

Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab

22. august 2020

DSAM's høringsvar vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom)

DSAM takker for muligheden for at kommentere ovenstående høringsudkast.

Vi finder anbefalingerne relevante og brugbare i relation til arbejdet i almen praksis. Vi har ikke konkrete anmærkninger til anbefalingerne.

Til gengæld har vi – ligesom vores repræsentant i arbejdsgruppen professor Martin Bach Jensen – en del kommentarer omkring casene. Vi håber, at casene bliver grundigt tilrettet, så de passer med den almenmedicinske hverdag og med sædvanlig benyttet klinisk tilgang til undersøgelse. Vi har fået oplyst, at Martin Bach Jensen har tilbudt at være med i en omskrivning, hvilket ville være meget velkomment set fra vores synspunkt.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

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



Sundhedsstyrelsen

Høring vedr. Sundhedsstyrelsens national klinisk vejledning for behandling af patienter med skuldresmerter

Sundhedsstyrelsen har sendt udkast til national klinisk vejledning (NKT) vedrørende behandling af patienter med skuldresmerter i høring den 10. juli 2020.

KL finder, at der er tale om en overskuelig retningslinje, som koncentrerer sig om noget meget essentielt (konservativ/ikke konservativ behandling) og hvor vigtigheden af træning/ superviseret træning endnu engang bliver fremhævet. Ligeledes retningslinjens fokus på tilbagevenden til arbejde

KL finder, at der alt i alt er tale om nogle gode anbefalinger, som kan understøtte, at ressourcerne anvendes mere hensigtsmæssigt på dette område. De nye retningslinjer vil dog med den stærke anbefaling mod subakromiel dekompression ved smerter i mindre end 6 måneder øge presset på de kommunale træningstilbud på skuldre/smerteområdet. KL skal derfor gøre opmærksom på, at man ikke automatisk kan forvente, at alle kommuner har mulighed for at øge indsatsen på dette område, uden at få tilført økonomiske ressourcer.

Konkrete bemærkninger:

Implementering

KL savner en overskrift, der hedder kommunerne. Kommunerne er kun beskrevet i en sætning nederst, selvom monitoreringen er stilet mod kommunerne.

KL finder det i øvrigt vigtigt, at man er opmærksom på, at der især ligger en stor opgave i at understøtte implementeringen af retningslinjen hos de praktiserende læger.

Monitorering

Der er i NKR'et fokus på smertelindring. KL finder, at det vil være mere hensigtsmæssigt at fokusere på funktion frem for smertelindring også set fra borgerens perspektiv. Retningslinjen beskriver primært anbefalinger for procedurer ift. hvilken vej, borgeren/patienten skal i sundhedsvæse-

Dato: 25. august 2020

Sags ID: SAG-2020-03759
Dok. ID: 2955230

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



net. Hvis man anskuer det ift. patientperspektivet, vil det give mere mening at måle på patientens oplevelse af information omkring procedurer og planer, oplevelse af sektorovergang etc.

KL finder derudover, at man også bør overveje at måle på dekompressionsoperationer. Det kan i øvrigt være misvisende alene at se på udviklingen i antallet af genoptræningsplaner i og med, at der er flere borgere, som henvises via egen læge og kommunen til træning via anden lovgivning.

Dato: 25. august 2020

Sags ID: SAG-2020-03759
Dok. ID: 2955230

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Sundhedsstyrelsen, Evidens,

Uddannelse og Beredskab

NKRsekretariat@sst.dk

Høringssvar vedrørende udkast til National klinisk retningslinje for
behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt
smertesyndrom)

Dato:

17-08-2020

Danske Fysioterapeuter og Dansk Selskab for Fysioterapi takker for muligheden for at give høringssvar vedrørende National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom).

E-mail:

gp@fysio.dk

bdh@fysio.dk

Danske Fysioterapeuter og Dansk Selskab for Fysioterapi finder, at den kliniske retningslinje er tydelig i sine budskaber og en god støtte for klinikerne, her fysioterapeuten, i forhold til evidensbaseret af de kliniske processer omkring patienter med subakromielt smertesyndrom.

Tlf. direkte:

3341 4656

Danske Fysioterapeuter og Dansk Selskab for Fysioterapi anerkender det store arbejde, der ligger til grund for den kliniske retningslinje. Arbejdsgruppen har løst en stor opgave.

Generelle bemærkninger

Titlen er ikke retvisende i forhold til indholdet. Først og fremmest er ”Skuldersmerter” meget andet end subakromialt smertesyndrom, som kun står nævnt i parentes. Dernæst er indholdet kun dækkende over tre interventioner.

Vi foreslår derfor, at titlen ændres til National klinisk retningslinje om 3 interventioner til behandling af subakromialt smertesyndrom”.

Det er forvirrende, at indholdsfortegnelsen gentages på side 4-5, selvom det kun er de centrale emner der gennemgås. Vi foreslår i stedet, at der laves et separat afsnit med overskriften ”centrale budskaber”. Endvidere anbefaler vi, at der læses korrektur på retningslinjen som helhed.

Det fremgår af retningslinjen, at det ikke er kendt, om den bedste effekt opnås gennem superviseret træning, gennem selvtræning eller helt uden struktureret træning. Man kan frygte, at retningslinjen vil blive forstået som, at der ingen dokumenteret effekt er for de hyppigste brugte behandlingsstrategier til patientgruppen og deraf udlede, hvorfor man i så fald, overhovedet skal anvende midler til behandling af disse patienter. Eller patienten kan miste troen på bedring.

Derfor opfordrer vi til, at der fortsat forskes i at afdække de kliniske fund i forskellige subgrupperinger, så netop denne ukendte faktor kan klargøres.

Specifikke bemærkninger

Side 8: Afgrænsning af patientgruppen

Det fremgår, at definition af tilstanden begrænser sig til en karakteristik af kliniske symptomer og tegn: *”Disse omfatter smerter i skulder og overarm når armen løftes i skulderbladets plan (herunder 'positiv smertebue'), smerter ved fremføring og rotation af armen, nedsat kraft og natlige smerter. De vigtigste differentialdiagnoser er rotatorcuff-ruptur, slidgigt i skulderleddet og skulderhøjdeleddet samt 'frossen skulder'. Ved hvert fokuseret spørgsmål er der givet en mere detaljeret beskrivelse af den aktuelle population”*.

Det er positivt, at der i retningslinjen er givet en detaljeret beskrivelse af den aktuelle population. Ligesom det er positivt, at retningslinjen giver specifikke handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger (”punktnedslag i patientforløbet”). Dette vil hjælpe klinikerne til det rette behandling af patienten.

Afsnit 3 - Superviseret træning, selvtræning efter instruktion eller ingen instruktion i træning

- Det er beklageligt, at Selvtræning efter instruktion kombineret med enkelte opfølgende superviserede sessioner, hvor hjemmetræningen evalueres og justeres med henblik på fortsat selvtræning, ikke evalueres

som intervention i rapporten. Dette enten som en part af superviseret træning, eller som enkeltstående intervention, eftersom dette formentligt er den hyppigst anvendte form for intervention i klinisk praksis.

- Det ville være fordelagtigt at opdele anbefalingerne på de to underspørgsmål, da der effektmæssigt er relevant forskel.
- Side 11: *”For det kritiske effektmål patientoplevelt effekt efter 3 måneder vurderede arbejdsgruppen, at der muligvis ikke er betydelige forskelle mellem superviseret træning og selvtræning. Ingen studier leverede dog data til dette effektmål.”* Såfremt der ikke er evidens at udtale sig på baggrund af, vurderer vi, at arbejdsgruppen blot skulle angive dette, frem for at spekulere over mulige forskelle. Alternativt bør det tydeligt fremgå at dette er en god praksis anbefaling, baseret på arbejdsgruppens erfaringer og det bør understreges, at der mangler forskning på området.
- S. 13: *”Rehabilitering og adaptering”*: Der refereres til, at man i kommunerne tilbyder meget varierede forløb, men uden nogen form for underbygning af påstanden. Det er uklart om denne påstand er begrundet i studier. Hvis ikke, så er påstanden skrevet lidt ud af kontekst, såfremt den ikke kan underbygges.
- S.15: *”... effektestimatet til MD 0.96 (95% CI -1,60, -0,32).”* Vi antager der skal ”-” foran ”0,96”.

Afsnit 4 - Subakromiel glukokortikoid injektion

- Det ville have været positivt, om anbefalingen vedrørende glukokortikoid injektion ligeledes var blevet opdelt på patienter med +/- 6 mdr. smerter.
- S. 4: Der vil typisk blive tilbudt et struktureret træningstilbud samtidig. ”Vil” ændres til ”bør”, da det er en anbefaling og ikke en beskrivelse af vanlig praksis.
- S.4: *”Såfremt patienten har gavn af behandlingen med glukokortikoid injektion er det arbejdsgruppens opfattelse, at man kan overveje at give op til 2-3 injektioner i samme behandlingsforløb”*. Det ville være

hjælpsomt, om der i arbejdsgruppen var taget stilling til med hvilket tidsrum disse måtte anlægges. Endvidere fremgår det ikke, om der er evidens for anbefalingen, hvorfor der bør tilføjes tekst der påpeger at evidensen er svag.

Høringssvaret er udarbejdet i samarbejde mellem Danske Fysioterapeuter og Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Sportsfysioterapi.

Danske Fysioterapeuter og Dansk Selskab for Fysioterapi står naturligvis til rådighed for uddybning af ovenstående og andet som måtte udspringe af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal
Afdelingschef, Profession og Karriere
Danske Fysioterapeuter

&

Lars Henrik Larsen
Næstformand,
Dansk Selskab for Fysioterapi



NOTAT

Skabelon til høringsvar for nationale kliniske retningslinjer

I forbindelse med høringsvar på nationale kliniske retningslinjer bedes nedenstående skema anvendt til de regionale høringsvar:

30. august 2019

EMN-2017-02007

Annamaria Zwinge

Navn på national klinisk retningslinje
--

National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom)
--

Frist for høringsvar til Danske Regioner
--

Tekst i kursiv er mulige relevante emner, men ikke obligatoriske.

Generelle faglige kommentarer

<i>For eksempel: Relevans, Diagnostik, behandling Pleje, Rehabilitering, Patientgruppe, Evidensniveau</i>
--

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
6	Nyt punkt 5	-	Da man har valgt at fokusere på 4 nedslagspunkter, og dermed udelade forskellige andre tidligere indeholdte områder, foreslås et supplerende sidste afsnit på s. 6 i afsnittet om Formål, hvor Visitationsretningslinjerne nævnes. For arbejdsmedicinens vedkommende foreslås flg. (afhængig af hvor meget information man ønsker medtaget vedr. disse retningslinjer vil det med kursiv være vigtigst): <i>” Visitationsretningslinjens anvisninger vedr. arbejdsmedicinsk indsats er fortsat gældende: Henvielse til arbejdsmedicinsk vurdering og rådgivning kan med fordel overvejes for patienter med skulderbelastende arbejdsfunktioner (arbejde med højtloftede arme,</i>

			<p><i>kraftbetonet arbejde og arbejde med hurtige skulderbevægelser) med henblik på reduktion af det skulderbelastende arbejde. Henvisning før evt. operation må i mange tilfælde foretrækkes, men postoperativ henvisning kan også være relevant.</i></p> <p><i>Den arbejdsmedicinske indsats omfatter vurdering af skulderpåvirkningernes omfang og behovet for reduktion af særlige belastninger samt rådgivning om, hvordan arbejdet kan modificeres. Ved mistanke om at sygdommen er arbejdsrelateret, foretages arbejdsskadeanmeldelse. Inddragelse af arbejdsmedicinsk ekspertise vil ofte være relevant med henblik på arbejdsfastholdelse, samt før jobskifte tilrådes. [Se s. 26 i visitationsretningslinjen]."</i></p>
18, 26, 37, 43, 51	Arbejde og uddannelse		<p>I tabellerne vedr. Praktisk konsekvens, under punktet Arbejde og uddannelse: Det foreslås, at der i stedet for sætningen "Individuel vurdering og tilpasning" eller blot "Individuel vurdering" skrives: Individuel vurdering med indsatser for at reducere skulderbelastende arbejde</p>
			<p>Stå her og tryk på Shift for flere linjer</p>

Kommentarer til organisatoriske forhold

For eksempel:

Modstridende med eksisterende vejledninger?

Er der organisatoriske forhold, der skal belyses?

Konsekvenser for det tværsektorielle arbejde?

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Er der økonomiske forhold, der skal belyses? Eksempelvis øgede udgifter ifm. Implementering af retningslinjen?

Er der driftsmæssige forhold der bør belyses?

Forslag til supplerende litteratur

Reference og begrundelse

Regionale kontaktpersoner

Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger inden for udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Til NKR Sekretariatet
Sundhedsstyrelsen.

DANSKE
REGIONER



Dato 21. august 2020
EMN-2017-02007
Annamaria Marrero Zwinge

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for

Danske Regioner har den 10. juli 2020 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) for behandling af patienter med langvarige ikke-traumatiske skuldersmerter 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.

Generelle faglige kommentarer

Generelt er retningslinjen svær at forstå, herunder afsnittet "Centrale budskaber." Uanset at retningslinjen kun skal anvendes for tre behandlingsmodaliteter (træning, binyrebarkhormoninjektion og subakromiel dekompression) kan den give anledning til mange forskellige fortolkninger i praksis. Problemet er også i høj grad at "subakromielle smerter" ikke er en særlig veldefineret klinisk tilstand.

De praktiserende læger, som har varierende erfaring med behandling af skulderpatienter, kan let få det indtryk, at retningslinjen gælder for alle patienter med ondt i skulderen. Det fremgår kun meget sporadisk at subakromielle smerter dækker over mange tilstande, og der faktisk er en række veldefinerede lidelser, som der bør udredes for og som kan behandles på anden måde. Det gælder f.eks AC-artrose, rotatorcuffrupturer og bicepslidelser. Det vil betyde over- og fejlbehandling af et betydeligt antal patienter, hvis patienter, som har andre lidelser end subakromielt impingement, behandles efter retningslinjen. Derfor er titlen stærkt misvisende. Hvad er "subakromielt smertesyndrom"? Betyder det bare, at det gør ondt et sted nedenunder akromion? Det er ikke en generelt anerkendt betegnelse for nogen specifik sygdoms enhed. Det er vigtigt, at diagnosticere de forskellige smertefulde tilstande og indrette behandlingen herefter, og ikke betragte alle med skuldersmerter under et.

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

Sundhedsstyrelsen har en fast måde, som evidens vurderes på. Hertil virker det mærkeligt, at to behandlinger, som ifølge analyserne er statistisk signifikante får anbefaling *imod*, hvorimod én behandling uden klar forskel, får en anbefaling *for*. Der må være noget galt og bevirker, at anbefalingerne bliver uforståelige og virker utroværdige.

Det kan ikke genkendes fra den kliniske hverdag, at subakromiel dekompression er et risikabelt indgreb. Angivelsen af, at der er risiko for udvikling af frossen skulder efter operationen, har ingen praktisk betydning. For dels er det meget sjældent og dels skyldes det formentlig, at patienterne har været fejldiagnosticerede, da frossen skulder i den tidlige fase ligner subakromielt impingement.

Det er uforståeligt, at man anbefaler imod subakromiel dekompression for patienter, som har haft en virkningsløs ikke-kirurgisk behandling. Der er signifikant bedst effekt af subakromiel dekompression, og behandlingen er (i modsætning til, hvad der fejlagtigt står i retningslinjen) ufarlig.

Arbejdsgruppen har en prædefineret opfølgningstid på 3 måneder. Det er ikke noget relevant effektmål, eftersom det er den blivende effekt, der har betydning for patienten – mindst 1 og helst 2 år. De gode studier har derfor også en meget længere opfølgningstid end 3 måneder. Hvis arbejdsgruppen mener, at effekten efter 3 måneders træning er relevant, hvorfor har man defineret 6 måneder som en relevant minimumsperiode for ikke-kirurgisk behandling i PICO spørgsmål 3 og 4 (punkt 5 og 6). Det hænger ikke sammen.

Der gennemgås 6 cases. I ingen af tilfældene overvejes mere specifik diagnostisering og differentialdiagnoser. Retningslinierne er skrevet til læger og det vigtigste må være at få den rette og mest specifikke diagnose.

Der efterspørges en stillingtagen til hvordan ultralyd (UL) anvendes og hvordan man håndterer UL-påvist bursitis og steroid. En stor bursa vil ikke umiddelbart profitere af træning.

Normalt er kutymen, at artikler ældre end 10 år ikke kan/skal tillægges større betydning, da udviklingen som regel har overhalet "gamle" data. Ligeledes vil CPK gerne sætte spørgsmålstejn ved de Finske data, som vi fik præsenteret ved sidste DOS møde. Der var ikke mange skulderkirurger, der kunne tilslutte sig konklusionen.

Det er tydeligt, at det ikke er ortopædkirurger, der har haft hovedaktie i disse retningslinjer. Vi er ikke og har aldrig været interesseret i at operere vores patienter blot for at operere dem, men skelner altid mellem hvem der kan få glæde af en eventuel operation.

Specifikke Kommentarer

Side 6

Da man har valgt at fokusere på 4 nedslagspunkter, og dermed udelade forskellige andre tidligere indeholdte områder, foreslås et supplerende sidste afsnit på s. 6 i afsnittet om Formål, hvor Visitationsretningslinjerne nævnes. For arbejdsmedicinens vedkommende foreslås flg.:

” Visitationsretningslinjens anvisninger vedr. arbejdsmedicinsk indsats er fortsat gældende: Henvisning til arbejdsmedicinsk vurdering og rådgivning kan med fordel overvejes for patienter med skulderbelastende arbejdsfunktioner (arbejde med højt løftede arme, kraftbetonet arbejde og arbejde med hurtige skulderbevægelser) med henblik på reduktion af det skulderbelastende arbejde. Henvisning før evt. operation må i mange tilfælde foretrækkes, men postoperativ henvisning kan også være relevant.

Den arbejdsmedicinske indsats omfatter vurdering af skulderpåvirkningernes omfang og behovet for reduktion af særlige belastninger samt rådgivning om, hvordan arbejdet kan modificeres. Ved mistanke om at sygdommen er arbejdsrelateret, foretages arbejdsskadeanmeldelse. Inddragelse af arbejdsmedicinsk ekspertise vil ofte være relevant med henblik på arbejdsfastholdelse, samt før jobskifte tilrådes. [Se s. 26 i visitationsretningslinjen].”

Side 15-16

Tabel: Her skrives der fejlagtigt flere gange "medfører sandsynligvis" og angives effekt af interventionen, hvor der er konfidensintervaller for RR der krydser 1, og der således ikke med sikkerhed er en effekt, selv hvor der findes "Relative risiko 0.98 (CI 95% 0.88 - 1.08)" er konklusionen "Der er sandsynligvis høj grad af adherence til superviseret træning".

Side 18, 26, 37, 43, 51, Arbejde og uddannelse:

I tabellerne vedr. Praktisk konsekvens, under punktet Arbejde og uddannelse: Det foreslås, at der i stedet for sætningen "Individuel vurdering og tilpasning" eller blot "Individuel vurdering" skrives: Individuel vurdering med indsatser for at reducere skulderbelastende arbejde.

Side 24-25

I tabellen side 24-25 er det modsat, hvor der er en signifikant forskel, men så skrives der "Subakromiel glukokortikoid injektion påvirker sandsynligvis ikke smerte i betydelig grad". Vi er klar over at der her ikke er tale om en "klinisk relevant effekt", men den er trods alt signifikant til forskel for træningen i pkt. 1, hvor der blev skrevet at der sandsynligvis er effekt, på trods af ingen signifikans!

Side 41

I tabellen side 41 er der i anden sidste estimat for effekt igen modsat konklusion i forhold til tabellen side 15-16 om træning. Der er signifikant forskel, men igen finder

forfatterne ikke, at det betyder noget. Det er korrekt at forskellen ikke er klinisk relevant i forhold til kriterierne, men der er dog signifikant forskel og deres konklusion er "Der er sandsynligvis ingen eller ubetydelige forskelle mellem subakromiel dekompression og ikke kirurgisk behandling", men burde være: "Der er ikke fundet klinisk relevante forskelle mellem subakromiel dekompression og ikke kirurgisk behandling".

Side 42

På side 42 i samme tabel gør det samme sig gældende som i pkt. 3 for smerter ved 1 år opfølgning.

Side 56

Tabellen side 56 under "smerter ved 6 måneders opfølgning". Igen er der signifikant, men ikke klinisk relevant effekt, men konklusion er som nævnt i pkt. 2, hvor der skrives ingen eller ubetydelig effekt.

Kommentarer til organisatoriske forhold

Denne NKR slår fast, at der ikke skal foretages subakromiel dekompression ved symptomer under 6 måneder og, at effekten af dette efter 6 måneder er meget tvivlsom foruden at have en risiko for bivirkninger. Ligeledes er den gavnlige effekt af injektion med glukokortikoid meget begrænset. Når NKR'en samtidig svagt anbefaler superviseret træning, kan det være vanskeligt at argumentere for at disse patienter overhovedet skal henvises til de ortopædkirurgiske afdelinger, da superviseret træning er en opgave for kommunerne og ikke for sygehusene. Det kan være nødvendigt at inddrage sygehusene for at stille diagnosen, men ellers vil det være muligt for den praktiserende læge selv at varetage patientrådgivning og henvise til fysioterapeut.

Fysioterapi i Danmark er ret ustruktureret hvad angår skulderlidelser. Der er en del fysioterapeuter, som har stor indsigt i diagnosticering og behandling af skulderlidelser, men flere, som ikke har dette. Behandlingen af subakromielt impingement kan derfor ikke generelt hvile på fysioterapeutisk behandling, som ikke sjældent består af massage, ultralydsbehandling og andre udokumenterede behandlinger.

De praktiserende læger, som ser en del patienter med skuldersmerter, har brug for et klart og overskueligt værktøj. Den aktuelle retningslinje bidrager med forvirring og manglende stringens.

På hospitalsniveau kan det frygtes, at retningslinjen bruges til at holde impingement patienterne væk og at patienterne ikke bliver udredt for relevante konkurrerende og medvirkende lidelser. Det er synd, især fordi subakromiel dekompression er den signifikant bedste behandling.

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Retningslinjen går meget let hen over de økonomiske konsekvenser. Der er ingen holdepunkter for, at én intervention har økonomiske fordele frem for andre for samfundet. Retningslinjen oplyser, at træning er dyrere for patienterne end operation, og det er et gammelt dogme, som ikke nødvendigvis er korrekt. Forsikringsordninger betaler ligeså gerne til et ikke-kirurgisk behandlingsforløb som til operation, og de fleste kommuner tilbyder gratis træning.

Med venlig hilsen

Rósa Víkingsdóttir
Konsulent
Center for sundhed og sociale indsatser (SUS)

Fra: Iben Lings Brøndlund Hansen. IBEN <iben@esbjergkommune.dk>

Sendt: 21. august 2020 11:22

Til: SST NKR Sekretariat <NKR Sekretariat@SST.DK>

Cc: Lillian Lisbeth Hansen. LILL <lill@esbjergkommune.dk>

Emne: Høring vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom)

Høringssvar:

Som fysioterapeut, der til dagligt arbejder med patienter der er henvist med diverse skulderlidelser til Esbjerg Kommune, vil jeg gerne sige tak for at få mulighed for at komme med i høringssvar på National klinisk retningslinje vedr. Behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom).

Ved gennemlæsning af rapporten er der kommet frem til følgende kommentarer og spørgsmål:

Det er vigtigt at resultaterne af denne NKR bliver implementeret i kommunerne for at sikre patienternes forløb til gavn og glæde for den enkelte patient men også for at sikre velfungerende og førlige borgere i kommunerne, i fremtiden.

Som der står i denne nye retningslinje er der stor variation i de træningstilbud der tilbydes hvilket kan have den konsekvens at ikke alle patienter modtager træning af høj kvalitet. Men hvad er så høj kvalitet i træningstilbuddet til denne gruppe patienter?

Det undrer at superviseret træning kun svagt anbefales fremfor selvtræning eller ingen instruktion til træning i denne rapport.

Dette fordi der i den tidligere NKR for diagnostik og behandling for udvalgte skulderlidelser fra 2013 Konkluderes at der er - citat:

- ↑↑ Det anbefales at anvende træning som led i behandlingen af patienten med impingementsyndrom/ rotator cuff-syndrom (⊕⊕□□). (↑↑ = stærk anbefaling for)
- (√) Det anses for god praksis, at varigheden af træning ikke er under 3 måneder.

Hvis formålet, som der står i denne NKR, er bl.a. at sikre en evidensbaseret indsats af høj kvalitet på tværs af landet og medvirke til hensigtsmæssige patient forløb, så åbner det op for nye spørgsmål på træningsområdet som:

- Hvad forstås ved superviseret træning? (hvordan defineres superviseret træning?)
- Hvilken træningform har størst dokumenteret effekt? Er det holdtræning eller skal patienten ses til individuel træning sammen med fysioterapeuten eller andet?
- Hvor lang tid skal man træne ad gangen, hvor ofte og over hvor lang en periode?
- Hvilken træningstype har størst effekt? Er det skulderstabiliserende øvelser, styrketræning af ryg, skulder og skulderblad, eller f.eks. udspændingsøvelser eller andet?

- Hvad kan gøres for de patienter der ikke gennemfører et træningsforløb? Er der en gruppe patienter man skal være særlig opmærksom på?

Man ved allerede nu at der er stor variation i de tilbud der gives til patienterne i de enkelte kommuner - også inden for samme region. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at udarbejde retningslinjer for træning til denne patientgruppe.

Venlig hilsen

Iben Lings Brøndlund Hansen

Fysioterapeut

Sundhed & Omsorg

Genoptræning
Gl Vardevej 68
6700 Esbjerg



Esbjerg
Kommune



Svar på Høring vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom).

Dansk idrætsmedicinsk selskab er af den opfattelse, at der laves kategoriske rekommandationer på basis af litteratur af ringe evidens. Det er også selskabets opfattelse, at der laves generelle rekommandationer på en meget varieret patientgruppe, og rekommandationerne derved bliver svære at anvende for klinikerne, der skal forholde sig til den enkelte patient.

Vi vil bede Sundhedsstyrelsen forholde sig til følgende:

- Vedr glukokortikoid injektion står der i den overordnede anbefaling, at man ikke rutinemæssigt skal tilbyde injektion som behandling og i undertekst står at det skal være som led i multimodal tilgang. Kunne det præciseres ved at ændre den overordnede anbefaling til: Anvend kun subacromiel glukokortikoid injektion som led i multimodal behandlingstilbud og ikke rutinemæssigt.
- Er der tilstrækkeligt evidensgrundlag for at nævne at subacromiel dekompression øget risikoen for frossen skulder?
- Er der evidens for at privathospitaler potentielt udfører overbehandling? Det er fremført i diskussionen i DIMS, at den population der henvises til privathospitalerne potentielt er selekteret og at tallene for offentlige og private hospitaler derfor ikke nødvendigvis er sammenlignelige.

På vegne af DIMS,

Kristoffer Barfod

--

Kristoffer W. Barfod, PhD, klinisk lektor
Afdelingslæge Artroskopisk Center, Hvidovre Hospital.
Formand for Dansk Idrætsmedicinsk Selskab
Tlf arbejde: +45 40134773, Tlf privat: +45 61300288



NOTAT

Skabelon til høringsvar for nationale kliniske retningslinjer

I forbindelse med høringsvar på nationale kliniske retningslinjer bedes nedenstående skema anvendt til de regionale høringsvar:

EMN-2017-02007

Annamaria Zwinge

Navn på national klinisk retningslinje
--

National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromialt smertesyndrom)"

Generelle faglige kommentarer

<p>Tre bestyrelsesmedlemmer for Dansk Selskab for Skulder og Albue Kirurgi (DSSAK) været repræsenteret i arbejdsgruppen for den aktuelle NKR. To har deltaget som repræsentanter for DSSAK og én har repræsenteret Dansk Ortopædisk Selskab. Processen har været præget af Covid-19 situationen, hvilket har reduceret antallet af fysiske møder, hvilket har betydet en væsentligt reduceret mulighed for kritisk diskussion af indhold og anbefalinger.</p>

<p>De 4 PICO spørgsmål handler alle om subakromielt smertesyndrom, hvorfor overskriften bør ændres fra " Behandling af patienter med skuldersmerter (subakromialt smertesyndrom)" til "Behandling af patienter med subakromielt smertesyndrom" .</p>
--

<p>Retningslinjen er udarbejdet som en adaptation af BMJ Rapid Recommendations og har således i høj grad været en bunden opgave. Repræsentanterne har i arbejdet gjort talrige indsigelser imod formatet af retningslinjen. Det er DSSAK holdning at retningslinjen ikke er brugbar for klinikere. En NKR skal kunne anvendes som beslutningsstøtte i den kliniske hverdag. Som den aktuelle NKR er formuleret for nuværende, mener DSSAK, at den skaber større uvished end sikkerhed i den kliniske beslutningstagen.</p>
--

<p>De 4 PICO spørgsmål tester enkelte behandlings individuelle effekt i behandlingen af patienter med subakromialt smertesyndrom. Dette er ikke meningsfuldt, da det er vores vurdering at behandlingen af denne patientgruppe er multimodal og indbefatter flere andre behandlingsmodaliteter som for eks aktivitetsmodificering, arbejdsmedicinsk vurdering, smertebehandling og lignende. Behandlingen af disse patienter kan ikke besvares ved de 4 PICO spørgsmål.</p>

<p>Den seneste NKR fra 2013 angående udvalgte skulderlidelser var opbygget af 21 specifikke afklarende spørgsmål som afdækkede patientgruppen væsentligt bedre.</p>

Den belyste emnet hele vejen rundt og gav anbefalinger om både diagnostik og behandling. Den nye NKR er således set fra DSSAK's synspunkt en væsentlig forringelse i forhold til NKR 2013.

Denne NKR kan på ingen måde stå alene og DSSAK vurderer, at det er nødvendigt at indholdet i NKR 2013 opdateres og samles i en samlet retningslinje for diagnostik og behandlingen af patienter med subakromielt smertesyndrom. Dette er nødvendigt for at klinikerne får et redskab til at sikre en ensartet høj kvalitet i diagnostikken og behandlingen af denne patientgruppe.

Ovennævnte er generelle kritikpunkter; nedenfor er anført enkelte områder, hvor vi finder det indholdsmæssige særlig problematisk.

Dansk selskab for Skulder og Albue Kirurgi (DSSAK)

Steen Lund Jensen, Anne Kathrine Belling Sørensen, Tim Houbo Pedersen, Andreas Qvist og Theis Thillemann Dansk Ortopædisk Selskab (DOS)

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
For-side			<p>NKR omhandler subakromialt smertesyndrom og alene behandlingen af dette. Andre specifikke skulderlidelser, som også giver smerter, og hvor der findes andre behandlinger, omfattes ikke.</p> <p>Titel bør derfor ændres fra "Behandling af patienter med skuldersmerter (subakromialt smertesyndrom)" til "Behandling af patienter med subakromialt smertesyndrom", således risikoen for misforståelser og fejlbehandling undgås.</p>
Side 4 Side 9	3		<p>"Overvej at tilbyde superviseret træning frem for selvtræning efter instruktion eller ingen instruktion i træning, til patienter med subakromielt smertesyndrom."</p> <p>Anbefalingen er uden tilstrækkelig grundlag, idet der ikke er evidens for at superviseret træning er bedre end selvtræning; kun at det er bedre end ingen træning. Kun to studier sammenligner førstnævnte; tiltro til evidensen er lav og der er ikke signifikante eller klinisk relevante forskelle.</p> <p>Bør ændres til: "Overvej at tilbyde superviseret træning frem for ingen instruktion i træning til patienter med subakromielt smertesyndrom." Dertil bør så knyttes en kommentar, hvor det anføres at der formentlig ingen forskel er på effekten af superviseret træning vs. instrueret selvtræning .</p> <p>Problemet ligger måske i at spørgsmålet er 2-delt; hvis man har svært ved at formulere én samlet og dækkende anbefaling, bør den opdeles.</p>

Side 21	4		<p>Der foreligger i fremlagte litteratur ganske solid evidens for at behandling med glukokortikoid blokader giver en kortvarig signifikant bedre effekt en placebo, både i forhold til smerter og funktion. Selv den nedre grænse i 95% CI ligger indenfor positiv effekt.</p> <p>Det findes ikke relevant i denne sammenhæng at anvende mindste kliniske relevante forskel, da der sammenlignes middelværdier for populationer og ikke effektstørrelsen for den enkelte patient. En mindre effekt har relevans for enhver patient som præsenteres sig med smerter og det må forventes at blokader virker godt for nogle patienter og er uden effekt for andre.</p> <p>Der er derfor yderst problematisk at anbefaling overordnet må læses som en frarådning af anvendelse af subakromielle blokader.</p> <p>Der er ikke påvist nogen alvorlige bivirkning og behandlingen kan overordnet set betragtes som både ufarlig og billig. Vi frygter at mange behandlere vil misforstå den svage anbefaling Mod: "Anvend ikke rutinemæssigt subakromiel glukokortikoid injektion", således at en veletableret behandling, som gennem årene har hjulpet mange patienter gennem en smertefuld periode, vil blive forbeholdt de fleste patienter fremover.</p> <p>Vi foreslår at anvendeligheden af MID tages op til reovervejelse i forbindelse med denne NKR og at anbefalingen ændres til en svag anbefaling for:</p> <p>"Overvej at tilbyde patienter subakromiel injektion, da dette kan have en gavnlig effekt"</p> <p>Det foreslås tillige at tredje afsnit i underteksten trækkes op som den øverste og at det øverste afsnit slettes.</p>
			Stå her og tryk på Shift for flere linjer

Kommentarer til organisatoriske forhold

For eksempel:

Modstridende med eksisterende vejledninger?

Er der organisatoriske forhold, der skal belyses?

Konsekvenser for det tværsektorielle arbejde?

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Som anbefalingen står nu, så anbefales superviseret træning frem for selvtræning efter instruktion. Der er i gennemgangen af evidensen en massiv forskel på "Tilbagevenden til arbejde" til fordel for selvtræning efter instruktion sammenlignet med superviseret træning. Ydermere findes der ingen forskel på smerter eller funktion mellem de to træningsmetoder. At superviseret træning har mindre frafald end selvtræning efter instruktion bør ikke føre til en anbefaling af superviseret træning, når der ingen forskel er på smerter og funktion. En anbefaling af superviseret træning frem for selvtræning efter instruktion vil få en

betydelig samfundsøkonomisk konsekvens, da færre patienter vil returnere til arbejde efter superviseret træning. Herudover vil være en betydelige økonomisk konsekvens på individ niveau, da patienterne vil have udgifter til superviseret træning uden at opnå en gevinst målt på smerter eller funktion sammenlignet med selvtræning efter instruks.

Forslag til supplerende litteratur

Reference og begrundelse

Regionale kontaktpersoner

Tovholder

Referencegruppe medlem

Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger inden for udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

NKR Sekretariatet
Sundhedsstyrelsen

18.8.2020.

Vedrørende "Behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom)".

Mange tak for invitationen til at reviewe denne nationale kliniske retningslinje.

Der er lagt et stort arbejde fra Sundhedsstyrelsen side i at identificere den relevante litteratur og gradere den. Arbejdsgruppen har gjort en stor indsats i relation til nærlæsning af artiklerne og udledning af evidensen. Det er frivilligt arbejde, som patienter og sundhedsvæsenet må værdsætte betydeligt.

Jeg har læst retningslinjen både med en klinikers øjne og med videnskabelige briller.

Desværre har jeg betydelige forbehold i relation til manuskriptet.

Titlen er stærkt misvisende. Det, som arbejdsgruppen har undersøgt, er behandlingen af impingement – hovedsageligt primært subakromielt impingement. Det dækker kun en del af de smertevoldende tilstande i skulderen. Det er muligt, at primært impingement er den hyppigste egentlige skulderlidelse, men AC-leds smerter (grundet artrose eller discuspatologi) og frossen skulder er i Danmark også hyppige årsager til skuldersmerter. En lidelse som polymyalgia rheumatica (som kunne være en differentialdiagnose i case 6) er slet ikke nævnt. Det vil være et stærkt tilbageslag, hvis behandlere med denne kliniske retningslinje kan behandle alle patienter med smerter i skulderområdet således som beskrevet. Man skal helt om på side 70 for at finde ud af, hvilke smertefulde tilstande, som retningslinjen IKKE omfatter (der er nævnt 13 forskellige).

Desuden har man indført en diagnose: subakromielt smertesyndrom. Uanset hvorledes dette skal defineres, så er det ikke det man har undersøgt i litteraturgennemgangen. De fleste studier tager udgangspunkt i primært, subakromielt impingement ("for lidt plads under akromion"), og nogle skelner ikke mellem primært, sekundært og internt impingement, som har helt forskellig patologi men nogenlunde samme symptomatologi.

”Subakromielt smertesyndrom” er et nyt begreb i denne retningslinje, og det er ikke defineret.

Jeg foreslår, at titlen ændres til ”Behandling af patienter med primært subakromielt impingement (afklemning under skulderhøjden). Retningslinjen kan ikke generelt anvendes til patienter med skuldersmerter, og subakromielt smertesyndrom er en intetsigende diagnose i Danmark.

Et par urigtige dogmer, som ofte bruges i den ikke-faglige debat, har fundet vej til retningslinjen, hvor de naturligvis ikke hører hjemme:

”Subakromiel dekompression øger risikoen for frossen skulder” nævnes som et faktum mange gange i retningslinjen og indgår også i argumentationen i flere anbefalinger. Der refereres til det finske studie med tre behandlingsgrupper, nemlig 2 kirurgiske og 1 træningsgruppe. I observationstiden udviklede henholdsvis 3, 1 og 2 patienter tegn på frossen skulder, og det forstår jeg slet ikke hvordan arbejdsgruppen kan tolke som en forøget risiko for FS ved kirurgi. Risikoen for frossen skulder belyses også i Beards randomiserede studie fra England, hvor der i 2 kirurgiske behandlingsgrupper og én træningsgruppe fandtes henholdsvis 2, 2 og 2 frosne skuldre. Disse tal kan kun tolkes således, at der ikke er nogen forøget risiko for udvikling af frossen skulder. Klinikere ved, at frossen skulder i den tidlige fase uden stivhed klinisk kan ligne subakromielt impingement, og det forhold, at der er lige mange frosne skuldre i relation til kirurgisk og ikke-kirurgisk behandling, skyldes mest sandsynligt, at diagnosen subakromielt impingement fra starten har været forkert. Så de gentagne tilkendegivelser om frossen skulder som en risiko ved kirurgi bør fjernes, og tabellerne bør justeres, idet det ikke er korrekt, at der er en forøget risiko for frossen skulder ved subakromiel dekompression. Hvis man ønsker at opretholde oplysningen, bør den også angives i forbindelse med fysioterapi, idet risikoen for frossen skulder talmæssigt er det samme som efter kirurgi.

Det andet dogme er, at patienterne med subakromielt impingement skal betale for fysioterapeutisk behandling, hvilket gør, at patienterne fravælger træning, og at forsikringsordningerne betaler for operation, hvilket gør, at patienterne foretrækker operation. Begge udsagn er urigtige. Når en patient er diagnosticeret med subakromielt impingement og fysioterapi findes relevant, er det en kommunal opgave, og det er gratis. Der er forskel på, hvilken vej patienten visiteres til fysioterapi i de forskellige kommuner, men det betyder ikke, at det koster patienten penge at deltage i fysioterapi. Der kan være forskel på forsikringsordninger, men generelt tilbyder forsikringer den behandling, der er relevant, hvad enten det er fysioterapi, operation eller anden anerkendt behandling. Nationale kliniske retningslinjer bør ikke indeholde sådanne urigtige udsagn.

Formålet med den aktuelle retningslinje er, at den skal erstatte en del af den tidligere retningslinje om "visse skulderlidelser", nemlig delene om impingement og om rotatorcuff syndrom. (De to tilstande har i mange år været synonyme, idet de har ens symptomatologi og klinisk fremtoning, og ingen har kunnet angive nogen forskel i den tilgrundliggende patologi). Det lægger op til, at de faglige og videnskabelige fremskridt, der har været siden den tidligere retningslinje, skal inddrages i den nye. Ud over, at der er udført enkelte ekstra randomiserede studier i perioden siden 2013, er det også blevet klart, at måleredskaber i form af PROMs (patient reported outcome measures) skal opfylde samme krav til at være valide som fx objektive, biokemiske eller funktionelle måleredskaber. Især fastlæggelsen i 2017 fra COSMIN gruppen af, hvad der kræves, for at en PROM er et validt måleredskab, har gjort dette indiskutabelt. Jo mere valide PROMs er, jo mere responsive er de. Der er risiko for, at PROMs som ikke er valide, ikke er i stand til at måle en forskel mellem to behandlinger, selvom der faktisk er en forskel. Derfor ville man forvente, at studier, der som outcome anvender PROMs som mål betegnes som "inappropriate" (i COSMIN terminologi) for patienter med subakromielt impingement, enten udelades eller nedgraderes. Fx er Constant-Murley Score fra 1987 udviklet til "Shoulder dysfunction", men uden medvirken af patienter, eksperter eller spørgsmål fra andre PROMs. Den må efter COSMIN retningslinjerne betegnes som et "inappropriate" måleværktøj, og den er i øvrigt ikke tænkt specifikt til patienter med impingement. Det samme gælder Simple Shoulder Test fra 1992. Begge anvendes som outcomes i det finske studie Paavola, der refereres hyppigt (og i andre af de refererede studier). Det er ikke tidssvarende at medtage sådanne outcomes i en national klinisk retningslinje uden at foretage en nedgradering af evidensen. Det kan i øvrigt nævnes, at den finske udgave af de to nævnte PROMs aldrig har været dokumenteret eller valideret, hvilket yderligere svækker tilliden til resultatet.

På samme måde er det ikke længere acceptabelt at anvende en minimal klinisk betydende forskel (MCID), uden at kunne henføre til, at denne er fastlagt for patienter med subakromielt impingement. Der er meget stor forskel for MCID for forskellige patientgrupper – ja, der er endog en betydelig forskel mellem domæner i den samme PROM. Derfor kan fx MCID for smerter i hvile være helt forskellig fra MCID for smerter under aktivitet. Og MCID for en bestemt PROM kan være meget forskellig for patienter, som får en skulderprotese grundet slidgigt, i forhold til for patienter med subakromielt impingement. Og MCID varierer afhængigt af tidsintervallet fra intervention til måling. Flere studier i retningslinjen finder signifikante forskelle imellem behandlingsgrupperne, men disse vurderes af arbejdsgruppen at ligge under MCID – uden at det er angivet, hvorfor den angivne MCID er relevant. Dette er ikke videnskabeligt holdbart. Det eneste estimat for MCID for **VAS smerter** jeg har kunnet finde, er en undersøgelse, som omfattede både patienter med impingement og patienter med rotator cuff ruptur. Observationstiden var 6 uger. Det vil sige, at den MCID der blev fundet i undersøgelsen på 1,37 (og ikke 1,5 som det angives i retningslinjen) med stor forsigtighed (fordi den er fastlagt for en blandet patientgruppe) kan bruges til at vurdere om effekten efter 6 uger er

relevant. Estimatet kan altså ikke bruges til 6 måneders, 12 måneders eller 24 måneders follow-up, hvor MCID kan være helt anderledes. Hvis der ikke findes MCID for patienter med subakromielt impingement, må man i stedet anvende patient perceived effect (altså et eller flere ankerspørgsmål, fx om behandlingen har løst det pågældende helbredsproblem) for at afgøre, om forskellen er relevant – det findes i Beards studie (2018) men de resultater er slet ikke anvendt eller nævnt i denne retningslinje.

Det er et problem i mange af de analyserede studier, at der ikke er oplysning om smertemedicinering. Virkeligheden er jo ikke, at patienterne kun får den ene eller anden intervention, men at de fleste samtidigt tager smertestillende medicin efter behov. Anæstesiologerne har ofte som primært outcome hvor meget en intervention kan reducere forbruget af smertestillende medicin, men der tages sjældent hensyn til det i forbindelse med muskuloskeletale studier. Artikler, hvor dette ikke belyses i outcome, burde nedgraderes til brug i denne retningslinje. At det betyder noget kan fx ses af studiet Penning (2014), hvor der udover en signifikant effekt på VAS smerter samtidigt var et signifikant mindre forbrug af smertestillende medicin ved den ene behandling. Effekten på smerter er derfor større end det kan måles ved VAS.

Jeg mener, at retningslinjen for at leve op til moderne standarder må omskrives vedrørende validiteten af de enkelte outcomes.

Retningslinjens anbefalinger er meget utraditionelle. Hvis intervention 1 viser bedre resultater end intervention 2, kan man så anbefale intervention 2? Ja, hvis intervention 1 er dyr eller risikabel kan det være rimeligt, selvom den giver bedre outcome. De modaliteter, der undersøges i retningslinjen er: ingen træning, instruktion i træning, superviseret træning, glukocorticoidinjektion, "placebo"-kirurgi og subakromiel dekompression. Ingen af modaliteterne er dyre, og ingen af modaliteterne er risikable. Det konkluderes, at man anbefaler for superviseret træning, men imod glukocorticoidinjektion og subakromiel dekompression. Ja, hvis man overvejer subakromiel dekompression, skal man advare patienten imod indgrebet. Er det, fordi superviseret træning er bedre end de to andre modaliteter? Nej, tværtimod er der positiv effekt af glukocorticoidinjektion og subakromiel dekompression, sidstnævnte signifikant bedre end træning og i Beards studie med en signifikant større patienttilfredshed. Det argument, der anføres i retningslinjen for ikke at anbefale glukocorticoidinjektion og subakromiel dekompression er, at det signifikant bedre outcome ved disse modaliteter ikke er klinisk relevant. Som redegjort for oven for kan dette udsagn ikke bekræftes af de videnskabelige data. Hvis man alligevel lægger det til grund, så er det ikke forståeligt, at man anbefaler *imod* 2 behandlinger, som

signifikant er bedre end træning og *for* en træningsmodalitet, som der ikke har kunnet påvises positiv effekt af. Det er imod de foreliggende videnskabelige data.

Hvordan når man frem til grænsen 6 måneder for at kunne tilbyde subakromiel dekompression (PICO 3 og 4)? Det gør man alene, fordi 6 måneder indgår i det fokuserede spørgsmål. Der er ingen videnskabelige holdepunkter for at vælge 6 måneder. Et træningsforløb varer normalt 12 uger. Eftersom arbejdsgruppen har lagt sig fast på 6 måneder, mener jeg at man må konkludere, at spørgsmålet ikke kan besvares, og man har også måttet lægge nogle antagelser om de inkluderede studier til grund, for at få dem til at passe ind i spørgsmålet. Subakromiel dekompression er signifikant bedre på flere outcomes end træning (og ikke dårligere på noget outcome). Så dels har man ikke noget belæg for at anbefale imod og man har ikke noget belæg for en grænse på 6 måneder.

I det sidste PICO spørgsmål anbefaler man, at patienter, som ikke har haft effekt af langvarig træning, ikke opereres, og hvis de gør, skal de i forvejen orienteres om, at behandlingen ikke har dokumenteret effekt og er risikobetonet. Den konklusion er i direkte modstrid med den videnskabelige evidens. Desuden er det uklart, hvorledes man forestiller sig at patienterne så skal behandles? Denne anbefaling vil blive tolket som, at patienterne igen bør gennemgå træning, som har været ineffektiv, eller bør søge en anden behandlingsmodalitet, fx akupunktur og bør leve med deres smerter.

Det gør naturligvis ikke nogen matematisk forskel, at man omregner hændelser til antal/1000, men det er ikke god service over for læseren, at man under effektmål tager revl og krat uden at skelne til, om en forskel er signifikant eller ej, og herefter ganger op. Herved postulerer man, at en insignifikant forskel på nogle få hændelser i et lille materiale bare kan ganges op, hvorved man får en tilsyneladende betydelig forskel. Man skal læse konfidensintervallet neden under (med småt) for at forstå, at der ikke er tale om en signifikant forskel. Rigtig uvidenskabeligt bliver det, når man udregner forskellen i det udregnede per 1000 estimer. Det giver størstedelen af læserne det indtryk, at der er en forskel, hvilket der i de fleste tilfælde ikke er holdepunkt for. Eller sagt på en anden måde: En hypotetisk forskel, som baseres på den tankerække, at den insignifikante forskel, der er påvist i randomiserede studier rent faktisk var signifikant. Ud over, at det er videnskabeligt forkert, er det misvisende overfor læserne – og det kan ikke være nogen hjælp for arbejdsgruppen. Desværre ser det ud til, at arbejdsgruppen i sidste kolonne "sammendrag" er blevet forstyrret af omskrivningen, idet man fx konkluderer, at der "muligvis ikke er nogen effekt" ud for parametre, hvor der faktisk ikke er nogen signifikant effekt.

Ud over disse generelle kommentarer følger her nogle specifikke kommentarer:

Side 4:

Svag anbefaling for superviseret træning. Hvorfor ? Det er ikke begrundet. Tværtimod er der evidens for, at superviseret træning er nytteløs i forhold til instrueret træning eller ingen træning.

Svag anbefaling imod injektion, da den gavnlige effekt er lille. Hvorfor ikke tage en "lille" gavnlige effekt af en billig og sikker behandling ? Hvor stammer den anførte MCID fra?

Det skrives, at det ikke kan udelukkes, at enkelte patienter kan profitere af injektion. Jamen, der er jo redegjort for, at gruppen som helhed profiterer, så der er da ikke nogen grund til den formulering.

Effekten af injektion kan forventes at være kortvarig. Arbejdsgruppen har defineret den relevante observationsperiode til 3 måneder. Hvis man ønsker at inddrage længere observationsperioder i konklusionerne, bør det gælde for de interventioner som man i øvrigt vurderer.

Side 5:

"Undlad subakromiel dekompression til patienter med smerter i under 6 måneder, da der ikke er fundet gavnlige effekt og er risiko for bivirkninger". Det er ikke korrekt. Der er signifikant gavnlige effekt og der er ikke i de randomiserede studier rapporteret bivirkninger. Læs især Beards patientrapporterede ankerspørgsmål (som ikke er medtaget i retningslinjen).

Retningslinjen opremser en række ikke-kirurgiske behandlinger, som man kan overveje til patienter med smerter i mindre end 6 måneder. En del er ikke umiddelbart omfattet af det, som man har undersøgt, og listen er ikke komplet, idet der er flere andre interventioner med samme grad af relevans, fx akupunktur og rygestop (se senere).

"Tilbyd kun subakromiel dekompression ved mere end 6 måneders smerter og manglende effekt af struktureret træning, da den gavnlige effekt er usikker og der er risiko for bivirkninger". Denne anbefaling forudsætter, at patienterne har gennemgået struktureret træning. Og det fastslår man i anbefaling 1, at der ikke er nogen evidens for. Hvorfor skal patienterne så gennemgå det?

Desuden er den gavnlige effekt af subakromiel dekompression i litteraturgennemgangen signifikant -og der er ingen bivirkninger ved operationen. Så anbefalingen modsiges på flere områder af den fremlagte evidens. De overvejelser, der står med kursiv, er decideret forkerte.

Side 8:

”Nyere forskning har vist at udviklingen af smertetilstanden er mere kompleks”. Her savnes en reference. Det er klart, at hvis patienterne ikke udredes for årsagen til smerter, så bliver det en kompleks rodekasse.

Her introduceres diagnosen SAPS, som oversættes til subakromielt smertesyndrom. Det er ikke et anerkendt udtryk i Danmark. Det fremgår af Vandviks artikel fra 2019, hvor udtrykket formentlig er taget fra, at det er synonymt med subakromielt impingement. Der er ingen grund til at indføre en diagnose, som ingen kender og som kan tolkes meget bredt.

Retningslinjen angiver, at vores viden om ætiologi og patogenese er mangelfuld (hvilket ikke er rigtigt i en del tilfælde) og definerer herefter SAPS meget bredt. Det er i modstrid med de nationale kliniske retningslinjer at inkludere nedsat kraft i definitionen af impingement. Hvis man finder det, skal man mistænke rotatorcuff ruptur, og patienter med nedsat kraftskal udredes inden for 6 uger for dette.

Side 10:

De to studier, der kan belyse det første PICO spørgsmål fandt ingen forskel imellem smerter, PROM scores, patienttilfredshed eller tilbagevenden til arbejde. Hvad der forklares under ”Sammenfatning” er urigtigt. Det er ikke relevant at drøfte forskelle som ikke er til stede.

Side 15:

Her nævnes mindste kliniske relevante forskel første gang. For **smerter på VAS**: 1,5. Værdien kommer muligvis fra

Tashjian RZ, Deloach J, Porucznik CA, Powell AP: Minimal clinically important differences (MCID) and patient acceptable symptomatic state (PASS) for visual analog scales (VAS) measuring pain in patients treated for rotator cuff disease. J Shoulder Elbow Surg Nov-Dec 2009;18(6):927-32.

som er den eneste reference jeg kan finde til dette. Det er et studie, som udregner MCID i en population af patienter, som har enten impingement eller rotator cuff ruptur, efter 6 ugers træning. Man fratog fra forbedringen i VAS for de patienter, der havde nogen, tilfredsstillende effekt (3,03) den forbedring i VAS, som man så for de patienter som angav ingen eller utilfredsstillende effekt (1,66). Forskellen = 1,37.

Værdien 1,37 (og ikke 1,5) for MCID for **VAS smerter** gælder derfor for patienter med impingement eller rotatorcuff ruptur 6 uger efter behandlingsstart. Værdien kan ikke

anvendes på andre tidspunkter i behandlingsforløbet og har måske reduceret validitet til patienter med subakromiet impingement, da den er fastlagt i en blandet gruppe.

Side 23:

MCID for Constant-Murley score angives til 8,2. Den er i tre studier jeg kan finde ca. 3, ca. 4 og ca. 7 for relevante patientgrupper. Jeg kan derfor ikke se evidensen for at fastslå, at en effekt på 6,74 er under MCID.

Side 21, 31 og 46:

Steroidinjektion, træning, smertestillende medicin og reduktion af skulderbelastende arbejde angives som de mulige ikke-kirurgiske behandlinger ved subakromielt impingement. Det kan undre, eftersom opslag i PubMed viser randomiserede studier for en lang række behandlinger af subakromielt impigement: Laser, akupunktur, taping, ultralyd, hyaluron injektion, shockwave, elektro akupunktur, elektroterapi, diacutan fibrolyse mm. Der er mange patienter i Danmark, som behandles med andre modaliteter end dem retningslinjen beskriver.

Side 23:

Det fremgår i relation til effekten af corticosteroidinjektion, af kun eet af de 14 studier, der analyseres, er udgivet efter udformningen af den tidligere retningslinje fra 2013. Anbefalingen dengang var, at det var god klinisk praksis at anvende behandlingen, men at evidensen var lav. Studiet af Penning fra 2014 viser højsignifikant bedre outcome af binyrebarkhormoninjektion på smerterne i forhold til hyaluronsyre eller saltvand. Efter en uge var der signifikant færre patienter i steroidgruppen, der havde behov for supplerende medicinsk smertebehandling. Det er derfor svært at forstå, at den nye retningslinje kommer frem til en anbefaling imod anvendelse. Studiet af Penning viser også klart, at VAS smerte ikke firkantet kan tages som udtryk for behandlingseffekten, da patienterne hyppigt også behandles med smertestillende medicin.

Side 33:

I Beards studie (2018) blev patienterne randomiseret til ikke-kirurgi, diagnostisk artroskopi og subakromiel dekompression, og de blev efterundersøgt 6 og 12 måneder efter, at de var randomiserede. Der var signifikant bedre outcome målt med Oxford Shoulder Score efter 6 og 12 måneder af kirurgi, og det gjaldt også opgørelse per protocol. Beard konkluderer selv, at de fundne forskelle ikke er klinisk relevante, dog uden at

angive MCID for Oxford Shoulder Score. XU, Chen et al (2019) finder 12 måneder efter rotator cuff kirurgi en MCID på 3,3 og efter 24 måneder på 2,7 for Oxford Shoulder Score, og den forskel, som Beard finder mellem kirurgi og ikke kirurgi, er højere end dette. Det er derfor med det foreliggende ikke korrekt, at studiet ikke viste nogen klinisk betydende fordel for kirurgi.

Beard opgør komplikationerne i form af frossen skulder imellem kirurgi og ikke-kirurgi til 2 i hver gruppe ($p > 0,9999$). Paavola angav antallet af frosne skuldre ved 24 måneders follow-up til 3, 1 og 2 (subakromiel dekompression, diagnostisk artroskopi, træning). Komplikationerne i relation til den patientgruppe, der er tale om, er derfor belyst i disse to randomiserede studier. Det er irrelevant at medtage opgørelser af komplikationer efter skulderkirurgi generelt. Det er desuden uhensigtsmæssigt at omregne så små tal til per 1000 og det følger ikke videnskabelig tankegang at angive i sammendraget, at tallene overhovedet kan give mistanke om forskel. Hvis man lægger Beards tal til grund, er der 99,99 % sandsynlighed for, at der ikke er forskel i risikoen for frossen skulder mellem operation og ingen behandling. Paavolas studie giver evidens af næsten samme størrelsesorden.

Constant-Murley Score og Simple Shoulder Test er ikke valide måleredskaber for den aktuelle patientgruppe, og tilliden til målingerne bør nedgraderes.

Side 46:

Afsnittet i kursiv indeholder en række meget værdiladede ord og udsagn, som der ikke er belæg for: Subakromiel dekompression betegnes som et behandlingstilbud, der ikke er understøttet af kontrolleret empiri (! ?). Evidensgrundlaget for behandlingen er spinkelt, og der er en særlig risiko for udvikling af frossen skulder.

Arbejdsgruppen har gennemgået talrige randomiserede studier, hvori subakromiel dekompression indgår som behandling, og der er ikke et eneste af disse studier, som har vist, at subakromiel dekompression er dårligere end træning eller anden intervention. Grundlaget for at lave en anbefaling til PICO4 er derfor, at subakromiel dekompression er en ret veldokumenteret behandling med mindst samme positive effekt som fx træning. Nyere studier tyder endog på, at der er en signifikant bedre (Paavola og Beard) og klinisk betydende (Beard) effekt af subakromiel dekompression. Det må også være klart fra de foreliggende studier, at der ikke er nogen dokumenteret risiko for frossen skulder eller andre komplikationer i forbindelse med subakromiel dekompression.

Formuleringen af afsnittet med kursiv er derfor ikke i overensstemmelse med fakta og bør formuleres helt om.

Side 47:

Selve PICO spørgsmålet indsnævrer jo den aktuelle patientgruppe meget, idet der skal være forsøgt træning og have været smerter i mindst 6 måneder. Man inkluderer Paavola under den antagelse, at patienterne havde haft smerter i mindst 6 måneder, når de kom efter effektløs træning. Det synes jeg er en acceptabel antagelse, men så bør man også inkludere Beards studie, som også omfatter patienter, der har forsøgt fysioterapi uden effekt og har haft ondt i mindst 3 måneder. Beard anvender ovenikøbet mere valide outcomes end Paavola (Oxford Shoulder Score har content validity for den aktuelle patientgruppe) og har en række meget relevante ankerspørgsmål (i appendix til artiklen). Beards studie kan levere data til begge dele af PICO spørgsmålet.

Side 48:

Her refereres, at der er 16/1000 med frossen skulder mod 51/1000 i de to behandlingsgrupper. Dette baseres på faktuelle tal 1 og 3. Det er ikke seriøst overhovedet at analysere det nærmere. Flytter bare én patient til en anden gruppe, er der ingen numerisk forskel. Det samme gælder side 55, hvor tallene er 28/1000 og 51/1000 baseret på 2 og 3 hændelser. Hvis man ønsker at bibeholde dette outcome, så skal Beards studie også inkluderes, da det også giver oplysninger, der er relevante. Jeg synes dog, at denne præsentation af data efterlader læseren med indtryk af, at man sidder med et uvidenskabeligt dokument i hånden.

Paavolas studie har som outcome **VAS smerte** efter 24 måneder og finder en signifikant bedre outcome i de opererede grupper. Jeg kan ikke finde oplysninger om MCID for **VAS smerte** efter 24 måneder for denne patientgruppe, og hvis det er korrekt, er angivelsen af, at forbedringen ikke er klinisk betydende ikke videnskabeligt underbygget.

Hvis man havde inddraget Beards studie og set på tallene i hans appendix (og det mener jeg, at man bør), ville man have væsentlige oplysninger om, hvordan patienterne oplever behandlingerne. Patienterne, der havde fået subakromiel dekompression svarede (højsignifikant) bedst på ankerspørgsmålene og også på en række spørgsmål om smerter, fx om natten. Studiet giver god evidens for, at patienterne har det bedst efter subakromiel dekompression.

Outcome i Brox (1993) er Neer Score, hvilket ikke er en valid målemetode.

Side 64 og 65:

Sygehistorie 3 indeholder oplysning om, at patienten ikke kunne få hånden om på ryggen grundet smerter. Dette skal altid give anledning til overvejelse om diagnosen frossen skulder (et hyppigt anvendt diagnostisk kriterium er > 30 grader nedsat bevægelse i mindst 2 planer). Behandlingen af frossen skulder er helt anderledes. Det må fremgå af

sygehistorien, at man bør overveje den diagnose og ved mistanke ikke iværksætte fysioterapi, som forværrer tilstanden.

Det samme gælder sygehistorie 4, hvor det også må fremgå, at man skal udelukke frossen skulder.

I sygehistorie 5 mangler oplysning om smerter fra AC-leddet. Artrose i dette led er ikke sjældent hos murere, og behandlingen er lidt anderledes.

Sygehistorie 6 kunne være polymyalgia rheumatica, og hun skal ihvertfald undersøges for det (blodprøver).

Side 67:

Det er relevant og ambitiøst at monitorere dette via registre. Desværre tror jeg ikke sikkerheden vedrørende diagnose og behandling er god nok til, at sådanne udtræk er mulige.

Hvis man ønsker, at retningslinjen skal ændre nogle af de 4-5000 subakromielle dekompressioner, der foretages i Danmark årligt, til træningsforløb, så er det umuligt at monitorere på denne måde. Antallet af patienter, der træner er langt større end antallet af opererede, og selv en stor reduktion i antallet af operationer vil kun ses som en lille krusning.

AGREEII vurderingen:

Domæne 1:

Spørgsmål 1: 5

Spørgsmål 2: 4. Kommentar: I PICO 4 er det ikke beskrevet hvad "tilstrækkelig effekt" er eller hvad "ikke-kirurgisk behandling" dækker.

Spørgsmål 3: 1. Kommentar: Retningslinjen angiver "patienter med skuldersmerter" og "subakromielt smertesyndrom" som målgruppe. Litteraturgennemgangen omfatter dog alene patienter med subakromielt impingement/rotator cuff syndrom, og betegnelsen "subakromielt smertesyndrom" er ny i Danmark og savner en definition. Alle de patienter, der har skuldersmerter men IKKE er omfattet fremgår kun af de fokuserede spørgsmål bagerst i retningslinjen og ikke i indledningen.

Domæne 2

Spørgsmål 4: 7.

Spørgsmål 5: 2. Kommentar: Der er ikke søgt i litteratur eller ved direkte patientinvolvering for at få disse oplysninger. Angivelserne har derfor GOPSAT karakter.

Spørgsmål 6: 6. Kommentar: Retningslinjen er meget svær at finde rundt i og ikke udformet fx til brug i almen praksis, hvor man har 10 minutter per patient og skal dække alle medicinske og kirurgiske problemer.

Domæne 3:

Spørgsmål 7: 7

Spørgsmål 8: 3. Det er ikke beskrevet, hvorledes man har fastlagt MCID (som er afgørende for retningslinjens anbefalinger), og det er uklart, hvorfor Beards studie fra 2018 ikke er inkluderet i PICO 4. Man kunne måske med fordel – eftersom dette er en opfølgning fra den tidligere retningslinje fra 2013 – have taget udgangspunkt i den og koncentreret sig om, hvad der er kommet af undersøgelser siden.

Spørgsmål 9: 3. Kommentar: Man har slet ikke beskrevet, at nogle outcome measures ikke er valide for denne patientgruppe, og man har ikke nedgraderet for dette. Man har helt ignoreret de meget stærke outcomes i relation til patientpræferencer, der er beskrevet i Beard (2018).

Spørgsmål 10: 2. Kommentar: Det er ikke beskrevet, hvorledes man er nået frem til sammendraget i tabellerne og anbefalingerne, og heller ikke hvorledes teksten der kommenterer anbefalingerne er fremkommet.

Spørgsmål 11: 2. Kommentar: Det er ret klart ud fra litteraturen, at i relation til bivirkninger, så er der stort set ingen, uanset behandling. Man har forstørret helt irrelevante forskelle (frossen skulder) op og inkluderet i anbefalingerne. Man har – under henvisning til ikke dokumenterede værdier for MCID – afvist signifikante effekter af behandlinger.

Spørgsmål 12: 2. Kommentar: Det er klart ud fra evidensen, at der er en positiv effekt af træning, men ikke nødvendigvis superviseret træning. Det er også klart, at der er en positiv effekt af subakromiel dekompression i forhold til træning, og at der aldrig er påvist dårligere effekt af subakromiel dekompression i forhold til andre behandlinger. Dette afspejles ikke i anbefalingerne. Arbejdsgruppen har desværre ikke set på MCID på en videnskabelig måde, før man bedømte, at den positive effekt af kirurgi ikke var relevant. Og man har helt ignoreret de meget strukturerede beskrivelser af patient oplevelser i Beards studie.

Spørgsmål 13: 7

Spørgsmål 14: 4. Kommentar: Er det relevant at opdatere retningslinjen? Der gennemgås nogle udvalgte behandlingsmuligheder, som hver især ikke giver helbredelse hos alle i

patientgrupperne. Er det ikke relevant for patienterne at have de forskellige muligheder? Hvilken extra evidens regner man med, at der er fremkommet inden for 3 år?

Domæne 4:

Spørgsmål 15: 2. Kommentar: Det er svært at se, hvilken hjælp en praktiserende læge har af retningslinjen. Man regner også med, at patienter og pårørende læser retningslinjen, og over for dem vil den kun medføre bekymring og tvivl. Den giver ikke brugbare budskaber og indeholder helt udokumenterede oplysninger om bivirkninger og økonomisk forhold.

Spørgsmål 16: 6. Kommentar: Man har udeladt en lang række behandlinger, som konkret gives som behandling af subakromielt impingement. Retningslinjen er derfor lidt snæver.

Spørgsmål 17: 5. Kommentar: Noget brugervenligt lay-out har retningslinjen ikke. De vigtige budskaber drukner i tegninger og farvede bjælker.

Domæne 5:

Spørgsmål 18: 2. Kommentar: Det er ikke beskrevet, om patienterne skal behandles af en skuldererfaren fysioterapeut (der angives i retningslinjen en bekymring i relation til, at det er meget varierende behandling man kan få hos fysioterapeuter) og hvorledes man identificerer en sådan. Det er ikke beskrevet i PICO 4 hvad patienterne skal gøre, hvis de fravælger operation: smerteklinik, egen læge, akupunktør, genoptage den hidtil virkningsløse fysioterapi osv? Det er ikke beskrevet, at patienter, der opereres skal udredes relevant mhpå om de har en tilstand, der kan forventes at bedres efter kirurgi. Uden at disse forhold er defineret, er det svært at implementere retningslinjen.

Spørgsmål 19: 3. Kommentar: se spørgsmål 18. Det ville være en relevant vision, at fysioterapeuter og ortopædkirurger uddannes bedre til at varetage behandlingen af disse patienter.

Spørgsmål 20: 1.

Spørgsmål 21: 4. Kommentar: Som beskrevet oven er den foreslåede monitorering næppe gennemførlig.

Domæne 6:

Spørgsmål 22: 4. Kommentar: Sundhedsstyrelsen er funding body og har leveret metodedelen i arbejdet, inkl. tabellerne. Det fremgår også af baggrunden, at Sundhedsstyrelsen har haft udgangspunkt i og ønske om at implementere en retningslinje, som er publiceret i BMJ.

Spørgsmål 23: 4. Kommentar: Det er ikke præcist beskrevet, hvorledes arbejdsgruppen har udført opgaven, men på baggrund af mine erfaringer fra tidligere, lignende processer, har de enkelte PICO spørgsmål formentlig været delt ud til enkeltmedlemmer at arbejde med. Dette kan medføre, at særinteresser tilgodeses. Nogle af formuleringerne kunne tyde på, at der ikke i alle tilfælde har været enighed. Det er ikke beskrevet, hvorledes man har behandlet uenigheder i arbejdsgruppen.

Overall assessment:

1: 2

2: No. Kommentar: Der er mange problemer i relation til retningslinjen. Der er for mange ting, der bør rettes, til at det nuværende oplæg kan justeres.

Det har været spændende i forbindelse med review-opgaven at læse op på litteraturen om subakromielt impingement.

Nogle kan måske få det indtryk, ved at læse reviewet, at jeg søger at pleje særinteresser, fordi jeg er ortopædkirurg. Det er ikke tilfældet. Jeg var aktivt med til at implementere retningslinjen fra 2013 i hele Region Hovedstaden, og vi har siden dengang afvist patienter med subakromielt impingement til operation, hvis de ikke har forsøgt et træningsforløb først.

Fysioterapeuterne er en af ortopædkirurgernes vigtigste samarbejdspartnere, og det daglige arbejde, som jeg indgår i med fysioterapeuterne, bygger på gensidig respekt for hinandens faglighed og en fælles indsats for, at patienterne får den bedste behandling.

Med venlig hilsen

Michael Krogsgaard
Professor, overlæge, PhD, specialist i ortopædkirurgi
Idrætsskurgisk Enhed M51
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Michael.Rindom.Krogsgaard@RegionH.dk

Peer review af NKR for behandling af patienter med skuldersmerter (subakromielt smertesyndrom), af Birgit Juul-Kristensen, lektor, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.

Opgaven er:

”Med udgangspunkt i den konkrete NKRs problemstilling og de formulerede fokuserede spørgsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af evidens”.

1. Manuskriptets styrker

Retningslinjen er et godt og grundigt arbejde, med gode afgrænsede fokuserede spørgsmål og visuelle oversigter m praksis anbefalinger.

Også godt m patient cases til at illustrere praksis af retningslinjen.

2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Det kan overordnet virke som om man sætter sig mellem 2 stole: på den ene side forsøges med så videnskabelige argumenter som muligt (dog ikke muligt at følge detaljerne som ved et internationalt peer review af artikler), mens man på den anden side samtidig vil nå ud til praksis, (hvor en del af argumenterne sandsynligvis kan være svære at forstå). Man kunne i stedet have udarbejdet en mere transparent videnskabelig rapport/artikel, og suppleret med en lettilgængelig folder/mindre hæfte til praksis.

Der skal generelt checkes for slå-fejl og grammatiske fejl. Der er en hel del igennem hele rapporten.

Der er generelt en god struktur, men på s.4 går det galt. Det er som om indholdsfortegnelsen gentages, hvor pkt 1 (læsevejledning) + 2 (indledning) er misvisende her, da disse afsnit reelt ikke beskrives her, men først senere. Det foreslås, at slette pkt 1+2, i hht indholdsfortegnelsen.

Pico 3 (superviseret træning mm): Definitioner af struktureret træning kan forekomme misvisende, da selvtræning ikke nødvendigvis er struktureret, og ligeledes kan superviseret træning variere mellem at være mere eller mindre struktureret.

Der skelnes ml struktureret (superviseret og selvtræning) vs ikke-struktureret træning (Ingen træning), og superviseret vs ikke-superviseret (selvtræning), men intet sted er der nævnt noget om den manglende viden om optimal trænings frekvens, intensitet, type og time/længden af interventionen (FITT-principperne). Trods denne manglende viden kan øvelsesbeskrivelserne generelt være mere præcise. I videnskabelig litteratur kan øvelsestypen oftest beskrives som rettet mod motorisk kontrol (generelt), scapula stabilisering (lokalt), excentrisk arb, høj/lav intensitets styrketræning, ud fra FITT principperne. Det bør overvejes at beskrive øvelserne på samme måde her og ikke blot som træning, (man beskriver jo heller ikke operation som blot operation, men efter type).

En generel kommentar vedr egenbetaling: Det synes absurd, at egenbetaling kan være en afgørende faktor for valg ml superviseret/selvtræning, da andre beskrevne behandlingstiltag, som injektion (her glukokortikoid) og ASD (artroskopisk subakromial dekompression) m samme evidens ikke kræver egenbetaling (med undtagelse af smertestillende håndkøbsmedicin). Dette gælder også markant vedr Pico 5 (Subakromiel dekompression v smerter under 6 mdr), s. 32 (øverst): Her må egenbetaling ikke påvirke patientpræferencer, da evidensen for ASD ikke er bedre end for struktureret træning! Ligeledes vedr Pico 5, s.36: Det virker som om det manglende trænings-tilbud ved ingen behandling bliver et argument for ASD? Istedet bør træning ikke pålægges egenbetaling, men være gratis på lige vilkår m ASD.

Pico 4 (subakromial glukokortikoid injektion): Hvis et af argumenterne for brug af glukokortikoid injektion (selv få gange) er at øge muligheden for gennemførelse af træning, bør det nævnes, at viden om denne kombinerede effekt pt ikke eksisterer før til allersidst i NKR. Dog viser Ingwersen et al. at effekten af glukokortikoid injektion ser ud til at variere med træningsintensitet (størst effekt af injektion ses v høj dosis styrketræning suppleret m glukokortikoid injektion, mens lav dosis styrketræning gir størst effekt uden glukokortikoid injektion) (Ingwersen et al., 2017).

s.32 (øverst), Pico 5: der beskrives, at der er stor variation i træningstilbud, men det kan undre, at der ikke tilsvarende i samme afsnit er beskrevet, at der også er stor variation i tilbud af ASD. Dette bør tilføjes.

s.32, Pico 5: Det kan undre, at der stilles tvivl ved kirurgerens udsagn om, at de ikke foretager bursectomi i de pågældende studier (Paavola et al., 2018, Beard et al., 2018). Det nævnes i studiet af Paavola,18, at der i kontrolgruppen m placebo kirurgi kun er udført mindre resection af bursa hos 30% af deltagerne.

s.39: Det er generelt svært at gennemskue, hvad et 'upræcist effekttestimat' i Constant score er vurderet udfra, da det ikke er beskrevet særlig tydeligt.

3. Eventuelle forslag til ændringer

Pico 3, s.4: Omtale af hvilke studier, der er inkluderet bør indsættes, som argumentation/ underbyggelse af anbefalingen, på samme måde som det er gjort i afsnittet vedr. glukokortikoid injektion.

Pico 6 (subakromial dekompression v symp over 6 mdr og manglende effekt af struktureret træningsforløb), s.5: 'kan være fristende' er et dårligt ordvalg. Brug i stedet: 'det må nøje overvejes'. Hvis dette indsættes s.5, så skriv hvad disse overvejelser bør indbefatte (ex. hvordan compliance ved træningen har været, mm)....

s.10: repetition angående alvorlige bivirkninger bør slettes.

s.10: Sammenfatning, i forbindelse m beskrivelse af Granviken (Granviken and Vasseljen, 2015), bør der checkes for follow-up evalueringen, da Granviken beskriver, at interventions perioden var 6 uger, og at alle evalueringerne blev foretaget ved 6 uger. Langtids Follow-Up var 26 uger. Det kan endvidere undre, at studiet af Şenbursa (Şenbursa et al., 2011), ikke er inkluderet, da man her kunne have set på effekt af 12 ugers superviseret træning (grp 1) vs hjemme-træningsprogram (grp 3).

Det er iøvrigt særdeles ærgerligt, at netop de 2 inkluderede studier (Granviken and Vasseljen, 2015, Erdem and Ünver, 2018) kun har interventioner på 6 uger, når dansk praksis ofte er 12 ugers træning. Derfor bør det nævnes, at resultaterne skal tages m stort forbehold, da én supervision over 6 uger ikke vil nå at ha så stor effekt som én supervision over 12 uger, evt m flere gange mdt kontakt (som set ex i (Şenbursa et al., 2011)).

s.11, forkortelsen MD er ikke forklaret.

s.11 (øverst), istedet for 'fratrullet' anbefales brug af 'nedgraderet'

Generelt ved alle anbefalinger vedr Arbejde og uddannelse, hvor der påpeges, at arbejdsfunktion spiller en rolle for prognosen/rehabiliteringen, vil det for en hel del personer (personer uden arbejde) også være vigtigt at inddrage fritids- og sports aktiviteter (hel/halv professionelle, motionister) som en faktor. Dette bør tilføjes i alle anbefalingerne (Pico 3-6).

s.23 (første afsnit), Sammenfatning, Pico 4: Det er vigtigt at blive informeret om, hvilke studier der blev in/ekskluderet fra den endelige analyse.

s. 31, Pico 5, Det foreslås, at præcisere spørgsmål 2 i Pico 5, så der ikke står '(for eksempel struktureret træning)', men '(struktureret træning)', da det jo er det, der reelt sammenlignes med.

s.31: Pico 5, Kvalitet af evidens: det kan undre, at Evidensen ikke er moderat, (men som angivet her lav??), da den samlede tiltro til alle de kritiske effektmål er beskrevet som moderat, med kun én undtagelse (funktion ved 6 mdr).

s.39, Ikke helt overensstemmende titel på artikel og reference (Peters and Kohn, 1997).

s.39, Ikke korrekt reference på Haahr,2009. Skal være (Haahr et al., 2005).

s.39, Sammenfatning, beskrivelsen af øvelsestype bør generelt være mere præcis. Se tidl. kommentar ovenfor under afsnit 2 i denne bedømmelse af NKR. Det bør overvejes at beskrive øvelsestyper på samme måde her.

s.39, I gennemgang af Ketola, 2009 (Ketola et al., 2009), bør der stå at begge grupper modtog samme superviserede træning og ikke blot superviseret træning. (Dette skal stå 2 gange i samme afsnit).

s.40, I skemaet foreslås, at der istedet for ikke-kirurgisk behandling generelt står struktureret træning, da det er det, der sammenlignes med (og ikke anden ikke-kirurgisk behandling som ex. injektion, laser mm).

s.41 (øverst i skemaet), fejl i tilbagevenden til arb, hvor der ude til højre mangler at stå 'efter 6 mdr'.

s.42, der bør være ensretning mht brug af 1 år eller 12 mdr.

s.47: mere logisk at skrive 'ved fysioterapeut gives der engangs-instruktion til hj træning', da fysioterapeuten ikke deltager v hj.træningen.

s.54: Nederst på siden: Igen er træningen for mangelfuld beskrevet (se tidl forslag til beskrivelse af øvelsestype m motorisk kontrol mm)

s.61: hvorvidt ASD udføres ved andre tilstande (ex rotator cuff tear) synes ikke interessant i denne sammenhæng, da det er SAPS der er i fokus i denne NKR.

Cases s.63:

Case 3, 48-årig mand: Ved slutningen: Revurdering mhp trænings-optimering bør ligeledes foreslås.

Case 4, 57-årig kvinde: overskriften er misvisende, da pt ikke har haft struktureret træning, hvorved man heller ikke kan tale om manglende effekt af dette. Da dette forløb er alvorligt, bør træningen være superviseret og struktureret og uden egen betaling, da tilbud om ASD ellers vil vurderes på et utilstrækkeligt grundlag.

Case 5, 54-årig mand: overskriften igen misvisende, da han jo netop tidligere havde god effekt af træning, men at sympt er recidiveret, og han må påbegynde træning igen. Hvis patienten er venstrehåndet, bør det i dette tilfælde være beskrevet.

Case 6, 62-årig kvinde: Det bør undersøges hvilken struktureret træning, der har været givet, og især hvordan compliance på denne træning har været.

s.67, Monitorering:

Det anbefales, at der ligeledes registreres hvilken træning, der tilbydes, m fokus på motorisk kontrol og/eller scapula stabiliserende øvelser, excentrisk arbejde og høj/lav styrketræning. Især bør det registreres i hvilket omfang træningen gennemføres (compliance), og årsager til frafald (manglende motivation/tid og/eller egenbetaling).

Tilbagevenden til arbejde, tilføj... og tilbagevenden til sport

Datakilder: Det anbefales, at der oprettes mulighed for registrering af tilbudte træningstyper og compliance af træning.

s.68: Opdatering og videre forskning:

For at lette overskueligheden, anbefales det at liste forslag til videre forskning i samme rækkefølge som behandlingerne er gennemgået i NKR her. Dvs først oplistes forslag til videre forskning i træning, så glukokortikoid og tilsidst ASD. Som det står nu, får forslag til videre forskning i ASD en markant større vægtning, hvilket formentlig ikke er tiltænkt.

Der mangler flere nuancerede forslag til videre forskning på området omkring superviseret og ikke-superviseret træning. Det beskrevne evidensgrundlag udfra kun 2 studier (Granviken and Vasseljen, 2015, Erdem and Ünver, 2018) er svagt. Der mangler endvidere forslag til forskning på struktureret træning (superviseret/ikke-superviseret) vs ikke-struktureret/ingen træning.

Der mangler endvidere forskning i, hvorvidt træning (og hvilken type) med/uden glukokortikoid gir det bedste patient resultat.

Det anbefales, at samle alle forslag vedr ASD (omhandlende ASD, placebo kirurgi, sen-ASD mm) under et afsnit, og ikke som nu, hvor det er spredt ud i hele afsnittet om 'Opdatering og videre forskning'.

Vedr arbejdsmæssige belastning: Hertil bør også fritids- og sportsmæssige belastninger inddrages.

AMSTAR-vurderinger

s.85: skema AMSTAR: check problemer m opsætningen i skemaet (Pico 3+4)

s.88: mangler korrekt opdatering af referencer

4. AGREE II vurdering af retningslinjen

Er foretaget online 21/8-2020.

Mvh

Birgit Juul-Kristensen

Associate professor, Research Unit for Musculoskeletal Function
and Physiotherapy,

Head of Center for Research in Adapted Physical Activity

Department of Sports Science and Clinical Biomechanics

Tel [+45 65 50 34 12](tel:+4565503412) (SDU)
[+45 23 44 01 50](tel:+4523440150) (mobile)

bjul-kristensen@health.sdu.dk

www.sdu.dk/ansat/bjul-kristensen



University of Southern Denmark

Campusvej 55

DK-5230 Odense M

www.sdu.dk

References

- BEARD, D. J., REES, J. L., COOK, J. A., ROMBACH, I., COOPER, C., MERRITT, N., SHIRKEY, B. A., DONOVAN, J. L., GWILYM, S., SAVULESCU, J., MOSER, J., GRAY, A., JEPSON, M., TRACEY, I., JUDGE, A., WARTOLOWSKA, K. & CARR, A. J. 2018. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. *Lancet*, 391, 329-338.
- ERDEM, E. U. & ÜNVER, B. 2018. Effects of supervised homebased exercise therapy on disability and function in patients with shoulder pain. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 5, 143-149.
- GRANVIKEN, F. & VASSELJEN, O. 2015. Home exercises and supervised exercises are similarly effective for people with subacromial impingement: a randomised trial. *J Physiother*, 61, 135-41.
- HAAHR, J. P., OSTERGAARD, S., DALSGAARD, J., NORUP, K., FROST, P., LAUSEN, S., HOLM, E. A. & ANDERSEN, J. H. 2005. Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up. *Ann.Rheum.Dis.*, 64, 760-764.
- INGWERSEN, K. G., JENSEN, S. L., SORENSEN, L., JORGENSEN, H. R., CHRISTENSEN, R., SOGAARD, K. & JUUL-KRISTENSEN, B. 2017. Three Months of Progressive High-Load Versus Traditional Low-Load Strength Training Among Patients With Rotator Cuff Tendinopathy: Primary Results From the Double-Blind Randomized Controlled RoCTEx Trial. *Orthop J Sports Med*, 5, 2325967117723292.
- KETOLA, S., LEHTINEN, J., ARNALA, I., NISSINEN, M., WESTENIUS, H., SINTONEN, H., ARONEN, P., KONTTINEN, Y. T., MALMIVAARA, A. & ROUSI, T. 2009. Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome?: a two-year randomised controlled trial. *Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 91, 1326-34.
- PETERS, G. & KOHN, D. 1997. [Mid-term clinical results after surgical versus conservative treatment of subacromial impingement syndrome]. *Unfallchirurg*, 100, 623-9.
- PAAVOLA, M., MALMIVAARA, A., TAIMELA, S., KANTO, K., INKINEN, J., KALSKE, J., SINISAARI, I., SAVOLAINEN, V., RANSTAM, J. & JÄRVINEN, T. L. N. 2018. Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. *Bmj*, 362, k2860.
- ŞENBURSA, G., BALTAÇI, G. & ATAY Ö, A. 2011. The effectiveness of manual therapy in supraspinatus tendinopathy. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 45, 162-7.

Sendt: 21. august 2020 11:35

Til: SST NKR Sekretariat <NKR Sekretariat@SST.DK>

Cc: Kacia Vicki Ardensø (Medlem) <kva@regionsjaelland.dk>; Tina Nør Langager <tnl@etf.dk>; Tina Solveig Koch <tsk@etf.dk>; Beate Jarl <bj@etf.dk>

Emne: Sv: NKR for behandling af patienter med langvarige ikke-traumatiske skuldersmerter er sendt i høring (Id nr.: 1761517)

Til NKR

Dansk Selskab for Håndterapi vurderer at denne NKR og dermed høringsmaterialet ikke falder indenfor arbejdsområdet, hvorfor vi fra de ergoterapifaglige selskabers side ikke har yderligere bemærkninger til det fremsendte.

Med venlig hilsen

Ulla Garbøl

Chefkonsulent

Ergoterapeutforeningen

Nørrevoldgade 90, 1

DK-1358 København K

Tlf: 88 82 62 70

Direkte: 53364925

etf.dk

Fra: DASYS <dasys@dasys.dk>

Sendt: 20. august 2020 10:16

Til: SST NKR Sekretariat <NKR Sekretariat@SST.DK>

Cc: Pernille Olsbro Adamsen <pernille.olsbro.adamsen@regionh.dk>

Emne: DASYS: Høringssvar vedr. NKR for behandling af patienter med langvarige ikke-traumatiske skuldersmerter

Til SST, sekretariatet for NKR

DASYS takker for muligheden for at indsende høringssvar på høringen om NKR for behandling af patienter med langvarige ikke-traumatiske skuldersmerter.

Vi har sendt høringen ud de faglige selskaber, men har ikke modtaget kommentarer.

Venlig hilsen

Helle Johnsen

DASYS' sekretariat



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

