægger op til, at de skadede placeres på samfundets sidelinje, bedøvet af medicin, der ikke virker, uden nogensinde at få ordentlig hjælp til at komme i arbejde og få et normalt liv.

## HABILITETSFORHOLD

Se dette link: <sup>35</sup>

Vi undrer os over, at **professor Per Fink**, leder af Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser der får store forskningsmidler fra f.eks. Lundbeckfonden er habil i denne sag. Lundbeck producerer flere tricykliske antidepressiva samt flere SSRI-præparater som indgår i retningslinjen. På side 95 står bl.a. om habilitetsforhold: *"En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag."* En gennemgang af Per Finks habilitetserklæring viser, at han mod betaling har afholdt foredrag ved symposier arrangeret af medicinalfirmaer. At Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser er udbydere af systematiseret undervisning i TERM-modellen, der som nævnt indgår/nævnes i retningslinjen, nævnes der intet om. Per Fink har selv sagt interesse i, at behandlingen af kroniske smertepatienter, som han medtager i sin forskning, fremover behandles efter noget, der ligner hans forskrifter. Vi tvivler derfor på Per Finks habilitet i denne sag.

**Speciallæge Karen Lisbeth Faarvang** har inden for de sidste fem år mod betaling udført opgaver for flere medicinalfirmer bl.a. Abbott, der producerer Brufen/Ibuprofen, som også anbefales i retningslinjen.

**Læge Gregers Hansen-Nord** ejer aktier i medicinalfirmaet Lundbeck, der bl.a. producerer tricykliske antidepressiva.

**Speciallæge dr.med. Karsten Junker** ejer aktier, anparter eller andele i Lundbeck, der bl.a. producerer tricykliske antidepressiva.

**Overlæge Kirstine Amris** har inden for de seneste fem år modtaget penge fra medicinalfirmaet Pfizer, der producerer Gabapentin, som er med som behandlingsmulighed i retningslinjen.

Hvis ikke de nævnte læger er juridisk inhabile, mener vi, at de er moralsk inhabile.

Afslutningsvist fremfører jeg på Whiplashforeningens vegne, at "National klinisk retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet" efter vores opfattelse, ikke er anvendelig i forhold til whiplashskadede.

Med venlig hilsen  
på vegne af Whiplashforeningens medlemmer  
formand for Whiplashforeningen

Susan Stick

---

<sup>1</sup> <http://funktionellelidelser.dk/enhed/>

<sup>2</sup> <http://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-forskere/intro/>

<sup>3</sup> <http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/>

---

<sup>4</sup> "Funktionelle lidelser – udredning og behandling". Redigeret af Per Fink og Marianne Rosendal. Munksgaard 2012.

<sup>5</sup> <http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/>

<sup>6</sup> <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/suu/spm/967/svar/1154508/1398270.pdf>

<sup>7</sup> <http://innovationsfonden.dk/aktuelt/pressemeddelelser/naeste-generation-af-forskere-er-klar-til-at-gaa-fra-ide-til-virkelighed/ny-teknologi-skal-afsloere-risiko-for-at-udvikle-kroniske-smerter-efter-operation/>

<sup>8</sup> [http://www.lfn.no/pdf/PainResManage\\_2006-No11\\_BengtJohansson\\_NikolaiBogduk\\_Oversettelse-AliceReite.pdf](http://www.lfn.no/pdf/PainResManage_2006-No11_BengtJohansson_NikolaiBogduk_Oversettelse-AliceReite.pdf)

<sup>9</sup> <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/suu/bilag/341/1351396.pdf>

<sup>10</sup> <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/suu/bilag/274/1333457/index.htm>

<sup>11</sup> [http://www.lef.org/magazine/mag2012/jan2012\\_Using-Hormones-Heal-Traumatic-Brain-Injuries\\_01.htm](http://www.lef.org/magazine/mag2012/jan2012_Using-Hormones-Heal-Traumatic-Brain-Injuries_01.htm)

<sup>12</sup> Foreman, Stephen M & Arthur C. Croft. Whiplash injuries. The Cervical Acceleration/ Deacceleration Syndrome. Side 38-45, 50-56. Williams og Wilkins. Second Edition 1995.

<sup>13</sup> <http://w3.cns.org/dp/2012cns/1436.pdf>

<sup>14</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22020612>

<sup>15</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20374624>

<sup>16</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19389231>

<sup>17</sup> <http://www.prohealth.com/library/showarticle.cfm?libid=16539>  
[http://www.ptu.dk/fileadmin/FILER/PDF/Whiplashforskningen\\_rykker\\_markant.pdf](http://www.ptu.dk/fileadmin/FILER/PDF/Whiplashforskningen_rykker_markant.pdf)

<sup>18</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807769/>

<sup>19</sup> Uhrenholdt, Lars. Morphologi and pathoanatomy of the cervical spine facet joints in road traffic crash fatalities with emphasis on whiplash – a patoanatomical and diagnostic imagin study. PhD thesis. Faculty of Health Sciences University of Aarhus. 2007.

<sup>20</sup> "Forskerne finder synlige skader hos whiplashramte". PTU-NYT nr. 6 – 2007

<sup>21</sup> Lütken, Dorte og Birgitta Bjerre Kiely m.fl. Sidste nyt om whiplash Den seneste internationale kongres om blandt andet kroniske smerter efter whiplash fandt sted i Sverige i efteråret. Flere forskere kunne præsentere nye forskningsresultater. PTU-Nyt.

<sup>22</sup> <http://www.dr.dk/sundhed/Sygdom/Artikler/2012/0711125128.htm>  
<http://politiken.dk/forbruggliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2139295/sundhedsstyrelsen-nogle-gigtmidler-er-for-farlige-at-bruge/>

<sup>23</sup> <http://www.apoteket.dk/Laegemidler/Medicinhaandbogen/MedicineHandbookItemPage.aspx?Id=1986>

---

<sup>24</sup> <http://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/243030>

<sup>25</sup> <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/3573>

<sup>26</sup> <http://ing.dk/artikel/rystede-forskere-medicinalgigant-afsloret-i-fusk-104186>

<sup>27</sup> <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykisk-syge-dor-15-20-ar-for-tidligt/>

<sup>28</sup> <http://www.ft.dk/samling/20131/almdel/suu/spm/971/svar/1154512/1398278.pdf>

<sup>29</sup> Lam T P, D P Goldberg, A C Dowell, S Fortes, J K Mbatia & F A Minhas. "Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study." *Family Practice* 2013; **30**:76–87

<sup>30</sup> <http://www.ft.dk/webtv/video/20131/suu/tv.2106.aspx>

<sup>31</sup> <http://www.information.dk/457349>

<sup>32</sup> <http://videnskab.dk/krop-sundhed/du-kan-blive-overfølsom-over-smerte>

<sup>33</sup> <http://innovationsfonden.dk/aktuelt/pressemeddelelser/naeste-generation-af-forskere-er-klar-til-at-gaa-fra-ide-til-virkelighed/ny-teknologi-skal-afsloere-risiko-for-at-udvikle-kroniske-smerter-efter-operation/>

<sup>34</sup> <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/bedre-styr-pa-kroniske-smerter-efter-operation-/>

<sup>35</sup> <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os/maal-og-opgaver/habilitet/habilitetserklaeringer#bevaegeapparatet>

Sendt: on 24-09-2014 14:08

Fra: Ulla Garbøl <ug@etf.dk>

Til: Tina Birch <tibi@SST.DK>

CC: Gunner Gamborg <gg@etf.dk>; Lene Barslund <lb@etf.dk>; Annemarie Knigge <amk@etf.dk>; Maria Cecilie von Bülow <cecilie.von.bulow@regionh.dk>; Lisbeth Maindal <lma@etf.dk>

SV: National klinisk retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist 25. september 2014

Til Tina Birch

Tak for den fremsendte mulighed for at bidrage med kommentarer til NKR vedrørende patienter/borgere med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Ergoterapeutforeningen finder, at NKR er blevet et godt produkt og har ikke yderligere kommentarer til rapporten.

Med venlig hilsen

Ulla Garbøl

Konsulent



**Ergoterapeutforeningen**

Nørre Voldgade 90

DK-1358 København K

Tlf: +45 88 82 62 70

Direkte: +45 53 36 49 25

etf.dk

## **Høringssvar vedr. Nationale Kliniske Retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet.**

Fra FAKS's side er vi som udgangspunkt særdeles positive over for udarbejdelsen af den nationale kliniske retningslinje (NKR) for generaliserede smerter i bevægeapparatet. Vi er fornøjede over at der i den seneste version af NKR er enighed om at generaliserede smerter i bevægeapparatet er en reel sygdom samt at der lægges vægt på både funktionsevnenedsættelse, en helhedsorienteret, bio-psyko-social tilgang samt en forståelse for at der i denne patientgruppe er store individuelle variationer som skal imødekommes. Vi ser dog stadig nogle helt overordnede problematikker samt områder der kan give udfordringer i praksis:

### **Metode samt valg af fokuserede spørgsmål**

Vi kan forstå at arbejdsgruppen fik sat en begrænsning på 10 fokuserede spørgsmål. Da kroniske smerter er et yderst komplekst område mener vi at dette er en meget problematisk tilgang da det virker "tilfældigt" hvad der er kommet med som spørgsmål. En mere grundig, tilbundsgående tilgang havde været at kigge på alle relevante interventioner og forhold for denne gruppe af patienter og derefter udarbejde den NKR i det helhedsorienterede behandlingsperspektiv de selv henviser til.

### **Videns mangel**

Vores medlemmer oplever ofte en mangel på viden og forståelse for kroniske smerter hos den almen praktiserende læge. Dette bunder sandsynligvis i den manglende undervisning på området i den medicinske uddannelse. Vi har indtrykket af at der er ved at blive rettet op på dette, men det ændrer jo ikke vidensniveauet hos de allerede uddannede læger.

Det er vores holdning og erfaring at uden grundig information og videreuddannelse vil de almen praktiserende læger ikke være i stand til at udrede patienten, agere tovholder samt afgøre hvem der skal have hvilken behandling og hvornår.

Stepped care modellen virker relevant til netop at afgøre hvem der skal have hvilke tilbud. Ud fra det tilsendte materiale mener vi ikke det vil være muligt for den almen praktiserende læge at afgøre hvilke patienter der tilbydes hvad og hvornår. Dette er et afgørende punkt for successen af den NKR! Ikke alle patienter har lyst til eller brug for fx kognitiv terapi til trods for at der her opfodres til at henvise alle patienter hertil. Samtidig vil nogle patienter have brug for fx anden medicinsk behandling end der her er lagt op til.

Ved beskrivelse af stepped care modellen beskrives et krav om specialafdelinger/specialister som den almen praktiserende læge kan konferere med. Hvem er der her tænkt på? I vores erfaring findes disse kun på de tværfaglige centre så hvordan skal det kunne fungere i praksis?

### **Bio-psyko-socialt; hvor er den sociale komponent?**

Netop det at kroniske smerter skal forstås i en bio-psyko-social sammenhæng er med til at gøre dette område så komplekst. I den NKR henvises til at en vurdering af patientens behandling skal ses ud fra "fysiske, psykiske, emotionelle og sociale aspekter af



smertetilstanden". Samtidig henvises der i punkt 8.3 til at mangel på social afklaring kan have negativ indflydelse på sygdomsforløbet. Vi er derfor helt uforstående overfor at socialrådgivere slet ikke er inddraget i den NKR og vi mener at det er en meget stor mangel. I vores optik skal kommunens socialrådgivere inddrages fra starten i relevante tilfælde, således at det kan blive en koordineret indsats med patientens bedring som mål!

Vi støder ofte på udfordringer der kan kategoriseres som gammeldags "kassetænkning". Mangel på samarbejde mellem sundhedsvæsenet og det sociale system er en klassiker og dette besværliggør kun patientens behandling og rehabilitering. Det håber vi ikke vil gøre sig gældende her.

## **Økonomi**

Hvem skal betale for hvad? Os bekendt kan man pt. få 10 gange psykologhjælp til 350 kr./gang men kun hvis lægen angiver, at man er kriseramt. Vil dette blive udvidet til smerteramte? Dette er igen en patientgruppe der ofte er ramt på økonomien og fåtallet vil have råd til fx psykolog, fysioterapi og psykoedukation selv med tilskud. Dette ser vi som en stor hæmsko for at denne NKR kan have effekt i praksis.

## **Kapacitet mangel – både af fagfolk og på tværs af landet**

Vi oplever i dag en stor skævhed i behandlingsmulighederne for kroniske smertepatienter på tværs af regionerne. Hvordan vil man fremover sikre ensartede tilbud i hele landet både i kvantitet og kvalitet?

Vi ved samtidig fra vores medlemmer at det kan være utrolig svært at finde fagfolk fx psykolog med den rette viden om kroniske smerter. De fagfolk der findes med rette kompetencer sidder pt. på de tværfaglige smertecentre og den NKR giver en svag anbefaling for henvisning hertil. Vi ser derfor en stort mangel på kompetencer inden for psykologien, fysioterapien, psykoedukation mv. hvilket skal løses før at den NKR kan komme til at fungere i praksis.

## **Modstridende anbefalinger for multidisciplinære intervention**

Vi undrer os over i den svage anbefaling af den multidisciplinære intervention af to årsager: For det første er evidensen bag anbefalingen for den multidisciplinær intervention baseret på studier der kun har et mindstekrav om brug af to fagdiscipliner. Her ses en svag effekt og i kombination med en lav kvalitet af studierne generelt gives der en svag anbefaling. Der fremhæves dog ét studie med signifikant, klinisk relevant effekt på funktionsevne. Dette studie bruger netop en bred multidisciplinær intervention og struktureret samarbejde mellem fagdisciplinerne (ref. 49). Kvaliteten af dette studie vurderes til moderat. Vi mener at det er for bredt at se på studier der gør brug af kun to fagdiscipliner og at dette "slører" effekten af en bredere sammensat intervention som nævnt i studiet i ref. 49.

For det andet henviser Stepped Care modellen til at patienter med svære, komplicerede kroniske smerter skal henvises til multidisciplinær behandling. Dette står i kontrast til den svage anbefaling ellers givet til multidisciplinær intervention; vi frygter at dette vil forvirre den praktiserende læge så de patienter, der har brug for det, ikke bliver henvist til multidisciplinær



intervention. Vi mener derfor at anbefalingen burde hedde "god praksis" eller "høj" for at tilbyde interventionen til patienter med svære, komplicerede, generaliserede smerter i bevægeapparatet.

## **Medicin fokus**

Vi synes det er stærkt kritisabelt at der er sat speciel fokus på et produkt (tramadol) samt at der direkte frarådes behandling med opioider! Under henvisning til revurderingssagen, må FAKS fastholde at behandlende læge ikke på forhånd kan udtale sig om hvilket præparat der virker. Det er alene patientens oplevelse af effekt og bivirkningsniveau der kan afgøre hvilket præparat der er den rigtige behandling. Det er klart at opioider skal være en sidste mulighed men for nogle patienter er det det eneste der virker og her skal lægen – uden skyldfølelse! – kunne udskrive morfin! Er det en opioid behandling der viser sig at være den bedste løsning, vil der ofte være tale om langvarig behandling, og altså ikke den kortvarige behandling der henvises til.

## **Implementering og opfølgning**

I bilag 3 giver arbejdsgruppen gode ideer til implementeringen og vi kan se at Sundhedsstyrelsen ønsker at understøtte implementeringen. For at denne NKR skal have mulighed for at fungere i praksis vil vi understreget behovet for efteruddannelse til de almen praktiserende læger. Det er vores overbevisning at generaliserede smerter i bevægeapparatet er for kompleks en sygdom til at den praktiserende læge kan behandle patienterne korrekt efter blot at have læst fx quick guiden. Kroniske smertepatienter er samtidig notorisk svære at finde og følge igennem "systemet" og vi håber derfor at der nu vil blive et krav om at bruge rette diagnosekoder for kroniske smertepatienter generelt; uden dette vil det være umuligt at følge op på effekten.

## **Opsummering**

Det er vores bekymring at denne NKR ikke vil have den tilsigtede effekt i praksis baseret på de ovenstående punkter; mangel på viden hos de almen praktiserende læger, manglende kapacitet af specialister både indenfor relevante faggrupper og på tværs af landet, udeladelse af socialrådgivere, en mulig høj egenbetaling for patienten til fx psykolog og fysioterapeut samt udfordringer i implementeringen. Uden forbedringer på disse områder kan vi ikke se at den NKR vil have en effekt og det ville være meget ærgerligt.

På vegne af FAKS,

Sidse Holten

Bestyrelsesmedlem i FAKS

Tlf.: 2617 4570

E-mail: [sidseholten@hotmail.com](mailto:sidseholten@hotmail.com)

Pia Frederiksen

Formand i FAKS

2639 2407

[pia.soendergaard@gmail.com](mailto:pia.soendergaard@gmail.com)





Region Syddanmark  
Sundhedsområdet,  
Planlægning og udvikling  
Damhaven 12  
7100 Vejle  
Att. Trine Malling Lungskov

19. september 2014

## **Tilbage melding fra Terapeutfagligt Råd vedrørende høring af National Klinisk Retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet**

Terapeutfagligt Råd i Region Syddanmark takker for muligheden for, at indgive bemærkninger til høringen vedrørende national klinisk retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet. Det ses som meget positivt, at der nu udarbejdes en National Klinisk Retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet, og der dermed sættes fokus på denne patientgruppe.

Vi har kommentarer til følgende:

### *Generel kommentar*

Vi vil gerne støtte perspektivet om en samlet konsensus på tværs af faggrupper og sektorer i forhold til udredning og behandling af denne patientgruppe.

I regionalt regi ses en del af denne patientgruppe til udredning og diagnosticering og kun i få tilfælde kan vi anvise til smerteklinik. En multidisciplinær indsats med forskellige sundhedsprofessionelle er en nødvendighed - en indsats vi ofte mangler i dag.

Siden dette er et felt indenfor forskning, hvor man har få studier, relativt ny forskning, og, i de fleste tilfælde lav evidensgrad, anses det for sandsynligt, at en stor del af det sundhedsfaglige personale ikke har hørt særligt meget om disse smerteproblematikker. Det er derfor vigtigt, at alle begreber defineres og forklares enkelt og let forståeligt.

### *Centrale budskaber (s. 7)*

Kan man tydeliggøre begrebet ”generaliserede smerter i bevægeapparatet” allerede i dette afsnit? Menes med generaliserende smerter, at der foreligger smerter i flere end én kropsdel? Det bør kunne skilles fra ”lokaliserede smerter”, som også nævnes i samme stykke.

### *Udredning og diagnostik (s. 14)*

Indebærer formuleringen: ”Patienternes funktionsevne vil som følge af smertetilstanden være nedsat i en grad, der påvirker arbejdet, hverdagsopgaver og/eller fritidsaktivitet”, at der er en direkte association mellem generaliserede smerter og funktionsnedsættelser? Kan det medføre, at personer, der ikke har nedsat funktionsevne men langvarige generaliserede smerter, ikke vurderes til at have ”generaliserede smerter i bevægelsesapparatet”? Er der også risiko for at personer med smerter, som klarer sin hverdag, fritid og arbejde ikke får diagnosen (falsk negativ) f.eks. ved tidlig diagnosticering? Formuleringen af sammenhængen mellem smerte og funktionsevne er vigtig, idet vi er bekymrede for, at den kan lede til misklassificering.

### *Udredning og diagnostik (s. 15)*

Vi vil gerne støtte anbefalingen om diagnosticering af denne patientgruppe, det vil sige patienter, som er i risiko for at udvikle generaliserede smerter i bevægeapparatet eller som allerede har udviklet generaliserede smerter. Men understreger samtidig at diagnosen skal følges op med en relevant indsats, eg. smertehåndtering, cognitiv tilgang. Hvis diagnosticeringen ikke bliver fulgt op af en relevant indsats, skønnes der risiko for at patienten stigmatiseres i deres livssituation.

### *Udredning og diagnostik (s. 16)*

Under gennemgang af evidens beskrives, at tre retningslinjer anbefaler, man undersøger for udmattelse, søvnforstyrrelser, koncentrations- og hukommelsesproblemer. Dette bør således inkluderes i punktlisten 2.3 (a. – i.). Idet der i gennemgangen af evidens fremhæves en høj komorbiditet med psykiske lidelser kunne det sidste punkt (i.) formuleres: ”i. Afklaring af differentialdiagnoser og/eller komorbide tilstande” og herefter opdeles i i. ”somatiske, herunder biokemiske: ...”, ii. psykiatriske, ... *giv eksempler på komorbide psykiske lidelser*, og iii. livsstilsrelaterede sygdomme, ... *giv eksempler på komorbide livsstilsrelaterede sygdomme*. Dette for at understrege vigtigheden af en afklaring i forhold til psykiske lidelser samt det sidste punkt (iii.) for at give motiv for påstand om at forebygge livsstilsrelaterede sygdomme under punkt 3.3.

### *Superviseret fysisk træning (s. 19-20)*

I forhold til den superviserede fysiske træning, som er et af de indsatsområder, som anbefales nævnes f.eks. styrketræning og udholdenhedstræning. Vi vil gerne understrege at tilbuddet om træning skal være måltrettet funktionel træning og bør tilbydes for at øge eller vedligeholde funktionsniveauet.

Det er almindelig kendt at konditionerende træning har en god effekt på depression, hvorfor denne træningsform bør vægtes.

Træningen skal udføres med acceptabelt smerteniveau for at undgå yderligere stimulering af smertesensivering. Jævnfør principper om pacing.

Vurder om ”titreret” skal ændres til ”tilpasset” (alternativt ”individualiseret”)

I litteratur for fastholdelse af livsstilsforandringer vurderes opfølgning over tid som en essentiel faktor. Burde opfølgning over tid inkluderes i anbefalingen? I praktikken kan det være personligt møde eller telefonopfølgning.

Er det studier, der peger på, at en nydiagnosticeret patient ikke har overskud til at tage imod træning som behandling? Hvis ikke, bør denne anbefaling reovervejes, idet anbefalingen indebærer, at man skal overveje at forhale at give en effektiv behandling.

### *Interventioner der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (s. 30)*

Er der kohortestudier eller andre observationelle studier, der kan understøtte aktivitets- og deltagelsesinterventioner hos målgruppen?

*Psykoedukation* (s. 33)

Patientuddannelse er et velkendt og mere almindeligt udtryk.

Terapeutfagligt Råd stiller sig gerne til rådighed, såfremt der, i forbindelse med den videre proces, opstår spørgsmål af terapeutfaglig karakter.

På det Terapeutfaglige Råds vegne

Kirsten Jones  
Formand for Terapeutfagligt Råd  
Region Syddanmark



## **Dansk Smerteforums høringssvar vedr. NKR for udredning og behandling af generaliserede smerte i bevægeapparatet:**

Dansk SmerteForum har været lidt kede af, at man sendte forslag til NKR i offentlig høring inden vi fik mulighed for at se de aftalte rettelser og ændringer i det fejlbehæftede dokument som blev forelagt ved møde i Sundhedsstyrelsen i august.

Med hensyn til selve opgaven: "NKR for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet."

Der er selvfølgelig fordele og ulemper ved at undgå at få ulken med i hyttefadet, ved at undgå at anvende termen "fibromyalgi".

Man vinder manøvre frihed og kan i højere grad på tværs af lægelige specialer og tværfagligt i øvrigt bedre betragte den måske samme, symptom-mæssigt multifacetterede patient. En multifacetteret patient som måske opfylder kriterier for diagnosen fibromyalgi men måske også kunne have haft diagnoser som irritabel tarmsygdom, temporo-mandibulær dysfunktion, depression/angst, kronisk træthedssyndrom, idiopatisk svimmelhed, spændingshovedpine, kronisk whiplash med videre.

Gevinsten ved at lade smerte være hovedsymptom/manifestation er vi i Dansk SmerteForum enige i, kronisk smerte er en meget vigtig risikofaktor for overdødelighed. Og den kronificerede smertepatient oplever smerten som en sygdom og ikke som et symptom. Men måske taber man også klinisk terrænhøjde og helt almindelige anbefalinger kommer måske ikke med. Der er meget stor kompleksitet og bredde inden for emnet "generaliserede smerter i bevægeapparatet" og med fokus på i alt 10 spørgsmål, som Sundhedsstyrelsen sammen med arbejdsgruppen har valgt skal være afgørende i forbindelse med denne NKR, er der også risiko for at væsentlige øvrige facetter forbigås (Bilag 5 side 84-88).

Med anbefalinger skal der også være et udrednings/behandlingstilbud af en vis kvalitet og med en vis tilgængelighed til stede. Eller i hvert fald planer for tilvejebringelse af sådanne. Det mangler DSF i nedenstående og derfor vil patienter opleve en frustration, hvor man lover noget, der ikke kan holdes, og de kommunale og regionale, sundhedsformidlende systemer

som skal forvalte "NKR-håb/krav" måske også at det bliver svært. Smerte kostede i 2008 i afledte brutto tal iflg Gustavsson 300 milliarder svkr/år og generaliserede smerter i bevægeapparatet forekommer nok i let grad hos ca 25-40% af befolkning og i tilfældet med ovenstående "søulk"=fibromyalgi-patienten" andrager af størrelsesordenen 3-5% af befolkningen.

Konkret:

Side 7

(centralt budskab 1)

Diagnosen generaliserede smerter i bevægeapparatet er nok meget diffus og mindre operabel på lang sigt, og kan måske også føre os væk i forhold til fremover at kunne stille mere præcise diagnoser. Bl.a. har man indenfor fibromyalgi diagnostikken i forhold til genetiske forhold hos et stort materiale af ptt kunne inddele i nociceptive/nociceptivt sensibiliserede, autonomt sensibiliserede og kognitivt/affektivt sensibiliserede (Clauw, Diatchenko, Maixner et al).

(centralt budskab 2)

Med kun meget lille evidens anbefales superviseret fysisk træning og her skelnes ikke imellem GET eller andre former. Da udgifter er astronomiske til denne form for træning, bør i en sådan anbefaling også ligge en anbefaling i at øge videnskabelig evidens for effekt. Man bør for seriøst at anbefale dette også samtidig være garant for at der bliver iværksat undersøgelser for at øge evidens og ikke smide gode penge efter dårlige og ud med det varme badevand.

(centralt budskab 3)

Vigtigt med anbefaling af ACT/CBT. Men også meget vigtigt at man sikrer sig at der er psykologer/psykiatere evt andre behandlere som er tilstrækkeligt kvalificerede/formelt uddannede til at tage sig af disse patienter og nok endnu vigtigere at man sørger for at der er tilstrækkelige supervisionssystemer. De gode ACT/CBT behandlings resultater er netop opnået af dygtige psykologer fra fx Ørebro, Bath mv hvor langvarig tradition og oplæring, organisering er afgørende. Dette skal man (ligesom man skal tænke smerteuddannelse ind i forhold til læger og sygeplejersker, samt ergo/fysioterapeut udd.) allerede prægraduat i langt højere grad end det er tilfældet i dag også tænke ind på psykologi studiet for biomedicinsk orienterede/interesserede psykologistuderende. Man kan ikke implementere denne behandling alle steder uden mere central og måske mere langsigtet planlægning.

(centralt budskab 4)

Enig i det lidt brede budskab, synes at der har manglet personer fra socialektoren i arbejdet med dette her, er klar over at evidens fra socialektor måske er mangelfuld; men bla us af J. David Cassidy. Globaliseringsprofessor fra SDU og ellers Alberta Canada viser at generaliserede muskelsmerters håndtering i socialt system i meget forskellig grad leder til kronicitet i ellers sammenlignelige lande, Prof

Steven Linton har vist lignende. DSF mener at udmelding er for tyndbenet, og bør gå om, at der ikke er tilstrækkelig evidens betyder ikke at sociale faktorer ikke har betydelig effekt og fra fx undersøgelser af håndtering af kroniske lænderygsmerter kan man se meget markante forskelle i udvikling i ellers sammenlignelige lande baseret på forskelle i den sociale intervention. (Samt budskab 6 om arbejdsplads intervention). Samme præmis som 4.

(centralt budskab 5)

Vi er enige i, at foreløbige undersøgelser af psykoedukation viser stor effektivitet. Psykoedukation kan indbygges som læring/pædagogisk middel i al sundhedsformidling og bør indgå i sundhedsuddannelser og social uddannelser, og er meget mere end fx løftede pegefingre. Hvis det anbefales bør man også have en plan for hvordan man gentænker formidling af sundheds/sygdomsinformation/socialinformation i forskellige instanser.

(Centralt budskab 7)

Multidisciplinær intervention. Enig i at multidisciplinær diagnostik og behandling er vejen frem, her bør man dog være klar over at ikke alle regioner kan stille op med det relevante og at det danske smertekort her er meget østvendt. Det bør også være med i NKR betænkningen. Og man bør have en kvalitetskontrol i forhold til både de private og offentlige tværfaglige smertebehandlingstilbud. Der kan være tale om dyre behandlingsforløb og det er vigtigt at de rigtige patienter tilbydes den rigtige behandling. NKR kan være med til dette men også i modsatte fald virke som et gummi stempel.

(Centralt budskab 8)

Paracetamol kan forsøges anvendt som førstevalg.

I international sammenhæng anbefales tidsbegrænset kortvarig brug af svage opioider (tramadol) ved opblussen i smertetilstand hos denne gruppe af patienter og manglende/utilstrækkelig effekt af ovennævnte.

Vanligvis vil der ikke være behov for stærke opioider; men undtagelser findes og absolutte forbud ikke hensigtsmæssigt.

(Centralt budskab 9)

Antidepressiva. Vi er enige i anbefalingerne

(Centralt budskab 10)

Antikonvulsiva

Vi er enige i anbefalingerne, men mangler uddybning, hvor det fremgår at der ikke er lavet tilstrækkeligt gode kliniske us på fx valproat, carbamazepin/oxcarbazepin, lamotrigin og topiramet, levetiracetam. Antiepileptika som man ved i andre sammenhænge har effekt på smertetilstande.

Det fremgår ikke om man har søgt på disse præparater i litteratursøgning. Man bør overveje at patienter med generel sensibilisering har øget risiko for udvikling af medicinoverforbrugshovedpine. Og der bør i anbefaling af langvarig medicinering måske også være anbefalinger af tilbagemelding/kontrol.

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
syb@sst.dk

Dato: 22.09.2014

Sagsnummer:  
Initialer: INMT/kkhr

## Kommentarer til udkast til Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Vi finder, at udkastet til kliniske retningslinjer overordnet indeholder gode og relevante forslag til behandling.

### Diagnostik

Vi finder det korrekt, at man ikke vælger at tage stilling til hvilken samlet diagnostisk betegnelse der skal vælges, idet der opremses 11 diagnoser på side 10, der stort set dækker den samme patologi.

Men vi kan se en problematik i at man herefter vælger en ny betegnelse – generaliserede smerter i bevægeapparatet. Hvordan lykkes det at få kommunikeret, at der er tale om en samlebetegnelse, **men ikke en diagnose**, og hvilken (yderligere) forvirring vil det medføre i det sociale system og i sygehusvæsenet bredt – samt blandt patienterne.

At man så sideløbende i første anbefaling bruger betegnelsen **diagnose** om generaliserede smerter i bevægeapparatet er naturligvis inkonsekvent.

I psykiatrien har vi en problematik i forhold til, om der er tale om en psykiatrisk tilstand, en somatisk tilstand – eller noget helt tredje. Når der derfor tales om at der "ikke påvises nogen vævsbaseret eller psykiatrisk forklaring på tilstanden" opstår der forvirring (side 7). Vi læser det som udtryk for, at der ikke skal være tale om en tilstand der er udtryk for sværere depression, hypokonder paranoia eller anden psykiatrisk tilstand eller komorbid tilstand. Men hvordan skal vi så forholde os til de opremsede diagnoser på side 10, der betegner generaliserede smerter i bevægeapparatet, F45.0, F45.1, F45.4? De anvendes som udtryk for tilstande **som ikke er udtryk for** en "psykiatrisk forklaring på tilstanden", men de er dog anerkendte psykiatriske diagnoser i ICD 10! Vi har ikke nogen forkromet løsning på problemet, men vi mener, at det at man i rapporten skiftevis kalder "generaliserede smerter i bevægeappa-

### Afdeling for Specialfunktioner

Klinik for Liaisonpsykiatri  
Glæisersvej 50, 1. sal  
4600 Køge  
Tlf.: 4732 8300  
Fax: 4732 8322

Klinik for Liaisonpsykiatri  
Færggårdsvej 15  
4760 Vordingborg  
Tlf.: 55 35 13 60  
Fax: 5535 1301

E-mail: psy-kfs-  
liaison@regionsjaelland.dk

www.regionsjaelland.dk



ratet" for en diagnose og skiftevis ikke, vil medføre forvirring, ligesom den forskellige betydning man tillægger ICD 10 diagnoser også vil skabe forvirring.

Mindre rettelse side 10 – "somatoform tilstand" (som korrekt hedder "vedvarende somatoform smertetilstand tilstand") er givet talkode 45.5, hvor den rettelig hedder F45.4.

### **Superviseret fysisk træning**

I afsnit 3, side 22 omtales ikke under praktiske råd, at der ud over fokus på inaktivitet også skal være fokus på overaktivitet og gradueret indfasning af aktivitetsforøgelse.

### **Farmakologisk**

Glædeligt at behandling med tricykliske anbefales FØR behandling med Duloxetin, der kan spares dyr behandlingstid på den måde. Fremragende refleksioner hvad angår farmakologisk behandling.

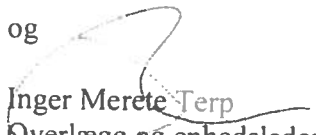
### **Funktionsniveau og tværsektorielt samarbejde**

Ikke kun tværfaglig behandling, men også behandling i hospitals- og socialsektor samtidig bør anbefales. Arbejdsgruppen er alligevel ude i anbefalinger, som er baseret på egne erfaringer. Det socialt-lægelige samarbejde som nævnes på side 38, bør fremhæves endnu mere.

Kunne man anbefale **multidisciplinær intervention og multisektoriel** intervention samtidig? Funktionsniveau bør måles ens i både kommunalt og regionalt regi, her kunne arbejdsgruppen foreslå, at AMPS testen, som beskrevet på side 31, burde anvendes i både regionalt og kommunalt regi.

Flemming Bang Rasmussen  
Psykolog  
Klinik for Liaisonpsykiatri  
Psykiatrien, Region Sjælland

og

  
Inger Merete Terp  
Overlæge og enhedsleder  
Klinik for Liaison, Klinik for Selvmordsforebyggelse og  
Kompetencecenter for Shared Care  
Psykiatrien, Region Sjælland

Og  
Elsebet Steno Hansen  
Overlæge, PhD  
og  
Mette Nygaard Jensen  
Afdelingssygeplejerske  
Psykiatrisk Center København  
Liaisonklinikken  
Nannansgade 28, st. tv.  
2200 København N

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

24.9.2014  
/lmt

**Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet 2014**

Gigtforeningen vil gerne benytte lejligheden til at afgive høringsvar vedr. Ovennævnte retningslinje. Generelt finder Gigtforeningen, at det er yderst relevant at få en national retningslinje på dette område, og håber denne vil bibringe til at området får et fagligt løft.

Generelt mener Gigtforeningen, at det bør understreges, at begrebet "generaliserede smerter i bevægeapparatet" er en overordnet betegnelse, der ikke er egnet som en egentlig diagnosebetegnelse idet man her må henholde sig til de officielle ICD-10 diagnosebetegnelser.

Kommentarer til de enkelte afsnit:

2. Udredning og diagnostik: I anbefalingen 1 (2.2.) er formuleringen med "ikke god praksis" vanskelig at forstå. Der bør i stedet stå, hvad der er god praksis.

6. Psykoeducation: I baggrundsafsnittet (6.4) mener Gigtforeningen, at de sidste tre linjer i første afsnit... Interventionen bør tage udgangspunkt i patientens opfattelser, som ... bør fjernes. Det forstås ikke, hvad der menes i disse linjer.

8. Multidisciplinær Intervention: I afsnittet om praktiske råd (8.3) bør det tydeliggøres at også en tværfaglig indsats i et regionalt smertecenter kan være relevant. Det gælder især hvis der er særlige psykosociale eller medicinske problemstillinger.

Med venlig hilsen

*Lene M. Thomsen*

Lene Mandrup Thomsen  
Fysioterapeut, Master i Rehabilitering  
Tlf. 39 77 80 34  
lmthomsen@gigtforeningen.dk  
[www.gigtforeningen.dk](http://www.gigtforeningen.dk)

Gigtforeningen  
Gentoftegade 118  
2820 Gentofte  
tlf. 39 77 80 00  
fax 39 65 11 96  
info@gigtforeningen.dk  
[www.gigtforeningen.dk](http://www.gigtforeningen.dk)

Gigtforeningen er en privat og uafhængig organisation, som støtter gigtforskning og arbejder for bedre behandling og større livskvalitet for de 700.000 mennesker i Danmark, der lever med en led-, ryg- eller muskelsygdom.

Under protektion af  
Hendes Majestæt  
Dronningen

# **DANSK FIBROMYALGI-FORENING**



Til Sundhedsstyrelsen

København, den 25. september 2014

## **Hermed følger Dansk Fibromyalgi-Forenings høringssvar i forhold til National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter.**

*Dansk Fibromyalgi-Forening takker for muligheden for at deltage i referencegruppen til denne retningslinje og for muligheden for at afgive bemærkninger til høringsudkaster. Vi har delt vores kommentarer op i nogle generelle bemærkninger om retningslinjen som helhed og de præmisser den bygger på og nogle kommentarer til de konkrete anbefalinger.*

### **Generelle bemærkninger:**

#### **Begrebet generaliserede smerter i bevægeapparatet**

Selv om der er international uenighed om, fx hvor stor vægt tenderpoint tests skal have, og selv om det forventes, at der ikke de kommende år arbejdes mere med den præcise afgrænsning, når man giver diagnosen fibromyalgi, mener Dansk Fibromyalgi-Forening, at det er den forkerte beslutning endnu engang at insistere på at gå dansk enegang og at opbygge et system omkring begrebet "generaliserede smerter i bevægeapparatet". Dette hænger ikke sammen, når der internationalt arbejdes med diagnosen fibromyalgi, og det er denne diagnose, der forskes i. Det er særligt absurd, når det på side 16 fremgår, at: "Termen generaliserede smerter i bevægeapparatet vil gennem hele denne kliniske retningslinje blive brugt synonymt med fibromyalgi"

Med udgangspunkt i fibromyalgi er Dansk Fibromyalgi-Forening i øvrigt relativ enig i store dele af retningslinjen for generaliserede smerter i bevægeapparatet og mener, at det kan være et godt redskab for fibromyalgiramte.

### En retningslinje er kun en samling af nedslagspunkter og ikke en samlet facitliste

Vi kunne i Dansk Fibromyalgi-Forening godt have ønsket os, at det fremstod klart, at retningslinjen reelt kun er et overfladisk overblik med enkelte nedslagspunkter og ikke en samlet facitliste.

Hvis der havde været mulighed for det, havde det været godt med flere nedslagspunkter, fx om kombination af forskellige typer medicin og brug af elementer som fysioterapi.

Dansk Fibromyalgi-Forening mener også, at det ved udsendelse af retningslinjen er vigtigt, at man tydeligt gør opmærksom på, at den er afgrænset til voksne, idet børn også kan have fibromyalgi/generaliserede smerter.

### Organiseringen af udredningen og behandling

Dansk Fibromyalgi-Forening finder, at det er modstridende, at bruge en model der er udviklet til psykiske lidelser, og som bygger på et samarbejde mellem den praktiserende læge og en psykiater, til at organisere udredningen og behandling af en sygdom, hvor det flere steder fremgår, at årsagen til lidelsen ikke er psykisk men i stedet skal findes i centralnervesystemet.

Herunder tager vi kraftigt afstand fra, at patienterne, skal følge Stepped Care modellen og dermed skal behandles efter TERM-modellen ved moderate smerter. Der er blandt andet for stor risiko for at andre lidelser overses, når den praktiserende læge tager udgangspunkt i TERM-modellen. Vi henviser i den forbindelse til tidligere høringssvar om DSAMs retningslinjer for Funktionelle Lidelser fra henholdsvis Danske Patienter og Dansk Reumatologisk Selskab.

Vi syntes også, det er uheldigt, at det fremgår af modellen, at patienterne skal behandles med kognitiv adfærdsterapi ved svære smerter i stedet for, at dette er et tilbud, på linje med flere andre, som det ellers fremgår af retningslinjen i afsnittet om kognitiv terapi.

### **De konkrete anbefalinger:**

#### Udredning og diagnostik

Dansk Fibromyalgi-Forening mener at der er både fordele og ulemper ved at udredningen skal ske ved egen læge. Det er en fordel, at der kan stilles en diagnose så hurtigt som muligt uden ventetid på henvisning til specialister (reumatologer). Det er en ulempe, at patienten nok ikke vil få lige så megen viden om diagnosen, og hvordan man skal leve med den, som hvis man bliver diagnosticeret hos en speciallæge.

#### Superviseret fysisk træning

Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at træning er et af de vigtigste redskaber, fibromyalgiramte kan bruge for at mindske symptomerne og øge funktionsniveauet. Foreningen havde derfor gerne set, at der var mere fokus på træning og forskellige former for træning i retningslinjen – inklusiv fokus på rehabiliteringsplaner.

#### Kognitiv adfærdsterapi

Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at anbefalingen af kognitiv terapi er for kraftig i forhold til, hvor mange, der reelt vil have glæde af behandlingsformen. Kognitiv adfærdsterapi er gavnlig for en gruppe af patienterne, mens andre i højere grad vil have fordel af en god patientuddannelse (psykoedukation).

Ligeledes vil en gruppe have større fordel af tværfaglig smertebehandling (multidisciplinær intervention), som giver patienterne de redskaber, der skal til for at håndtere sygdommen.

#### Interventioner der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet

Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at dette punkt burde være beskrevet langt mere konkret, ligesom der burde gives konkrete redskaber til, hvordan lægen kan hjælpe patienten med at genoprette et så højt funktionsniveau som muligt og dermed sikre det højest mulige aktivitetsniveau for patienterne.

#### Patientuddannelse - Psykoedukation

Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at alle nydiagnosticerede bør tilbydes patientuddannelse (psykoedukation), hvor man kombinerer en fagperson og peer-to-peer (er sammen med andre med andre diagnose) – også gerne med et pårørende modul. Der bør afsættes midler til at denne opgave kan udliciteres til relevante patientforeninger som f.eks. Dansk Fibromyalgi-Forening, der har mange års erfaring med netop denne type patientstøtte. Der bør også være mulighed for senere tilbud, når patienten får brug for opfølgning, og mulighed for netværksdannelse.

---

#### Arbejdspladsinterventioner

Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at der er brug for flere konkrete redskaber til, hvordan man kan støtte patienten i at blive fastholdt på arbejdsmarkedet, ligesom der bør ses på mulighederne for at uddanne sig inklusiv mulighederne for en eventuel omskoling via revalideringsreglerne. Foreningen ser særligt problemer i kommunerne, hvor patienten ofte tvinges igennem et stort antal arbejdsprøvninger og meget langvarig udredning, der alle viser den samme nedsatte arbejdsevne. Disse talrige arbejdsprøvninger belaster i stedet patientens arbejdsevne yderligere i stedet for positivt at bygge på de ressourcer, der er til stede hos de ramte.

#### Multidisciplinær Intervention

Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at anbefalingen er blevet for svag i forhold til multidisciplinære interventioner. Det er foreningens erfaring, at eksempelvis forløb på tværfaglige smertecentre er en af de interventioner, som flest medlemmer har gavn af, både på grund af de tværfaglige smertecentres store ekspertise med at tilpasse medicinen, og på grund af de mange andre redskaber, man herfra kan bringe i spil i forhold til den enkelte patient.

#### Opioider

Dansk Fibromyalgi-Forening er enig i, at det er god praksis ikke at tilbyde stærke opioider, og at tramadol også kun bør anvendes kortvarigt, og kun når andre ting er forsøgt. Tramadol er bedst ved enkeltstående stærke smerter og kan i mange tilfælde risikere at gøre mere skade end gavn.

#### Antidepressiva

Dansk Fibromyalgi-Forening er enig i overvejelserne om antidepressiva og mener, at lægen grundigt bør gennemgå de mest vanlige bivirkninger med patienten, fx risikoen for vægtøgning, inden behandling påbegyndes. Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at retningslinjen mangler at forholde sig til kombinationen af flere farmakologiske præparater, som er meget udbredt blandt fibromyalgiramte.

### Antikonvulsiva

Dansk Fibromyalgi-Forening er enig i overvejelserne om antikonvulsiva og mener, at lægen grundigt bør gennemgå de hyppigst forekomne bivirkninger med patienten, fx risikoen for vægtøgning, inden behandling påbegyndes. Dansk Fibromyalgi-Forening mener, at retningslinjen mangler at forholde sig til kombinationen af flere farmakologiske præparater, som er meget udbredt blandt fibromyalgiramte.

For yderligere oplysninger kontakt da sundhedspolitisk konsulent Sif Holst på [sih@fibromyalgi.dk](mailto:sih@fibromyalgi.dk) eller via sekretariatet på telefon nr. 3323 5560.

Med venlig hilsen



Anne Bendixen  
formand

Dansk Fibromyalgi-Forening

Dansk Fibromyalgi-Forening  
Vesterbrogade 14 st. th. 1620 København V  
Tlf. 3323 5560 – Fax 3323 5561 – e-mail: [dff@fibromyalgi.dk](mailto:dff@fibromyalgi.dk)  
Bankkonto 9107 0001133535

**Fra:** Anne Grete Claudi Jensen [<mailto:agrij@regionsjaelland.dk>]

**Sendt:** 25. september 2014 13:55

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Emne:** Høringssvar vedr. "National klinisk retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet"

Til Sundhedsstyrelsen.

Høringssvar fra Dansk Selskab for Samfundsmedicin.

Under punktet "diagnosticering og udredning" fremgår det, at "udredning af patientens funktionsevne ud fra en multifaktoriel eller bio-psyko-social sygdomsmodel" beskrives som "god praksis". Da det i oplægget flere gange beskrives, at disse patienter har nedsat funktionsniveau, der påvirker dem bio-psyko-socialt i højere grad end f.eks. artrosepatienter, og at målet med behandling er at hjælpe til optimal egen håndtering af smertetilstanden samt bedre funktionsevnen fysisk, psykisk og socialt, finder vi det uheldigt at anbefalingen fra SST ikke er "stærk" til udredning af funktionsevnen ud fra en multifaktoriel eller bio-psyko-social sygdomsmodel men blot "god praksis".

Valget af "god praksis" er vist i dette tilfælde begrundet i, at der ikke foreligger relevant evidens.

Dels tænker vi at der muligvis findes evidens for udredning af funktionsniveau ud fra en multifaktoriel eller bio-psyko-social sygdomsmodel, hvis vi ser bredere på patientens sundhed end udelukkende på smertetilstanden. Og dels finder vi det ikke hensigtsmæssigt, at det er eksistens af evidens der afgør, om det skal anbefales at udrede funktionsniveau ud fra en multifaktoriel eller bio-psyko-social sygdomsmodel. Man kan måske konkludere, at det ud fra et helhedssyn på patientes sundhed er vigtigt at udrede funktionsniveau ud fra en multifaktoriel eller bio-psyko-social sygdomsmodel? Vi mener dette har stor betydning for sundhedsvæsenets forståelse af disse patienter, hvad Sundhedsstyrelsen meldes ud i forhold til udredning.

En anden kommentar er mere et forståelsesproblem:

under emnet "Betydning af behandling med opioider" gives svag anbefaling **mod** dette forslag: "Anvend kun tramadol til pt. med generaliserede smerter i bevægeapp., hvis andre alternativer ikke har haft tilstrækkelig effekt. Hvis tramadol anvendes bør det kun gives kortvarigt" hvilket der er nogen evidens for. Samtidig er det "god praksis" "ikke at tilbyde pt. med generaliserede smerter i bevægeapp. behandling med stærke opioider."

Er det ikke modstridende og derfor skulle det første være en svag anbefaling **for** og ikke en anbefaling **mod**...?

På vegne af bestyrelsen i

Dansk Selskab for Samfundsmedicin

*Med venlig hilsen*

Anne Grete Claudi Jensen  
Overlæge, MPH

Tlf. +45 4732 2900  
Fax +45 4632 2073

Personlig e-post [agri@regionsjaelland.dk](mailto:agri@regionsjaelland.dk)  
Klinisk Funktion [koe-socmed@regionsjaelland.dk](mailto:koe-socmed@regionsjaelland.dk)

Arbejdsmedicinsk Afdeling  
Køge Sygehus  
Lykkebækvej 1  
4600 Køge





Sundhedsstyrelsen  
Axel Heidesgade 1  
2300 København S

København, den 25. september 2014

**Vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet**

Dansk Psykolog Forening takker for den tilsendte høring og forholder sig overordnet set positivt til udkastet til den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet. Dansk Psykolog Forening finder det således positivt, at der er medtaget stærke anbefalinger af psykoterapeutisk behandling (s. 23 + 29) og psykoedukation (s. 33 + 36). Psykoterapi har vist sig effektivt over for målgruppen, både på kortere og på længere sigt, og det er derfor essentielt, at patienterne får adgang til denne behandlingsform. Det er desuden positivt, at det i retningslinjen er blevet præciseret, at psykoterapien bør udføres af sundhedsprofessionelle med tilstrækkelig psykoterapeutisk uddannelse og erfaring med patienter med generaliserede smerter (s. 28).

Dog kunne Dansk Psykolog Forening have ønsket sig, at det yderligere blev præciseret, hvilke fagpersoner, der er bedst kvalificerede til at udføre psykoterapeutisk behandling frem for blot "forskellige sundhedsprofessionelle" (s. 28). Psykologer er den bedst uddannede faggruppe til at varetage psykoterapeutisk behandling, eftersom man som psykolog gennemgår obligatoriske universitetsfag som udviklingspsykologi, personlighedspsykologi, socialpsykologi, klinisk psykologi, biologisk psykologi, kognitionspsykologi og neuropsykologi; alle fag, der lægger et solidt teoretisk fundament for en senere psykoterapeutisk efteruddannelse og erfaring med psykoterapeutisk arbejde. Psykoterapi er således en kompleks proces, hvor den optimale virkning af en relevant psykoterapeutisk metode forudsætter en holdbar samarbejdsrelation med klienten.

Det fremgår af retningslinjens indledning, at "generaliserede smerter i bevægeapparatet" er en dækkende overordnet betegnelse, men at betegnelsen er mindre egnet som egentlig diagnosebetegnelse (s. 9-10). Det virker derfor modstridende, at der som første anbefaling står, at man skal stille diagnosen generaliserede smerter i bevægeapparatet (s. 7). Hensigten og idéen med betegnelsen er relevant, men da diagnosen ikke indgår i ICD-10 diagnosesystemet, risikerer man, at den vil tilslutte sig rækken af diffuse og uafhængige betegnelser, som ikke er egentlige diagnoser. Generaliserede smerter i bevægeapparatet lægger sig således på linje med betegnelser som medicinsk uforklarede tilstande, funktionelle lidelser, bodily distress eller somatisk symptomrelateret lidelse. Det fremgår ikke af retningslinjen, hvilken status "generaliserede smerter i bevægeapparatet" har i forhold til de øvrige betegnelser, og om den ønskes alment anvendt og for-



stået i eksempelvis statusattester til de sociale myndigheder. Forholdet mellem den nye betegnelse "generaliserede smerter i bevægeapparatet", de relevante ICD-10-diagnoser og de øvrige betegnelser på området bør afklares, hvis den nye betegnelse skal kunne bidrage konstruktivt i sundhedssystemet.

Retningslinjen beskriver en "stepped care-model", hvoraf det fremgår, at behandlingen i væsentligste grad skal foregå i almen praksis, og at det kun er de mest komplicerede tilstande, som skal behandles af specialister (s. 11 + bilag 1) – og dette i samarbejde med den praktiserende læge. Det fremgår imidlertid ikke, hvilke konkrete fagpersoner, der tænkes på som specialister. Man må formode, at der tænkes på specialister tilknyttet klinikker med en multidisciplinær tilgang, frem for fx reumatologiske afdelinger eller andre specialer i den rene somatik, som kun sjældent arbejder tværdisciplinært. Det nævnes heller ikke, om der med specialistbehandling refereres til Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser i Århus, landets få liaisonpsykiatriske klinikker eller landets tværfaglige smertecentre. Det er kendetegnende for de tværdisciplinære specialistbehandlingsmuligheder, at de ikke findes landsdækkende, og at der flere steder er lange ventelister. Så vidt vides er der på disse klinikker ej heller systematisk prioriteret tid til samarbejdet med de praktiserende læger. Retningslinjens anbefaling af specialistbehandling bør derfor præcisere, hvilke specialister, der er tale om samt adressere de nævnte udfordringer i form af manglende national dækningsgrad og ventelister.

Retningslinjens evidensvurderinger baserer sig på en klassisk evidenspyramide, som oprindeligt er udviklet til vurdering af medicinske teknologier. Den medtager kun interventioner, som bakkes op af et større antal randomiserede kontrollerede studier, hvilket kan favorisere nogle forskningsdiscipliner frem for andre (s. 94). Inden for lægevidenskaben har metoden været anvendt så længe, at man systematisk implementerer et randomiseret kontrolleret (RCT) design, når man undersøger forskellige behandlingsformer. Den psykologiske behandlingsforskning har efterhånden indstillet sig på RCT-metoden som forskningsstandard, men nogle psykoterapeutiske retninger har implementeret denne standard før andre, hvilket favoriserer de retninger, som tidligt har haft fokus på RCT-design. Andre fagområder i en multidisciplinær sammenhæng – eksempelvis fysioterapi, socialpsykologi eller socialrådgivning – stilles også ringere i valget af stringent videnskabelighed efter RCT-modellen. Når den valgte metode til vurdering af, hvad der er virksomt, så entydigt fremhæver RCT-designet, opstår der en systematisk skævvridning af, hvad der fremstår som virksomt og ikke virksomt. Man tilpasser ikke metoden til forskningsgenstanden, men måler alle discipliner ud fra samme RCT-tilgang. Dette giver et skævt billede, idet man træder ind på et bestemt tidspunkt i den videnskabelige udvikling, hvor de forskellige sundhedsfaglige discipliner – og psykoterapeutiske tilgange – ikke står lige, hvad angår den anvendte evidensvurdering. Frem for dette kunne man have valgt at tage udgangspunkt i de enkelte discipliners ypperste faglighed og have sat kriterier efter, hvordan og hvor man finder den bedste faglige vurdering af interventionernes virkning inden for den enkelte disciplin. Det snævre valg af RCT-design udgør således et systematisk problem, som bør fremgå af retningslinjen. Dansk Psykolog Forening har tidligere gjort opmærksom på denne problematik ifm. høringsvar til national klinisk retningslinje for ADHD hos børn og unge.



Den nationale kliniske retningslinje giver psykoterapeutisk behandling i form af kognitiv adfærdsterapi og ACT en stærk anbefaling (s. 28), hvilket bifaldes. Det undrer dog, hvorfor andre psykoterapeutiske tilgange ikke nævnes i retningslinjen, da der findes evidens for, at flere andre psykoterapeutiske tilgange har tilsvarende god effekt over for generaliserede smerter og fibromyalgi på linje med kognitiv adfærdsterapi og ACT. Det ville også have været gavnligt med en vurdering af gruppebaseret psykoterapeutisk behandling sammenlignet med individuel behandling, da der også findes evidens på dette område. Endelig savnes anbefalinger af, hvordan man sikrer en optimal psykoterapeutisk proces med afsæt i den omfangsrige forskningslitteratur i, hvad der virker i psykoterapi. Psykoterapiforskningen viser således, at en optimal psykoterapeutisk proces kræver en terapeut, som både mestrer en relevant psykoterapeutisk metode (afstemt efter symptomer og klientpræferencer), og som kan optimere de såkaldte psykoterapeutiske fællesfaktorer, bl.a. skabe en holdbar samarbejdsalliance og balancere mellem at validere og udfordre klienten. I den kliniske virkelighed er psykoterapimetoden og de terapeutiske fællesfaktorer uadskillelige, således at hvis terapeuten skal kunne anvende en relevant psykoterapeutisk metode, forudsætter dette, at der er skabt en konstruktiv samarbejdsrelation, bl.a. ud fra terapeutens mestring af de terapeutiske fællesfaktorer. Overvejelser omkring både psykoterapimetode og fællesfaktorer bør derfor indgå i en klinisk retningslinje. En sandsynlig forklaring på ovennævnte udeladelser er, at man i udarbejdelsen af retningslinjen kun tillod arbejdsgruppen at tage stilling til meget få og meget specifikke spørgsmål (s. 12 + 84). En sådan tilgang medfører et snævert fokus på ganske få interventioner og giver ikke mulighed for at anbefale, om psykoterapien bør udføres individuelt eller i gruppe, eller hvordan man sikrer en optimal psykoterapeutisk proces. I den endelige udgave af retningslinjen bør man gøre opmærksom på disse udeladelser og tydeliggøre, at der kun er søgt efter kognitiv adfærdsterapi og ACT, og at andre terapiformer derfor ikke kan udelukkes som virksomme på samme niveau. Dansk Psykolog Forening har ligeledes gjort opmærksom på problematikken omkring de få specifikke spørgsmål, som indskrænker arbejdsgruppens muligheder ifm. Foreningens høringssvar til national klinisk retningslinje for ADHD hos børn og unge.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen  
Formand, Dansk Psykolog Forening





## Høringssvar vedrørende udkast til den nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

Hermed fremsendes høringssvar fra Faxe Kommune vedrørende udkast til den nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Faxe Kommune finder, at udkastet er godt gennemarbejdet og der er inddraget relevant evidens på området for at kunne fremkomme med korrekte anbefalinger. Vi mener, at fokuset på de evidensbaseret kliniske retningslinjer er med til at sikre en høj kvalitet, da de bygger på en bred indsamling af nyeste viden på området og er et vigtigt redskab for at kunne yde korrekt behandling.

Faxe Kommune har ingen yderligere kommentar til udkastet.

Med venlig hilsen

Tina Norking  
Centerchef  
Center for Sundhed og Pleje





Denne retningslinje er i mindre grad relevant for Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi, idet vores patienter som hovedregel har en neurologisk diagnose og ikke (også) diagnosen generaliseret smerter i bevægeapparatet/ fibromyalgi. I enkelte tilfælde vil vores medlemmer kunne drage nytte af retningslinjen.

Retningslinjen virker gennemarbejdet og er logisk opbygget idet fokuseret spørgsmål 1 omhandler diagnostik og udredning, 2-7 omhandler non-farmakologiske interventioner og 8-10 omhandler farmakologiske interventioner.

Side 7, forslag til omformulering:

✓ Det er *ikke* god praksis at undlade at stille diagnosen 'generaliserede smerter i bevægeapparatet' når relevante differentialdiagnoser er udelukket. Kunne omformuleres til:

✓ Det er god praksis at stille diagnosen 'generaliserede smerter i bevægeapparatet' når relevante differentialdiagnoser er udelukket.

s.22 fodnote 3 i tabel formoder jeg der er en slåfejl: Wide 95% CI (fremfor 96% CI)

Med venlig hilsne Camilla Lundquist, på vegne af Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi

**Høring:** National klinisk retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

**Til:** Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet. DSF kvitterer for et solidt og systematisk arbejde, og har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi. Dansk Selskab for Fysioterapi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Dette høringssvar kommenterer på den non-farmakologiske indsats.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra to faglige selskaber under Dansk selskab for fysioterapi:

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)
- Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi (DSAF)

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen den Nationale Kliniske Retningslinje.

### **Overordnede bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi har noteret sig de to faglige selskabers kommentarer til denne NKR. Vi henleder opmærksomheden på deres høringssvar og har opsamlet kommentarerne i nærværende brev.

Dansk Selskab for Fysioterapi bemærker sig DSAF kommentar omkring anvendelse af eventuelle udaterede diagnoser. Vi forestiller os, at der kan være flere rationelle forklaringer på den forskelligartede brug af diagnoser. Det vil derfor tjene den aktuelle NKR om denne diagnose divergens udredes og harmoniseres så fremadrettede tvivlsspørgsmål imødegås.

Ligesom både DSMF og DSAF registrerer Dansk Selskab for Fysioterapi også et skred i metode stringensen i denne aktuelle NKR jf. metode om udarbejdelsen af NKR.

Dansk Selskab for Fysioterapi er enige i DSMF og DSAF undren omkring særligt PICO 3 om CBT og ACT, hvor der trods et evidensgrundlag af lav kvalitet, gives en stærk anbefaling for kognitiv adfærdsterapi. Dette begrundes med argumentet om god effekt på alle effektmål. Ikke desto mindre savnes en prædefinition af god effekt i denne NKR, eksempelvis værdier udtrykt ved minimal clinical important difference, prædefineret sufficient effect size eller andet. Videre har hovedparten af studierne ikke uvæsentlig problemer med randomisering, heterogenitet og brede konfidens intervaller hvoraf effektstørrelserne kan overfortolkes.

I flere passager henleder DSMF opmærksomhed på, at der gives anbefalinger som ikke er understøttet af evidens og litteratur. Det må derfor antages at være konsensus erklæringer om god klinisk praksis. Både DSMF og DSAF efterspørger væsentlig tydeliggørelse i de passager, hvor anbefalinger beror på konsensus og god klinisk praksis. DSF finder denne tydeliggørelse væsentlig for aftagerne af denne NKR, og særligt anvendelig på faglige områder, hvor evidens-grundlaget og litteraturen er sparsom.

Ydermere vil en sådan tydeliggørelse også kunne belyse og identificere potentielle fremadrettede forskningsområder mhp. evidensskabelse og evidensafklaring af fysioterapeutiske interventioner, hvilket Dansk Selskab for Fysioterapi støtter. Niveauet af evidens og mangel på forskning får os til at pointere behovet for øget forskning på dette område.

## Vedrørende målemetoder

Dansk Selskab for Fysioterapi noterer sig at funktionsevne (aktivitet og deltagelse) i indværende kliniske retningslinje er prioriteret og vægtet som et kritisk effektmål, hvor Sundhedsstyrelsen i hovedparten af alle forudgående NKR har vægtet effektmålet funktionsvene som vigtigt. I baggrundsovervejerne argumenteres med "Funktionsevnenedsættelserne kan påvirke hverdagslivet og evnen til at udføre hverdagsopgaver". Dansk Selskab for Fysioterapi har den opfattelse, at det gør sig gældende uanset diagnose. Da opprioriteringen af funktionsevne ikke er redegjort tilstrækkeligt, opfattes denne opprioritering som et nyopstået og uklart indikationsskred i prioritering af outcomes.

Den uklarhed kan med fordel redegøres mere tydeligt for modtagerne af denne NKR.

Dansk Selskab for Fysioterapi ønsker at fremhæve, at der findes standardiserede og validerede test til vurdering af funktionsevne. Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk praksis står højt på vores dagsorden. Derfor bifalder Dansk Selskab for Fysioterapi systematisk anvendelse af relevante måleredskaber i de tilfælde målemetriske kriterier opfyldes, og gerne bidrager i en kvalificering af dette.

## Patient og praksis inddragelse

Dansk Selskab for Fysioterapi konstaterer, at den aktuelle NKR i meget begrænset omfang behandler patient perspektiv og patient inddragelse, med undtagelse af arbejdsgruppens empiriske antagelser. Vi ønsker således, at henlede opmærksomhed på en opprioritering af dette område, særligt i de tilfælde hvor evidensgrundlaget er sparsomt samt i tilfælde, hvor der konstateres en væsentlig heterogenitet i målgruppen.

Med venlig hilsen

Martin B. Josefsen

Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel.: +45 33414612

E-mail: [kontakt@dsfys.dk](mailto:kontakt@dsfys.dk)

Web: [www.dankselskabforfysioterapi.dk](http://www.dankselskabforfysioterapi.dk)



## 1. NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE (NKR) FOR UDREDNING OG BEHANDLING AF GENERALISEREDE SMERTER I BEVÆGEAPPARATET

### -kommentarer fra Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)

DSMF er blevet bedt om at kommentere NKR om "udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet", som er udarbejdet af en arbejdsgruppen under sundhedsstyrelsen. Det umiddelbare indtryk ved gennemlæsning af dokumentet er, at arbejdsgruppens udkast er et gennemarbejdet 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. De NKR fremstår således som et relevant og vigtigt kvalitetssikrings værktøj, som kan guide sundhedspersonel ved udredning og håndtering af denne patientgruppe og således facilitere og understøtte kompetente beslutningsprocesser.

#### Der er følgende generelle betragtninger:

Overvejelse af brugen af ordet "bevægeapparat": Det er relateret til en biomedicinsk tilgang mere end til en bio-psyko-social tilgang. Forfatterne påpeger selv relevansen af en bio-psyko-social tilgang. Alternativ kan være enten at undlade ordet helt – derved kun bruge "patienter med generaliserede smerter", eller erstatter der med: "patienter med nedsat funktionsevne"

Transparens: Det er generelt svært, i visse afsnit vedrørende vejledninger og råd ved de forskellige emner, at se hvad der ligger til baggrund for disse: er det forfatterens egen konsensus, foreligger der litteratur? I nogle afsnit fremstår disse råd som anbefalinger. Da der ikke altid foreligger et PICO spørgsmål vedrørende disse råd/vejledninger må man formode at de er udtryk forfatterens egne opfattelser og ikke har været igennem en metodisk stringent vurderingsproces. I disse tilfælde er det væsentligt at det fremgår af teksten for at fremme transparensen.

Flere steder i de NKR pointeres det, at patientgruppen udgør en heterogen gruppen. På s. 10 står der; *"Diagnosen 'generaliserede smerter i bevægeapparatet' er ikke dækkende for hvilken behandlingsmæssig indsats den enkelte patient har behov for. Sygdommen er præget af store individuelle variationer både hvad angår symptombillede, påvirkning af daglig livsførelse og patientens sygdomsforståelse. Vurderingen af patienten i behandlingsmæssige sammenhænge bør således baseres på en individuel helhedsvurdering, som inddrager ikke blot de fysiske, men også de psykologiske, emotionelle og sociale aspekter af smertetilstanden"....*

I og med at de NKR beskæftiger sig med kroniske og komplekse symptomer af >3 måneders varighed er det ikke overraskende, at der kan gives en stærk anbefaling for kognitiv adfærdsterapi (s. 29), som er rettet mod *"at ændre de psykologiske processer, der understøtter eller bidrager betydeligt til patientens smertetilstand, bekymring og nedsatte funktionsevne"* (s. 23) samt psykoedukation (s. 36). Faktorer som vel i høj grad er relevant for langt de

fleste patienter med generaliserede smerter. Det er dog værd at bemærke, at anbefalingen baseres på studier af lav kvalitet (s. 28). Kan man lave en stærk anbefaling på studier af lav kvalitet?

I forlængelse heraf bør man overveje de metode-/designmæssige udfordringer der er ved blindet høj-kvalitets studier rettet mod denne heterogene patientgruppe. Fx vil diagnostisk- og interventionsrettet sub-klassificering være yderst kompliceret, som følge af den diagnostiske usikkerhed og det beskrevne "sværhedskontinuum". I skriver i NKR, at "sygdommen er præget af store individuelle variationer" og man kan derfor overveje om "single-modale (RCT-) studier", med stringente krav til intern validitet, er et optimalt studie-design.<sup>1</sup> Rummer de anvendte / gængse studiedesign muligheder for at praktisere en "multi-dimensionel" og "multi-faktoriel" udredning og behandling indenfor et bio-psyko-socialt rationale, som den NKR pointerer nødvendighed af. Måske kunne der tages forbehold for dette i indledning/baggrund samt perspektivere ift om der findes studiedesign, som er mere anvendelige til denne patientgruppe.

Der er følgende detaljerede kommentarer:

## Centrale budskaber

s. 7: under afgrænsning: der er *ingen vævsbaseret eller psykiatrisk* forklaring. I den efterfølgende sætning står der kun nævnt at patienter med *lokaliseret og med anden veldefineret somatisk sygdom* som ikke er omfattet. Det undres at forfatterne ikke nævner også veldefineret psykiatriske lidelser, f.eks. svær depression eller post traumatisk stress.

s. 7: *Det er ikke god praksis at undlade at stille diagnosen*. Hvilke overvejelser er der for ikke at formulere dette positivt? F.eks.: Det er god praksis at stille diagnosen generaliserede smerte i bevægeapparatet.

## Afsnit 1:

s. 9: 2. afsnit: Er *én af de hyppigste årsager til kontakt til almen praksis*: reference med personlig kommunikation virker svag. Foreligger der ikke mere veldokumenterede tal, eller sammenlignelige tal fra andre lande?

s. 9: reference Croft er meget gammel, der er nyere data.

s. 9: *Sygdommen er derfor forbundet med direkte og indirekte samfundsøkonomiske udgifter*. Der kan være relevant at skrive at det også ofte medfører større personlige omkostninger hos patienterne.

s. 9: Der bør rettes opmærksomhed mod en bedre konsensus vedr. diagnosebetegnelse. På s. 9 står; "*Begrebet 'generaliserede smerter i bevægeapparatet' er valgt som diagnostisk betegnelse i denne retningslinje. Generaliserede smerter i bevægeapparatet er en tilstand, der alene betegner patientens oplevelser (smerter i store dele af kroppen), som ikke kan forklares med andet end hypoteser om ændringer i centralnervesystemet*". Er den diagnostiske betegnelse "generaliserede smerter i bevægeapparatet optimal"? Kunne man overveje begreber som central sensitivering / sensibilisering, som hyppigt anvende i international litteratur og retter fokus mod smertemekanisme?

s. 9 Det er en væsentlig og vigtig pointe at symptomerne, som patienterne beskriver, ikke 'er psykiske' og bør derfor accepteres fuldt ud selvom der endnu ikke er evidens for en bagvedliggende patogenese eller ætiologi.

s. 9: *som ikke kan forklares med andet end hypoteser om ændringer i centralnervesystemet*. Der nævnes at patienternes smerter ikke kan forklares andet end som ændringer i centralnervesystemet. På side 10 står *Der er også enighed om at den tilgrundliggende årsag til tilstanden ikke kendes, og at årsagen er multifaktoriel, hvor både biologiske og psyko-sociale faktorer kan indgå*.

Forfatterne skal tage stilling til om det er enten den ene eller den anden beskrivelse af årsag de vil anvende.

s. 10: samme afsnit to gange, kun med ændring af ordet viden til litteratur. Er det en misforståelse??

<sup>1</sup> I min optik vil det fx være kompliceret at dokumentere effekt af "superviseret træning" til patientgruppen. Det vil nok ikke være effektivt for alle patienter (behov for sub-klassificering). Ligeledes vil det nok ikke være effektivt som enkeltstående tiltag (behov for en multidimensionel, bio-psyko-social intervention) / JTA.

s. 11: Afsnittet som starter med "*Langt hovedparten ...*" er en anbefaling om behandlings tilgang til denne patient-gruppe som ikke er en besvarelse på ét af fokusrede spørgsmål. Det er en afvigelse af metoden i udformningen af anbefalingerne. Der tages stilling til en monofaglig eller multifaglig tilgang som senere besvares som én af de fokuserede spørgsmål. Det fremstår ikke at forfatterne har dokumentation til at formulere dette afsnit. Der mangler i det tilfælde reference, som minimum.

s.11 formål: der ønskes at give anbefalinger vedrørende undersøgelser for diagnostik og udredning samt intervention; vel ikke *at skabe klarhed*?

s.12. afgræsning: se kommentar til s.7

s. 12 patient perspektiv: Bilag 5 henviser ikke til reference gruppen med til de fokuserede spørgsmål

## Afsnit 2:

Afsnit 2 virker forvirrende. Der er 2 anbefalinger (afsnit 2.2) og derudover råd og vejledninger som ikke har angivet evidens niveauet men har også anbefalinger. Det fremgår ikke af det fokusrede spørgsmål at det vedrører primær sektor/den praktiserende læge.

s. 14

2.1: *karakterisering*: hvad menes med det? Hvilke karakterer er der tale om?

2.2. se kommentar s.7

2.3 praktiske råd mm. Anamnese: Det er vel også en retningslinje. Hvad er evidens niveauet for denne retningslinje?

1.e funktionsniveau: hvad betyder "rolle" i den sammenhæng?

1.i: afklaring af psykiatriske differentiel diagnoser: når der forslås screening for biologiske markører, kan forfatterne overveje at anvende validerede spørgeskemaer til screening for psykiatriske diagnoser, især mhp depression

s.15 Afsnittet: "*når den praktiserende læge ...*" er en anbefaling. Kan forfattere henvise til evidens niveauet for denne anbefaling?

s. 16 sidste linje: *søvnforstyrrelser og koncentrations og hukommelses problemer* er nævnt her men ikke med under anamnese anbefalinger på s. 14

## Afsnit 3

s.19 Anbefaling vedrører superviseret træning eller ej. I afsnit 3.2 kommer der en anbefaling vedrørende smerter før/under/efter træning. Smerter forværring ved træning er ikke én af de fokuserede spørgsmål og er derfor nok ikke nærmere undersøgt. Det burde ikke være en af anbefalingerne eller skal det fremgå at det er forfatterens mening. Især taget i betragtning af det er registreret som bivirkning hos fibromyalgi patienter (på s. 20, sidste linje før 3.5) Forfatterne kan overveje at vægte betydning af disse studier ved at anbefale superviseret aerobic træning og ikke kun superviseret træning.

En anden overvejelse er, hvad årsagen er til, at man ikke har vurderet dokumentationen for træning efter graded exposure/activity som beskrives anvendelig til patientgruppen. Det kunne overvejes at inddrages/belyse i en fremtidig opdatering af de kliniske retningslinjer.

## Afsnit 4

Afsnittet er transparent og der er god sammenhæng mellem evidensen og anbefalingerne.

## Afsnit 5

Afsnittets anbefalinger er dokumenteret i den udstrækning det er muligt. Der er henvisninger til litteraturen i afsnittet om gennemgang af evidensen. Afsnit er transparent og sammenhængende.

## Afsnit 6

s. 33: i baggrund for valg af spørgsmål defineres indholdet af psykoedukation således at patienten lære at se generaliserede smerter som et resultat af et overaktiv nervesystem. I litteraturen angives mange andre elementer. Der er derved ikke sammenhæng mellem gennemgang af evidensen og betragtningen i afsnit 6.3

s.35 tabel PICO 5: ved outcome Pain(smerte) mean change står der: *See comment* under quality of the evidence. Denne findes ikke.

s. 36 anbefaling vedrørende psykoedukation er på kortere og intensive forløb. Det står ikke klart hvorfor det er netop denne type som anbefales, ej heller hvilke tidsramme "kort og intensiv" betyder. Derved er der ikke tydelig sammenhæng.

## Afsnit 7

I afsnit 7.3 henvises til klinisk erfaring. Herved er baggrunden blevet transparent.

7.3 sidste afsnit: behandleren er det den praktiserende læge? Formålet med denne sætning er uklart.

7.6: tydelig angivelse af baggrunden for anbefalingerne som gør afsnittet transparent.

## Afsnit 8

I gennemgang af evidens fremgår det ikke hvorfor anbefalingen er på kun 2 forskellige faggrupper. Derved mangler der sammenhæng mellem anbefalingen og evidensen.

## Afsnit 9,10 og 11

spørgsmål 9, 10 og 11 vedrørende medicinering er udenfor mit kompetenceområde.

## Bilag 1

Bilag 1: Er stepped care en del af de anbefalinger forfatterne laver? Det skaber forvirring når det ikke er nævnt før i retningslinjerne.

## Bilag 7

Flowchart s. 93 mangler antal af studier indskrevet i selve flowchart.

## Bilag 8:

Der mangler selve linket til AMSTAR og AGREE

På vegne af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)

Inge Ris & Jeppe Thue Andersen,

Kontakt (Jeppe); 40 44 40 82 / jeppethue@gmail.com

**Høringssvar til NKR- for generaliserede smerter i bevægeapparatet.  
Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi, september 2014.**

**1. Diagnosebetegnelse for "Bodily distress syndrome"?**

Det er diskutabelt at den kontroversielle diagnose BDS, som der ikke er national eller international konsensus om, får så megen plads i denne NKR.

Jævnfør ovenstående bør der tages højde for de ændringer der er lavet i DSM-V (1). Flere af de "diagnoser", som NKR behandler er mere eller mindre eliminerede i den opdaterede DSM-V pga. uklarheder. Eksempelvis indgår nu begrebet "somatic symptom disorder", hvor patienten både kan have eller ikke have en medicinsk diagnose.

**2. Den stærke anbefaling for psykoedukation virker overdreven og hviler på et tyndt grundlag.**

*Effect Sizes (ES)* vedrørende psykoedukation i denne NKR er vel ikke bedre dokumenteret end de effekter, der er ved de fleste andre mulige interventioner. Eksempelvis får CBT og ACT kun 2 ++ sammenlignet med 3 +++ ved psykoedukation, hvordan er dette skøn lavet? Psykoedukation er vanligtvis et supplement i studier, hvor der er flere interventioner i spil (fx træning).

**3. Generelt mangler der en konkret forklaring på, hvad klinisk betydningsfulde effekter er.**

Eksempelvis fremstår flere behandlinger som klinisk relevante, uden der er en klar definition og henvisning til, hvor stor en klinisk relevant effekt bør være, for at give mening for patienten (2,3). Moderate ES er velkendt problematiske, da disse typisk er af samme størrelse som symptomernes naturlige forløb. Dermed kan den aktuelle NKR komme til at promovere nogle behandlinger, som reelt set slet ikke har nogen dokumenteret effekt.

**4. Det bør fremgå mere tydeligt, at der generelt er tale om anbefalinger der hviler på konsensusvurderinger fra arbejdsgruppen.**

Eksempelvis er der en "stærk anbefaling" for at tilbyde CBT til patienter med generaliserede smerter på trods af en kun moderat ES (2 ++). Dette selvom den samme arbejdsgruppe kun har en "begrænset tiltro til" den estimerede effekt, hvilket de 2++ betyder. Dette får rapportens anbefalinger til at virke upålidelige.

Referencer.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 edition. American Psychiatric Association; 2013.

2. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. J Pain 2008 Feb;9(2):105-121.
3. Dworkin RH, Turk DC, McDermott MP et al. Interpreting the clinical importance of group differences in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 2009 Dec;146(3):238-244.



Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
[syb@sst.dk](mailto:syb@sst.dk)

## Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkastet til den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

For så vidt angår uddybende faglige bemærkninger, henviser Danske Fysioterapeuter til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Vi noterer os, at der er givet en svag anbefaling om superviseret fysisk træning baseret på lav kvalitet af den foreliggende evidens. Omvendt hæfter vi os ved, at superviseret træning har en effekt i forhold til at forbedre funktionsevnen. Tillige er anbefalingen af tilbud om koordineret multidisciplinær intervention svag som følge af manglende evidens. Det fremhæves imidlertid, som arbejdsgruppens empiriske erfaring, at gruppen af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet har behov for andet og mere end enkelt interventioner.

Det viser med al tydelighed behovet for yderligere forskning af høj kvalitet for at belyse effekterne af superviseret fysisk træning samt multidisciplinære interventioner over for patientgruppen med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Fysioterapi indgår ofte som del af behandlingsindsatsen, og der bør arbejdes for, at det sker på et evidensbaseret grundlag.

Med venlig hilsen

Karen Langvad,  
Faglig chef

Dato:  
22. september 2014

E-mail:  
[sf@fysio.dk](mailto:sf@fysio.dk)

Tlf. direkte:  
+45 33 41 46 59

**Fra:** Bente Stenfalk [<mailto:bentestenfalk@gmail.com>]

**Sendt:** 28. september 2014 16:38

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Emne:** Høringssvar

Til Sundhedsstyrelsen

Ang. sagsnr.4-1013-29/1, Reference CIU,T 7222 7672 E

Da dette ligner definitionen på funktionelle lidelser:

”Der er ofte tale om komplekse, kronisk forløbende smertetilstande med en multifacetteret symptomatologi, der hos en stor undergruppe af patienterne er ledsaget af en betydelig funktionsevnedssættelse, der påvirker den enkelte patients helbredsbedingede livskvalitet og dagligdags livsførelse, herunder i erhvervsmæssige sammenhænge. ”

Og da definitionen på generaliserede smerter til forveksling ligner definitionen på funktionelle lidelser, og når man ikke kender det evidensbaserede materiale, der skal behandles efter, hvordan kan man så være sikker på, at denne ”Nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet” ikke vil dreje behandlingen hen på psykiatriske tilgange til sygdom og smerte?

Hvis det skulle være tilfældet, så er det IKKE hvad smerte-patienter og især fibromyalgi-patienter ønsker.

Venlig hilsen Bente Stenfalk

(Folkeskolelæreruddannet, bachelor i nordisk, ME-ramt og mor til voksen datter med ME og fibromyalgi)

P.s. jeg har været syg og er desværre kommet for sent med dette svar, men jeg håber alligevel, det kan medtages.



Sundhedsstyrelsen

Sygehuse og Beredskab

25. september 2014

## Høringssvar vedr. 'Den nationale kliniske retningslinje for Udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet 2014'

Dansk Sygepleje Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar og hilser den nationale kliniske retningslinje velkommen. Den er yderst relevant generelt for sygeplejersker; studerende, specialuddannede og flere faglige selskaber.

Smerter i bevægeapparatet er udbredt, hvorfor mange sundhedspersoner vil være involveret. Målet om *"... at hjælpe patienter til en optimal egen håndtering af smertetilstanden, og at bedre funktionsevnen fysisk, psykisk og socialt"* (s. 10) vil bl.a. kræve sygeplejerskers medvirken til en individuel helhedsvurdering af patienten. En bio-psyko-social sygdomsmodel hilses ligeledes velkommen. Det samme gælder en hurtig diagnose uden unødigt tøven, når relevante differentialdiagnoser er udelukket. Sygeplejersker både i primær og sekundær sektor må nødvendigvis medvirke hertil. Den kliniske retningslinje er derfor relevant både i et uddannelsesmæssigt og i et fagligt perspektiv.

### Side 14 2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser – Anamnese

Det kan overvejes om patientens funktionsevne vedr. seksualitet bør indgå i anamnesen

### Side 28 – 33 – 40 – 45 ff.

De forskellige tilbud om interventioner vil i mange tilfælde involvere sygeplejersker; psykoedukation, observationer af patienten i forbindelse med medicinsk behandling m.m., ligesom sygeplejersker indgår i en multidisciplinær intervention.

### Side 81 Bilag 3: Implementering

Understøttelse af implementeringen vha. bl.a. quick guide og værktøjskasse er en god ide. Det samme gælder omtale på faglige selskabers hjemmeside under Dansk Sygepleje Selskab.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Margit Roed

Formand for Dansk Sygepleje Selskab

# NOTAT

## Høringssvar - NKR for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Evidensbaserede kliniske retningslinjer er efter KL's opfattelse et meget vigtigt redskab til beslutningsstøtte og kompetenceudvikling for fagpersoner i det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Generaliserede smerter i bevægeapparatet er en af de hyppigste årsager til kontakt til almen praksis. Tillige ses i tilknytning til generaliserede smerter i bevægeapparatet ofte langvarige udredningsforløb og alvorlige konsekvenser for den enkelte i form af tab af livskvalitet, funktionsevne og erhvervsevne samt social marginalisering. KL mener, at det af både etiske og økonomiske grunde er vigtigt at kunne anvise retningslinjer for hurtig udredning og behandling af borgere med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

### *Kommunale fagfolk som målgruppe for den kliniske retningslinje*

KL finder, at fire af de 10 anbefalinger i den kliniske retningslinje vedrører indsatser, som naturligt ligger i kommunalt regi, hhv.:

- Betydningen af superviseret eller ikke-superviseret træning
- Betydningen af interventioner, hvori der anvendes strategier, der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet
- Betydningen af psyko-edukation
- Betydningen af multidisciplinær intervention.

Det anføres da også i den kliniske retningslinje, at dens målgruppe bl.a. udgøres af sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosu-assistenten.

Den 23. september 2014

Sags ID: SAG-2014-05197  
Dok.ID: 1910646

LWI@kl.dk  
Direkte 3370 3150  
Mobil 2938 1725

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.klk.kl.dk](http://www.klk.kl.dk)  
Side 1/3

Imidlertid er det kommunale sundhedsvæsen mærkeligt fraværende i den kliniske retningslinje – såvel i selve retningslinjen som i flere af bilagene, hvor hhv. varetagelse af behandling og implementering af den kliniske retningslinjes anbefalinger adresseres. Kun i afsnittet ”Indledning” på side 11, sektionen med under-overskriften ”*Organisering af behandling og udredning*”, anføres, at ”langt hovedparten af behandlingen skal ligge i primærsektoren... De lette og moderat svære ukomplicerede tilfælde kan kræve opfølgning ved egen læge, evt. kombineret med et ... forløb hos fysioterapeut eller lignende.” I øvrigt bør ”udredning”, som kronologisk vil komme før ”behandling”, nævnes først i ovenstående overskrift.

#### *Bilag 1. Baggrund*

Det kommunale sundhedsvæsen er fraværende i *Bilag 1. Baggrund*. På side 77, i afsnittet med overskriften ”*Organisering af behandling og udredning*” (også her bør ”udredning” skrives før ”behandling”), udelades det kommunale sundhedsvæsen helt i beskrivelsen af forhold vedr. behandling, ligesom det kommunale sundhedsvæsen ikke indgår i *The Stepped Care Model*, som beskrivelsen tager udgangspunkt i. I *The Stepped Care Model* henvises alene til indsatser, som varetages i ”almen praksis” og til indsatser, som varetages af ”specialist”. Videre står side 78, at ”Den praktiserende læge er nøglefiguren i udredning, diagnostik og behandlingsindsatsen overfor patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet”.

#### *Bilag 3. Implementering*

Det kommunale sundhedsvæsen er også fraværende i *Bilag 3. Implementering*, hvor det anføres, at ”Regionerne og regionernes sygehuse spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den kliniske retningslinje... ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis”. Den samme rolle har kommunerne ift. de fire ovenfor nævnte anbefalinger, hvorfor også kommunerne her bør nævnes som part.

I samme afsnit s. 82 er der i øvrigt en tidsmæssigt forældet henvisning til Sundhedsstyrelsens elektroniske implementeringshåndbog: ”Desuden publiceres i foråret 2014.....”

#### *Bilag 4. Monitorering og opdatering*

Dette bilag ville vinde ved en gennemskrivning. Der er et forstyrrende brug af datid, nogle af anbefalingerne til procesindikatorer ”gemmer sig” i teksten, og det er uklart - i det afsnit, som begynder med ”*Procesindikatorer anvendes til at monitorere, om regioner/kommuner implementerer/ efterlever anbefalingerne i praksis*” - hvad der er et generelt eksempel på en procesindikator og hvad der er et forslag til procesindikator. Det bør ideelt set være tydeligt, vha. overskrifter og dots, hhv. hvilke *proces*indikatorer, som anbefales og hvilke *effekt*indikatorer

som anbefales. Aktuelt er fire af indikatorerne listet via dots og fremhæves herved ift. læsevenlighed, uagtet at det anføres, at disse fire indikatorer skal opfattes som *supplement* til allerede nævnte indikatorer – og så fremgår det kun af det konkrete indhold af de respektive indikatorer, hvilken type indikator – effekt eller proces - der er tale om. Endelig bør de respektive effekt- og procesmål relateres til de enkelte anbefalinger fremfor at blive listet overordnet – dette sker faktisk allerede ift. effektmålene, som aktuelt er ”gemt” i bilag 5 om de fokuserede spørgsmål bag den kliniske retningslinje. Der er i bilag 4 om monitorering og opdatering intet nævnt om de effektmål vedr. funktionsevne og livskvalitet, som ellers i bilag 5 angives som centrale.

Det lader til man i bilaget, midt på side 83, er kommet til at medtage en overordnet beskrivelse af, hvad dette bilag skal indeholde: *”Procesindikatorer skal monitorere effekten af den kliniske retningslinjes implementering. Arbejdsgruppen bør her tænke i både kortsigtede (fx andel af patienter som bliver genindlagt) som i langsigtede effekter (hvor mange som overlever).”*

KL tager forbehold for en senere politisk behandling samt for en evt. merudgift for kommunerne.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf, Centerchef, KL

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
[Syb@sst.dk](mailto:Syb@sst.dk)

Glostrup Fysioterapi & Træning ApS  
Hovedvejen 152 A  
2600 Glostrup

Glostrup d. 29/9 2014

### **Bemærkninger og kommentarer til " Nationale retningslinjer for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet".**

Vi reagerer på dette forslag til nye kliniske retningslinjer, da vi som klinik med vores faglighed i højsædet, ikke kan stå inde for dette forslag.

Vi ser at ovenstående retningslinjer ligner meget psykiater Per Finks definition på funktionelle lidelser, hvilket vi ser som problematisk af flere årsager.

Definition fra de nationale retningslinjer:

"Der er ofte tale om komplekse, kronisk forløbende smertetilstande med en multifacetteret symptomatologi, der hos en stor undergruppe af patienterne er ledsaget af en betydelig funktionsevnenedsættelse, der påvirker den enkelte patients helbreds betingede livskvalitet og dagligdags livsførelse, herunder i erhvervsmæssige sammenhænge".

Denne definition på generaliserede smerter ligner definitionen på funktionelle lidelser fra Per Fink (som ikke har evidens og desuden går imod WHO's anbefalinger til den kronisk smertende patient herunder WHO's smertetrappe og WHO's ICD-10 diagnostiske klassifikationssystem). Behandlingsmåderne skal bygge på den bedste evidens, som vi stadig ikke kender. Som I skriver, så skal retningslinjerne;

- 1) Bygge på den bedst tilgængelige evidens
- 2) Give konkrete anbefalinger til de sundhedsprofessionelle i de situationer, hvor der træffes konkrete beslutninger undervejs i patientforløbene.
- 3) Gå på tværs af sektorer og sundheds professionelle.

Vi kan på ingen måde se at retningslinjerne understøtter dette. Der tages udgangspunkt i at generaliserende smerter i bevægeapparatet er en sygdom. Det bliver bygget på få studier af svingende kvalitet. Der ses generel lav evidens på de overordnede 5 hovedgrupper. Der tages udgangspunkt i studier med overvejende fibromyalgi patienter. Hertil kommer at tværfagligheden er ikke særlig iøjnefaldende.

Retningslinjerne anbefaler Gabapentin som medicinering. Arbejdsgruppen vurderer, at evidensen er moderat til høj på antikonvulsiva (Gabapentin) trods de mange bivirkninger og desuden kun bliver underbygget af et studie med fibromyalgi patienter.

Hvordan kan man så være sikker på, at projektet/ de nationale retningslinjer ikke bliver drejet i psykofarmaka retning?

Vi mener, at der skal arbejdes mere ud fra den individuelle smerte og den individuelle patient. Dvs. årsagen til smerten og ikke se det hele under et som en sygdom/funktionel lidelse. At behandle det stort set ens med medicin (som retningslinjerne bærer præg af jf. Gabapentin) er som at betragte kronisk smerte som en sygdom med kun en behandlingsform. Dette er vores nok største anke ved dette forslag til kliniske retningslinjer.

Kronisk smerte udspringer fra et langt større aspekt. Er smerten fx nociceptiv (fra muskel, led, knogler, væv, organer) eller neurogen (nervevævet)? Mange af skaderne som ligger bag smerterne kan ikke altid belyses via parakliniske undersøgelser (bl.a. whiplash, bækkenløsning, fibromyalgi etc.).

Det er ganske normalt for vores mere komplicerede patienter at blive tabt i systemet med oplysning om, at der intet er at se på scanningen/undersøgelsen mm. Men gennem vores årelange praksiserfaring, kan vi tydeligt se, at dette ikke betyder problemet ikke er fysisk tilstede.

I mange tilfælde er scanningsmetoder og lign. måske ikke gode nok endnu? Måske er det de forkerte strukturer og områder, der er blevet undersøgt?

Vi finder det fx stærkt kritisabelt, at man godtager at en problematik er kronisk efter 3 måneder. Det tager på ingen måde hensyn til forskelligheder i helingstider i væv som fx ledbånd, hvor prognosen er op til 1 år. At kalde en person impliceret i et trafikuheld for mere end 3 måneder siden for kroniker, og fx foreslå medicinering med Gabapentin, er en klar overdramatisering i manges tilfælde, hvor der ikke er blevet skelet til anatomen og fysiologien bag et kraftigt nakketraume. Dette er kun et eksempel, for at illustrere vores bekymring med disse retningslinjer.

Med undersøgelse og behandling fra diverse behandlere (fx læger, speciallæger, ergoterapeuter, psykologer, fysioterapeuter, psykiatere mm.) kan man med deres viden, kunnen og forståelse for sociologien, anatomen, fysiologien, psykologien og patologien under et tværfaglig samarbejde, findes en mere klar og individuel forståelse for årsagen bag den enkelte smertepatientens problematik.

Derved kan der udarbejdes et individuelt behandlingsprogram i tværfaglighed med et langt bedre, nuanceret og tilfredsstillende resultat til følge – for patienten.

Med andre ord skal der udarbejdes flere studier indenfor de forskellige patientgrupper.

Patientgrupperne skal ikke ses som én enkelt diagnose, da der er forskel på deres sygdom/skade.

Med venlig hilsen

Glostrup Fysioterapi & Træning ApS

## **Review: Tonny Elmoose Andersen – Dansk national klinisk retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet.**

Nedenfor følger review af de nationale kliniske retningslinjer for generaliserede smerter i bevægeapparatet (NKR). Der gives først en række overordnede kommentarer, hvorefter styrker og svagheder i forbindelse med besvarelsen af de fokuserede spørgsmål 1-10 gennemgås.

Der er et klar og veldefineret formål med NKR. De udvalgte fokusspørgsmål er velvalgte og begrundede klinisk såvel som empirisk. Det vurderes som en styrke, at arbejds- og referencegruppen er bredt tværfagligt sammensat. Dog findes den psykologfaglige side underrepræsenteret i forhold til gruppens sammensætning af primært personer med lægefaglig baggrund. Endvidere kunne en socialrådgiver vinkel have været relevant i forhold til arbejdsmarkedsperspektivet.

### **Vedr. funktionsbedring som mål for intervention**

Det vurderes som en styrke at de nationale kliniske retningslinjer (NKR) holder et primært fokus på funktionsevne og livskvalitet som vigtigste effektmål. Dette lægger sig tæt op ad ICF klassifikationen, der anvendes som en rød tråd gennem NKR.

NKR understreger, at diagnosen "generaliserede smerter i bevægeapparatet" ikke er dækkende for hvilken behandlingsmæssig indsats den enkelte patient har behov for. Dette er en individuel vurdering, der bør tage højde for patientens samlede bio-psykosociale tilstand. Målet for behandling/rehabilitering er en øget funktionsevne psykisk og socialt i forhold til patientens hverdag.

Det vurderes, at perspektivet er i fuld overensstemmelse med "best-practice" og evidens på området. Perspektivet understøttes ligeledes fint i gennemgangen af de fokuserede spørgsmål som opstillet i NKR. I NKR kommer det dog til at fremstå som om den funktionsbedrende tilgang er forbeholdt en ergoterapeutisk indsats. Formålet med CBT og især ACT er dog netop også at fremme patientens funktionsniveau i dagligdagen. Dette behandles særskilt i spørgsmål 4 (interventioner rettet mod hverdagslivet).

Ligeledes foreslås udelukkende to ergoterapeutiske redskaber til udredning af funktionsniveau (AMPS og COMP). Der kunne med fordel indføres et samlet eller mere konkluderende afsnit, der behandler funktionsbedring som effektmål, og her understrege, at der af alle faggrupper arbejdes med dette formål, omend ud fra forskellige tilgange. Det bør understreges, at symptombedring ikke nødvendigvis er en forudsætning for funktionsbedring. Dette er netop en kerneantagelse ved ACT og hele den 3. generation af kognitiv adfærdsterapi. Afdækningen af hvordan smertetilstanden indvirker på patientens daglige funktion kan desuden afdækkes ved en kort screening med eksempelvis Pain Disability Index eller lignende spørgeskemamål. Dette udelukker ikke brugen af AMPS og COMP, men der kan være brug for mere simple spørgeskemaer og screeningsredskaber i primærsektoren, som også den praktiserende læge kan anvende. Ofte handler funktionsnedsættelse i forbindelse med kroniske smertetilstande desuden om maladaptiv smerteadfærd, negativ forstærkning og andre psykologiske barrierer, der også bør identificeres.

SST: vi kan ikke gøre noget ved funktionsforbedring som effektmål

### **Vedr. diagnosen " generaliserede smerter i bevægeapparatet"**



Den neutrale definition af diagnosen "generaliserede smerter i bevægeapparatet" er en stor styrke ved NKR. Det er vigtigt, at NKR ekspliciterer, at der IKKE er tale om psykiske smerter, men om smerter, der kan forklares ud fra hypoteser om ændringer i centralnervesystemet. Herved undgås stigmatisering og fejlagtige opfattelser af ætiologi.

Det er en klar styrke, at NKR understreger vigtigheden af at screene for komorbide psykiske lidelser samt at det understreges, at psykiske komorbide lidelser ikke må forveksles med årsager til smertetilstanden. Afsnittet bør dog udbygges med mere eksakt viden om de hyppigst forekommende komorbide psykiske lidelser. Herunder hvordan disse kan bidrage til sensibilisering og maladaptiv coping.

Det vurderes helt essentielt for patienternes videre forløb og behandling, at "diagnosen" stilles hurtigt og at dette kan gøres i primærsektoren. På den vis bidrager NKR til at fremskynde hurtigere udrednings- og behandlingsforløb til gavn for patientens prognose, herunder funktionsniveau. Det vurderes ligeledes helt essentielt, at funktionsbedrende behandling iværksættes allerede fra dag 1. sideløbende med anden udredning og behandling, da dette ikke forudsætter kendt ætiologi.

## **Sprog**

Generelt vurderes det, at NKR er skrevet i et let og tilgængeligt sprog. NKR bør dog gennemlæses en ekstra gang, gerne af en "bruger" uden lægefaglig baggrund, da der enkelte steder optræder unødigt komplicerede fremmedord. Eksempelvis: "Det er derfor vigtigt at træning er *titreret* til patienten" (s.19); "Dog viser studier, at patienter ofte ikke *adhærer*...." (s.20). Enkelt slåfejl eksempelvis: "someffekt mål" orddeling mangler (s.34). Forkortelsen CBT bør erstattes af den danske KAT (Kognitiv adfærdsterapi).

## **Kommentarer til fokuspørgsmål 1-10:**

### **1: Udredning og diagnostik**

God og nuanceret pointering af, at tilstanden bør udredes ud fra en bio-psykosocial model. ICF referencerammen åbner ligeledes for en nuanceret funktionsbeskrivelse. Savner dog mere konkrete handleanvisninger for hvordan primær, sekundær og tertiær sektor i fællesskab eller hver især kan bidrage til udredningen af funktionsniveau. Savner konkrete anvisninger og guidelines for hvilke fagpersoner, der udreder for hvad og med hvilke redskaber. Der nævnes eksempelvis s.14 under afsnit 2.3 b-d, at der kan spørges ind til angst/depression, emotionelle problemer og stress, uden at dette uddybes nærmere. Hurtig udredning er essentiel, derfor er det for den praktiserende læge væsentligt med mere uddybende anvisninger af hvordan der hurtigt kan screenes for ovennævnte i den kliniske lægepraksis samt en anvisning af hvornår eksempelvis psykologisk behandling bør kombineres med øvrig smertebehandling. Arbejdsgruppen konkluderer ganske rigtigt, at der ikke eksisterer et "sandt" udredningsprogram. Men der eksisterer forskellige mere eller mindre validerede måleredskaber til screening af funktionsniveau, herunder også psykisk funktionsniveau, dette bør omtales.

### **2: Superviseret fysisk træning**

God afbalanceret anbefaling af fysisk træning med fokus på, at bevægelse og aktivitet er de væsentligste faktorer i forhold til forebyggelse af inaktivitet og deraf følgende funktionsforringelse (de-conditioning). Aktivitet benyttes jo rent faktisk også som et element i kognitive adfærdsterapi eksempelvis i behandling af depression.

### **3: Kognitiv adfærdsterapi**

Bygger på en grundig og præcis gennemgang af evidens. Et væsentligt fokus i den kognitive adfærdsterapi (CBT) er ikke alene, at behandlingen rettes mod at identificere smertelindrende adfærd. Formålet med CBT er ligeledes at identificere uhensigtsmæssig smerteadfærd og "aflære" denne. Grundlaget for at anvende CBT på kroniske smertetilstande er forankret i adfærdsterapien som beskrevet af Fordyce (1976) (behavioral methods for chronic pain and illness). Med denne understreges betydningen af smerteadfærd som tillært adfærd, der ikke nødvendigvis forsvinder ved hverken "helbredelse" eller symptomlindring. Videreudviklingen med 3. generation af CBT, herunder ACT, bygger i stor grad på tidlig teori om operant betingning som beskrevet af adfærdsterapien. Formålet med CBT og ACT bør derfor også beskrives som, at identificere uhensigtsmæssig smerteadfærd og lære patienten mere hensigtsmæssige mestringsstrategier.

I gennemgangen af evidens påpeges, at studier er nedgraderet på baggrund af manglende blinding. Dette er som oftest ikke muligt, når der er tale om psykologiske interventioner, hvorfor dette ikke umiddelbart er relevant i denne sammenhæng.

Der nævnes, at de studier som indgår i evidensgrundlaget, er baseret på interventioner leveret af psykologer, læger og trænedede terapeuter. I den sammenhæng bør arbejdsgruppen være opmærksom på, at effekten af en bestemt intervention, formentlig, er stærkt påvirket af hvilke faggrupper, der leverer behandlingen. De NKR bør derfor forholde sig til i hvilke tilfælde det anbefales, at kognitiv adfærdsterapi bør forbeholde autoriserede psykologer med en uddannelse heri. I komplekse tilfælde af generaliserede smerter fra bevægeapparatet er der ofte tale om stor komorbiditet af psykiske lidelser. I tilfælde af sværere psykisk komorbiditet som posttraumatisk stress, angst, depression eller bagvedliggende traumer bør den psykologiske intervention med kognitiv adfærdsterapi eller ACT fortrinsvis forbeholdes autoriserede psykologer. Man bør i det hele taget være varsom med at betragte den kognitive adfærdsterapi som blot et "redskab" til behandling af kroniske smerter. CBT er en psykoterapeutisk retning/skole, som ikke blot er teknikker. CBT rummer ganske vist en række virksomme teknikker, der med fordel kan anvendes af flere faggrupper, dog uden at dette kan defineres som kognitiv adfærdsterapi. I den forbindelse vil det være væsentligt, at langt flere patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet hurtigere i deres forløb tilbydes en psykologisk udredning og intervention, inden sværere psykisk komorbiditet udvikles i tilgift til smertetilstanden.

### **4: Interventioner rettet mod aktivitetsdeltagelse**

Som nævnt ovenfor, betragtes ACT også som en intervention rettet mod større deltagelse i aktiviteter i hverdagslivet, hvorfor adskillelsen mellem spørgsmålene 3 og 4 kan virke kunstig. Men dette har måske snarere at gøre med titlen på spørgsmålet. Evidensen vedrørende besvarelsen af spørgsmålet her omhandler vel mere effekten af ergoterapeutiske interventioner og hvorvidt patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet bør tilbydes ergoterapeutisk udredning og intervention. Dette mener jeg bør fremgå tydeligere af spørgsmålet og besvarelsen heraf. Endelig mener jeg, at funktionsniveau kan udredes på mange måder, og ikke blot med AMPS eller COMP, der ganske vist er velvaliderede redskaber brugt i ergoterapien. Dette kunne fremstå mere nuanceret.

### **5: Psykoedukation**

Grundig gennemgang af evidens. Klar og præcis afgrænsning af psykoedukation og formålet hermed. Især en væsentlig pointering af, at psykoedukation netop ligger midt imellem

"information" og "psykoterapi". Dette er særligt vigtigt, da en "forkert" afgrænsning af hvad der forstås ved psykoedukation let kan føre til konklusionen, at psykoedukation ikke er virksom i forhold til smerter, funktionsniveau og livskvalitet. Psykoedukation målrettet den enkelte patient er netop virksom. Kunne dog savne arbejdsgruppens holdning til, hvorvidt psykoedukation kan stå alene, eller om den anbefales som en del af øvrig behandling. Mener ligeledes, at det er en mangel, at de NKR ikke forholder sig til den tidligere MTV undersøgelse af patientuddannelse fra Stanford universitet (chronic disease self-management program), hvor patienter uddannes til at psykoeducere andre patienter. Denne bør kommenteres og evt. afgrænses fra den anvendte definition i de NKR.

## **6: Arbejdskompenserende interventioner**

Eftersom der er mange patienter, der kommer i "klemme" i det sociale system, bør det understreges at et tæt samarbejde med arbejdspladsen er væsentligt. På trods af en god videnskabelig gennemgang af evidens, vil besvarelsen måske kunne kvalificeres yderligere ved at inddrage en socialrådgiver som fagperson.

## **7: Multidisciplinær intervention**

Anbefalingen bygger på en grundig gennemgang af evidens på område. Desværre er kvaliteten af evidens på området lav, hvorfor det kan være svært at komme med kraftige anbefalinger. Arbejdsgruppens betingede anbefaling synes derfor relevant. Som anført i de NKR er det ligeledes væsentligt at pointere, at de hårdest ramte patienter ofte kræver en tværfaglig indsats, dette på trods af, at evidensen på områder er lav. Grundlæggende bør det nævnes, at problemet ved studierne af den tværfaglige indsats er, at de kan være svære at sammenligne, ligesom patienterne ofte ikke er rekrutteret særligt målrettet til behandlingerne. Arbejdsgruppen nævner selv i baggrundsmaterialet for de NKR, at der er en stor heterogenitet i patientgruppen. Dette er et væsentligt problem i forhold til måling af effekten i de tværfaglige interventioner. Enkelte studier har eksempelvis fundet, at en større differentiering af patienter med samme kroniske smertediagnose kan øge effekten af den tværfaglige behandling. Dette er eksempelvis gjort ved brug af Multidimensional Pain Inventory. Hermed identificeres forskellige patientprofiler indenfor samme smertediagnose, eksempelvis hvorvidt patienten overvejende mestrer smertetilstanden "adaptivt", har relationelle problemer afledt af smertetilstanden eller er karakteriseret ved dysfunktionel mestring af smertetilstanden. Ved bedre differentiering af patient "typer" og smerterelaterede problematikker vil den tværfaglige intervention formentlig kunne målrettes langt bedre end ved blot at se på en diagnosegruppe.

## **8-10: Farmakologisk behandling**

Idet dette er udenfor undertegnede's ekspertiseområde, kan jeg ikke vurdere de kliniske og faglige skøn, der ligger bag anbefalingerne. Men de NKR på området fremstår nuancerede og klart underbygget af evidens på området.

## **Review AGREE II: Tonny Elmoose Andersen**

### **Domain 1. Scope and purpose.**

**1. = 7**

Mål er velbeskrevet og fint afgrænsede. Godt og dækkende baggrundsmateriale.

**2. = 7**

Spørgsmålene er godt beskrevet, og der følger en grundig gennemgang af hvert spørgsmål samt en begrundelse for valget af spørgsmål.

**3. = 7**

Klart beskrevet hvem målgruppen er.

### **Domain 2. Stakeholder involvement**

**4. = 6**

Der forekommer at være en overvægt af læger i arbejdsgruppen. Ellers fint tværfagligt repræsenteret og fra forskellige institutioner.

**5. = 7**

Dækkende involvering af interessenter, herunder patientforeninger.

**6. = 7**

### **Domain 3. Rigour of development**

**7. = 7**

Der følger en grundig beskrivelse af søgestrategi, anvendte databaser og vurderingskriterier for valg af evidens.

**8. = 7**

Gennemsigtig procedure med klare videnskabelige kriterier lagt frem.

**9. = 7**

Klart beskrevet, som det bør i et videnskabeligt systematisk review.

**10. = 7**

Velbegrundede metoder og svar

**11. = 7**

Fremgår tydeligt efter hvert spørgsmål, samlet i en boks.

**12. = 7**

Tydelig sammenhæng. Hvor der ikke er klar evidens på området beskriver arbejdsgruppen deres konsensus på området.

**13. = 6**

Ja, en række interessenter og eksterne reviews er inddraget.

**14. = 7**

Fint beskrevet

### **Domain 4. Clarity of presentation**

**15. = 7**

Anbefalingerne er klare og præcise.

**16. = 7**

De beskrevne muligheder er klart fremstillet.

**17. = 7**

Fremstår tydeligt i starten af dokumentet.

## **Domain 6. Applicability**

**18. = 5**

Der beskrives generelt ikke så detaljerede barrierer og facilitatorer i forhold til den praktiske anvendelse.

**19. = 5.**

Der beskrives ikke altid så præcise praksisanvisninger. Eksempelvis kunne anvisninger omhandlende screening og udredning uddybes. Der beskrives ikke mange detaljer om iværksættelsen af CBT og retningslinjer i forhold til psykisk komorbiditet.

**20. = 4.**

Behandles kun meget overordnet ifht. Store dele af anbefalingen.

**21. = 5.**

Der er opstillet en række overordnede indikatorer og mere langsigtede mål herfor i baggrundsmaterialet. Det fremgår dog at systemerne til at opsamle disse data endnu ikke er færdige og at der ligger en række fremtidige forskningsprojekter indenfor dette område.

**22. = 7**

Ikke mig bekendt.

**23. = 7**

Klart beskrevet i baggrundsmaterialet.

## **Overall guideline assessment**

**1. Overall quality of this guideline = 6**

**2. I would recommend this guideline for use = yes with modifications (se øvrige review).**

## Peer Review af dansk national klinisk retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet

Aarhus d. 28. september 2014

### Samlet bedømmelse

Retningslinjens emne er meget centralt og retningslinjen er derved meget velkommen.

Retningslinjen er velskrevet og som helhed fremstår den klar og læsevenlig.

Fokus er voksne patienter, der har vedvarende kroniske (> 3 mdr varende) generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Har patienten anden vævsbaseret eller psykiatrisk forklaring, der kan forklare smerten, stilles diagnosen ikke. På denne baggrund skønnes at 10 % har generaliserede smerter i bevægeapparatet, der omfatter nedsat funktionsevne og /eller livskvalitet.

Formålet med retningslinjen og de diagnostiske kriterier er velbeskrevet.

Der er fokus på kriterier for diagnose, på behandling herunder medikamentel og non-medikamentel, samt i hvilket organisationsstruktur det anbefales, og på vejledning omkring arbejdspladsfastholdelse.

Der er ikke taget stilling til om diagnosen ændres såfremt der efter diagnosetidspunktet opstår anden forklaringsårsag til den kroniske smertetilstand. Det anbefales, at der vejledes omkring håndtering i et sådan tilfælde.

Diagnostiske kriterier og kodning heraf – her anføres, at der til gruppen af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet er knyttet 11 diagnosekoder med dertil hørende koder i henholdsvis ICD-10 og ICPC (*her mangler kode for Bodily Distress Syndrome, muskuloskeletal type*). Til disse koder er IKKE knyttet vurdering af om patienten oplever nedsat funktionsevne og /eller livskvalitet, hvilket svækker identifikationen i daglig praksis – især da der i den efterfølgende indledning fokuseres på at generaliserede smerter i bevægeapparatet ses som en reel sygdom. Til denne hører funktionstab og ikke

smertetilstanden alene. Arbejdsgruppen har valgt at fokusere overvejende på studier omhandlende patienter diagnosticeret som havende Fibromyalgi. Herved vil vægten ligge på den kropslige komponent i det samlede funktionsbillede og kan være medvirkende til en mindre vægtning af den personlige komponent i det samlede billede af patienten med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Yderligere er det valgt at den nedsatte funktionsevne er beskrevet på baggrund af patientens udførelseskomponent og ikke på aktivitets mål, dette vil i højere grad vægte beskrivelsen af smertens betydning mod den personlige komponent.

Der er redegjort for dette valg og der findes på den baggrund derved ikke hindring for efterfølgende konklusioner.

SST: tilføj at hvis billedet ændrer sig, fornyet vurdering....

Organisering af behandling og udredning – der rettes fokus på om udredning kan foregå i primærsektor hos egen læge eller om det kræver speciallægeundersøgelse (reumatolog, psykiater). På baggrund af foreliggende evidens er konklusionen, at patienter med fordel kan diagnosticeres i primær praksis og at patienten derved får en tidligere og relevant diagnose. Argumentationen og den tilgrundliggende evidens vurderes at understøtte dette. Den anførte målgruppe af læger er trænede i denne screening.

Superviseret fysisk træning – det fastslås, at alle ifølge vejledning bør træne og at patienter med generaliserede smerter med fordel kan tilbydes træning under vejledning. Anbefalingen er lav pga den meget lave grad af evidens. Argumentationen underbygger anbefalingen.

Kognitiv adfærdsterapi – der rettes fokus på om kognitiv adfærdsterapi har effekt som behandlingsform blandt patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Der er varierende grad af evidens for effekt af behandling, men langt overvejende positiv effekt. På den baggrund anbefales kognitiv adfærdsterapi, men i slutkonklusionen skrives at medargumentet for at anbefale kognitiv tilgang understøttes af: 'at det formodes at patienterne overvejende vil være interesserede i at modtage denne behandlingsform'. Der er der i det foreliggende ikke dokumenteret nytteeffekt af, hvorfor det anbefales at vægten af dette udsagn nedjusteres eller at der anbefales opfølgende analyser af den længerevarende nytteværdi af et sådan tilbud.

Interventioner, der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet – der foreligger ikke evidens på området og det konkluderes på baggrund af konsensus, at det er rationelt at fokusere på målrettet daglig funktionsevneforbedring. Dette fremstår som rationel argumentation og kan med fordel underbygges i prospektive studier.

Psykoendukation – patientuddannelse givet på det tidspunkt, hvor patienten viser interesse vurderes som stærk anbefaling på baggrund af moderat evidens. Dette fremstår ligeledes som rationel argumentation.

Arbejdspladsinterventioner – det anføres, at der ikke foreligger evidens for fokuseret intervention i forhold til fastholdelse på arbejdsmarkedet. Følgende kan anvendes trods fokus er lænderygmerter:

[Occup Environ Med](#). 2012 Jan;69(1):21-8. Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial addressing experienced workplace barriers and physical activity.

[Jensen LD<sup>1</sup>](#), [Maribo T](#), [Schiøttz-Christensen B](#), [Madsen FH](#), [Gonge B](#), [Christensen M](#), [Frost P](#).

Rationalet for anbefalingen understøttes derved.

SST: Cecilie ser på studierne

Multidisciplinær intervention - det anbefales at patienter med svære generaliserede smerter i bevægeapparatet tilbydes multidisciplinær intervention. I retningslinjen refereres til funktionsevnevurdering i kontekst af ICF. Med det formål at støtte beslutningsprocessen overvejes om arbejdsgruppen kan udvide anbefalingen med vejledende angivelse af sværhedsgraden af funktionsbegrænsning ved henvisning til interventionstilbud.

Opioider – stærke opioider frarådes, hvilket er velunderbygget, derimod kan svage opioider anvendes i udvalgte tilfælde.

Antidepressiva – antidepressiva anbefales pga vægtningen mellem pris og effekt. Der anføres, at der er mange bivirkninger, hvorfor en del patienter vil fravælge behandlingen. Det anføres at doserne af TCA er lavere end ved behandling under indikationen depression. Kan vejledningen omkring dosis og behandlingsvarighed styrkes?



Antikonvulsiva – anbefalingen fokuserer på bivirkninger af gabapentin og pregabalin – kan vejledningen omkring dosis og behandlingsvarighed styrkes?

Samlet er denne kliniske retningslinje velskrevet og anvendelig, men kan styrkes ved at grad af funktionstab beskrives kvantitativt mhp henblik på hvornår en patient, der opnår diagnosen, forventeligt kan henvises til relevant behandlingstilbud.

Berit Schjøttz-Christensen  
Forskningsleder, professor, PhD  
Rygcenter Syddanmark

Agree vurdering:

## Scope and purpose

1. The overall objective of the guideline: 6

Kommentarer: Der er klart fokus på behandling af denne omfattende gruppe patienter (10% af de der henvender sig hos egen læge), hvilke vurderes at få betydning for at patienten får en diagnose, men der er ikke beskrevet intention omkring evt tidlig opsporing og derved mulighed for intervention og reduceret risiko for kodificering herunder udvikling af evt tiltagende smerteintensitet og/eller faldende funktionsniveau. Nævnes dog i bilag 1.

2. The health questions covered by the guidelines are specifically described: 7

Kommentarer: mål med retningslinjen er veldefineret herunder målgruppe for beskrivelserne i de tre emneområder, diagnostik; non-farmakolisk og farmakologisk intervention.

3. The population to whom the guidelines are meant to apply is specifically described: 7

Kommentarer: målgruppen er meget bred inkluderende patienter og deres pårørende. Dette er veldefineret og patientorganisationerne er løbende inddraget.

## Stakeholder involvement

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups: 7

Kommentarer: gruppen er bredt funderet om omfatter de faggrupper, der er aktører på dette felt. Aktørerne er refereret ved reference i gruppen og faggruppe.

5. the views and preferences of the target population have been sought: 7

Kommentarer: arbejdsgruppe, referencegruppe og høringsgruppe er velbeskrevet herunder habilitetsforhold.

6. the target users of the guideline are clearly defined: 6

Kommentarer: målgruppen er bredt formuleret og der er ppimært focus på de fagprofessionelle der diagnosticerer og behandler. Retningslinjen anbefales også anvendt at patienter og øvrige beslutningstagere dog under vejledning af sundhedspersonale hvilket anbefales.

## Rigour of development

7. Systematic methods are used: 7

Kommentarer: bilag 7

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described: 7

Kommentarer: bilag 8

9. The strength and limitations of the body of evidence are clearly described: 6

Kommentarer: der foreligger systematisk grundig gennemgang og begrundet vurdering. Evidensen er gennemgående lav hvilket kræver højere grad af konsensus mellem arbejdsgruppens medlemmer. Det fremstår som om målet her er nået.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described: 7

Kommentarer: som 9

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations: 5

Kommentarer: I alle vejledning er bivirkninger og beskrevet, men bedst understøttet under medicinsk behandling.

12. There are an explicit link between the recommendation and the supporting evidence: 6

Kommentarer: der en gennemgående grundig redegørelse for litteratur og outcome i relation til anbefaling.

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication: 7

Kommentarer: ja

14. A procedure for updating the guideline is provided: 7

Kommentar: bilag 4

#### Clarity of presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous: 6

Kommentar: der fremstår høj grad af enighed

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented: 6

Kommentar: der er taget udgangspunkt i specifikke spørgsmål – ud fra disse er beskrivelserne dækkende

17. Key recommendations are easily identifiable: 7

Kommentar:

#### Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application: 5

Kommentar: der beskrives udfordringer i forbindelse med implementering (bilag 3), men ikke specifikke barrierer for implementering af diagnostisk udredning i praksis. Dernæst efterlyses vurdering af hvor mange af de 10%, der får stillet diagnosen der har behov for behandling på hver af de 5 trin på figur 1 og hvad omfanget af implementering af behandling på de givne niveauer.

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put in practice: 6

Kommentar:

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered: 7

Kommentar: se pkt 18

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria: 5

Kommentar: I bilag 5 beskrives indikatorer, men det fremstår som deskriptive indikatorer der kan evalueres efter retningslinjens indførelse, der er ikke forslag til forudbestemt niveau for forventet effekt.

Editorial independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline: 7

Kommentar: retningslinjen udgår fra SST, medlemmer af arbejdsgruppen har erklæret habilitet i bilag 9

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded & addressed: 7

Kommentar: som 22

Overall guideline assessment

24. Overall quality of this guideline: 6

25. I would recommend this guideline for use: Yes with few modification

26. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria: 5

Kommentar: I bilag 5 beskrives indikatorer, men det fremstår som deskriptive indikatorer der kan evalueres efter retningslinjens indførelse, der er ikke forslag til forudbestemt niveau for forventet effekt.