

## **Høringssvar NKR for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati)**

1. Danske Regioner
2. Dansk Selskab for Kiropraktik
3. Danske Akupunktører
4. KL
5. Dansk Selskab for Fysioterapi

### Peer Review

- Professor Karin Harms-Ringdahl, Karolinska Institutet, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Sweden
- Professor Jens Ivar Brox, Oslo University Hospital, Norge



12-11-2015

Sag nr. 15/1692

Dokumentnr. 56576/15

Malte Harbou Thyssen

Tel. 35 29 84 45

E-mail: Mht@regioner.dk

### **Danske Regioners høringssvar vedr. lumbal nerverodspåvirkning**

Den nationale kliniske retningslinje hilses velkommen. Det vurderes, at den nationale kliniske retningslinje kan være med til at dæmme op for antallet af MR-skanninger.

#### **Konkrete bemærkninger:**

PICO 2: Det er problematisk at lave en samlet GRADE-vurdering af ”superviseret øvelsesterapi” når interventionerne er så forskellige, som anført. Nervemobilisering og styrketræning indgår i øvrigt ikke i nogle af de fundne studier. Derfor bør de heller ikke nævnes i 2.4. *Baggrund for valg af spørgsmål.*

PICO 3: Det er metodologisk forkert f.eks. i Forrest plot at henregne Albert et.al. til McKenzie gruppe, da patienterne også fik stabiliserende øvelser.

PICO 4: Spørgsmålet er formuleret som kombination af McKenzie og øvelser til træning af neuromuskulær kontrol vs. McKenzie alene. Det kunne ligeså godt være formuleret overfor øvelser. (eller en af de to uspecificeret). Formuleringen begrundet ikke en anbefaling om kombination. Argumentet om at øvelser bliver mere funktionelle ved at kombineres forklares ikke. Der er tale om to forskellige teknikker med forskellige rationaler.

PICO 5: Brontfort et al. 2014 er kronikere med varighed på 2 år (75 % længere end 35 uger). Den bør ekskluderes.

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

Med venlig hilsen

Malte Harbou Thyssen

København 12. november 2015

**Til Sundhedsstyrelsens NKR sekretariat**

Høringssvar vedr.

**National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af lumbal rodpåvirkning**

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

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

DSKKB vil gerne udtrykke anerkendelse af det store og vigtige arbejde, der ligger bag rapporten og lykønske arbejdsgruppen med det flotte resultat. DSKKB vurderer, at retningslinjerne er meget anvendelige og resultatet særdeles vellykket.

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

I forhold til den anvendte metodik fremstår arbejdet både grundigt, troværdigt og dækkende. Vi finder det samtidigt prisværdigt, at rapporten både kommer med klare konklusioner og samtidig klart påpeger, at disse konklusioner ofte hviler på et ufuldstændigt videnskabeligt grundlag.

Vi bemærker, at der i rapporten er taget sammenlignende-stilling til udvalgte behandlingsformer; f.eks. Mekanisk Diagnostik og Terapi versus Stabilitetstræning. Vi mener ikke umiddelbart, at der noget empirisk grundlag for at udvælge de valgte behandlingsformer til sammenligning og andre kombinationer kunne med samme ret være beskrevet – eksempelvis Håndskøbsmedicin versus Ekstra-foraminal blokade behandling. Under alle omstændigheder tolker vi dette som et pragmatisk til- og fravalg, der reflekterer typisk klinisk praksis, snarere end en stillingtagen til det teoretiske grundlag for de enkelte behandlinger. I så fald, finder vi arbejdsgruppens prioritering meningsfyldt.

**Skal vi prioritere én kommentar til rapporten som vi vil bede arbejdsgruppen overveje nøje, er det følgende:**

Det foreliggende udkast til kliniske retningslinier tager udgangspunkt i patienten med lumbal nerverodspåvirkning hidrørende fra prolaps eller foraminal/reces forsnævring, og giver konkrete anbefaling for konservativ behandling deraf. Hvorledes diagnosen lumbal nerverodspåvirkning stilles udgør derimod ikke et fokusområde i rapporten – hvilket givetvis heller ikke var intentionen. Udgangspunktet for et rationelt behandlingsvalg må dog nødvendigvis være en præcis diagnose, og selvom diagnosen lumbal



nerverodspåvirkning ikke er svær at stille i sin klassiske præsentation, er den kliniske hverdag ofte mindre entydige, og diagnosen er langt fra altid banal eller oplagt. Vi vil derfor gerne henlede opmærksomheden på DSKKBs kliniske retningslinje Lumbal nerverodspåvirkning udgivet i 2012. Udover anbefaling ift behandling (som i øvrigt ligger på linje med den aktuelle rapport) forholder DSKKBs kliniske retningslinje sig også til, hvorledes diagnosen stilles. På siderne 15 til 25 af DSKKBs rapport beskrives evidens niveauet, og der gives konkrete anbefalinger ift anamnese optagelse og klinisk undersøgelse.

Anbefalingerne ift diagnostik i DSKKBs retningslinjer er ikke fagspecifikke, og vi vil anbefale at arbejdsgruppen overvejer at henvise til DSKKB rapportens afsnit om 'Diagnostik', 'Anamnese' og 'Klinisk undersøgelse'. Det kunne eksempelvis være i indledningen hvor nærværende rapport's patientgruppe afgrænses.

På selskabets vegne

Med venlig hilsen

Kiropraktor Jan Nordsteen, formand DSKKB

## Indledning

Brancheforeningen Danske Akupunktører mener, at akupunktur er et effektivt redskab til behandling af smerter i lænden med nerverodspåvirkning, herunder følgevirkninger som smerter, lammelser og andre føleforstyrrelser til ben m.v.. Det forudsættes dog, at akupunkturen er udført af veluddannede og kompetente akupunktører.

Erfaringsmæssigt ved vi, at jo mere akut en tilstand er, jo bedre og hurtigere resultat kan man opnå med akupunktur. Akupunktur virker dog på både akutte og kroniske smerter. Akupunkturbehandling kombineret med elstimulation af nålene kan i visse tilfælde forstærke virkningen.

De seneste år er der kommet flere nye forskningsresultater, der bekræfter akupunkturs virkning på lændesmerter:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21972625>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19186723>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17313003>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16491752>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992454>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15844437>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739894>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8823756>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3035838>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2986396>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396470/>

[http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2002/05000/Comparison\\_of\\_Superficial\\_and\\_Deep\\_Acupuncture\\_in.3.aspx](http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2002/05000/Comparison_of_Superficial_and_Deep_Acupuncture_in.3.aspx)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22534725>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19161950>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026151>

## Dryneedling har mindre effekt

Dryneedling (nåle på lokalpunkter), som typisk udføres af fysioterapeuter, læger og kiropraktorer har også en effekt på lændesmerter. Dog viser nedenstående undersøgelser ikke så gode resultater som de ovenstående, samt kun med en korttidseffekt på smerterne. Der foreligger ej heller undersøgelser, som er direkte relateret til rodspåvirkning i lænden.

[http://www.cochrane.org/CD001351/BACK\\_acupuncture-and-dry-needling-for-low-back-pain](http://www.cochrane.org/CD001351/BACK_acupuncture-and-dry-needling-for-low-back-pain)

<http://vastasports.com/wp-content/uploads/2014/05/TDN-Systematic-Review-Effectiveness-for-MF-TrP-Pain.pdf>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117383/>

Danske Akupunktører (og andre RAB-akupunktører) har et særligt kendskab til akupunktur. Det er vigtigt, at denne helbredelsesmetode behandles med respekt og at akupunktøren har lært akupunktur på et højt fagligt niveau. Nogle faggrupper under sygesikringen udøver allerede akupunktur, hvilket Danske Akupunktører bifalder. Desværre har mange ikke-RAB-akupunktører dog ikke det nødvendige kendskab til akupunktur, samt den nødvendige tid, og så vil behandlingsresultaterne også blive derefter. Har man som behandler kun et overfladisk kendskab til akupunkturen, så vil man ofte kun bruge lokalpunkter, hvilket i mange tilfælde kan være virkningsløst.

Her yderligere omkring akupunkturens smertestillende effekt:

## Det smertestillende stof adenosin 24-dobles med akupunktur

Den danske forsker Maiken Nedergaard, University of Rochester Medical Center i USA, har forsket i kroppens opfattelse af smerte. Hun og hendes kollegaer har fundet ud af, at stoffet adenosin, som vi har i blodet, virker smeretlindrende. Når en nål sættes i en mus [24-dobles mængden af adenosin](#), og to trejdedele af de testede mus havde færre smerter i benet efter akupunktur. Akupunktur øger samtidig koncentrationen af [ATP, ADP, AMP](#)

[Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture](#)

[Traditional acupuncture triggers a local increase in adenosine in human subjects](#)

[Purin receptormedieret aktincytoskelet omformning af humane fibroblaster](#)

## Dokumentation for akupunkturs smertepåvirkning af hjernen

Et andet bevis på akupunkturs smertelindrende effekt blev i 2010 leveret af forskere fra University of York og Hull York Medical School i England. Ved hjælp af såkaldte fMRI-scanninger kan forskere nemlig se, at en akupunktur nål placeret i et akupunkturpunkt deaktiverer områder i hjernen, der er forbundet med opfattelsen af smerte, hvilket reducerer smerteoplevelsen. "Undersøgelsen leverer objektive videnskabelige beviser på, at akupunktur har en specifik effekt på hjernen," konkluderer Hugh MacPherson, en af forskerne bag undersøgelsen.

## Hjerneforskning viser at akupunktur virker smertestillende

Forskere fra Department of Complementary and Integrative Medicine på University of Duisburg-Essen i Tyskland har i 2010 dokumenteret en effekt af akupunktur på hjernen. Også i denne undersøgelse er der tale om fMRI-scanninger, hvor hjernens aktivitet måles og aflæses i realtid. Forskerne sammenlignede i undersøgelsen data opnået ved akupunktur med data opnået ved at give testpersonerne en elektrisk påvirkning via en elektrode på anklen. Og mens elektriciteten øgede aktiviteten i fire hjerneområder forbundet med smerteopfattelsen, så faldt aktiviteten, når der blev sat en akupunktur nål i punktet på anklen.

## Generel omkostnings-effektanalyse af akupunktur

[A systematic review of cost-effectiveness analyses alongside randomised controlled trials of acupuncture.](#)

Acupunct Med. 2012 Oct 25.

Denne omkostnings-effektanalyse omfatter 17 internationale studier med akupunkturs effekt på en lang række kroniske eller akutte tilstande. Forfatterne konkluderer, at akupunktur er en omkostnings-effektiv behandling og anfører, at en generalisering af disse resultater begrænses af variabiliteten af de undersøgte sygdomme samt geografiske forskelle i akupunkturs status.

## Omkostnings-effektanalyse af akupunktur ved kroniske smerter

[Costs and consequences of acupuncture as a treatment for chronic pain: a systematic review of economic evaluations conducted alongside randomised controlled trials](#). Complement Ther Med. 2012 Oct;20(5):364-74. Epub 2012 Jun 6.

Denne oversigtsartikel omfatter 8 økonomiske evalueringer af akupunkturs' cost-effectiveness' og 'cost-utility' på en lang række kroniske eller akutte tilstande, herunder menstruationssmerter, nakkesmerter, migræne og hovedpine, lændesmerter og slidgigt. Forfatterne konkluderer, at akupunktur er en omkostnings-effektiv behandling ved visse kroniske smertetilstande.

## Dansk sundhedsøkonom udtaler sig om akupunktur i kronik

"Kombinationen af stigende evidens for behandlingseffekt af akupunkturbehandling for især smertetilstande, og undersøgelser, der viser, at det også er et omkostnings-effektivt tilbud, baner utvivlsomt vejen for en bredere accept af akupunktur i det "konventionelle" sundhedsvæsen", har sundhedsøkonom, Kjeld Møller Pedersen skrevet i en kronik i magasinet "Akupunktur" i 2013 (vedhæftet).

## Perspektiv

Umiddelbart mener vi, at der er en stor mængde dokumentation for virkningen af akupunktur som smertebehandling, men Danske akupunktører indgår gerne i et samarbejde om at skaffe mere dansk forskning på området, hvis det skulle ønskes.

Når man vurderer dokumentationen af akupunkturbehandling til behandling af lændesmerter, så skal man huske, at forskning i behandlingsmetoder er fuldstændig anderledes end forskning i medicin. Man kan ikke bruge placebobehandling i traditionel forstand, da tandstikker (eller nåle sat udenfor akupunkturpunkter) også har en virkning. I princippet kan nåle, som er sat "forkert" have en større effekt end dem der er sat "rigtigt", og placebobehandling skal være virkningsløs. Nedenstående forskningsprojekt støtter denne tese: Influence of control group on effect size in trials of acupuncture for chronic pain: a secondary analysis of an individual patient data meta-analysis

Problemet kan løses ved at sammenligne forskellige behandlingsmetoder (eks. akupunktur mod konventionel eller akupunktur og konventionel sammenlignet med konventionel).

Danske akupunktører har hermed fremlagt dokumentation for akupunkturens fortrinlige effekt ved behandling af lændesmerter, som diskusprolaps og slidgigt kan give. Den dokumentation, vi her har fremlagt, er et udpluk af den forskning, som vi har kendskab til. Der findes formentlig mere forskning, som dokumenterer effekten af den omtalte lidelse.

Høringssvar indsendt af:

Danske Akupunktører  
v/ formand Henrik Jørgensen  
Nordre Farimagsvvej 1 B - 4700 Næstved  
Tlf. 55721400  
[info@akupunkturcentret.dk](mailto:info@akupunkturcentret.dk)





Sundhedsstyrelsen  
[NKRsekretariat@sst.dk](mailto:NKRsekretariat@sst.dk)

## **KL's høringssvar vedr. national klinisk retningslinje ikke kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning**

KL fremsender hermed bemærkninger til det høringsmateriale, som Sundhedsstyrelsen har sendt med mail den 23. oktober 2015 vedrørende national klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning.

KL hilser retningslinjen velkommen og vurderer, det er et værktøj, som kan være til nytte blandt de sundhedsprofessionelle og andre i kommunerne, som er i kontakt med borgere med denne tilstand.

Overordnet skal det bemærkes, at det er usikkert, om man kan afgøre om en patient har nerverodspåvirkning på baggrund af smerteudbredelsen er over eller under knæniveau.

KL savner, at retningslinjen også omfatter anbefalinger vedrørende diagnostik af tilstanden. Diagnosen må have afgørende betydning for valg af indsats samt information og rådgivning af borgeren. Borgerne vil ofte i den akutte og subakutte fase have problemer med at fastholde dagligdags aktiviteter herunder tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor er det afgørende, at en relevant indsats iværksættes. Således at borgeren hurtigt kan vende tilbage til sit normale dagligdagsliv.

Det kan undrer, at farmakologisk behandling ikke er medtaget i retningslinjen, idet det må anses for et udbredt første valg i forhold til at lindre borgerens symptomer.

KL bemærker ligeledes, at effektparametrene for funktionsevne og arbejdsevne som hovedregel ikke er rapporteret i den fundne evidens. Disse parametre må anses som værende særdels vigtige, i forhold til løbende monitorering af indsatsen.

Konkret i forhold til afsnit 5 vedrørende ledmobiliseringsteknikker baserer anbefalingerne sig på tre studier (reference 7,11,12), hvoraf de to inkluderer patienter, som ikke har påvist lumbal rodspåvirkning. Der opfordres til, at anbefalingen ændres til: "Det er god praksis at overveje at kombinere ledmobiliserende teknikker med vanlig behandling til patienter med nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning".

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Lone Vinhard

Dato: 13. november 2015

Sags ID: SAG-2015-01276  
Dok. ID: 2112987

E-mail: [LVI@kl.dk](mailto:LVI@kl.dk)  
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

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

**Høring:** National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning

**Til:** Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens Nationale klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning. DSF takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et systematisk arbejde.

DSF har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi. Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den Nationale Kliniske Retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra:

- Dansk Selskab for Bassin Fysioterapi (DSBF)
- Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF)
- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)
- Dansk Selskab for Mekanisk for Diagnostisk og Terapi (DSMDT)

**Overordnede bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi har noteret sig de fire faglige selskabers høringssvar og henleder særligt til opmærksomhed på selskabernes høringssvar.

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en NKR, der bl.a. identificerer og tydeliggør potentialer for fremadrettede forskningsområder og ydermere understreger et behov for nuancering af behandlingsvalg ved ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning.

Dansk selskab for fysioterapi er bevidste om, at der generelt eksisterer flere behandlingskoncepter inden for vores fag fysioterapi. Det er DSF deler ikke nødvendigvis samme holdning som alle faglige selskaber med hensyn til konceptbaseret fysioterapi. Det er Dansk Selskab for Fysioterapis holdning, at det er den eller de specifikke øvelser og behandlinger det er interessant at have kendskab til, ikke et koncept. Når vi udpeger til arbejdsgrupper gør vi de udpegede opmærksomme på, at de repræsenterer hele muskelskelet fysioterapien og ikke et eller flere koncepter.

Vi beklager derfor at denne NKR har valgt at prioriterer flere PICO's på specifikke "behandlingskoncepter", og samtidig udeholder andre relevante behandlingsinterventioner. DSF er ikke bekendt med at koncepter har patent på specifikke øvelser eller manuelle teknikker - hverken superviseret eller non-superviseret. Det samme gør sig gældende for samtaleintervention.

Vi spørger således til, og Sundhedsstyrelsen opfordres til, at redegøre for hvilke patofysio-

logiske og patoanatomiske forskelle der ligger til grund for at undersøge forskelle ved anvendelse af ex. MDT øvelser vs. træningsøvelser generelt vs. Neuromuskulære kontrol øvelser, superviseret såvel non-superviseret.

Videre savner vi at retningslinjen specificerer hvilke specifikke øvelser/behandlinger der er sammenlignet. Vi støtter således selskabernes ønske om at kvalificere en konsensus omkring interventions/øvelses valg mhp. at gøre denne NKR praksisanvendelig.

Dansk Selskab for Fysioterapi undres over ikke at kunne finde en definition for hvad en "klinisk relevant forskel" er defineret som på de udvalgte outcomes i den aktuelle NKR. Ordvalget klinisk relevant forskel anvendes i hhv. PICO 2,3, 5 og 6. En definition og argumentation for en valgt klinisk relevant effekt bør tydeliggøres for modtageren af retningslinjen.

Generelt efterspørger Dansk selskab for fysioterapi fortsat en mere markant og tydeligere praksis udfoldelse i Nationale Kliniske Retningslinjer. Dette dels mhp. at reducere den erkendte behandlingsvariation nationalt dels mhp. at lette og ensarte en integrering i lokale forløbs-beskrivelser. Dette kan fx. gøres i et bilag i denne aktuelle NKR, eller ved at henviser til andre forløbsprogrammer med detaljeret indholdsbeskrivelse.

## **Vedrørende målemetoder**

Dansk Selskab for fysioterapi kvitterer for et perspektiverende afsnit omkring fremtidig monitorering og nationale databaser. Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk og rehabiliterende praksis står højt på selskabets dagsorden. Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder systematisk anvendelse af relevante resultatindikatorer og måleredskaber, og gerne bidrager i en kvalificering af dette.

## **Vedrørende implementering**

Dansk Selskab for Fysioterapi imødekommer afsnittet omkring implementering af NKR for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning. Afsnittet skitserer et fint resumé af ansvarsområderne og sektorudfordringer. Vi ser frem til at bidrage i de kommende initiativer.

## **Patient og praksis inddragelse**

Dansk Selskab for Fysioterapi konstaterer, at denne NKR for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning i meget begrænset omfang behandler patient perspektiv og patient inddragelse, med undtagelse af arbejdsgruppens empiriske antagelser. Vi beklager og finder det unuanceret at antage patient præferencer imellem to behandlingsformer. Patienten kan principielt have præference for en helt tredje eller fjerde behandling der er ligeså effektiv, men som ikke belyst i denne NKR.

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. Vi ser frem til en opprioritering af dette område når NKR for ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning opdateres.

p.v.a. Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Henrik Hansen

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel.: +45 33414612

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

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





Dansk Selskab for  
Bassinfysioterapi

# NKR - behandling af lænderygsmærter med nerverodspåvirkning

## Høringssvar fra Dansk Selskab for Bassinfysioterapi

D. 06.11.15

Dansk Selskab for Bassinfysioterapi ønsker at gøre opmærksom på, at bassinfysioterapi kan være et gavnligt virkemiddel i behandlingen af borgere med lændesmerter med nerverodspåvirkning.

Nedsænkningen i vand mindsker trykket på columna pga. opdriften der aflaster leddene, hvilket kan virke smertelindrende ved rodtryk og samtidig tillade udførelse af bevægelser som kan være svære at udføre på land. Ved nedsænkning til nakkeniveau mindskes belastningen på kroppens led med op til 90 %. *Becker, B (2010) Comprehensive Aquatic Therapy 3. edition: Biophysiological aspects of Hydrotherapy.*

Vi mener, at bassinfysioterapi kan bruges allerede fra den tidlige fase ved lænderygsmærter til at holde borgerne fysisk aktive, fordi vandet kan give bevægefrihed.

Det er en generel oplevelse blandt bestyrelsesmedlemmerne i Dansk Selskab for Bassinfysioterapi, at bassinfysioterapi efterspørges som behandlingsform af målgruppen pga. bl.a. bevægefriheden og smertelindring.

Bassinfysioterapi kan desuden bruges som øvelsesterapi ved træning af den neuro-muskulære kontrol, hvis landtræning fx ikke tolereres så godt eller hvis landtræningen har stagneret. *Cole, A et al. (2010) Comprehensive Aquatic Therapy 3. edition: Spine pain: aquatic rehabilitation strategies.*

Dansk Selskab for Bassinfysioterapi håber, at der ved en fremtidig revidering af de kliniske retningslinjer kan blive set mere specifikt på de muligheder som bassinfysioterapi kan give i behandlingen af borgere med lændesmerter med nerverodspåvirkning.

På vegne af Dansk Selskab for Bassinfysioterapi

---

Emilie Liv Møller Lauridsen, faglig tovholder

---

Ina Lesager, formand

## Høringssvar til NKR om behandling af lændesmerter med nerverodspåvirkning

Indsendt af SMOF

Kontaktperson: Morten Høgh, formand (msh@hst.aau.dk)

### Overordnede betragtninger:

SMOF er generelt positive overfor emnet og mener, at entydige kliniske retningslinjer mangler. Udover selve retningslinjerne, mangler der, efter vores vurdering, en klar beskrivelse af diagnosekriterier, hhv. hvornår denne NKR er gældende.

SMOF mener, at skrivelserne i den nuværende form har to mangler, der begge vedrører manglende entydig holdning fra arbejdsgruppens side. Det drejer sig om en samlet holdning til

- a) interventionsvalg, og
- b) symptomforværring.

#### Ad a:

Det fremgår flere steder, at interventionerne sandsynligvis har samme effekt. Under PICO 6 beskrives særligt fokus på patientens præferencer. For overblikkets skyld vil vi anbefale, at man laver et afsnit, der fremhæver arbejdsgruppens/NKR-holdning til valg af intervention (overordnet). Se detaljeret uddybning nedenfor.

#### Ad b:

Under flere PICO fremgår det, at det er normalt med symptomforværring ved behandlingen af akut rodspåvirkning. Vi savner, at arbejdsgruppen forholder sig til, om dette er acceptabel praksis. At patienter med smerter får flere smerter som et resultat af en sundhedsfaglig intervention, herunder især på hvilket grundlag dette vælges/fravælges som *overordnet retningslinje*.

### Uddybende kommentarer:

SMOF har ved gennemlæsningen følgende specifikke kommentarer til det udsendte materiale:

#### 1. Smertelindring som mål?

Materialet fokuserer på 'manuelle behandlinger' og 'fysisk aktivitet,' men forholder sig ikke specifik til, om andre (non-kirurgiske og non-farmakologiske behandling) behandlinger kan være relevante, i det omfang de kan have smertelindrende effekt. Mere specifikt tænkes her på rådgivning/vejledning i smertelindrende hvilestillinger eller brug af patient-uddannelse og kommunikation (se fx *Mistiaen P et al. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. EUROPEAN JOURNAL OF PAIN 2015*).

I tillæg til dette undrer det os, at materialet ikke tager stilling til behovet for systematisk måling af neurologisk påvirkning: Vi oplever, at det *ikke* kan betragtes som almen praksis, at der udføres korrekt neurologisk undersøgelse i klinisk praksis.

Forslag: Kan ovenstående implementeres som anbefalinger til PICO 1?

#### 2. Patienter vil gerne lave øvelser?

PICO 2 angiver, at 'mange patienter' gerne vil lave øvelser. Vores oplevelse i praksis modstrider dette, (det er vores oplevelse, at de færreste patienter ønsker at lave øvelser, men gør det hvis de forventer og/eller bliver stillet i udsigt, at øvelserne medfører smertelindring). Kan man overveje at tilføje en pasus om, at øvelser, *der virker umiddelbart smertelindrende*, kan være

motiverende for patienten og samtidig understøtter patientens selvkontrol over smerterne? Er det relevant at inkludere overvejelser specifikt omkring motivation ift at fremme fysisk aktivitet for patienterne?

### 3. Patientens eller behandlerens valg?

I PICO 3 angives, at behandleren ved 'manglende effekt af den ene behandling' kan skifte over og prøve den anden. I skriver også, at valg af intervention skal (bør?) baseres på 'patientens egen præference'. Gælder det kun de to typer af behandling, I har undersøgt (PICO 3 og 6), eller i hvilket omfang mener I, at patientens præferencer skal (bør) i mødekommes?

Forslag: Kan en formulering som denne inkluderes: 'Ved manglende bedring med én af de to behandlinger bør behandleren overveje, om der findes andre, mere hensigtsmæssige strategier, der kan hjælpe patienten til smertelindring, øget funktion og/eller hurtigere tilbagevenden til arbejde.'

### 4. Ligeverdige behandlinger?

I PICO 3 forekommer det, for SMOF, uheldigt, at man fremhæver ulemper for den ene behandling ('vanskeligt for patienten at udføre korrekt'), når man ikke fremhæver ulemper (hvis der findes sådanne) hos den anden. I fald, at der ikke findes ulemper ved den anden behandlingsform, bør dette nævnes eksplicit.

Som en sekundær note til dette, er det vores opfattelse af evidensen, for stabilitetsøvelser ikke virker udelukkende som et resultat af biomekanisk 'stabilisering' men også gennem opmærksomhedsbias (som I også nævner). På denne baggrund forekommer det irrelevant at fremhæve patientens evne til at udføre øvelserne korrekt, da det ikke kan formodes at have afgørende betydning for øvelsens smertelindrende effekt (se fx *Mannion et al. Spine stabilisation exercises in the treatment of chronic low back pain: a good clinical outcome is not associated with improved abdominal muscle function, Eu J Pain 2012*).

### 5. Krav til behandleren?

MDT er en specifik metode, mens neurodynamisk stabilitetstræning er et princip. Er der taget stilling til hvilke kompetencer, der ligger til grund for anbefalingerne?

### 6. Mén grad og risiko for kronicitet

SMOF ser gerne, at arbejdsgruppen tager stilling til risikoen for mén hos patienter med akut rodtryk. Anbefalinger går på 2nd opinion hos rygkirurg efter 12 uger. Er der ikke indikationer, der kan kræve revision af praksis før 12 uger? Vi tænker her især på progressiv neurologi (neurolog) eller abnorme smertesvar (smerteuddannet sundhedspersonale)?

### 7. Sammenhængende anbefalinger

Anbefalingerne i PICO 4 kan virke modsatrettede af dem i PICO 3 på den måde at forstå, at PICO 3 kan udelades og helt erstattes af PICO 4, hvis de to sammenskrives til en generel anbefaling af kombinationsbehandling eller monoterapi, såfremt det understøtter patientens præferencer.

### 8. Må behandling gøre ondt?

PICO 5 har overvejelser omkring, hvilken effekt det kan have på patienten, at behandlere anvender passive teknikker. SMOF er enige i denne betragtning. Arbejdsgruppen har desuden overvejelser omkring bivirkninger (symptomforværring), og betragter disse som alment forekomne. SMOF er enige i, at det er en almen betragtning, at 'det skal (kan) gøre ondt, før det bliver bedre', men ønsker at stille et moralsk spørgsmålstejn ved denne praksis: Set i lyset af nyere viden om psykosociale faktorerers betydning for udviklingen af kronicitet lader det til, at 'smertelindrende' eller 'behandling *uden* forværring af smerten' er de moralsk korrekte valg. Har arbejdsgruppen gjort sig overvejelser omkring, hvorvidt (kortere varende) smerteforværring kan have en påvirkning på risiko for udvikling af kronicitet? Og har dette i givet fald indflydelse på anbefalingerne?

Forlag: SMOF foreslår, at arbejdsgruppen overvejer, at inkludere en formulering i denne retning: "Patienter bør under ingen omstændigheder opleve negativ effekt (målt på funktionsniveau eller katastrofetanker) af manuel terapi (eller andre behandlingsformer)". Hvis arbejdsgruppen skønner, at det er korrekt kan man evt. tilføje: "..., da rodtryk i sin natur er godartet og sjældent medfører mén." (jf PICO 8)

## **9. Brug af MRi**

SMOF er enige i størstedelen af anbefalingerne, men ønsker at fremhæve arbejdsgruppens modige konklusion på brugen af MRi.



### **Simon Simonsen har følgende kommentarer**

Jeg har kun fundet 2 steder jeg har kommentarer og det er følgende:

Dokument: Høringsparter

Hvorfor er både "Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik" og "Dansk Kiropraktorforening" med når Danske fysioterapeuter ikke er ?

Dokument: National klinisk retningslinje

side 52 hvorfor er DSMDT ikke med under "særligt vigtige for denne retningslinje vedrørende patienter med lumm....." 4 afsnit l. 2 og frem. når nu Danske Fysioterapeuters Selskab for Muskuloskeletal fysioterapi er med ( Jeg går ud fra at de mener MT'erne?)

### **Claus Kærgaard har følgende kommentarer**

Først og fremmest må man anerkende og bifalde det store stykke arbejde, der helt tydeligt er lavet.

Dokumentet er letlæseligt, godt forklaret og velunderbygget hvor dette er muligt.

I den indledende konklusion bruges termen Reduceret aktivitet, hvor man opfordrer til normal fysisk aktivitet frem for reduceret aktivitet. Det mener jeg ikke er en fair formulering. Når de underliggende studier går på sengeleje, så bør man i min optik kalde det for Sengeleje eller Inaktivitet og ikke Reduceret aktivitet. Som der også beskrives i dokumentet, så kan visse patienter have gavn af reduceret aktivitet.

Jeg er uforstående overfor, hvorfor det er god praksis at overveje at kombinere MDT og neuromuskulær træning, når der ingen evidens er herfor. Hvis rationalet er, at det er god praksis, fordi det ikke kan udelukkes, så åbner det vel porten på vid gab for alle mulige elementer, det skal være god praksis at overveje, idet det ikke kan udelukkes.

Ønskes dette element med, så mener jeg, at man kan overveje at fjerne "god praksis" og skrive "Man kan overveje at kombinere..."

Jeg læser fint, at nogle af konklusionerne er konsensus, fordi der mangler tilstrækkeligt med studier. Men ikke desto mindre mener jeg, at man bør overveje dette.

### **Lene Skytte har følgende kommentarer**

Enig med Simons iagttagelser. Der er ALTID politik involveret, (eks kiropraktorernes og nogle fys forsøg på at manipulation skal tilhøre en gruppe behandlere)

Enig med Claus og

pkt med MDT og NT bør kombineres !!!

En tættere sammenhæng i klinisk praksis mellem MDT og ledmobilisering er mere logisk, da der i begge strategier er valgt, at fokus i pt behandlingen på et givet tidspunkt er mobilisering blot med forskellig biomekanisk kraft niveau (patientens egen kraft eller behandlerens kraft). I studier på MDT er ledmobilisering en integreret del af MDT behandlingen.

Hold strategierne adskilte og lad det være op til den enkelte situation om de skal kombineres, da der ikke er evidens for at 2 af dem fremfor andre 2 strategier bør kombineres

Ønskes elementet med at kombinere MDT og NT, så mener jeg som Claus, at man kan overveje at fjerne "god praksis" og skrive "Man kan overveje at kombinere..."

Forsøg på at ændre dette ville dog nok have krævet at man havde gjort det i den proces hvor Pico spørgsmålene blev valgt end nu hvor rapporten er skrevet. Men lad os håbe på det.

Mvh  
Brian Sørensen  
på vegne af DSMDT

November 2015

## Høringssvar: NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE (NKR) FOR LUMBAL RODPÅVIRKNING

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

DSMF er blevet bedt om at kommentere på NKR om "ikke-kirurgisk behandling af lumbal nerverodspåvirkning", 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 anbefalinger, hvor der dog er enkelte punkter der kommer til at fremstå som "god" trods en svag evidens herfor. Dette skal specielt ses i lyset af at NKR bruges som guide af sundhedspersonel, hvoraf en stor del aldrig får læste rapporten i sin helhed, men blot bruger oversigten som rettesnor ved udredning og håndtering af patienter. Har man dette i tankerne når man læser oversigten over anbefalinger, virker det uheldigt at et specifikt behandlingskoncept kommer til at fremstå som bedre end andre, når der ikke er evidens til at sige den er det og dette tilmed står inde i rapporten. Man kan frygte at dette f.eks. kan være med til at få nogle til at vælge disse behandlingsformer frem for en anden trods disse, for nogle patienter, måske ikke er optimale.

#### Der er følgende detaljerede kommentarer:

##### Centrale budskaber:

Det virker umiddelbart uhensigtsmæssigt at der er hele 2 spørgsmål (PICO 3 & 4) hvori McKenzie (MDT) nævnes direkte samt indirekte i yderligere 2 spørgsmål omkring superviceret træning (PICO 2 & 6). Dette samme gør sig gældende for den megen fokus der er på neuromuskulær kontrol. Dette er uhensigtsmæssigt da det er fælles for begge "koncepter", at der ikke er evidens til at understøtte at dette skulle være bedre end andre behandlings tiltag, hvilket ikke fremgår tydeligt af de anbefalinger der gives i oversigten på side 7: "Overvej Mekanisk Diagnostik og Terapi eller øvelser til træning af neuromuskulær kontrol til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er klinisk relevant forskel på det to behandlingsformer" & "Det er god praksis at overveje at kombinere Mekanisk Diagnostik og Terapi med øvelser til træning af neuromuskulær kontrol frem for Mekanisk Diagnostik og Terapi alene til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan udelukkes, at de to interventioner understøtter hinanden". Problematikken i dette undersøttes ydeligere i at der senere i rapporten siges at MDT ikke er overlegen ift manuel terapi. Anbefalingerne kunne bedres betydeligt ved at fjerne focus fra koncepter som ikke ser ud til at være bedre end andre ved at

##### Afsnit 2

Umiddelbart virker PICO 3 overflødig efter man har haft PICO 2 da denne vil være dækkende for begge og ligeledes vil kunne dækkes med anbefalingen "Overvej at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning" og evt skrive det samme under, "det er god praksis.....". Herunder kunne man så skrive at dette bl.a. dækker over MDT og træning af neuromuskulær kontrol m.fl.. Herved har sikret at folk der kun læser anbefalingerne og ikke sætter sig ordentlig in i resten af rapporten ikke fejlfortolker visse behandlingstyper som værende det der skal bruges indenfor det fysioterapeutiske fagområde for at kunne behandle folk med denne type gener, da dette vil være et uheldigt signal at sende til både fagpersoner og patienter. Som anbefalingerne på side 7 ser ud nu, virker det klart som om at man skal behandle med MDT eller neuromuskulær kontrol for at hjælpe patienten, hvilket der ikke er evidens for at sige. Ligeledes fremhæves der i rapporten en væsentlig problemstilling ift behandlingsstudierne på området, nemlig "effekten kan måske tilskrives den opmærksomhedsbias, der ligger i flere kontakter med en autoriseret sundhedsprofessionel ved den supervisere- de øvelsesterapi i sammenligning med den vanlige behandling, der har været sammenlignet med." Såfremt man ikke fjerner fokus fra MDT og neuromuskulær kontrol i anbefalingerne bør man klart tilføje at det muligvis er patient kontakten og ikke øvelserne selv der er effektiv. Ønsket om at fjerne focus fra specifikke koncepter understøttes ydeligere af, at der i afsnit 3 side 19 skrives "Der findes ikke evidens, der kan pege på subgrupper af patienter, der har større chance for at have gavn af den ene behandlingsform frem for den anden, og det initiale valg af behandling vil bero på patientens præferencer." samt "Mange forskellige typer øvelser finder anvendelse, men der er mangel på viden om, hvorvidt nogle typer af øvelser er at foretrække frem for andre til patienter med lumbal nerverodspåvirkning." og alligevel ender anbefalingen med at sige "Overvej Mekanisk Diagnostik og Terapi eller øvelser til træning af neuromuskulær kontrol til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er klinisk relevant forskel på de to

behandlingsformer” hvilket jo ikke nævner viser at man ikke ved om dette er bedre end andet.-

#### Afsnit 4

Man kan undres over at der skrives det er god praksis at tilbyde en kombination af MDT og træning af neuromuskulær kontrol når der i side 23 ” Der blev ikke fundet litteratur, som kunne besvare det fokuserede spørgsmål”. Dette er problematisk da læseren ved en hurtig gennemlæsning ikke ser dette og dermed kan få den opfattelse at dette skulle være bedre end andre former for trænings interventioner, hvilket ikke støttes af litteraturen.

#### Afsnit 5

PICO 5: ↑ Overvej at tilbyde manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (ÅÅ??)

Denne anbefaling bør ændres så der i oversigten på side 7 står ”.....i tillæg til vanlig behandling” så det afspejler det der står i afsnittet (og det PICO der blev stillet). Dette for at undgå forvirring for der kun læser side 7.

#### Afsnit 6

Dette PICO virker meget underligt. I klinisk praksis vil en rigtig stor del af behandlere vælge en kombination hvor mobilisering kan anvendes med henblik på at styre smerten Mobilisering anvendes ofte mhp at påvirke det kroppens egen smertelindrende systemer og kan derfor være en god ”start” for patienten da den smertelindrende effect kan have en øge listen (og evnen) til aktive øvelser trods smerter. I litteraturen omkring manips/mob fremstilles netop denne type af behandling som en måde at få patienten motiveret for en mere aktiv tilgang.

#### PICO 7

Ingen kommentar

#### PICO 8: MR

Der findes evidens på området der peger i retning af at en MR scanning ikke ændre forløbet for LBP samt at det påvirker patienternes velvære i en negativ retning. (Ash, LM. et al. 2008 - Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain..) dette kunne være et fint budskab at få med, at der ikke er noget at vinde og faktisk kan det have en negativ effekt.

Med venlig hilsen,

Steffan W. Christensen, Spec. Muskuloskeletal Fysioterapi, MaMPT, PhD-stud (AAU)  
På vegne af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)

**Neurobiologi, vårdvetenskap och  
samhälle**

Sektionen för Fysioterapi  
Karin Harms-Ringdahl, PhD, RPT  
Professor, senior

**Sundhetsstyrelsen**

Att Christine Skovgaard ([chsk@sst.dk](mailto:chsk@sst.dk))  
Karsten Junker ([kaju@sst.dk](mailto:kaju@sst.dk))  
Axel Heides Gade 1  
2300 Köpenhamn S  
Danmark

**Peer review Bedømmelse av Nationale kliniske retningslinje for ikke-kirurgisk  
behandling af lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati).**

Hedrad över uppdraget att bedöma retningslinjen angående  
”Anbefalingernes relevans og styrkeangivelse, samt ” i hvilken grad retningslinjens  
anbefalinger understøttes af evidens.” har jag utformat mitt utlåtande i enlighet med

1. Manuskriptets styrker
2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler
3. Eventuelle forslag til ændringer
4. AGREE II vurdering af retningslinjen.

Det är viktigt att kliniska riktninglinjer kommer till stånd för olika sub-grupper av patienter  
med ryggbesvär, såsom för patienter med icke-kirurgisk behandling vid lumbal radikulopati  
(LR). Jag har granskat det utsända dokumentet i detalj utifrån min erfarenhet som kliniskt  
arbetande fysioterapeut och forskare med särskilt intresse för patienter med  
belastningsrelaterade ryggsmärtor.

*1. Manuskriptets styrker* är att det berör en grupp patienter, ofta i arbetsför ålder, som  
ofta har belastningsutlösta rygg- och bensmärter, vilka ofta är funktionshinder i det  
dagliga livet. Det är därför angeläget att riktninglinjer också för dessa patienter kommer till  
stånd. En styrka är att man har utformat retningslinjerna för sådana smärter som är nyligen  
opstået och att man därmed också får en mer homogen grupp patienter när man inte  
inkluderar patienter som redan haft sina besvär länge och där ytterligare  
rehabiliteringsåtgärder troligtvis är aktuella. Patienter med lumbal nervrotspåverkan  
exkluderas ofta i olika behandlingsstudier av patienter med ländryggsbesvär just för att  
besvären ofta tenderar att bli ganska långvariga och det är svårt att förutse vilka som kan  
komma att kräva kirurgisk behandling. Detta avspeglas i att det trots att det i den omfattande  
sökstrategierna, där det initialt funnits många studier så faller en stor andel bort till  
följd av exklusionskriterierna, vilket redogörs för i Flow charts. Att retningslinjerna enbart  
gäller de med **nyligen opstået smärta** framgår dock inte i dokumentets namn vilket bör  
korrigeras.

Outcome measures (utfallsvariablerna) som man definierat i två kategorier som kritiska och  
viktiga förefaller mycket relevanta. Men i skrivningen av själva riktninglinjerna klumpas de  
ihop och det är upp till läsaren att identifiera vilket/vilka outcome man kan förvänta sig att  
uppnå med respektive behandlingstillbud. Olika behandlingstillbud kan tänkas ge olika  
utfall på olika variabler. Jag har förståelse för att enskilda studier inte värderar och  
rapporterar effekt på samtliga utfallsmått men det borde i skrivningen av retningslinjerna  
framgå vad man har sett för effekter vid resp tillbud allt att det finns några inledande  
meningar om detta i Centrale budskaber.

Behandlingstillbuden i de fokuserade frågorna förefaller relevanta. Sökstrategierna är välbeskrivna liksom resultaten från sökningarna. Texten är i stort sett systematiskt upplagd och enkel att förstå, men det finns en inkongruens i PICO mellan ett par dokument (se nedan).

Graderingen av behandlingsriktlinjernas relevans är också tydligt beskrivna där man förutom resultat från artiklar också har vävt in forskarnas och klinikernas deras erfarenhet och hur väl patienterna kan tänkas acceptera behandlingarna samt risk för skada i relation till behandlingsvinst.

2. *Manuskriptets väsentligste svagheder og mangle.* Det föreligger en klar diskrepans formuleringen av PICO 1 – 4 i dokumentet som heter Sökeprotokoll för nationale Kliniske Retningslinjer och som senare beskrivs i huvuddokumentet National klinisk retningslinje, vilket troligtvis är en senare version, och som verkar överensstämma med dokumentet Fokuserade spørsmål version 2.2, 22 juni 2015. Jag har dock utgått från att Flowcharten visar aktuellt antal artiklar utifrån den uppdaterade versionen av PICO. Uppdateringen har dock inneburit att den PICO som berörde insatser till arbetsfstholdelse helt har fallit bort. Det hade varit intressant att ha med detta PICO med tanke på den svenska SBU-rapporten om Arbetets Betydelse för Ryggproblem, 2013, där resultaten indikerar att förhållanden på arbetsplatsen har betydelse för uppkomst av bland annat ischiasproblem.

I de reviderade målen har tillbudet Mekanisk Diagnostik og Terapi fått en mer explicit roll vilket ger tydlighet för klinikern, samtidigt som det tillbudet ingår i 2, 3 och 4 vilket gör att de retningslinjerna glider in i varandra. På motsvarande sätt ingår *øvelser* inom ramen för tillbudet inom Ortopedisk Manuell Medicin (OMT) i flera olika tillbud, samtidigt som de studier där tillbudet jämförs är få och det är oklart om ett tillbud verkligen ställs mot ett annat i en och samma studie. Särskilt problematiskt blir det i PICO 2 där det är oklart om tillbudet, som i sig ofta bygger på *øvelser* som förmedlas *supervisert med graderad* svårighetsgrad, verkligen jämförts med motsvarande tillbud fast där patienten övar på egen hand med mycket få kontakter med terapeuten. Likaså för PICO 3 finns två studier upptagna; en som handlar om stabilitetsträning en annan som handlar om McKenzie tillbud. Båda verkar ha positiv effekt på akut benskärta. Samtidigt står det i PICO3 att det ska vara vanlig behandling + MTD som ska jämföras med vanlig behandling + stabilitetsträning, dvs man borde inte dra slutsatsen att båda fungerar lika bra. Att båda behandlingarna förefaller fungera bra har man egentligen redan besvarat i PICO 2.

Det skulle även vara värdefullt med ett särskilt avsnitt kring vad som erbjuds som *vanlig behandling* i studierna i de få PICO som gör den jämförelsen. Man skulle kunna vara mer explicit kring detta i själva riktlinjen så man faktiskt talar om vad respektive behandlingstillbud jämförs med rent konkret och vad det är ”i tillägg till” innebär på motsvarande sätt som det står i avsnittet.

Det begränsade antal adekvata RCT-artiklar under respektive PICO har ibland medfört att man måste basera retningslinjerna på klinisk erfarenhet i bedömargruppen vilket naturligtvis kan leda till bias. För att ytterligare vidga olika möjliga tillbud hade det även varit värdefullt med kompetens i arbetsgruppen i form av en representant från arbetslivet med erfarenhet av arbetsplatsinriktad forskning och rehabilitering.

Saknar någonstans också en diskussion om andra behandlingstillbud som tex traktion. Om det ingår i manuell terapi så skulle det kunna nämnas där. Likaså förekommer kanske

laserbehandling i klinisk praxis och det har man inte heller värderat i särskild ordning. Det skulle kanske behövas en kommentar kring detta.

### 3. Eventuelle forslag til ændringer.

Att retningslinjerna enbart gäller de med **nyligen opstået smärta** framgår inte i dokumentets namn vilket bör korrigeras.

Dokumentet med Fokuserede spørgsmål från juni 2015 behöver ses över och revideras så det stämmer med huvudrapporten. Det innebär att man också måste se över Flowchart så att alla PICO finns med. Tex saknas ett flödesdiagram över sökningen efter primära studier för PICO 9. Om något PICO saknar sökning av primärartiklar inom något område måste detta kommenteras i Flow Chart. I PICO 9 sökning efter systematiske översiktsartiklar bör siffran över Ekskluderede vara 25 och inte 27. Likaså bör n=2 (16 RCTér) i nedersta rutan förklaras.

I Fokuserede spørgsmål står det under PICO 5, andra raden under Intervention

”...der sigter op at påvirke led mellem ryghvirvlerne i **nakken och övre thorakale** region.”

Detta måste väl vara fel och bero på ev Copy Paste från tidigare Retningslinjer för Cervical Radiculopati?

Det finns tre sidor med Risk of Bias summaries. Figur 1-3. Dessa skulle med fördel kunna sammanfogas till en enda figur men med rubriker för resp PICO. I de tre figurerna används de 7 kriterierna delvis i olika ordning och delvis med lite olika benämningar. Oavsett om man sätter samman dem till en figur eller inte så bör kriterierna benämnas lika i de tre figurerna och komma i samma ordning.

Figur 1 visar bias för spørgsmål 1, figur 2 för spørgsmål 2, 3, och 6 (???), liksom figur 3 visar spørgsmål 5 och 6. Dvs spørgsmål 6 finns två gånger medan spørgsmål 9 saknas, trots att 9 är baserad på litteratur. Är det något fel som ska korrigeras?

### 4. AGREE II vurdering af retningslinjen. Se separat pdf-fil.

Stockholm den 13 november 2015

Karin Harms-Ringdahl  
Professor

# **National retningslinje for ikke-kirurgisk behandling av lumbal nerverodspåvirkning**

**Jens Ivar Brox, overlege/professor fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo  
Universitetssykehus/Universitetet i Oslo.**

## **1. MANUSKRIFTETS STYRKER**

Manuskriptet anvender anbefalte metoder for udarbejdelse af retningslinjer, bl.a. GRADE. Imidlertid er heller ikke GRADE meget præcis, styrken graderet fra meget lav til høj gir mulighed for betydelig grad av ulighed i tolkning.

Retningslinjens målsætning er præcist defineret i manuskriptet, PICO spørsmålne er i det store og hele relevant og forståelig formuleret. Arbejdsgruppen er tværfaglig og målgruppen synes å være taget med på råd. Det er anvendt relevante systematiske søg og inkluderede studier er vurderet etter anbefalede metoder. Det er anvendt Forest Plot for vurdering af effekt. Konklusjonerne er for så vidt støttet av resultaterne fra de inkluderende studier, men differensene er av usikker klinisk relevans.

Hovedpunktene i retningslinjen er for så vidt godt gjort rede for og anbefalingene er forsigtige i tråd med den beskedne forskning som ligger til grund og de minimale effekter som er observerede.

## **2. MANUSKRIFTETS VÆSENTLIGSTE SVAGHEDER OG MANGLER.**

- a. Retningslinjens overskrift er ikke præcis, denne retningslinjen omfatter kun akutte lumbal nerverotpåvirkning og kun en del av den ikke-kirurgiske behandling, for eksempel er farmakologisk behandling ekskluderede. Det synes som om arbeidsgruppen ikke helt har haft konsekvens av at retningslinjen er kun inkluderer varighet < 12 uger, bl.a. er studier af effekten af manipulasjon hos patienter med varighet 2 år inkluderede. Det er derfor grund til å mistænke at det er en form for interessekonflikt som påvirker inklusion av studier ( se bl.a. Norris SL et al 2012). Specialister som enten har sin løn fra å behandle patienter med lumbale nerverotsmerter eller på anden måde har stor interesse av å anbefale behandling kan



både vælge PICO spørsmål og studier og tolke fund som favoriserer slige anbefalinger.

- b. Foruden ekstraforaminal glukokortikoid injeksjon som er en invasiv specialistmetode, foregår all annen behandling i primær helsetjenesten. Det er derfor vanskelig å forstå rationale for å inkludere denne behandlingen.
- c. Det er enten meget små eller ingen behandlings effekter. Det bør komme tydelig frem at det ikke er dokumenteret at effekterne er forskjellige fra målefeil for metoder for å måle effekt eller forskjellige fra placebo.
- d. De inkluderede studier om ledmobiliserende teknikker må ekskluderes fordi de inkluderer pasienter med langvarige smerter (ref 7 og 12) og måske også ref 11 fordi den inkluderer kun pasienter med skivebukning (de fleste pasienter med nerverotsmerter har prolaps). Dette påvirker også PICO spørsmål 6, 3 og 4. Etter min mening er dette en viktig metodisk feil.
- e. Facetledsartrose og recesstenose er ikke ekvivalente begrep, men til dels overlappende. Man kan ha facetledsartrose uten recesstenose.
- f. Kun et klinisk tegn for diagnose gjør at man inkluderer pasienter med uklar nerverotpåvirkning.
- g. Intervensjonene er valgt ut med baggrund i arbeidsgruppens erfaring hvilket representerer en mulig bias.
- h. Hvilken informasjon som gis pasientene er sandsynligvis viktig, men ikke diskutert.
- i. Forest plot er gode, men tabellerne er vanskelige å lese. Brug av 2 decimaler er meningsløst når målefeil er 12-20 på en skala fra 0-100. Det ville være nyttig med score før og etter behandling i alle grupper, decimaler er ikke nødvendig.

- j. Et fund af mulig betydning er at antal med blodprop ved sengeleje er højere, men antal tilfælde er lille for en konklusion. Ud fra det vi ved om samvirkende årsager slig som rygning og p-piller, er det grund til at fremhæve dette fordi sengeleje ikke bedrer tilstanden. På den anden side er det ikke dokumenteret at kortvarig sengeleje har negativ indvirkning på prognosen.
- k. Ved samtlige PICO spørgsmål er der kun minimale differenser med tvivlsom klinisk signifikans. Ingen av studierne har placebo til sammenligning, det er ikke evidens for å anbefale behandlingerne i 2-7 samt 9. Det er nok vigtig at effekten nævnt i 2.6 kan tilskrives opmærksomheds bias. Det er videre kun en hypotese når arbejdsgruppen skriver at vejledet træning kan bidrage til at patienten får bedre selvkontrol.
- l. Er PICO spørgsmål for evidens for MR og tidspunkt for kirurgi for snævert formuleret? Findes det ingen studier som kan svare på dette?

### 3. FORSLAG TIL ÆNDRINGER

Efter min mening er det en nødvendig endring. Det er etter min mening fejl å inkludere studier som inkluderer patienter med længre varighed end 12 uger. Denne retningslinjer omfatter patienter med nyligt opståede nerverodspåvirkning. Derfor må en studie som sammenligner effekt av ledmobiliserende teknikker ved nerverotspåvirkning med varighed gennemsnitlig 24 mnd og en med patienter med akut og kronisk ekskluderes. De øvrige forslag til ændringer skulle fremgå av manuskriptets væsentligste svagheder og mangler.