

Oversigt over hørings svar og peer reviews

Opdatering af den nationale kliniske retningslinje for hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik

1. Dansk Selskab for Kiropraktik
2. Danske Fysioterapeuter
3. Dansk Kiropraktor Forening
4. Dansk Selskab for Almen Medicin
5. Ergoterapeutforeningen
6. Dansk Sygepleje Selskab
7. Dansk Reumatologisk Selskab
8. Danske Regioner
9. Kommunernes Landsforening
10. Dansk Selskab for Fysioterapi
11. Dansk Ortopædisk Selskab
12. Peer review, Hans Lund

Odense 01.03.2021

Høringssvar vedr.

National klinisk retningslinje for hofteartrose (ikke kirurgisk-behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik)

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

På Dansk Selskab for Kiropraktiks vegne, takker vi for lejligheden til at kommentere og afgive høringssvar på den fremsendte opdatering af den nationale kliniske retningslinje for hofteartrose (ikke kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik).

DSK vil gerne udtrykke anerkendelse af det store og vigtige arbejde, der ligger bag opdateringen af rapporten.

Smerter relateret til hofteartrose er en hyppig årsag til at patienter henvender sig i kiropraktor praksis og vi bifalder opdatering af den gældende retningslinje, så ny viden kan inkluderes i anbefalingerne. Rapporten understreger desuden at der er manglefuld evidens for behandling af patienter med hofteartrose, og vi vil gerne kreditere arbejdsgruppen for at sætte fokus på dette.

Vi ser frem til at de øvrige PICO i retningslinjen i fremtiden kan opdateres og foreslår at retningslinjen også bør inkludere anbefalinger for brug af smertestillende medicin og eksempelvis intraartikulær injektionsbehandling, da det også for disse behandlinger er vigtigt at få klarlagt evidensniveauet.

De tre anbefalinger, der er opdateret (PICO 6, 7 og 8), relaterer sig til det postoperative forløb efter hoftealloplastik. Vi ønsker at kreditere arbejdsgruppen for, at der i anerkendelse af, at der er tale om en meget inhomogen gruppe af patienter, er lagt vægt på muligheden for at tilgodese patienternes individuelle ressourcer og præferencer ved anvendelse af anbefalingerne. Vi finder arbejdsgruppens overvejelser gode og relevante og har ikke yderligere kommentarer til de opdaterede anbefalinger.

På vegne af Dansk Selskab for Kiropraktik
Kiropraktor Tine Aagaard, DSK
Kiropraktor, Ph.d.-studerende Stine Clausen, DSK

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Mail: NKRsekretariat@sst.dk



Høringssvar på opdateringen af den Nationale Kliniske Retningslinje for hofteartrose

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at give høringssvar på den opdaterede Nationale Kliniske Retningslinje for hofteartrose.

I den nye NKR for hofteartrose er PICO 6-8 valgt ud til opdatering. Særligt opdateringen af PICO 6: "Svag anbefaling mod superviseret genoptræning efter total hoftealloplastik operation", vækker bekymring hos Danske Fysioterapeuter. Mere konkret er vi bekymrede for, at flere patientgrupper – for hvem superviseret genoptræning kan være en fordel – ikke vil blive tilbudt dette, hvis retningslinjen opdateres som beskrevet i det nuværende udkast. Derudover ser vi en risiko for, at den opdaterede retningslinje kan medvirke til at øge den sociale ulighed i sundhed i Danmark.

I juni 2020 udkom rapporten "Reoperationer og akutte genindlæggelser efter hofteoperationer", udarbejdet af Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkenhed (SIMB). Rapporten viser bl.a. at der er store lokale og regionale forskelle på indlæggelsestiden efter en total hoftealloplastik, brugen af genoptræningsplaner samt postoperativt behov for hjemmepleje. Men rapporten viste også, at visse individkarakteristika kan kobles til en øget risiko for et dårligt forløb. Blandt disse individkarakteristika er arbejdsmarkedstilknøytning, alder, psykiatrisk kontakt, civilstatus og kroniske sygdomme.

Ser vi på eksklusionskriterierne i de studier, der ligger til grund for den opdaterede retningslinje på PICO 6, så bliver det tydeligt, at individer med flere af ovenstående individkarakteristika *fravælges* i undersøgelserne. Arbejdsgruppen forsøger at imødekomme studierne manglende repræsentativitet ved at tilføje bemærkningen om, at "*Det bør overvejes at tilbyde genoptræning med supervision til patientgrupper med særlige behov*".

Hos Danske Fysioterapeuter ser vi en risiko ved den vage formulering *ift. superviseret genoptræning*, når arbejdsgruppen skriver, at *det bør overvejes*. Af rapporten fra SIMB påpeges det, at der er store lokale og regionale forskelle på, hvorvidt patienter får udarbejdet genoptræningsplaner. For

Dato:

08-03-2021

Email:

sto@fysio.dk

Tlf. direkte:

patienter med hofteartrose er det således på landsgennemsnit 57,7 %, der får udarbejdet en genoptræningsplan. Ser man på, hvordan genoptræningsplaner prioriteres på tværs af sygehuse, svinger andelen af patienter, der får udarbejdet en genoptræningsplan, fra 14,7% på Sydvestjysk Sygehus til 93,1 % på Holbæk Sygehus.

Med de markante forskelle i sygehusenes anvendelse af genoptræningsplaner frygter Danske Fysioterapeuter, at patienter, der har brug for superviseret genoptræning, tabes på gulvet. Vi ser derfor et behov for, at NKR for hofteartrose mere specifikt forholder sig til, hvilke patientgrupper og individkarakteristika, der bør tilbydes superviseret genoptræning. Ved at undlade dette og blot tilbyde genoptræningsplaner til de patienter, der efterspørger dem, ser Danske Fysioterapeuter en risiko for at NKR for hofteartrose vil bidrage til den stigende ulighed i sundhed.

Hos Danske Fysioterapeuter mener vi, at retningslinjen om hofteartrose bør søge at sikre, at den ikke bidrager til at øge uligheden i sundhed, ligesom den bør sikre, at patienter, der gennemgår en risikofyldt og økonomisk dyr behandling, sikres en effektiv genoptræning af deres funktionsevne og selvhjulpethed efterfølgende. Det giver både menneskeligt og samfundsøkonomisk mening.

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

Med venlig hilsen

Sille Frydendal

Afdelingschef, Profession og Karriere

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



4. marts 2021

Høringsvar fra Dansk Kiropraktor Forening over udkast til National klinisk retningslinje for hofteartrose

Dansk Kiropraktor Forening takker for høringsversionen af National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik. Dansk Kiropraktor Forening anerkender det store arbejde for at sikre en landsdækkende, evidensbaseret og ensartet indsats for hofteartrose.

Dansk Kiropraktor Forening bifalder, at brugen af manuel behandling, superviseret træning, styrketræning og patientuddannelse fortsat anbefales i tillæg til vanlig behandling. Retningslinjen ligger godt i tråd med eksisterende anbefalinger inden for kiropraktorområdet.

Dansk Kiropraktor Forening bemærker dog i gennemgang af evidensen for manuel terapi (side 21), at studierne med flest behandlingssessioner og brug af ledmanipulation fremfor ledmobilisering fandt de største effekter. Til trods for dette konkluderes, at manuel terapi som behandlingsform for patienter med hofteartrose ikke bør stå alene, men tilbydes som supplement til anden behandling. Ses der ikke effekt efter 4-6 behandlingssessioner med manuel terapi, bør der reevalueres med henblik på type af manuel terapi samt eventuelt overvejes at fravælge interventionen.

Dansk Kiropraktor Forening mener det giver god mening at længere behandlingsforløb giver størst effekt, når det drejer sig om hofteartrose, hvor netop ledbevægeligheden er nedsat. Vi kunne derfor ønske beskrevet, at så længe der er fremgang/behandlingseffekt bør manuel behandling fortsættes, i stedet for at det er svævende hvilken effekt det skal have ved 4-6 behandlinger, for hvad er effekt nok?

At arbejde evidensbaseret er af højeste prioritet for kiropraktorerne, hvorfor Dansk Kiropraktor Forening vil medtænke den nationale kliniske retningslinje i vores informationsmateriale omkring hofteartrose. Vi anerkender også, at evidensen er relativ lav for hofteartrose og bakker op om en øget forskningsindsats på området.

Dansk Kiropraktor Forening gør derudover opmærksom på, at tilskudssystemet kan favorisere lægebesøg og dermed også kirurgisk behandling af hofteartrose.

Med venlig hilsen

Lone Kousgaard Jørgensen
Formand, Dansk Kiropraktor Forening

Til NKR Sekretariatet

DSAM takker for modtagelsen af invitation til høring af National klinisk retningslinje for hofteartrose.

Vi har dog ingen kommentarer til denne NKR og tager retningslinjen til efterretning.

Venlig hilsen
Anders Beich
Formand, DSAM

(Mail sendt på vegne af Anders Beich)



Dansk Selskab for Almen Medicin
Stockholmsgade 55, 2100 København Ø
Telefon: 7070 7431 – Direkte/mobil: 7370 7628
dsam@dsam.dk – www.dsam.dk

Til NKR Sekretariatet

Ergoterapeutforeningen har ikke bemærkninger til den fremsendte høring.

Med venlig hilsen
Ulla Garbøl

Chefkonsulent

Ergoterapeutforeningen

Nørre Voldgade 90, 2
DK-1358 København K
Tlf: 88 82 62 70
Direkte: 53 36 49 25
etf.dk

København den 7/3 - 2021

Høringssvar fra DASYS vedr. Høring: National klinisk retningslinje for hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har ikke modtaget høringssvar fra DASYS' medlemmer, dog har FS for Ortopædkirurgiske Sygeplejersker haft en udpeget repræsentant i arbejdsgruppen.

Generelt

Den nationale retningslinje fremstår meget grundigt gennemarbejdet med klare anbefalinger og med grundig reference til litteraturen. Der er redegjort for anvendt metode samt kritisk stillingtagen til niveauet af evidens m.m.

Afsnittet omkring implementering og monitorering henviser til, at ansvaret for implementering ligger i regionerne og kommunerne, hvorefter der, som understøttende værktøj, henvises til en værktøjskasse fra 2014 til at bistå implementering af den nationale retningslinje. Implementerings- og monitoreringstiltagene bliver på det helt overordnede plan og ikke operationelle i forhold til at sikre en grundig implementering. Kvalitetssikring af indsatsen er ikke omtalt, hvorved opfølgning på retningslinjen bliver vanskelig.

Afslutningsvist

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål, står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Pernille Olsbro
Bestyrelsesmedlem

Høringsvar vedrørende Sagsnr. 05-0000-54, ” Nationale kliniske retningslinjer for hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik”

Dansk Reumatologisk Selskab har læst den Nationale kliniske retningslinje og har følgende kommentarer til denne høring.

Da målgruppen for retningslinjen er angivet som relevante sundhedsprofessionelle herunder ”læger i almen praksis, fysioterapeuter, kiropraktorer, ortopædkirurger, reumatologer”, finder vi, at retningslinjen har betydelige mangler i forhold til den nuværende kliniske praksis.

Specifikt efterlyser vi stillingtagen til og beskrivelse af:

- Analgetisk behandling
- Steroid-injektioner
- Kosttilskud
- Ultralyds behandling
- Laserbehandling

Vi antager, at vi får lejlighed til at fremsætte yderligere udtalelser, såfremt der fremkommer en revideret udgave.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen i Dansk Reumatologisk Selskab

Til Sundhedsstyrelsen'
NKR Sekretariatet

DANSKE
REGIONER



Dato 9. marts 2021
EMN-2017-02007
Annamaria Marrero Zwinge

Hørings svar vedr. National klinisk retningslinje for hofteartrose

Danske Regioner har den 9. februar 2021 modtaget national klinisk retningslinje national klinisk retningslinje for hofteartrose, i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til retningslinjen som har været i høring i regionerne. Nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

I de opdaterede kapitler (PICO 6, 7, 8) (side 31-88) refereres generelt til at "metaanalyse viste...hvilket er under mindste kliniske relevans, som er ..." men der er ingen referencer. Eller blot "forskellen er ikke klinisk relevant, da det svarer til ...". Det vil øge læsevenligheden med referencer. Hvis der ikke er en reference, bør det fremgå, at det er arbejdsgruppens vurdering, at forskellen ikke er klinisk relevant.

Angående anbefalingen: "Tilbyd ikke supervision rutinemæssigt ved genoptræning efter total hoftealloplastik, da den gavnlige effekt er usikker".

I den opdaterede anbefaling fremgår: "Det bør overvejes at tilbyde genoptræning med supervision til patientgrupper med særlige behov. Efter arbejdsgruppens vurdering kan disse patienter for eksempel, men ikke udelukkende, være patienter der:

- er ældre og eventuelt bor alene,
- har haft komplicerede forløb,
- lider af multisygdom eller komorbiditet (dette kan både være somatisk eller psykisk sygdom med betydning for behovet for støtte til genoptræningen),
- er usikre på, hvordan de skal håndtere genoptræningen,
- tidligere har haft brug for hjælpemidler eller har øget risiko for fald,
- ønsker supervision, fordi det øger trygheden i deres genoptræningsforløb eller
- mangler motivationen til at træne hjemme."

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Det er terapeuternes kliniske erfaring at ovenstående sammenholdt med at: "Arbejdsgruppen fremhæver, at der er behov for en udskrivelsesplan om pleje og rehabilitering, som er udarbejdet i samarbejde med patienten, og som imødekommer patientens individuelle behov, præferencer og motivation" kan gøre det vanskeligt at reducere væsentligt i antal GOP'er, da langt de fleste patienter giver udtryk for ønske om fortsat genoptræning superviseret af en fysioterapeut, når de udskrives fra hospitalet.

Generelle faglige kommentarer

Der er lokalt gode erfaringer med at patienterne ses på sygehuset til kontrol i 4 uger efter total hoftealloplastik, hvor fysioterapeuten vurderer om de skal ud til superviserede genoptræning i kommunen med en genoptræningsplan. Harris Hip Score benyttes som et hjælperedskab, til at vurdere om patienten får en genoptræningsplan.

Vægttabsintervention (afs. 6) til overvægtige patienter med hofteartrose (2016) bør undlades som anbefaling som god praksis, da evidensen på området om vægttab viser at livsstilsinterventioner med fokus på vægttab ikke har en langvarig vægtreducerende effekt. Derfor bør det overvejes, om man skal anbefale det som god praksis at henvise patienterne til dette, da chancerne for varigt vægttab er ringe (se forslag til supplerende litteratur).

Det er iøjefaldende, at der er en svag anbefaling (afs. 8 og 9) mod rutinemæssigt at tilbyde superviseret genoptræning efter total hoftealloplastik, mens der samtidig er en svag anbefaling for styrketræning. Er det set i lyset af det så kun er gældende for den patientgruppe der modtager superviseret træning? Er det tilsvarende den samme patientgruppe der er repræsenteret i studierne, der belyser evidens for anbefalingen for styrketræning. Kan man forstille sig at den gruppe der har gavn af styrketræning, med disse nye anbefalinger ikke modtager superviseret genoptræning, da de ikke falder under de beskrevne underpunkter i punkt 8.?

Specifikke Kommentarer

Side 12, SOF-tabel

I retningslinjen fremgår:

Patientrapporteret funktionsevne (change)

Forskel: SMD 0.17 lavere (CI 95% 1.17 højere - 0.82 højere) - generelt anvendes CI 95% for 95% CI

Det må være:

Forskel: SMD 0.17 lavere (95% CI 1.17 lavere - 0.82 højere) - da SMD bør være i midten af konfidensintervallet.

Patientrapporteret funktionsevne (endpoint)

Forskel: SMD 0.39 lavere (CI 95% 0.6 lavere - 0.7 lavere). Det er ikke umiddelbart klart hvor fejlen ligger, men SMD burde ligge midt i konfidensintervallet – her er SMD ikke inkluderet i 95% CI.

Side 21, SOF-tabel

Smerte - endpoint (Pain). Efter endt behandling er dette opgivet som en SMD = 0.18, men i Helen Frenchs studie er dette resultat opgivet som Mean difference på Pain Severity – generelt bør resultaterne checkes for om der menes SMD eller MD – estimerne og 95% CI er rigtige.

Side 31

Det vurderes, at overvejelserne om at tilbyde superviseret genoptræning (GOP) til patientgrupper med særlige behov (anført i de 7 "dots") vil betyde, at en betydelig del af patienterne, der har fået en THA, ender med alligevel at få en GOP.

Det anbefales ikke at tilbyde supervision rutinemæssigt ved genoptræning efter total hoftealloplastik, da den gavnlige effekt er usikker.

Anbefalingen bygger på en lille eller mangelfuld effekt på det primære outcome (patient rapporteret funktionsevne) – og lille til moderat effekt på smerte og præstationsbaseret funktion.

Det er svært at vurdere sammenhængen for anbefalingen imod superviseret genoptræning da effekt size af samme størrelse bevirker en svag anbefaling for styrketræning.

Ligeledes er der mange grupper af patienter, hvor arbejdsgruppen mener, at der bør tilbydes superviseret træning. Anbefalingen bør ændres til:

"Det anbefales at tilbyde superviseret genoptræning efter total hoftealloplastik til patientgrupper med særlige behov, som er men ikke udelukkende (og de relevante grupper).

Side 33, sammenfatning

Reference 34 mangler i referencelisten.

Side 35

6 meter gangtest (6MWT), skal være 6 minutters gangtest. Det er en systematisk fejl, som skal konsekvensrettes i de opdaterede kapitler.

Rejse/sætte sig test (antal repetitioner). Angive som på side 44 (antal på 30 sekunder) eller (antal sekunder på 5 gentagelser).

Manglende konsistens: nogle steder står " bias på grund af manglende blinding af personale" og andre steder står " bias på grund af manglende blænding af personale og deltagere". Går igen i de opdaterede kapitler.

Side 41

Det vurderes at anbefalingen af styrketræning, som led i et superviseret genoptræningsforløb, vil betyde at endnu flere skal tilbydes en GOP. Her henvises til patientcase 3 side 62, hvor en patient, der ikke umiddelbart vurderes at have særlige behov (anført i de 7 "dots"), alligevel skal have en GOP.

Side 46, SOF-tabel

Brugen af Merle D'Aubigné and Postel scoring system som patientrapporteret funktionsevne kan diskuteres da scoringssystemet indeholder tre dele smerte – led mobilitet (bevægelighed) og gang (brug af hjælpemidler undergang) – og ikke måler patientrapporteret funktion. PCS (SF-36) er at foretrække.

Forslag til supplerende litteratur

- Stunkard A.J, McLaren-Humen M. The results of treatment for obesity: a review of the literature and report of a series. *AMA Arch Intern Med.* 1959;103(1):79-85
- Nordmo, M., Danielsen YS., Nordmo M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, November 2019; 1-15.
- Garner & Wooley. *Clinical Psychology Review.* Obesity treatment: the high cost of false hope. *J Am Diet Assoc.* 1991 Oct;91(10):1248-51
- Mann T, Tomiyama J, Westling E, Lew A-M, Samuels B, Chatman J. Diets are not the answer. *American Psychologist University of California*, April 2007. Vol. 62, No 3, 220-233
- Fildes A, Charlton J, Rudisill C, Littlejohns P, Prevost AT, Gulliford MC. *Am J Public Health.* 2015 Sep;105(9): e54-9
- Matheson EM, King DE & Everett CJ. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *The Journal of the American Board of Family Medicine.* 2012 Jan 1; 25(1): 9-15
- Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC Norfolk Prospective Population Study. 2008 *PLoS Med* 5(1): e12

Med venlig hilsen

Rósa Víkingsdóttir

Konsulent

Center for sundhed og sociale indsatser (SUS)



**Sundhedsstyrelsen
NKR sekretariatet**

KL's hørings svar vedr. NKR for ikke kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik

KL fremsender hermed bemærkninger til høringsmateriale vedr. opdatering af nationale kliniske retningslinjer for ikke kirurgisk behandling og genoptræning af total hoftealloplastik.

KL hilser opdateringen af retningslinjen velkommen. Det er et værktøj, som kan være til nytte blandt de sundhedsprofessionelle i kommunerne. KL har følgende konkrete bemærkninger:

Superviseret styrketræning til patienter med hofteartrose

KL anerkender, at der ikke er foretaget en ændring af denne anbefaling, men en gennemgang af ny litteratur, kunne muligvis have bidraget med relevant viden, som kunne have ført til en præcisering af anbefalingen og dermed, hvordan den bedst implementeres i praksis.

Vægttabsintervention til overvægtige patienter med hofteartrose

Det fremgår af anbefalingen, at det er god praksis at tilbyde vægttabsintervention til overvægtige patienter med hofteartrose i tillæg til vanlig behandling. Det skal bemærkes, at det ikke er en intervention, som indgår i den kommunale genoptræning. Det står derfor uklart hen, hvem der skal udføre denne intervention og finansieringen heraf.

Genoptræning efter total hoftealloplastik

KL vurderer, det er nyttigt, at der fremgår indikationer for superviseret træning, og der er tilføjet anbefalinger for træningsfrekvens, varighed og den skal indeholde styrketræning. Det fremmer implementeringen og sikrer, at de svageste borgere ikke overlades til en genoptræning, de ikke selv mestrer. Men da anbefalingen på baggrund af den foreliggende evidens er imod superviseret træning, må det antages at størstedelen af de opererede selv kan varetage træningen. Det stemmer dog ikke overens med de to sidste bullits i listen, med hhv. 'ønske' om supervision og 'manglende motivation'. Hvis fagpersonerne lader det være op til den enkelte borgers ønsker ift. superviseret træning eller ej, kan det betyde, at næsten alle borgere vil vælge superviseret træning.

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, kontorchef

Dato: 9. marts 2021

Sags ID: SAG-2015-01276
Dok. ID: 3057823

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1

Til: Sundhedsstyrelsen

Høringsvar vedrørende Sundhedsstyrelsens ”NKR for hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik”

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens, udkast til *NKR for hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik*.

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde med en national kliniske retningslinje der fremstår tydelig i sine budskaber og udgør en god støtte i det evidensbaserede arbejde med patienter med hofteartrose og patienter efter operation med total hoftealloplastik.

Nærværende brev er samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi, der leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med:

- Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri
- Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi
- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi
- Dansk Selskab for Fysioterapeutisk Test og Træning
- Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi
- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi

Generelle bemærkninger og anbefalinger

Retningslinjen fremstår generelt læsevenlig og vi finder særligt brugen af patientcases til nuancering af kompleksiteten i den kliniske virkelighed anvendelige. På samme vis fremstår de konkrete anbefalinger i Quickguiden såvel nuancerede som håndgribelige ud fra et klinisk perspektiv.

Vel vidende at PICO 7 ikke er adresseret i denne opdatering, vil vi gerne påpege at netop patientuddannelse bør have et særligt og selvstændigt fokus. Patienter indenfor dette felt har ofte en række muskuloskeletale udfordringer der gennem en længere periode er progredieret med nedsat kapacitet på både deltagelses-, funktions- og vævsniveau. Uanset hvilken behandling der efterfølgende iværksættes, anses patientuddannelse derfor generelt som afgørende. Det er essentielt at styrke patienterne i at håndtere smerteproblematikker, fastholde et højt funktionsniveau og forsøge at modvirke vævsmæssig regression da der ofte ses store funktionelle udfordringer knyttet til ADL og særligt gangfunktionen.

Vi savner desuden mere tydeligt fokus på differentieringen mellem valg af konservativ kontra kirurgisk behandling, herunder hvilke behandlinger der eventuelt bør være afprøvet førend patienten tilbydes en kirurgisk behandling. Således efterspørger vi et større fokus på patientens samlede forløb. Og hvis dette ikke er muligt på baggrund af den nuværende viden, så kan det med fordel gøres mere eksplicit omkring opsummeringen af retningslinjen.

I forlængelse af de generelle kommentarer, mener vi at træning, superviseret træning og manuel terapi bør ses i lyset af både klinisk og forskningsbaseret viden på alle niveauer. Er formålet med retningslinjen at vurdere og anbefale interventioner ud fra et klinisk perspektiv, mener vi at der bør laves uddybelser af at træning og manuel terapi indgår med svage anbefalinger for i dette udkast. Vi går ud fra, at disse konklusioner beror på velkendte metodiske udfordringer i undersøgelser, hvor forsker og forsøgspersoner ikke kan blindes, *da det er vores generelle opfattelse at aktiv tilgang til både generel og specifik egen-håndtering af følgevirkninger af artrose bør anses som førstevalg i et forsøg på at reducere risikoen for udvikling af sværere symptom- og funktionsbilleder og nedsætte risikoen for operation.*

De metodiske udfordringer er både tydelige og forståelige ud fra en teoretisk tilgang til videnskabelig evaluering af effekt. Den *svage anbefaling for* må derfor bero på, at der skelnes mellem efficacy og effectiveness studier og tages højde for, at der ikke kan konkluderes med sikkerhed på grund af studiets kvalitet.

På denne baggrund anbefaler vi at der tilføjes en kommentar om at specifik øvelsesterapi og træning kan være effektiv, men at metodiske udfordringer i den videnskabelige dokumentation af effekten formentligt spiller en stor rolle på at der ikke kan laves stærkere anbefaling. (Se Fx kilde 5)

I et klinisk perspektiv bør det desuden overvejes at inddrage vurdering af akupunkturbehandling til patienter med hofteartrose. Metoden er udbredt og anvendes af både læger, kiropraktorer og fysioterapeuter og kan i nogen grad i et videnskabeligt perspektiv betragtes som sammenlignelig med træning og manuel terapi mht. metodiske udfordringer med blinding mv. Akupunktur indgår i internationale, nationale retningslinjer og metaanalyser (se kilde 6-13) som mulig supplerende intervention i de tilfælde, hvor patienten ikke formår at opnå tilfredsstillende smertereduktion med analgetika og hvor patienten er moderat til svært hæmmet på krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau. Eksempelvis er akupunktur (conditionally recommend) rated bedre end manuel terapi (conditionally recommended against) i den amerikanske guideline fra 2019 (kilde 6), hvilket er i kontrast til anbefalingen i den danske retningslinje, der viser en *svag anbefaling for* manuel terapi.

Retningslinjen inkluderer ikke en anbefaling vedrørende den postoperative effekt af præoperativ træning i forbindelse med total hoftealloplastik hos personer med hofteartrose. Dette anses fra fysioterapeutisk perspektiv som værende yderst relevant at afdække og belyse. Emnet er bl.a. blevet undersøgt i tre meta-analyser samt et nyere randomiseret kontrolleret forsøg (se kilde 1-4 i bilag).

På denne baggrund anbefaler vi at der inddrages anbefaling vedrørende den postoperative effekt af præoperativ træning.

Tekst-nære bemærkninger og anbefalinger

Emne/side	Kommentar
Titel	Det anbefales , at fjerne for parentesen fra titlen, da den allerede står som underoverskrift
Indhold	Indholdsfortegnelsen gentages på side 4 og 5 inklusiv de centrale budskaber, hvilket kan virke forvirrende og redundant. Det anbefales at fjerne gentagelsen af indholdsfortegnelsen under afsnittet Centrale budskaber
Hoos	Det anbefales at specificere den eksakte HOOS subskala under <i>resultater og målinger</i> under hvert outcome i alle tabeller, for at tydeliggøre hvilken HOOS skala der er målt på / anvendt i analyserne
SMD/96%CI	Det anbefales at ensrette rapportering af SMD og 95% CI i tabellerne med to decimaler
12	I tabellen under <i>Effektestimater</i> under Patientrapporteret funktionsevne – change (patient reported disability) er SMD angivet til 0.17 (CI 95% 1.17 højere – 0.82 højere). Det tyder på, at der sket en indtastningsfejl ved CI 95% Det anbefales at ændre værdien til 0.17 (CI 95% 1.17 lavere – 0.82 højere).
12-13	I tabellen under <i>Resultater og målinger</i> angives WOMAC + HOOS ADL som lavere bedre, hvilket er korrekt for WOMAC. HOOS subskalaer er omvendt end beskrevet hvor 0 er værst og 100 er bedst. WOMAC scoren kan dog udregnes igennem HOOS, hvilket muligvis er gjort. Det anbefales at tydeliggøre dette.
13	I tabellen under <i>Resultater og målinger</i> ved Hofterelateret smerteniveau – change (Hip related pain – Change angivet VAS som 0-100 hvor højere score er bedre. Det kan virke forvirrende, da VAS normalvis angives omvendt med lavere score bedre (0 = ingen smerte til 100 = værst tænkelige smerte). Det anbefales at ændre beskrivelsen (medmindre det er i strid med metodologi i original-referencerne).
46	I tabellen under <i>Outcome</i> er Præstationsbaseret funktionsevne nævnt, som Physical function. OBS at Physical function anvendes ofte i forbindelse med patientrapporteret fysisk funktion. Det anbefales at ændre ordet til <i>functional performance</i>
49	I den indledende tekst under beskrivelse af bevægerestriktioner er det uklart om der reduceret hofteflexion, indadrotation og adduktion, som enkeltbevægelser, kombineret eller begge dele. Det anbefales at tydeliggøre definitionerne på bevægerestriktionerne.
61-63	Patientcases præsenteres udelukkende for det postoperative forløb efter total hoftealloplastik. Der kunne med fordel inkluderes patientcases der illustrerer, hvornår det besluttes at anvende neuromuskulær/funktionel træning, progressiv styrketræning samt manual terapi til at understøtte anbefalingerne. Det anbefales at overveje et tillæg af cases målrettet disse interventionsformer.

Vi takker hermed endnu engang for muligheden for at indgå i høringen af retningslinjen.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af retningslinjen.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige hermed og henviser i øvrigt til høringssvar indsendt af Danske Fysioterapeuter.

På vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi

Gitte Arnbjerg

Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi

**Hørings svar: Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer for Hofteartrose
– Ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik**

Referencer

1. WALLIS JA, TAYLOR NF. PRE-OPERATIVE INTERVENTIONS (NON-SURGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL) FOR PATIENTS WITH HIP OR KNEE OSTEOARTHRITIS AWAITING JOINT REPLACEMENT SURGERY--A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. OSTEOARTHRITIS CARTILAGE. 2011;19(12):1381-95.
2. HOOGEBOOM TJ, OOSTING E, VRIEZEKOLK JE, VEENHOF C, SIEMONSMA PC, DE BIE RA, ET AL. THERAPEUTIC VALIDITY AND EFFECTIVENESS OF PREOPERATIVE EXERCISE ON FUNCTIONAL RECOVERY AFTER JOINT REPLACEMENT: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. PLOS ONE. 2012;7(5):E38031.
3. MOYER R, IKERT K, LONG K, MARSH J. THE VALUE OF PREOPERATIVE EXERCISE AND EDUCATION FOR PATIENTS UNDERGOING TOTAL HIP AND KNEE ARTHROPLASTY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. JBJS REV. 2017;5(12):E2.
4. HOLSGAARD-LARSEN A, HERMANN A, ZERAHN B, MEJDAHL S, OVERGAARD S. EFFECTS OF PROGRESSIVE RESISTANCE TRAINING PRIOR TO TOTAL HIP ARTHROPLASTY - A SECONDARY ANALYSIS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. OSTEOARTHRITIS CARTILAGE. 2020.
5. TEIRLICK ET AL. RESPONDERS TO EXERCISE THERAPY IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE HIP: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. INT J ENVIRON RES PUBLIC HEALTH. 2020 OCT 10;17(20):7380. DOI: 10.3390/IJERPH17207380.
6. KOLASINSKI SL, NEOGI T, HOCHBERG MC ET AL. AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY/ARTHRITIS FOUNDATION GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF OSTEOARTHRITIS OF THE HAND, HIP, AND KNEE. ARTHRITIS CARE RES (HOBOKEN). 2020;72(2):149-62.
7. CHAN SC, PATRICK ENKASAN J. DOES ACUPUNCTURE IMPROVE PAIN AND FUNCTION IN PEOPLE WITH HIP OSTEOARTHRITIS? A COCHRANE REVIEW SUMMARY WITH COMMENTARY. INT J RHEUM DIS. 2020;23(12):1741-3.
8. MANHEIMER E, CHENG K, WIELAND LS ET AL. ACUPUNCTURE FOR HIP OSTEOARTHRITIS. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2018;5:CD013010.
9. NIELSEN A, WIELAND LS. COCHRANE REVIEWS ON ACUPUNCTURE THERAPY FOR PAIN: A SNAPSHOT OF THE CURRENT EVIDENCE. EXPLORE (NY). 2019;15(6):434-9.
10. FAN AY, MILLER DW, BOLASH B ET AL. ACUPUNCTURE'S ROLE IN SOLVING THE OPIOID EPIDEMIC: EVIDENCE, COST-EFFECTIVENESS, AND CARE AVAILABILITY FOR ACUPUNCTURE AS A PRIMARY, NON-PHARMACOLOGIC METHOD FOR PAIN RELIEF AND MANAGEMENT-WHITE PAPER 2017. J INTEGR MED. 2017;15(6):411-25.
11. VICKERS AJ, VERTOSICK EA, LEWITH G ET AL. ACUPUNCTURE FOR CHRONIC PAIN: UPDATE OF AN INDIVIDUAL PATIENT DATA META-ANALYSIS. J PAIN. 2. 2017; 19(5): 455-474.
12. WITT CM, JENA S, BRINKHAUS B ET AL. ACUPUNCTURE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE OR HIP: A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL WITH AN ADDITIONAL NONRANDOMIZED ARM. ARTHRITIS RHEUM. 2006;54(11):3485-93.
13. CEBALLOS-LAITA, LUIS ET AL. "EFFECTIVENESS OF DRY NEEDLING THERAPY ON PAIN, HIP MUSCLE STRENGTH AND PHYSICAL FUNCTION IN PATIENTS WITH HIP OSTEOARTHRITIS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL." ARCHIVES OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION (2021): N. PAG. WEB.

Tak for jeres mail.

Opdateringen er godkendt på et nyligt bestyrelsesmøde, og Dansk Ortopædkirurgisk Selskab har ingen kommentarer til den opdaterede retningslinje.

Med venlig hilsen

Torben Bæk Hansen

Professor PhD, ledende overlæge
Formand Dansk Ortopædisk Selskab



Direkte: +45 78437838

Mobil: +45 22132307

Ortopædkirurgisk afdeling
Universitetsklinik for hånd-, hofte- og
knækirurgi
Hospitalsenheden Vest
Lægårdvej 12, 7500 Holstebro
torben.baek.hansen@vest.rm.dk

Aarhus Universitet
Institut for Klinisk Medicin
Inkuba Skejby/ bygning 2
Palle Juul-Jensens Boulevard 82, 8200 Aarhus N
torben.baek.hansen@clin.au.dk

Peer review af opdatering af den nationale kliniske retningslinjer for hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik

Sagsnummer 05-0000-54

Hans Lund

1. Manuskriptets styrker

Behandling af personer med hofteartrose er et stort klinisk problem og da selve sygdommen ikke kan behandles, men behandlingsfokus må være på at mindske sygdommens påvirkning af funktion, smertetilstand og livskvalitet er det særdeles velkomment med disse kliniske retningslinjer.

De valgte spørgsmål synes klinisk relevante for både personer med hofteartrose og sundhedspersonale og repræsenterer mange af de udfordringer der er for ikke-kirurgisk behandling af hofteartrose og genoptræning efter hoftealloplastik.

De enkelte anbefalinger synes generelt at tage hensyn til både evidensen på området men også de andre elementer som må ligge til grund for formuleringen af sådanne anbefalinger, for eksempel et bredt sundhedsfagligt rationale, patienternes værdier og præferencer og både gevinsten og ulempen ved de forskellige behandlingstilbud. Det er for eksempel en styrke ved dokumentet at forfatterne i vid udstrækning forsøger at medinddrage overvejelser om den eksisterende evidens begrænsninger og hvilke kundskabshuller der rent faktisk er indenfor området.

Det er ligeledes en styrke at man i retningslinjerne peger på at "Kvalitativ evidens kan bruges til at belyse patienters oplevelse af f.eks. et genoptræningsforløb" (side 32). I det nævnte citat henvises til at et kvalitativt studie faktisk svarer direkte på de udfordringer som man både i udarbejdelsen af retningslinjerne men så sandelig også i klinikken står overfor (side 32).

2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Generelle overvejelser

Formålet med nærværende retningslinjer er at sikre et mere ensartet og evidensbaseret behandlingstilbud til patienter med hofteartrose, dels i den ikke-kirurgiske del af behandlingen, og dels i genoptræningen efter total hoftealloplastik. Det er imidlertid problematisk at selve strukturen og arbejdsprocessen synes at være en sammenblanding af to nødvendige men uafhængige metodiske tilgange til udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Et evidensbaseret behandlingstilbud bygger for det første på en systematisk og transparent indhentning og syntese af alle studier som forsøger at undersøge det emne som retningslinjen tager for sig. Denne første fase indeholder således udarbejdelsen af en række

systematiske oversigtsstudier (engelsk: systematic review). Disse reviews indeholder således - ufortolket - essensen af den viden som vi har i dag for et konkret spørgsmål. Desuden indeholder de også en vurdering af evidensens sikkerhed (certainty), dvs. hvor sikre kan vi være på den viden vi har.

Den anden fase er tolkningen af den evidens der findes i form af forskellige reviews i sammenhæng med forskellige interessenters perspektiver, erfaringer, værdier og præferencer. Disse interessenter kan i nærværende sammenhæng være patienter, familie, sundhedsprofessionelle med flere. En meget central og vigtig forskel på den første og anden fase er at identifikationen og syntesen af evidensen og vurderingen af evidensens styrke ikke blandes sammen med tolkningen og afvejningen af evidensen i forhold til værdier, præferencer, praktiske forhold, politiske rammer, økonomiske forhold osv. Desværre synes det som om disse to faser - som bør være uafhængige - er blandet sammen i nærværende retningslinje. Som læser får man det indtryk at det er tilsigtet, hvilket desværre gør problemet værre.

For at de forskellige interesser kan tilgodeses på en fair måde når der formuleres anbefalinger på basis af evidensen, er det vigtigt at alle interessenter er repræsenteret i retningslinjepanelet og at alle har en lige adgang til evidensen. Hvis evidensen synteseres i panelet bliver det vanskeligt at vurdere det uafhængige grundlag for evidensen inden der træffes beslutninger om de bedste anbefalinger.

Det er vigtigt for alle der skal bruge anbefalingerne i en retningslinje at de kan gennemskue (transparens) hvad der er evidens og hvad der er praktiske og kompromissøgende formuleringer af de konkrete implikationer af den eksisterende evidens. Evidensen må på den ene side stå helt klar for alle for at man kan forstå anbefalingerne og må på den anden side tolkes ind i en kompleks kontekst for at evidensen kan virkeliggøres så at sige.

Implikationerne af ovenstående overvejelser er:

1. Retningslinje-panelet bør kun opdatere eksisterende systematiske reviews fordi der er publiceret nye originale studier siden reviewets søgning sluttede. De nyfundne studiers risiko for bias må vurderes og derefter indgår deres resultater i en samlet meta-analyse eller narrativ syntese fuldstændig som planlagt af reviewet. I mange tilfælde har det systematiske review tilvejebragt en subgruppe-analyse som netop ser på det meget specifikke kliniske spørgsmål. I de tilfælde hvor det formulerede specifikke kliniske spørgsmål ikke er besvaret direkte eller indirekte (i subgruppe-analyser) i de eksisterende systematiske reviews må retningslinjepanelet gennemføre en ny søgning, risiko for bias analyse og ny syntese. Men det må fremgå klart når denne "undtagelse" fra retningslinjearbejdet er gennemført (gerne som et appendix). Problemet er at det i nærværende retningslinjer, er vanskeligt at gennemskue om det er den samlede evidens man bygger på eller et selekteret udvalg af studier.
2. I nærværende retningslinjer har panelet formuleret en række relevante kliniske spørgsmål. Disse spørgsmål er ofte meget specifikke og nogen af dem indeholder faktisk to forskellige spørgsmål (for eksempel "superviseret styrketræning" eller "kombineret patientuddannelse og træning"). Disse spørgsmål er vigtige og relevante, men i analysen af evidensen vil der sjældent være særlig mange (hvis nogen) studier som netop undersøger dette specifikke spørgsmål. Det er derfor

- panelets opgave at træde et skridt tilbage og svare på om der for eksempel er evidens for træning i sig selv og på basis af den evidens overveje (hvis der ikke er studier eller bare få studier som undersøger kombinationen) hvilken betydning supervision eller patientuddannelse vil have for den viden vi har om træning. Panelet bør ikke udelukkende fokusere på om der er studier der direkte undersøger spørgsmålet, men drage fordel af et panel der repræsenterer alle interesserede og i fællesskab kan tolke den eksisterende evidens i forhold til det konkrete spørgsmål.
3. Panelet må enten bestå af repræsentanter for alle interessenter og/eller indhentning af videnskabelig indsamlet perspektiver, erfaringer, værdier og præferencer fra disse interessenter. Dette kan for eksempel ske i form af systematiske reviews over kvalitative studier som indsamler og syntetiserer denne evidens eller systematiske reviews over større undersøgelser (for eksempel spørgeskemaundersøgelser eller registerforskning) der indsamler den samme form for evidens.
 4. Repræsentanter i panelet som ikke selv reelt er interessant (for eksempel en sundhedsfaglig person fra en patientforening) opfylder ikke forventningen om at alle interessenters perspektiver er medinddraget.

Specifikke kommentarer til de enkelte kapitler

2 - Indledning

1. Hvordan skal det forstås at argumentet for nærværende retningslinjer er at der ikke eksisterer en sådan og den samtidig er en opdatering?
2. Det kunne være godt om det tydeligt fremgår på hvilket grundlag eller hvilke kriterier der har været anvendt for udvælgelsen af de kliniske problemstillinger.

3 - Neuromuskulær/funktionel træning til patienter med hofteartrose (2016)

1. På side 11 står der: "Mange typer træning finder anvendelse ved hofteartrose, og der er i litteraturen konsensus om generelt at anbefale træning ved artrose [39][40]. Arbejdsgruppen har derfor valgt at fokusere på spørgsmål vedrørende typer af træning fremfor træning generelt." Da der ikke er andre retningslinjer end denne (jvf. ovenfor) synes det mærkeligt at retningslinjen ikke først og fremmest anbefaler træning og så derefter uddyber de valgte specifikke (og relevante) spørgsmål. Hvor kan læseren ellers finde oplysninger om at træning generelt er godt for denne gruppe, hvis ikke i en sådan retningslinje-samling?
2. På side 11 står der: "Det er arbejdsgruppens erfaring, at de fleste patienter er motiverede for at deltage i et træningsforløb." Da der ikke er personer med hofteartrose repræsenteret i panelet ville det være naturligt at panelet fandt dokumentation for denne påstand andetsteds. Det ville - selv med en patient-repræsentant - være bedst med dokumentationen fra systematiske reviews over kvalitative studier, spørgeskemaundersøgelser eller registerforskning som kan underbygge udsagnet.
3. Der synes at være en indtastningsfejl i tabellen på side 12: SMD på 0,11 er ikke indeholdt i 95%CI (2 steder).

4. På side 12 i tabellen er der præsenteret en SMD for "endpoint" resultatet (4 studier) og for "change" resultatet (2 studier). Dette giver ingen mening i en retningslinje-rapportering da det er et valg i forbindelse med udarbejdelsen af et review og ikke brugbart med to forskellige resultater for formuleringen af anbefalinger. I et review forsøger man at inkludere alle studier i samme syntese - ikke at udarbejde del-analyser for at lade dem "konkurrere" indbyrdes (vil føre for vidt at gå i dybden med dette her).

5 - Manuel terapi til patienter med hofteartrose (2016)

1. På side 20 nævnes at evidensgrundlaget bygger på to reviews. Hvorfor er Sampath 2016 (Titel på review: The effects of manual therapy or exercise therapy or both in people with hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis) ikke med for eksempel? Man må forvente at panelet har gennemført en systematisk søgning efter systematiske reviews af relevans for retningslinjerne.
2. Sampath 2016 fandt for eksempel for patientrapporteret funktionsevne - endpoint: 0.71 (95%CI: 1,08 til 0.33) for både pain og function (SMD), men i retningslinjerne står der i tabellen SMD 0.01 lavere (CI 95% 0.33 lavere - 0.35 højere).

6 - Vægttabsintervention til overvægtige patienter med hofteartrose (2016)

1. Forfatterne anbefaler "Det er god praksis at tilbyde vægttabsintervention til overvægtige patienter med hofteartrose i tillæg til vanlig behandling" (Side 24). Panelet burde overveje i hvilket omfang et vægttab er vigtig for denne patientgruppe set i lyset af nyere viden som indikerer at vægttab kan være vanskelig at fastholde efter et vægttabsprogram og at der synes at være mange og væsentlige bivirkninger ved vægttabsprogram (data fra et Cochrane review under udarbejdelse for vægttab til personer med knæ- og hofteartrose understøtter dette). Se også for eksempel et PhD-studie af Rasmus Køster-Rasmussen, som bl.a. skriver: "På baggrund af den videnskabelige litteratur på området og resultaterne af artikel 3 [Køster-Rasmussens PhD studie], synes det usikkert om vægttab er gavnlige eller skadelige i forhold til dødelighed og kardiovaskulær morbiditet hos patienter med diabetes og hos overvægtige generelt. For de fleste vil gavnlige effekter på psykosociale faktorer og forebyggelse af diabetes være kortvarige, **da kun få er i stand til en at opretholde vægttab. Snarere end at satse på slankekure hos overvægtige patienter synes det mere rationelt at praktiserende læger fokuserer på livsstilsændringer som f.eks. middelhavskost og mere motion.**" (Side 9 Køster-Rasmussen 2014)

8 - Superviseret genoptræning efter total hoftealloplastik operation (2020)

1. På side 31 står der: "Den overordnede kvalitet af evidensen er moderat, da det kritiske outcome, patientrapporteret funktionsevne efter endt behandling, blev nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias, fordi deltagerne ikke kunne blindes for interventionen". Endnu et eksempel på problemet med at sammenblende udarbejdelsen af reviews med udarbejdelsen af kliniske

retningslinjer. Evidensens sikkerhed vurderes i et systematisk review hvor elementer som risikoen for bias, publikationsbias, suboptimale design, ensartetheden imellem studierne bag evidensen og præcisionen af estimatet vægtes i forhold til hvor sikre vi kan være på evidensen. Det er ikke nok "bare" at se på risikoen for bias alene. Alle disse elementer må overvejes samlet. Det anbefales for eksempel at nedvurderingen på grund af manglende blinding kun bør ske i de tilfælde hvor blinding kan have stor indflydelse på resultatet - man bør ikke nedvurdere per automatik. Dels kan man blinde effektmåleren og den som foretager analysen og dels vil der være rigtig mange typer af interventioner som ikke kan bedømmes på grund af manglende blinding (både mange kirurgiske behandlinger og næsten al rehabilitering for eksempel).

2. Panelet redegør for en lang række undtagelser fra anbefalingen:
 - a. er ældre og eventuelt bor alene,
 - b. har haft komplicerede forløb,
 - c. lider af multisygdom eller komorbiditet (dette kan både være somatisk eller psykisk sygdom med betydning for behovet for støtte til genoptræningen),
 - d. er usikre på, hvordan de skal håndtere genoptræningen,
 - e. tidligere har haft brug for hjælpemidler eller har øget risiko for fald,
 - f. ønsker supervision, fordi det øger trygheden i deres genoptræningsforløb
 - g. mangler motivationen til at træne hjemme.

Da ovenstående beskrivelse synes at dække over et stort flertal af alle der modtager en ny hofte og da der ikke synes grundlag for erklære evidensen for usikker, foreslås det at vende anbefalingen - se nedenfor.

11 - Baggrund

1. På side 58 står der: "Studier har vist, at ikke-kirurgisk behandling muligvis kan forlænge tiden fra diagnose af hofteartrose til behov for operation", mener panelet da at så at sige alle med hofteartrose vil ende med en alloplastik?
2. På side 58 står der: "For såvel ikke-kirurgisk behandling af hofteartrose som ved genoptræning efter total hoftealloplastik operation er det afgørende for effekten, at de bedst egnede metoder benyttes. Der findes dog ikke nationale, tværfaglige kliniske guidelines på disse to områder..." Hvad siger internationale guidelines?

3. Eventuelle forslag til ændringer

1. Retningslinjerne bør udarbejdes så der tydeligt skelnes mellem syntesen af evidensen og formulering af anbefalinger. Derved vil retningslinjen stå tydelig og klar som et resultat af panelets arbejde med både evidensen og de mange andre faktorer som må medinddrages i formuleringen af anbefalinger.
2. Det kunne være godt om det tydeligt fremgår på hvilket grundlag eller hvilke kriterier har været anvendt for udvælgelsen af de kliniske problemstillinger.
3. Anbefalingen "Vægttabsintervention til overvægtige patienter med hofteartrose" bør genovervejes.

4. Anbefalingen "Tilbyd ikke supervision rutinemæssigt ved genoptræning efter total hoftealloplastik, da den gavnlige effekt er usikker." bør ændres til: "Superviseret genoptræning efter total hoftealloplastik bør tilbydes rutinemæssigt medmindre patienten ikke ønsker at deltage i træningen."
5. Diverse indtastningsfejl rettes.

Referencer

- Sampath KK, Mani R, Miyamori T, Tumilty S. The effects of manual therapy or exercise therapy or both in people with hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*. 2016;30(12):1141-55.
- Koster-Rasmussen R. Weight changes in general practice - An epidemiological study of - weight changes in the adult general population, - bias in processing of dietary data, and - therapeutic weight loss in patients with type 2 diabetes. Odense: University of Southern Denmark & University of Copenhagen; 2014.