

Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
NKRsekretariat@sst.dk



16. april 2018

Høringsvar vedrørende National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet

Hermed følger Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIMs) høringssvar til udkastet vedrørende National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, hvis formål er at fremme en ensartet evidensbaseret indsats af høj kvalitet på tværs af landet og medvirke til hensigtsmæssige patientforløb

Høringsoplægget har været diskuteret i DASAIMs Smerteudvalg, der har følgende kommentarer:

Generelle betragtninger

Forfatterne anerkendes for et omhyggeligt og fyldestgørende arbejde med opdateringen, der skønnes at kunne bidrage til formålet.

Specifikke kommentarer

Side 5: I anamnese-optagelse udspringes om eventuelle smerteinducerende mediciner (eks. triptaner og myalgier, langtidsforbrug af paracetamol, NSAID og Imigran ift. hovedpine.

Side 6, Punkt 4: Superviseret fysisk træning varetaget af sundhedsprofessionel. 2015: Tilføjelse så der anføres: *før/under/kortvarigt* efter træning

Side 19, afsnit 3: "Desuden et fravær af andre somatiske sygdomme, der forklarer symptomerne, dog med en an(d)erkendelse af, at generaliserede smerter i bevægeapparatet kan være til stede samtidig med andre somatiske eller psykiske sygdomme" Her foreslås tilføjet " ..psykiske sygdomme af **affektiv karakter**"

Med venlig hilsen

På vegne af DASAIMs Bestyrelse
Carsten Boe Pedersen, Formand for DASAIMs Smerteudvalg

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Odense, 18.04.2018

Hørings svar til opdateringen af "National kliniske retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet."

Dansk selskab for kiropraktik (DSK) hilser retningslinjen og opdateringen heraf velkomne.

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. Danske kiropraktorer ser en stor andel af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, og qua vores 5 årige universitetsuddannelse i netop bevægeapparatet funktion og sygdomme besidder vi kompetencerne til at varetage diagnostik og behandling af denne patientgruppe. 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 samt forbedring af funktionsevne, fysisk, psykisk og socialt.

DSK lægger mærke til, at der er flere steder i retningslinjerne, hvor kiropraktorerne ikke er nævnt, men hvor vores tilstedeværelse synes åbenbar set i lyset af, at man anbefaler, at hovedparten af behandlingen skal ligge i primærsektoren. Således ville vi for denne patientgruppe kunne varetage (og varetager allerede) udredning og diagnose, superviseret træning, indsatser rettet mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, samt patientuddannelse. Kiropraktorerne vurderes derfor at kunne være en vigtig aktør i forhold til at opfylde behovet for hurtig diagnosticering af denne patientgruppe, samt den videre varetagelse af patientens behandling.

Ad 3. Udredning og diagnostik.

DSK bifalder forslaget til indhold i anamnese. Vi finder det vigtigt med tydelig kommunikation til patienten omkring negative patologiske fund, samtidig med en anerkendelse af patientens symptomer.

Ad 4. Superviseret fysisk træning varetaget af sundhedsprofessionelle.

Vi har erfaring for, at superviseret fysisk træning for en stor del af patienterne kan øge funktionsniveauet og derudover bibringe en øget følelse af kontrol af situationen for patienten. Dog er erfaringen også, at træningen skal være nøje tilpasset den enkeltes funktionsniveau, og at patienten skal hjælpes til at lære at kunne skrue op og ned for træningsbelastningen alt efter symptomerne og de øvrige belastninger, patienten har.

Ad 6 og 8. Indsatser, der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, og indsatser rettet mod arbejdsfastholdelse.

DSK er enig i, at det er god praksis at afklare patientens funktionsevne, herunder arbejdsliv, familieliv og øvrige sociale liv. Vi mener, denne vurdering er vigtig i forhold til helhedsperspektivet i patientens lidelse

Ad 5 og 7. Kognitiv adfærdsterapi og patient uddannelse.

DSK bifalder den opdaterede stærke anbefaling for kognitiv adfærdsterapi samt den fortsat stærke anbefaling for patientuddannelse med undervisning i smertefysiologi, behandlingsmuligheder, psykosociale faktorer betydning og smertehåndtering.

Ad 9. Multidisciplinær intervention.

Vi finder det essentielt, at der i de tværfaglige behandlingsforløb er en navngiven tovholder på forløbet, og at det sikres, at alle i behandlerteamet har den samme bio-psyko-sociale tilgang til patienten.

Ad 10 og 11. Opioider.

Vi bifalder anbefalingerne mod brug af opioider med dural action. Konsensus om, at det *ikke* er god klinisk praksis at tilbyde patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet behandling med opioider uden dural action, bifaldes ligeledes.

Ad 12-15. DSK bifalder generelt opdateringerne på denne NKR.

Dansk Selskab for Kiropraktik vil bede om at blive tilføjet til fremtidige høringslister vedrørende NKR på dette område.

På vegne af Dansk Selskab for Kiropraktik

Line Press Sørensen og Lise Hestbæk

DANSK FIBROMYALGI-FORENING



Til Sundhedsstyrelsen

København, den 17. april 2018

Hermed følger Dansk Fibromyalgi-Forenings høringsvar i forhold til opdateringen af National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

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

Generelle bemærkninger

Dansk Fibromyalgi-Forening mener fortsat, at det er skævt at arbejde med begrebet "generaliserede smerter i bevægeapparatet" i stedet for at have en diagnosespecifik tilgang i forhold til fx fibromyalgi, som er udgangspunktet for en stor del af forskningen bag denne retningslinje.

I forhold til nærværende ændringer vil vi kvittere positivt for høringsudkastet. De redaktionelle ændringer, der er foretaget, skaber mere overskuelighed, og retningslinjen virker mere forståelig. Vi finder det positivt, at der kommer yderligere fokus på bivirkninger, da det er med til at gøre retningslinjen til et godt redskab for fx fibromyalgiramte.

Baggrund

Vi vil fra Dansk Fibromyalgi-Forenings side også rose ændringerne i baggrundskapitlet, hvor der nu refereres til WHO's og IASP's definition og klassifikation af smerter.

Kognitiv adfærdsterapi

Fra Dansk Fibromyalgi-Forening undrer vi os over, at det fremgår, at "der er sket en ændring i patientpræferencer, siden den oprindelige NKR blev publiceret. Psykoterapeutisk behandling er blevet mere accepteret, og interessen for denne behandling til patientgruppen er øget". Vi kan ikke genkende dette billede fra vores tætte og omfattende kontakt med målgruppen. Derfor er vi ikke enige i, at anbefalingen hæves til en stærk anbefaling.

Kognitiv adfærdsterapi kan være en god behandlingsform for nogle patienter. Vi bifalder tilføjelsen af, at kognitiv adfærdsterapi alene skal være et tilbud til motiverede patienter, "der er i stand til at yde en egen

indsats i gennem behandlingsforløbet”, og at ”Psykologisk behandling retter sig især mod patienter med komplekse problemstillinger”.

Kognitiv adfærdsterapi er et godt tilbud, særligt når der er tale om ét tilbud ud af en vifte af tilbud på de tværfaglige smertecentre, hvor det også er muligt at tilbyde terapien uden den høje egenbetaling, der ofte er, hvis man opsøger en privat praktiserende psykolog eller psykiater. Vi mener dog, at kognitiv adfærdsterapi i nærværende retningslinjer sker på bekostning af den brede tilgang med forskellige typer af tilbud (kendt fra de tværfaglige smertecentre), som, vi har erfaring med, er den mest effektive.

I forlængelse af dette vil vi som ved den oprindelige høring af denne retningslinje fortsat understrege at vi er modstandere af at benytte ”Stepped Care” modellen ved denne patientgruppe, og at den netop forvrider behandlingstilgangen, så kognitiv adfærdsterapi gøres til den primære og indledende behandlingsform, i stedet for et tilbud blandt mange.

Medicin

Dansk Fibromyalgi-Forening finder at den opdaterede medicingennemgang giver et bedre overblik over medicinen og særligt bedre information om virkefelt og bivirkninger. Vi er glade for, at området har været prioriteret i denne opdatering af retningslinjen, selv om anbefalingerne ikke er blevet ændret.

Med venlig hilsen



Søren Harboe

Formand

Dansk Fibromyalgi-Forening

Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S



Hørings svar vedrørende den opdaterede NKR om generaliserede smerter i bevægeapparatet

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst høringsudkast til den opdaterede NKR for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. Da arbejdsgruppen ikke har vurderet det nødvendigt at opdatere de non-farmakologiske anbefalinger, som har relevans for det fysioterapeutiske arbejde med patientgruppen, vil foreningen alene komme med generelle kommentarer til den opdaterede retningslinje.

Nyt NKR format

Danske Fysioterapeuter er generelt positiv over for det nye format for NKR, som har en overskuelig opsætning og beskrivelse af de enkelte anbefalinger.

Der må dog rettes en kritik af det nye farvesystem for anbefalingernes styrke. Det er ikke logisk, at en svag anbefaling for og imod har samme farve (gul), ligesom at en stærk anbefaling for og imod har samme farve (grøn). Det giver visuelt et forkert signal til læseren om, at alle anbefalinger er positive/for. Det havde efter foreningens opfattelse været mere logisk og givet et bedre overblik med et farvesystem af grønne nuancer til anbefalinger *for* og røde nuancer for anbefalinger *imod*. Denne problematik gør sig gældende i denne NKR, hvor der er en svag anbefaling MOD brug af opioider med dual action. Danske Fysioterapeuter mener, at farvekodningen bør ændres i fremtidige NKR.

Endvidere er de farvekoder, som benyttes under "nøgleinformationer" under hver anbefaling, ikke tydeligt beskrevet i læsevejledningen (s. 8-9), og synes ikke at tjene noget formål. Formuleringen af den overordnede vurdering inden for hver overskrift ("gavnlig og skadelig virkning", "kvaliteten af evidensen" og "patientpræferencer") er derimod informativ. Foreningen anbefaler derfor, at der ikke benyttes farvekoder under nøgleinformationerne.

Dato:

10-04-2018

Email:

sf@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4659

Patienttilbud i praksis

Trods denne NKR's anbefalinger om behandling og rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, er der ikke mange kvalificerede tilbud til patienterne i praksissektoren. Danske Fysioterapeuter ser en tendens til, at behandling retter sig mod de sværest ramte patienter. Det er dog vigtigt at have for øje, at størstedelen af patientgruppen, som er moderat påvirket af generaliserede smerter, har brug for et behandlingstilbud i primærsektoren. Et tilbud som egen praktiserende læge ikke har hverken tid, ressourcer eller særlige kompetencer til at give dem. Det er derfor vigtigt fremadrettet også at sætte fokus på, hvor og hvornår de moderat påvirkede patienter skal have et tilbud om behandling, for at kunne fastholde arbejdsevne og undgå lange udmattende og dyre udredningsforløb.

Danske Fysioterapeuter står til rådighed for uddybning af høringsvaret og henviser desuden til høringsvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal

Faglig chef

Til NKR Sekretariatet

Ergoterapeutforeningen har ikke yderligere kommentarer til denne NKR.

Med venlig hilsen
Ulla Garbøl
Chefkonsulent

**EN
LØSNING
FOR ALLE**



Ergoterapeutforeningen

Nørrevoldgade 90, 1
DK-1358 København K
Tlf: 88 82 62 70
Direkte: 5336 4925
etf.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 37
2300 København S

København, den 19. april 2018

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet

Dansk Psykolog Forening sætter pris på at have bidraget til udpegning til arbejdsgruppen med en repræsentant samt muligheden for at afgive høringssvar til den opdatering af de kliniske retningslinjer, arbejdsgruppen er nået frem til.

Overordnet mener Dansk Psykolog Forening, at de nationale kliniske retningslinjers formål om at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet, at medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper, er væsentligt og positivt. Dansk Psykolog Forening finder det desuden glædeligt, at det i nærværende retningslinje præciseres, at vurderingen af, hvilken intervention patienten bør tilbydes, bør baseres på en individuel helhedsvurdering, som inddrager ikke blot de fysiske, men også de psykologiske, emotionelle og sociale aspekter af smertetilstanden.

På baggrund af ovenstående generelle kommentarer forholder nærværende høringssvar sig først til de ændringer, der er blevet indført i retningslinjen under fokuseret spørgsmål nr. 3: *Bør voksne med generaliserede smerter i bevægeapparatet tilbydes kognitiv terapi?* Dernæst anføres nogle generelle metodiske anmærkning vedr. udarbejdelsen og opdateringen af de nationale kliniske retningslinjer.

Stærk anbefaling af kognitive terapeutiske retninger

Dansk Psykolog Forening finder det positivt, at anbefalingen for at tilbyde kognitiv terapi (i form af CBT og ACT) med opdateringen af retningslinjen ændres fra en svag til en stærk anbefaling. Kognitiv terapi har vist sig effektiv 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 præciseret, at terapien bør udføres af sundhedsprofessionelle der som følge af specifik efteruddannelse har en grundlæggende faglighed inden for det psykologiske felt som helhed og smertetilstande mere specifikt. Som det også fremgår af retningslinjerne, så retter psykologisk behandling sig især mod patienter med komplekse problemstillinger. Psykologer er den bedst uddannede faggruppe til at varetage kompleksiteten i en psykoterapeutisk behandling, med et solidt teoretisk og forskningsbaseret fundament for en senere psykoterapeutisk efteruddannelse, samt erfaring med psykoterapeutisk arbejde.

Selv om Dansk Psykolog Forening er helt enig i, at forskningen på området klart understøtter en stærk anbefaling af kognitiv terapi (specifikt CBT og ACT), må det dog anses for beklageligt, at den kliniske retningslinje ikke medtager flere forskellige anerkendte psykoterapeutiske metoder og retninger. Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at en afklaring af effekten af flere psykoterapeutiske metoder ville betyde, at interventionen bedre kunne tilpasses forskellige patienters præferencer, kontekster og sværhedsgrader i problemstillingen. Som det også blev bemærket i høringssvaret til den første udgave af retningslinjen undrer det derfor, at kun CBT og ACT er undersøgt i retningslinjen, da der findes evidens for, at flere andre psykoterapeutiske tilgange har tilsvarende god effekt over for generaliserede smerter og fibromyalgi.

Metodiske begrænsninger ved udformningen af de nationale kliniske retningslinjer

Ovennævnte udeladelser skyldes antageligvis, at man, som det generelt er tilfældet i udarbejdelsen og opdateringen af de nationale kliniske retningslinjer, kun har tilladt arbejdsgruppen at tage stilling til de samme få og specifikke



spørgsmål. En sådan tilgang medfører et snævert fokus på ganske få interventioner og giver ikke mulighed for fx at undersøge og anbefale, om psykoterapien bør udføres individuelt eller i gruppe, eller hvordan man sikrer en optimal psykoterapeutisk proces. Dansk Psykolog Forening mener derfor, at man i forbindelse med fremtidige opdateringer af de nationale kliniske retningslinjer bør give bedre mulighed for, at arbejdsgrupperne kan undersøge nye fokuserede spørgsmål, således at eventuelle nye behandlingsformer (eller allerede etablerede behandlingsformer for, hvilke der er fremkommet forbedret evidens) kan komme til at indgå i retningslinjerne. I forhold til nærværende opdatering af retningslinjerne vedr. generaliserede smerter kan man med fordel 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.

En yderligere generel problematik vedrørende udarbejdelsen af de nationale kliniske retningslinjer er, at evidensvurderingerne som udgangspunkt baserer sig på en klassisk evidenspyramide, som oprindeligt er udviklet til vurdering af medicinske teknologier, hvilket kan favorisere nogle forskningsdiscipliner frem for andre, alene af den grund at det ikke er muligt at opstille tilsvarende studie-designs op. 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. Når den valgte metode til vurdering af, hvad der er virksomt, så entydigt fremhæver RCT-designet, risikerer man, at andre fagområder i en multidisciplinær sammenhæng – eksempelvis fysioterapi, socialpsykologi eller socialrådgivning – stilles ringere, hvilket kan medføre en skævvridning af, hvad der fremstår som virksomt og ikke virksomt hhv., hvilke interventionsformer, der reelt skaber bedst effekt for målgruppen. Dansk Psykolog Forening finder det derfor vigtigt, at man ud over RCT-studier også tager udgangspunkt i de enkelte discipliners faglighed og deres kriterier for, hvordan og hvor man finder den bedste faglige vurdering af interventionernes virkning inden for den enkelte disciplin.

Manglende opmærksomhed på fællesfaktorer

På baggrund af ovenstående kommentarer vedr. evidensvurderingerne i de kliniske retningslinjer finder Dansk Psykolog Forening det relevant at påpege, at psykoterapiforskningen viser, 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”, der bl.a. består i at skabe en holdbar samarbejdsalliance. 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 kan derfor med fordel indgå i en klinisk retningslinje. Dansk Psykolog Forening efterlyser derfor anbefalinger i retningslinjerne af, hvordan man sikrer en optimal psykoterapeutisk proces med afsæt i den omfangsrige forskningslitteratur om, hvad der virker i psykoterapi.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

Eva Secher Mathiasen
Formand, Dansk Psykolog Forening



17. april 2018

Høringsvar vedr. opdatering af den Nationale Kliniske Retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet.

I Foreningen af Kroniske Smertepatienter, FAKS er vi stadig fornøjede over enighed om at generaliserede smerter i bevægeapparatet er en reel sygdom samt at der lægges vægt på både funktionsevnenedsættelse og en helhedsorienteret, bio-psyko-social tilgang. Dette er afgørende for både en korrekt behandling af kroniske smerter samt for den enkelte patients selvforståelse. Dette er nu blevet opdateret til at passe den internationale ordlyd fra IASP og WHO, hvilke vi velkommer. Det er dog nu ikke helt så tydeligt i teksten, at smerter ikke er en psykisk lidelse, og det kan være en ulempe.

Overordnet ser vi stadig nogle problematikker samt områder, der kan give udfordringer i praksis:

Individuel behandling ud fra den bio-psyko-sociale model

Netop det at kroniske smerter skal forstås i en bio-psyko-social sammenhæng er med til at gøre dette område så komplekst. For en hver smertepatient vil der være en individuel kombination af biologiske, psykologiske og sociale problematikker. Samtidig er der en anerkendt, stor inter-individuel forskel i behandlingsrespons hos kroniske smertepatienter uafhængig af diagnose (Edwards 2016). I tråd med dette er der fundet større varians i forskellige smerte karakteristika (smerte biomarkører/fænotyper) mellem de individuelle patienter end der er mellem de forskellige smerte diagnoser (Attal 2008, Baron 2012 og 2014). Det giver derfor ikke mening kun at kigge på den gennemsnitlige effekt af en given behandling, men man bør også have øje for om der er en subgruppe der responderer godt på en given behandling. Dette oplever vi ofte med fx den medicinske behandling af kroniske smertepatienter. Det er alene patientens oplevelse af effekt og bivirkningsniveau, der kan afgøre hvilket præparat der er den rigtige behandling.

Vi må derfor igen understrege, at der findes patienter med gavnlig effekt af hver af de nævnte behandlinger – også selvom det ikke er gennemsnittet, der har en signifikant god effekt. Hverken lægen, Sundhedsstyrelsen eller patienten kan forudsige effekten af en given medicin på den enkelte patient. Det ved specialisterne på de tværfaglige centre, men det er desværre ikke almen kendt. Det er derfor YDERST vigtigt, at dette fremgår tydeligt af denne NKR, for at det kan blive et brugbart redskab. Der SKAL være fokus på den individuelle patient og behandlingen af denne. Derfor synes vi også, at der er kritisabelt direkte at fraråde behandling med opioider uden at gøre klart, at det er en hjælp for en undergruppe af patienter. Vi undrer os over at der ingen udtalelser kan gøres for Tapentadol, da det er et godkendt lægemiddel og der må foreligge klinisk erfaring i brugen af dette.

Vi er dog positive over opdelingen af de enkelte medicin grupper for sig efter deres farmakologiske profil, da de giver et bedre overblik.



Det fremhæves også, at der skal forelægge en behandlingsplan inden den medicinske behandling igangsættes, og det er vi især glade for. Alt for ofte sendes kroniske smertepatienter rundt i systemet eller behandles ad hoc uden en egentlig plan.

Vi undrer os stadig over, at den tværfaglige intervention er defineret som bestående af min. kun to faggrupper. Vi mener at der her bør ses på behandling hvor både medicinske, psykologiske, fysiologisk (træning) og sociale interventioner er taget med. Netop fordi kun to faggrupper har svært ved at dække både biologiske, psykologiske og sociale problemstillinger som især de komplekse sygdomstilstande kan indeholde.

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. 52). En indsats man i dag kun finder på de tværfaglige smertecentre. Kvaliteten af dette studie blev tidligere vurderet som 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. 52.

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.

Overordnet set fremhæver denne NKR primært den psykologiske behandling samt psykoedukation. Vi er bekymrede for at dette giver et skævt indtryk af smertebehandling når en ikke-ekspert læser denne NKR. Samlet set kan det give den indtrykket af at "smerter er noget der sidder i hovedet". Givet de verserende problematikker fx i de sociale system med patienter der får diagnosen funktionelle lidelser, er det især vigtigt at fremhæve at smerterne ikke er psykiske uanset om der kan findes en vævsskade eller ej.

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

Vi er stadig 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! Specifikt nævnes under punkt 5 vigtigheden af de "sociale aspekter af smertetilstanden"; i punkt 8 understreges vigtigheden i arbejdsfastholdelse, hvilket i vores optik især kræver samarbejde med de sociale instanser; under punkt 9 nævnes at patienter med komplekse problemstillinger vil have brug for en koordineret indsats inkl. en



socialrådgiver samt at "sociale aspekter i det samlede problemkompleks og manglende social afklaring....er vist at kunne have en negative indflydelse på sygdomsforløbet".

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.

Praktiske forhold

Vi er bekendt med at en NKR ikke tager højde for praktiske forhold. Alligevel bliver vi nødt til at påpege nogle åbenlyse praktiske problemstillinger:

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.

Det er vores holdning og erfaring at uden grunding 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?

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 kriseramte. Men i 2016 blev henvisningsvejledningen ændret så patienter med funktionelle lidelser specifikt IKKE kan henvises til psykolog. Vil dette blive ændret og udvidet så det dækker 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 desværre 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.

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-Rossing

Næstformand i FAKS

Tlf.: 2617 4570

E-mail: sidseholten@hotmail.com

Referencer:

- Attal, N. *et al.* Neuropathic pain: are there distinct subtypes depending on the aetiology or anatomical lesion? *Pain* **138**, 343–353 (2008).
- Baron, R. & Dickenson, A. H. Neuropathic pain: precise sensory profiling improves treatment and calls for back-translation. *Pain* **155**, 2215–2217 (2014).
- Baron, R., Förster, M. & Binder, A. Subgrouping of patients with neuropathic pain according to pain-related sensory abnormalities: a first step to a stratified treatment approach. *Lancet Neurol* **11**, 999–1005 (2012).





Til
Sundhedsstyrelsen,
Evidens, Uddannelse og Beredskab
Sendt pr. e-mail til: NKRsekretariat@sst.dk

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialraadgiverne.dk · www.socialraadgiverne.dk · CVR DK 6335 6018

Hørings svar vedrørende NKR Generaliserede smerter i bevægeapparatet

Dansk Socialrådgiverforening fremsender hermed bemærkninger/kommentarer til Sundhedsstyrelsens udkast til opdaterede nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Dansk Socialrådgiverforening (herefter: DS) ser sig nødsaget til indledningsvis, at beklage at vi/socialrådgiverne, der arbejder på smerteområdet ikke har haft plads i den af Sundhedsstyrelsen nedsatte arbejdsgruppe vedr. opdatering af omtalte NKR. Vi finder, at de fremlagte opdateringer bærer præg af en upræcis og ikke opdateret sundhedssocialrådgiverfaglig indsigt/input i forhold til den udvikling der har været omkring udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet – sammenhæng imellem sundheds- og sociale forhold, koordination og brobygning imellem sektorer, herunder inddragelse af/samarbejde med familie og netværk – siden udarbejdelsen af de seneste NKR.

Nedenstående bemærkninger til det foreliggende udkast til opdaterede NKR bærer på den baggrund præg af *de manglende anbefalinger/præciseringer* af socialrådgiverens rolle i de tværfaglige teams på området 'Generaliserede smerter i bevægeapparatet'.

Socialrådgiverindsatsen er vigtig som en anerkendt og integreret del i den tværfaglige sundhedsindsats, hvor de fleste borgere/patienter også har eller er berørt af sociale problemstillinger. Sundhedssocialrådgiveren har som den eneste faggruppe et indgående kendskab til de sociale og beskæftigelsesfaglige problemstillinger og rettigheder (rettigheder på tværs af sundheds-, arbejdsmarkeds-, uddannelses- og sociallovgivningen), som berører de borgere, der tilbydes en indsats. Netop socialrådgiveren har kompetencer i f.t. fortolkning, formidling/oversættelse og implementering på tværs, både i mødet med borgerne og på tværs i de tværfaglige teams. Tilsvarende besidder socialrådgiveren kompetencer og erfaringer i at følge op på henvisninger og forløbsprogrammer på tværs af afdelinger, øvrige behandlingstilbud og myndigheder.

Mange af de berørte patienter har ikke en naturlig og let adgang til anden socialrådgiverbistand, f.eks. har en patient/borger, som har opbrugt sin ret til arbejdsløshedsunderstøttelse, og som ikke er berettiget til sygedagpenge eller kontanthjælp ingen direkte adgang til anden socialrådgiverbistand. De berørte patienter har oftest ikke selv overskud til at søge den nødvendige støtte via kommunens forskellige afdelinger, ligesom det ikke kan forventes at de øvrige medarbejdere i de tværfaglige teams har indsigt og sprog til at støtte borgeren og dennes familie/netværk i kontakten vedrørende mulig vejledning/støtte fra myndighederne.



DS anbefaler at socialrådgiveren skal være fast deltager i de tværfaglige teams omkring udredning og behandling/rehabilitering, qua deres generalist kompetencer indenfor det sociale område, samt speciale kompetencer i f.t. brobygningen imellem sundhedsområdet og øvrige sektorer og i f.t. at guide borgerne/patienterne til den bedste støtte og de rigtige myndigheder. Socialrådgiverens rolle i teamet knytter både an til udredning og behandling/rehabilitering, og bør både være ansat i den specialiserede tværfaglige indsats (i regionerne) og i kommunernes sundhedshuse/-centre/-afdelinger.

I praksis ser vi i dag, at når der ikke indgår socialrådgivere i de tværfaglige teams, medfører det at smertepatienterne enten må undvære sundhedssocialrådgiverfaglig bistand eller også bliver de pågældende teams afhængige af ekstern *socialrådgiver bistand*. Det er tidkrævende for teamet, og det kan medføre fejl i vejledning og indsats.

Herefter følger **DS' bemærkninger til udvalgte fokusområder** i Sundhedsstyrelsens udkast til opdaterede NKR.

Ad. 3 - Udredning og diagnostik

DS bakker op om arbejdsgruppens rationale om at udredningen skal ske i *en multifaktoriel og bio-psyko-social forståelsesramme*, derfor også ovennævnte generelle ønske om at anerkende socialrådgivernes viden og kompetencer som centrale bidragydere i f.t. den psyko-sociale del af en udredning, behandling og brobygning.

Tilsvarende finder DS det meget positivt at arbejdsgruppen sætter fokus på at der stilles en diagnose for tilstanden hurtigst muligt, at udredningen afkortes mhp. at patienten dernæst kan blive tilbudt relevant intervention. DS lægger således vægt på, at det i dag opleves u hensigtsmæssigt for patienter at være diagnostisk uafklarede i lang tid, idet det kan øge sandsynligheden for en u hensigtsmæssig smertehåndtering og kronificering med progredierende funktionsevnetab, herunder marginalisering i forhold til arbejdsmarkedet, samt resultere i konflikter og isolation i f.t. familie og netværk.

Men DS er bekymret for at den opdaterede NKR fremstår svag i f.t. at sikre at *hele behandlingssystemet*, også på tværs af sektorer, dernæst følger med og accepterer at nu er udredningen afsluttet, hvorefter der kan og skal tages stilling til og handles på, hvorledes patientens hverdag med en given diagnose (et givent udredningsresultat) anskues helhedsorienteret og indrettes bedst muligt for borgeren/patienten.

Ad 5 – kognitiv adfærdsterapi

Ad 6 – Indsatser der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet

Ad 7 – Patientuddannelse

DS ønsker at påpege, at disse 3 fokusområder i praksis er tæt forbundne og oftest ikke skal anskues som tre isolerede og uafhængige (liniært anskuede) fokus- og indsatsområder. DS anbefaler, at *samspillet* imellem de tre fokusområder fremhæves i den opdaterede NKR. Herunder følger eksempler på disse indbyrdes sammenhænge.

Ad 5 – kognitiv adfærdsterapi



Nogle patienter kan have psykologiske problemstillinger, som de har levet og fungeret med i den livskontekst, som de har haft indtil smerter i bevægeapparatet begyndte at påvirke deres liv. Men med de nye udfordringer, som smerterne fører med sig, kan der opstå behov for at få arbejdet med nogle af de personlige psykologiske problemstillinger, som nu vanskeliggør tilpasning til den nye livssituation. I praksis vil nogle patienter have behov for, at en psykologisk behandling kommer forud for Patientuddannelsen, dvs. at patienten først er klar til at optage ny viden og arbejde med nye strategier, når der er arbejdet med de grundlæggende psykologiske problemstillinger. Denne patientgruppe fremhæves som et eksempel på at inddragelsen af de i NKR omtalte fokusområder ikke må anskues som en lineær anvisning, hvorfor det bør fremhæves at valget af behandling/indsats må tage udgangspunkt i en individuel vurdering af hver enkel patient.

Den psykosociale behandling, der foregår i Smertecentrene sker ud fra en terapeutisk ramme, som består i kognitiv adfærdsterapi og ACT. Behandlingen har det mål, at patienterne får et for dem meningsfuldt og tilfredsstillende liv med aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Nogle patienter kan have behov for individuelle psykologiske behandlingsforløb, inden de er parat til at vende blikket ud mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet i større omfang. Mens arbejdet med fokus på aktivitet og deltagelse ofte foregår i gruppebehandling, hvor der i praksis sker en sammensmeltning af psyko-
edukation, patientuddannelse og terapeutiske elementer fra KAT og ACT brugt i en hverdagssammenhæng.

Ad 6 – Indsatser der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet

Igen ønsker DS at fremhæve, at patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet er vidt forskellige hvad angår personlighed, livsvilkår og social situation som helhed, hvorfor der i praksis vil være stor forskel på hvilken indsats de behøver og hvilken kombination/rækkefølge. Fx ses behovet for ekstra støtte til at få hverdagslivet tilpasset en ny diagnose hos nogle patienter først i forlængelse af (ad. 7) Patientuddannelse.

Ad 7 – Patientuddannelse

Det er centralt for terapi og øvrige indsatser, at få fokus på at information og validering (patient- og pårørendeuddannelse) sker i forbindelse med eller hurtigt efter, at udredningen sker, da det forbedrer patienternes mulighed for en psyko-social tilpasning til deres "ny-fundne" helbredssituation. Men det betyder også, at praktiserende læger, sundhedshuse/-centre og kommunale jobcentre (fx fastholdelseskonsulenter) skal være klædt på til og i praksis også kan vejlede/handle i f.t. denne information/validering. Derfor bør der i denne sammenhæng arbejdes med, hvordan den tværfaglige forståelsesramme (bio-psyko-socialt) genfindes i de etablerede tilbud til denne patient-/borgergruppe. Her bidrager sundhedssocialrådgiverne med vigtig viden, der savnes ekspliciteret i udkastet til opdateret NKR.

Ad 8 – Indsatser rettet mod arbejdsfastholdelse:

DS finder det bekymrende at udkastet til NKR har et meget ensidigt fokus på lægens rolle i forhold til arbejdsfastholdelse, hvilket nok er vigtigt for patienten, men DS savner at NKR



afspejler et større ambitionsniveau i forhold til samspil (og gensidig forståelse) mellem patient, læge og Jobcenter, og dermed understøtte at forholdene på den berørte patients nuværende (eller kommende) arbejdsplads tilpasset bedst muligt, på et så tidligt tidspunkt som muligt. DS finder at et fokus på dette samspil vil bidrage til at forebygge at den berørte patient mister jobbet inden der er taget initiativ til at gøre noget i f.t. arbejdsfstholdelse.

Med andre ord, en tidlig indsats forudsætter at systemet geares til at møde de pågældende patienter via et styrket tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, herunder en styrket vidensdeling og "oversættelse" på tværs af sektorer. Sundhedssocialrådgiveren er en central bidrager sammen med andre professioner tilknyttet lægepraksis og kommunale sundhedshuse/-centre som en integreret og fast del af teamet dér (og ikke blot i form af et enkelt konsulentbesøg en gang imellem).

Sundhedssocialrådgiverne besidder kompetencer, der procesmæssigt kan støtte patienten til at håndtere sine smerter i pågældendes samlede hverdagsliv bl.a. med afsæt i teorier og praksiskundskab om rehabilitering og empowerment, samt i form af kompetencer i f.t. formidling og fortolkning af generelle tankegange, muligheder og begrænsninger i aktuel lovgivning på social-, beskæftigelses-, uddannelses- og sundhedsområdet.

Mulighederne for at tilknytte socialrådgivere og andre fagprofessioner til en lægepraksis/lægehuse er afregningsmæssigt forbedret ved den seneste overenskomst imellem PLO og Danske Regioner.

DS finder at udkast til opdateret NKR har en tendens til at undervurdere og nedtone værdien for patienten af et tæt samarbejde imellem lægepraksis og Jobcenter. Et kritisk eksempel på en forsimpning af det socialt-lægelige samarbejde er omtalen i udkast til NKR side 41, hvor der nederst står: *Særligt i forhold til samarbejdet med Jobcentret spiller det socialt-lægelige samarbejde en afgørende rolle. Her er det påkrævet at behandlerne har en basal indsigt i de støttemuligheder, der findes i arbejdsmarkeds- og sociallovgivningen. Disse er grundigt beskrevet i den elektroniske publikation Lægehåndbogen under Socialmedicin.* DS finder at referencen til omtalte beskrivelse af støttemuligheder mv. på ingen måde matcher behovet for indsigt i grundlaget for det konkrete samarbejde med Jobcentrene, som er af afgørende betydning.

DS savner at udkast til NKR præsenterer eksempler/forsøg, der vægter læge- og socialfagligt samarbejde omkring arbejdsfstholdelse.

Udkast til NKR henviser til et succesfuldt forsøg med et rådgivningsprogram for rygpatienter, som blev fulgt af en plan for fysisk aktivitet, hvilket førte til øget grad af arbejdsfstholdelse. Her savnes en refleksion omkring overførbareheden i f.t. fibromyalgipatienterne, idet deres problemstillinger i f.t. arbejdsfstholdelse oftest er bredere bl.a. med store problemer omkring stærk træthed, øget udtrætning ved al aktivitet og kognitive vanskeligheder.

Ad 9 - Multidisciplinær intervention

DS noterer sig at dette fokus angiveligt er vanskeligt at underbygge med overbevisende effekter (evidens), bl.a. begrundet ved at det er vanskeligt at vise effekt af komplekse og sammensatte indsatser. DS er bekymret for at arbejdsgruppens forbehold – med en "svag anbefaling" grundet manglende evidens – derfor nedtoner arbejdsgruppens klare erfaring,



at en gruppe af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet har behov for rehabiliteringsindsatser, der er mere omfattende end enkeltinterventioner, hvilket også er DS' erfaringer – det kalder på multidisciplinære og koordinerede interventioner.

Herværende høringssvar er udarbejdet i samarbejde med socialrådgivere, der til dagligt arbejder med tværfaglig smerteindsats ligesom Dansk Socialrådgiverforenings Faglige Selskab for Sundhedssocialrådgivere har været inddraget.

Med venlig hilsen

Niels Christian Barkholt
Næstformand
Dansk Socialrådgiverforening

Sundhedsministeriet

20. april 2018

DSAM's hørings svar vedr. National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående høringsudkast.

Vi vil i vores svar koncentrere os om punkt 5, der anbefaler "Tilbyd patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet kognitiv adfærdsterapi" (stærk anbefaling). Det er tilsyneladende det eneste sted, hvor retningslinjen er ændret, ellers er en opdatering ikke vurderet nødvendig, eller anbefalingen er uændret.

Vi er klar over, at en retningslinje kun er 'punkt nedslag' og ikke handler om organiseringen af sundhedsvæsenet, men alligevel må det forventes, at en stærk anbefaling vil påvirke krav og forventninger til sundhedsvæsenets aktører.

Dette sker til trods for, at alle estimater på parametre, der antyder en statistisk signifikant effekt på smertemål, er karakteriseret med "alvorlig risiko for bias". Manglende blinding og risikoen for, at man lærer at score sin smerte mere realistisk ved at blive trænet i det ved brug af kognitive metoder, er overhængende. På individniveau må VAS-scores og andre selvrapporterede subjektive målinger ikke forveksles med valide objektive mål.

Hvem skal tilbyde behandlingen?

Det kan give et stort pres på behandler systemet, at alle pt. med generaliserede smerter nu skal tilbydes behandling, hvis de er motiveret. Det er svært at gennemskue, om man forventer, at dette skal foregå i almen praksis, eller om man opretter landsdækkende tilbud, hvor patienterne kan henvises til.

I nogle praksis er man godt efteruddannet og har tidsmæssige ressourcer til at påtage sig opgaven. Men mange vil efterspørge et (nødvendigt) tilbud, som man kan henvises til, og som ikke findes i dag.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

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

Der vil blive brug for at oprette f.eks. regionale centre for de såkaldte funktionelle lidelser, da mange af patienterne vil høre til i denne patientgruppe. Alternativt bør man kunne henvise til en psykolog, hvor man så som minimum udvider tilskudsordningen til også at gælde generaliserede smerter.

Hvor meget uddannelse kræves for at tilbyde kognitiv adfærdsterapi?

Det er ikke helt klart, hvilken uddannelse og hvilket kompetenceniveau man skal have for at sikre, at effekten bliver den samme som i de videnskabelige undersøgelser. Kan enhver faggruppe med for eksempel et kort kursus tillade sig at sige, at de tilbyder evidensbaseret behandling?

Metodefrihed er vigtig

I andre sammenhænge er det konstateret, at andre psykoterapeutiske metoder end de kognitive er fuldt på højde, og at det vigtigste er, at terapeuten er sikker i sin metode. Når de kognitive metoder ofte står stærkere i evidenssammenhænge, skyldes det som oftest, at metoderne er lettere at måle, og dermed lettere at lave undersøgelser, der kan påvise effekt (ofte i ikke-blindede forsøg).

Med den aktuelle anbefaling kan man risikere, at én metode får fortrinsret frem for andre terapeutiske metoder, hvilket jo ret beset ikke er blevet undersøgt som et 'nedslagspunkt'.

Som eksempel kan nævnes *NKR om non-farmakologisk behandling af unipolar depression*, hvor man har vurderet valg af terapeutisk metode og skriver:

"Korttids psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan begge tilbydes i behandlingen af moderat til svær depression, da der ikke er fundet grundlag for forskel i effekt i en direkte sammenligning", og "Interpersonel psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan begge tilbydes i behandlingen af moderat til svær depression, da der ikke er fundet grundlag for forskel i effekt i en direkte sammenligning".

Selv om generaliserede smerter og depression ikke er det samme, kunne man forestille sig, at noget af det samme ville gøre sig gældende, hvis man undersøgte det.

Patientpræferencer

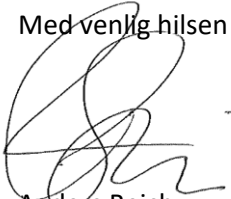
Det fremstår i retningslinjen, at "Der vurderes at være sket en ændring i patientpræferencer, siden den oprindelige NKR blev publiceret. Psykoterapeutisk behandling er blevet mere accepteret, og interessen for denne behandling til patientgruppen er øget." Dette er ganske givet rigtig i mange tilfælde, men det er jo ikke undersøgt, hvilken type psykoterapeutisk behandling vi her taler om.

Vi har også hørt mange kritiske patientrøster, netop i forhold til "automathenvisning" til kognitiv terapi (og TERM-model). Faktisk modtager DSAM jævnligt meget kritiske mails vedr. kognitiv terapi til kroniske smerter. Disse kritiske røster burde efter vores opfattelse også nævnes i retningslinjen.

Samtidig understreger det behovet for, at man ikke lægger sig fast på én terapeutisk metode, så længe det ikke er undersøgt, hvad der vil give den bedste compliance under real-life-betingelser, som f.eks. i en usorteret almen praksis population.

Vi vurderer, at de studier der indgår i den evidens, der fører til anbefalingen i høj grad er gennemført under efficacy-betingelser, og dermed gennemført på betydeligt selekterede grupper.

Med venlig hilsen



Anders Beich

Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin



NOTAT

17-04-2018

EMN-2017-02007

1147807

Bodil Bjerg

Høringssvar på revideret national klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet

Danske Regioner har den 26. marts 2018 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til den reviderede NKR. Danske Regioner har haft retningslinjen i høring i regionerne og nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Danske Regioner skal indledningsvis tage forbehold for eventuelle yderligere omkostninger forbundet med retningslinjens anbefaling af anvendelsen af kognitiv terapi. Omfanget af udgifter forbundet med denne anbefaling bør afklares og regionerne eventuelt kompenseres herfor.

Bemærkninger

Definitionen af generaliserede smerter er forståelig. Det er dog en udfordring at diagnosen stilles ved at udelukke alle differentialdiagnoser. Konsekvensen heraf kan netop være, at det bliver vanskeligt at finde studier af høj kvalitet, der fokuserer på behandling af lidelsen.

Under punkt 4, superviseret fysisk træning varetager af sundhedsprofessionelle, kunne budskabet om, at fysisk aktivitet generelt er vigtig for alle, skrives tydeligere frem i retningslinjen.

Pårørende er generelt fraværende i retningslinjen, hvilket ikke er i tråd med de generelle ambitioner i Sundhedsvæsenet om patient og pårørende inddragelse. Pårørende udgør en basal og betydningsfuld del af den smerteramtes bio-psyko-soziale univers. De pårørendes forståelse, accept og håndtering af smertetilstanden har betydning for den smerteramte og influerer både direkte og indirekte på den smerteramtes egne

strategier og muligheder for smertehåndtering. I retningslinjen nævnes pårørendeinddragelse kun perifert og kunne omtales mere eksplicit. Særligt under indsatser der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (s. 32) og under patient uddannelse (s. 35), synes det relevant at nævne og medtænke pårørende.

Det vurderes umiddelbart positivt, at der nu er en anbefaling af kognitiv adfærdsterapi til denne patientgruppe. Der gives dog en stærk anbefaling for kognitiv terapi (side 27), selvom evidensen kun er moderat og den forventede effekt relativ beskedent? Spørgsmålet er derudover, hvordan regionerne i givet fald skal implementere anbefalingen mest hensigtsmæssigt? Hvor skal behandlingen foretages og hvor omfattende skal tilbuddet være? Hvilken model er omkostningseffektiv? Det kan være hensigtsmæssigt at forskellige modeller afprøves, og der vil være brug for systematisk kvalitetsudvikling. Afklaring af disse forhold bør adresseres.

Kognitiv terapi kan desuden være dyrt afhængigt af, hvor mange der tilbydes behandlingen og omfanget heraf for den enkelte. Danske Regioner må derfor tage forbehold for eventuelt yderligere ressourceforbrug til kognitiv terapi.

Referencer er inkonsistent angivet. Nogle gange angivet som 'navne' og andre steder tal (eksempler side 27, 106, 115). Der er desuden to referencelister.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S



Frederiksberg 20. April 2018

Høringssvar til NKR for patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet

Først og fremmest vil Dansk Kiropraktor Forening gerne kreditere sundhedsstyrelsen og ikke mindst arbejdsgruppen for arbejdet i forbindelse med opdateringerne af disse Nationale Kliniske Retningslinjer.

Dansk Kiropraktor Forening vil dog også gerne udtrykke undren over at være blevet glemt i forbindelse med arbejdsgruppens opdateringer og som officiel høringspart.

Ved overenskomstforhandlinger med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) fokuseres der i forhandlinger meget på, hvor Kiropraktorernes kompetencer kan komme i spil, og her er de generaliserede smerter i bevægeapparatet ofte berørt sammen med komorbiditet.

DKF mener, at kiropraktorer eksplicit bør skrives ind i gennemgangen af faggrupper, som NKR'eren retter sig imod (s. 15), fordi:

Kiropraktorer via den daglige kliniske praksis har kontakt med netop de patienter, som udgør NKR'ens målgruppe. En praksis der bygger på en 5 årig universitetsuddannelse på Syddansk Universitet suppleret med en årig turnustjeneste.

Som led i kandidatuddannelsen har kiropraktorerne et modul med fokus på den biopsykosociale model, hvor der indgår håndtering af patienter med generaliserede smerter. Bl.a. med undervisere fra smerteenheden på OUH, ligesom der er et vist overlap af patienter med generaliserede smerter, som undersøges og behandles på Rygcenter Middelfart, hvor alle kiropraktorer er tilknyttet det sidste år af kandidatuddannelsen.

Kiropraktorer i primær praksis ser denne type af patienter i alle beskrevne trin i *'stepped care-modellen'* dvs. de endnu ikke diagnosticerede samt de med svære, generaliserede smerter.

Derudover arbejder kiropraktorer i sekundærsektoren på fx rygcentre, hvor disse patienter ofte ses.

Kiropraktorer er således både akademisk og klinisk kompetente til at give anbefalinger for undersøgelser i forbindelse med diagnostik og udredning, samt behandling i form af nonfarmakologiske interventioner, som netop er formålet med denne NKR.

Sluttelig vil DKF gerne understrege vigtigheden af, at Dansk Kiropraktor Forening samt Dansk Selskab for Kiropraktik inviteres til afgivelse af hørings svar for at sikre udbredelsen af nye kliniske retningslinjer i hele faggruppen.

Med venlig hilsen



Lone Kousgaard Jørgensen

Formand for Dansk Kiropraktor Forening

Til Sundhedsstyrelsen

Tak for muligheden for at deltage i ovenstående høring.
DASYS har ikke kommentarer til høringsmaterialet.

Venlig hilsen

Helle Johnsen

DASYS' sekretariat



Tfl. 4695 4155
Sankt Annæ Plads 30,
DK-1250 København K
dasys@dasys.dk www.dasys.dk

Til: Sundhedsstyrelsen

Hørings svar på national klinisk retningslinje for generaliseret smerte, opdatering

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens opdatering af national klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

DSF har i den forbindelse modtaget følgende bemærkninger fra Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF).

Det er glædeligt at se, at multimodale indsatser anbefales over fx farmakoterapeutiske alene. SMOF er af den opfattelse, at patienter med generaliserede smerter i moderat til svær grad kan have stor gavn af en multimodale og tværfaglige behandlingstilbud. I denne forbindelse vil vi gøre opmærksomme på, at anbefalingen om multimodale interventioner ikke nødvendigvis rummer tværfaglighed, som vi forstår som multidisciplinære interventioner.

SMOF går ud fra, at den svage anbefaling for multidisciplinær intervention tager udgangspunkt i manglende evidens og sparsom litteratur på området. Det er dog vores bekymring, at den enkelte smertepatient ikke opsøger relevante monofaglige interventioner på egen hånd, og derfor ikke vil modtage relevant behandling. Samtidig kan det nemt blive en uoverkommelig økonomisk byrde for patienten. Derfor er SMOF af den opfattelse, at multidisciplinære tilbud fortsat er relevante til den svære del af denne patientgruppe.

Til patienter med milde og evt. moderate gener bør multimodale, lokalt forankrede tilbud styrkes gennem primærsektoren. Samtidig er det afgørende, at fokus på efter- og videreuddannelse af de involverede fagpersoner styrkes så behandlingen optimeres og stigmatiseringer af patienterne undgås.

Dansk Selskab for Fysioterapi står til rådighed for uddybning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Fysioterapi

Peer review af **opdateret** national klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. 2018.

Aktuelle oplæg opdaterer NKR af samme navn udgivet i 2015.

Retningslinjen er aktuell og relevant som redskab til identifikation af denne store patientgruppe, der er karakteriseret ved udbredte kroniske smerter og som vejledning til behandling.

Picospørgsmålene er uændret fra tidligere og fokuserer på 10 udvalgte spørgsmål, hvoraf der ikke er fundet indikation for opdatering af følgende picospørgsmål: 1, 2, 4, 5, 6, 7 og 13.

Følgende picospørgsmål er opdateret: 3, 8, 9, 10, 11, 12.

Der anføres ikke overvejelser omkring behov for supplerende pico-spørgsmål.

Litteraturlisten er opdateret med 20 referencer.

Ved gennemgang af de foreliggende picospørgsmål rejses følgende overvejelser, hvoraf flere har været nævnt i tidligere evaluering, men som fortsat forekommer relevante:

Fokuseret spørgsmål 1: Udredning og diagnostik

Uændret

Det anføres at 'smerter i bevægeapparatet anses som en tilstand, der kan have mange forskellige diagnosebetegnelser'. Senere i baggrundsafsnittet pointeres at arbejdsgruppen er enige om at generaliserede smerter i bevægeapparatet (CWP) er en reel sygdom – det kunne med fordel fremgå af indledningen til pico 1, da det er tilbagevendende emne for diskussion, hvilket for patienten betyder at der kan opstå usikkerhed omkring diagnose og ved evaluering herunder ønskelig kvalitetsmonitorering vil det betyde stor usikkerhed alene på baggrund af varierende kodepraksis.

Der listes områder, som den praktiserende læge kan gennemgå mhp først at udelukke anden sygdom for derefter at diagnosticere CWP. Listen er summarisk. Er det muligt at foreslå hjælperedskaber til vurdering af, hvert af de berørte områder? Her tænkes specifikt på, at der senere lægges vægt på at aktivitet og deltagelse er vigtige parametre for den efterfølgende vejledning og behandling samt evaluering, men der nævnes ikke vejledende sværhedsgrad. For eksempel nævnes under patientdefinitioner pkt 16 Symptom Severity Scale, som muligt diagnostisk redskab, men det indgår ikke specifikt i diagnostik eller monitorering.

Det anføres ligeledes at CWP kan sameksistere med andre somatiske og psykiske sygdomme, men der vejledes ikke omkring, hvornår CWP bør inddrages som selvstændig diagnose, når der er andre sygdomme

til stede. En vejledning vil være en fordel herunder brug af CWP som A og B diagnose, når der senere anbefales oprettelse af kvalitetsmonitorering, hvor koderne vil være naturligt redskab til identifikation af disse patienter.

Fokuseret spørgsmål 2: Superviseret fysisk træning varetaget af sundhedsprofessionel
Uændret

Fokuseret spørgsmål 3: Kognitiv adfærdsterapi

Anbefalingen opdateret og er i overensstemmelse med den tilkomne litteratur. Der lægges vægt på at de behandlere, der skal varetage den cognitive behandling, skal være certificerede, men der indgår ikke vejledning i hvad det eksplicit omfatter af grunduddannelse og/eller supplerende uddannelse. Det kan overvejes at vejlede på dette punkt, da der aktuelt er stor variation i de udbud, der på markedet for såvel CBT som ACT.

Fokuseret spørgsmål 4: Indsatser der retter sig mod aktivitet og deltagelse i hverdagslivet
Uændret

Fokuseret spørgsmål 5: Patientuddannelsen
Uændret

Fokuseret spørgsmål 6: Indsatser rettet mod arbejdsfastholdelse
Uændret

Afsnittet vedr egen læges mulighed for at beskrive funktionsevnen kan med fordel uddybes mhp hvem samarbejdet rettes mod – i hvilken grad er det egen læge og patienten selv, der aktiverer arbejdsgiver eller kommunen, og hvornår er det omvendt. Der foreligger vejledninger, som med fordel kan inddrages i det socialmedicinske samarbejde.

Fokuseret spørgsmål 7: Multidisciplinær intervention
Uændret.

Fokuseret spørgsmål 8: Opioider med dual action
Opdateret og relevant.

Fokuseret spørgsmål 9: Opioider uden dual action

Opdateret og på linje med generel vejledning omkring brug af opioider.

Fokuseret spørgsmål 10: Tricykliske antidepressiva

Opdateret og på linje med generel vejledning omkring brug af TCA.

Fokuseret spørgsmål 11: Serotonin og Noradrenalin Reuptake Inhibitor (SNRI)

Opdateret og på linje med generel vejledning omkring brug af SNRI.

Fokuseret spørgsmål 12: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

Opdateret og på linje med generel vejledning omkring brug af SSRI.

Fokuseret spørgsmål 13: Antokonvulsiva

Opdateret og på linje med generel vejledning omkring brug af Gabapentin og Lyrica.

Baggrund

Omfattende og præcis gennemgang.

Er det muligt at estimere antallet af patienter på de enkelte trin i trappetigen? Et estimat vil styrke afsnittet om organisering og det forventede omfang af de fremsatte forslag.

Der lægges stor vægt på at de vigtigste parametre for patienten er aktivitet og deltagelse, men det uddybes ikke hvordan. Det anbefales at udvide beskrivelsen af hvad det omfatter og hvordan klinikerne kan vurdere det i den daglige klinik ellers om der er behov for observation af den faktuelle funktionsevne.

ICD-koderne listes – de sidste tre koder er ikke korrekte.

Hvilken betydning forventer arbejdsgruppen eventuel inklusion af alle diagnoser vil have for omfang af populationen af CWP-patienter og hvilken betydning kan det tænkes at have for de anførte konklusioner i pico 1-13?

Samlet vedrørende effektmål

Det nævnes, at der ikke foreligger standardiserede mål for outcome, men en kort beskrivelse af de vigtigste outcomes vil sandsynligvis inspirere diagnostikeren og behandleren til at beskrive forventet og opnået effekt i termer, der vil kunne reproducere og anvendes i vejledningen af patienten. Der foreslås en kort beskrivelse af de hyppigst anvendte outcomes specielt mhp at kunne vurdere funktionsevne og livskvalitet som fremhæves som kardinale fokuspunkter for vurdering af denne patientgruppe.

Konklusion

Overordnet velskrevet og relevant retningslinje, der indeholder vejledninger, der omhandler denne gruppe patienter med generaliserede smerter, og som vil kunne danne grundlag for retningslinjer for andre kroniske patientpopulationer.

Det er ikke nævnt om man har overvejet at supplere med yderligere picospørgsmål. Området omkring alternativ non-farmakologiske smertebehandlingen, kunne med fordel have været overvejet, idet mange patienter opsøger den form for behandlinger.

Sammensætning af arbejdsgruppe

Det bemærkes at praktiserende læger ikke er repræsenteret i aktuelle arbejdsgruppe på trods af at de beskrives som kerneudreder, behandler og vejleder.

Opsætning:

s. 5 formodes at være 'Generelle budskaber'

Pico 1 listen omfatter kun et punkt 1. anamneses, mon der skal komme 2. paraklinik?

Pico 12 er markeret som 9

Pico 13 er markeret som 10

I afsnittet Patientdefinitioner under pkt 16 mangler der et afsnit efter almene symptomer.

Der er indsat litteraturliste for den tidligere udgave og for den aktuelle opdatering, nytilkomne referencer kan med fordel markeres i den nye så man kan se hvilke referencer der er tilkommet.



Berit Schiøttz-Christensen

14. april 2018

Peer review

Klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet

Peer review er gennemført på de fokuserede spørgsmål nr. 3, 8, 9, 10 og 11 mht. anbefalingernes relevans og styrkeangivelse samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af den anførte evidens.

Manuskriptet generelt

Det er en styrke, at Sundhedsstyrelsen laver en NKR om generaliserede smerter i bevægeapparatet som overordnet tema frem for at fokusere på enkeltstående syndromdiagnoser.

Der er overalt tydelig markering af anbefalingernes niveau også for den læser, der slår ned et tilfældigt sted inde i teksten. Der er en tydelig og ensartet inddeling af de enkelte kapitler.

De formulerede spørgsmål og problemstillinger er relevante og klart afgrænsede.

Det er en betydelig svaghed i denne NKR, at man på én gang angiver, at behandlingen skal følge en stepped care model (side 82) og samtidig ender ud med at have snævre søgestrengte i relation til behandling. Det betyder, at man ifølge den anbefalede behandlingsmodel skal varetage størstedelen af behandlingsansvar og dermed antallet af patienter i almen praksis - hvilket også giver god mening i et sundhedstjenesteperspektiv – men samtidigt ender ud med behandlingsanbefalinger, der udelukkende bygger på forskning gennemført i specialiseret regi. For eksempel er en af de nye hovedanbefalinger, at behandle patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet med kognitiv terapi, men denne skal udføres af "sundhedsprofessionelle, der som følge af specifik efteruddannelse har en grundlæggende faglighed inden for det psykologiske felt", hvilket ikke kan forventes af størstedelen af speciallæger i almen medicin. Der er således ikke sammenhæng imellem den overordnede behandlingsanbefaling og de specifikke, evidensbaserede anbefalinger.

Der mangler inklusion af evidens fra primærsektoren i forhold til håndtering af generaliserede smerter mere generelt svarende til "voksne patienter, med vedvarende, generaliserede smerter i bevægeapparatet" som anført side 15. Denne evidens vil skulle fremsøges via andre søgestrengte og kunne måske ligge i et særskilt kapitel i fremtidige NKR.

Ændringsforslag:

Der er kun lavet få ændringer i anbefalingerne siden 2015, idet der fortsat mangler evidens/litteratur på området. Jeg vil derfor foreslå, at man i indledningen kort beskriver noget om den nye opdatering, så læseren guides i forhold til, hvor/hvad der er væsentligt nyt (og ikke blot, hvilke spørgsmål er opdateret). Der er flere steder tegnsætnings- og skrive-/stavefejl i den tilsendte version.

Vurderede PICO-spørgsmål

Spørgsmål 8, 9, 10 og 11 er opdateret uden ændringer, hvorfor jeg kun har få bemærkninger.

Spørgsmål 3: KAT

Spørgsmålet er belyst via nye statistiske analyser. Resultatet heraf er i overensstemmelse med anbefalingen (grøn og moderat). Der er forbehold for forskellige typer bias i de oprindelige studier, og SMD er ikke overvældende høj (moderate effekter). Der er oftest kun kort follow-up med moderat effekt på smerteintensitet og velbefindende, mens effekt på fx arbejdsfærdighed formentlig kræver længere tids follow-up end studierne har foretaget.

Denne anbefaling står som en af de få som stærk, hvilket giver en tydelig retning for fremtidig behandling af kroniske smerter. Man kunne dog overveje at indskrive i boksen, at effekten af behandlingen kun er moderat.

Der anføres på side 26, at psykologisk behandling især retter sig mod patienter med komplekse problemstillinger. Hvad er baggrunden for kun at anbefale det til denne gruppe? Er det fordi evidensen kun stammer herfra?

Som det er anført i boksen nu, vil almen praksis IKKE kunne behandle patientgruppen (med CBT), idet man skal være specifikt uddannet heri. Som anført ovenfor savnes en beskrivelse af evidens fra andre områder (fx medicinsk uforklarede symptomer [1] og psykologisk behandling [2] i frontline health care), hvis denne NKR skal omfatte almen praksis.

Det anføres i patientpræferencer, at man skal følge stepped care og tilbyde patientuddannelse (kommunen?), men det korresponderer dårligt med anbefalingen om specialiseret terapi.

Spørgsmål 8: Opioider dual action

Anbefalingens niveau og styrke af evidens specifikt for generaliserede smerter i bevægeapparatet fremstår i overensstemmelse med fund og det, at der kun findes 2 studier og dermed fundersøgte patienter.

Her skrives MOD (i indledningen IMOD).

Jeg savner noget om tidshorisonten for effekten. Hvornår i behandlingsforløbet er henholdsvis de 50 og 30 % reduktion fundet? Og hvor længe varer effekten ved?

Svimmelhed er taget med som signifikant, men CI krydser 1. Fejl?

Selv om der ikke er lavet studier over afhængighed i relation til målgruppen her, så er disse lavet i andet regi, og disse resultater kan vel overføres og er af interesse for klinikerne? (Jeg bemærker, at der henvises til anden vejledning i teksten). Skal evidensen for risiko for afhængighed stå tydeligere under evidensen/kvaliteten af evidensen?

Sætningen om, at andre behandlingsformer ikke altid er tilstrækkelig effektiv, står anderledes her, end den gør under de øvrige spm. vedr. medicinsk behandling.

Spørgsmål 9: Opioider uden dual action

Ingen evidens, men man kunne også her overveje at henvise til den generelle NKR om afhængighedsskabende lægemidler.

Spørgsmål 10: TCA

Anbefalingen er uændret svag, hvilket er i overensstemmelse med de fundne studier.

Der anføres en mindre forekomst af mundtørhed trods RR 4.95, 5 studier – mens man under spørgsmål 8 anfører klinisk relevant effekt med RR 1,87 og kun 1 studie. Det virker inkonsistent.

Spørgsmål 11: SNRI

Anbefalingen er uændret svag, hvilket er i overensstemmelse med lav effekt i de fundne studier.

Der anføres, at der ikke var effekt på frafald pga. bivirkninger, men RR 1,61 og CI inkluderer ikke 1. I tabellen anføres da også, at der muligvis er en effekt på frafald. Ligeledes anføres ingen effekt på svimmelhed, selv om tiltro er moderat og RR 2.16 (dvs. på niveau med sløvhed). Tilsvarende for kvalme og forstoppelse. Jeg forstår således ikke sammenfatningen i forhold til resultaterne af tabellen.

SMD 0,28 for smerte er meget lavt, men anføres som klinisk relevant. Det virker som om effekten ikke står mål med antallet af potentielle bivirkninger og placerer SNRI mellem svag anbefaling for og imod. Dog findes ingen evidens for alvorlige bivirkninger.

Referenceliste

1. Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C: **Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care**. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, **10**:CD008142.
2. Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, van Schayck CP: **Psychosocial interventions by general practitioners**. *CochraneDatabaseSystRev* 2007(3):CD003494.