



Synpunkter från Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, LSR på Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

Sammanfattning

Rehabilitering borde vara en självklar del av den intervention som personer med rörelseorganens sjukdomar får tillgång till. Detta är dock inte fallet – rehabilitering har en svag ställning i dagens hälso- och sjukvård och det råder en uttalad praxisskillnad. Medan man i vissa delar av landet kan erbjudas en rehabilitering av god kvalitet är den istället klart undermålig på andra platser. Riktlinjer kring rörelseorganens sjukdomar skulle kunna utgöra ett dokument som stärker rehabiliteringens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Sjukgymnastförbundet hyser dock en stark farhåga att de i sin nuvarande utformning istället kommer att bidra till en försvagning genom att behovet av rehabiliterande insatser till stor del osynliggjorts i riktlinjerna.

- Vi vill särskilt framföra att det i rekommendationerna för varje område bör införas en rubrik Rehabilitering. I dessa avsnitt bör generella rekommendationer om vad som bör ingå i rehabilitering formuleras.
- LSR anser att avsnittet som behandlar Smärta i nacke, skuldror och rygg är så pass bristfälligt att det bör utgå.
- Vidare anser LSR att Socialstyrelsen i dessa riktlinjer intagit ett vetenskaplig synsätt som motverkar syftet med riktlinjerna.

Generella synpunkter

Vi kommer här att först ge generella synpunkter på riktlinjernas utformning för att sedan specifikt kommentera riktlinjernas olika delar.

LSR välkomnar initiativet att utveckla riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. I inledningen till riktlinjerna slås fast att arbetet är inriktat på frågeställningar där behovet av vägledning för beslutsfattare är särskilt stort. Vidare står att riktlinjerna ska vara ett stöd för prioriteringar på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. LSR anser att det finns ett tydligt behov av vägledning och stöd till beslutsfattare när det gäller rörelseorganens sjukdomar. I dag råder en uttalad praxisskillnad. Medan man i vissa delar av landet kan erbjudas en rehabilitering av god kvalitet är den istället klart undermålig på andra platser.

Rörelseorganens sjukdomar är idag ett samhällspolitiskt problem. Av personer som varit sjukskrivna mer än två veckor utgör personer med sjukdomar i rörelseorganen, enligt Försäkringskassans statistik, cirka 25 procent. Kostnaden för samhället i form av sjukskrivningar för detta sjukdomspanorama torde vid ett enkelt överslag ligga på 5 miljarder kronor per år. Till detta kommer det stora lidande som drabbar en stor grupp människor.

Riktlinjer kring rörelseorganens sjukdomar skulle kunna utgöra ett dokument som stärker rehabiliteringens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Sjukgymnastförbundet hyser dock en stark farhåga att de sin nuvarande utformning istället kommer att bidra till en försvagning.

Selektion och granskning av studier

Hur studier som ska ingå i faktaunderlaget selekteras har stor betydelse för bedömningen av den vetenskapliga granskningen och för de prioriteringar som sedan sker. LSR anser att de urvalskriterier som används vad gäller utfallsmått har varit för snävt satta och detta har inneburit att forskning som är kliniskt relevant sorterats bort. Riktlinjer måste baseras på bästa tillgängliga kliniska och vetenskapliga underlag.

När det gäller evidensgradering av studier har det internationellt vedertagna systemet GRADE används. Detta system lämpar sig för olika typer av behandlingsstudier. Man kan däremot ifrågasätta om GRADE besitter validitet för studier som rör metoder för prediktion. När det gäller området Smärta är just studier kring diagnostik och prediktion av framtida ohälsa av stort intresse.

LSR efterlyser en anpassning av vetenskapliga metoder till det område och de frågeställningar man avser att studera.

På vilka grunder har prioriteringar skett?

I inledningen av riktlinjerna slås fast att Socialstyrelsens prioriteringar är resultat av en samlad bedömning av

- Tillståndets svårighetsgrad
- Effekter av åtgärder
- Det vetenskapliga stödet (evidens)
- Kostnadseffektivitet

Om man tar del av den information som finns utlagd på Socialstyrelsens webbplats så ska begreppet evidens grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. I de riktlinjer som Socialstyrelsens utarbetat för demenssjukdom slår man också fast att man där vägt samman evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet.

I de preliminära riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar förefaller det som om beprövad erfarenhet inte längre är en faktor att räkna med när rekommendationer för vården utarbetas. När man studerar tillstånds och åtgärdslistan och de prioriteringar som gjorts får man det absoluta intrycket att det vetenskapliga underlaget varit direkt avgörande vid prioriteringar. Att så också är fallet styrks av ett uttalande i Dagens Medicin 2011 nr 7/11 av Agneta Uddhammar, vice ordförande i prioriteringsgruppen. Uttalandet görs med anledning av kritik riktad mot att rehabilitering vid reumatoid artrit fått låg prioritering. Uddhammar säger ”våra prioriteringar baseras strikt på vetenskaplig evidens och den låga prioriteringen beror främst



på bristen på bra studier” LSR anser att ett sådant synsätt leder till att vården utarmas. Behandlingsmetoder som erfarenhetsmässigt visat sig ha god effekt riskerar att utrangeras, och blir därmed heller aldrig föremål för forskning.

LSR vill framhålla att även åtgärder/tillstånd med svagt vetenskapligt faktaunderlag kan ges hög prioritet. Vi anser att det kliniska behovet av rehabiliteringsåtgärder avsedda för att öka funktion eller minska grad av upplevd smärta vid rörelseorganens sjukdomar är så entydiga att de bör ges en hög prioritet. Hur prioriteringar görs är en värderingsfråga och bör inte ses enbart ur ett strikt vetenskapligt perspektiv.

Vidare anser LSR anser att det får förödande konsekvenser om Socialstyrelsen reducerar sin roll i riktlinjearbetet till att granska vetenskaplig evidens. I Sverige finns redan SBU som har denna roll och internationellt finns till exempel Cochrane att tillgå. Vi anser att Socialstyrelsen unika roll för Svensk hälso- och sjukvård är att ge beslutsstöd och rekommendationer i hur vetenskap och beprövad erfarenhet kan sammanvägas till en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård.

Rekommendationerna är fragmentariskt utformade

I inledningen till riktlinjerna slås fast att de inte är heltäckande utan att de har fokus på områden där det finns uttalade praxisskillnader och kontroversiella frågor. I dokumentet sägas att de utvalda rekommendationerna är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

När man läser rekommendationerna har man dock svårt att se att de är utformade enligt ovan formulerade principer. Rekommendationerna är fragmentariska till sin utformning och saknar viktiga områden helt eller delvis. Det vi framförallt åsyftar är då rehabilitering. För vissa områden saknas helt rubriken rehabilitering. Så är till exempel fallet för området Osteoporos . För andra områden finns rubriken med men innehållet är bristfälligt.

Vad händer med åtgärder som inte omnämns i rekommendationerna?

I inledningen till riktlinjerna står att ”diagnostik, behandling och rehabilitering” som dag är standard har lämnats utanför och inte rangordnats. Socialstyrelsen förutsätter att dessa tas upp i nationella och regionala vårdprogram för att täcka in hela vårdkedjan

Sjukgymnastförbundet anse att denna skrivning är för svag och för otydlig. Om Socialstyrelsen anser att den rehabilitering som idag är att betrakta som standard även fortsättningsvis ska rymmas inom svensk hälso- och sjukvård måste denna ståndpunkt lyftas fram och förtydligas på ett helt annat sätt i riktlinjerna. Det finns en uppenbar risk att riktlinjerna tolkas så att de åtgärder som finns omnämnda i rekommendationerna ska prioriteras inom medan övriga åtgärder inte är av vikt. Sjukgymnastförbundet har redan fått signaler från kollegor runt om landet att de preliminära riktlinjerna tolkas på detta sätt.

Problemet med att endast vissa åtgärder omnämns kan exemplifieras av rekommendationerna för artros. Här lyfts sjukgymnastledd träning vid knäledsartros upp på ett tydligt sätt – vilket vi välkomnar. Rekommendationer om sjukgymnastledd träning vid andra ledproblem som till exempel höftledsartros lyser däremot med sin frånvaro.

Här är en jämförelse den skrivning som National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, valt i sina riktlinjer för artros (2008), på sin plats.

I NICE riktlinjer kan man läsa ”Exercise should be a core treatment for people with osteoarthritis, irrespective of age, comorbidity, pain, severity or disability. Exercise should include

- Local muscle strengthening, and
- General aerobic fitness

När man tar del av Socialstyrelsens aktuella riktlinjer för Rörelseorganens sjukdomar och rekommendationer för artros får man uppfattningen att den enda sjukgymnastledda träning som kan rekommenderas vid artros är den vid knäledsbesvär. Är detta Socialstyrelsens åsikt? Vi förutsätter att så inte är fallet – men detta måste framgå på ett tydligt sätt.

Varje avsnitt med rekommendationer bör innehålla rubriken Rehabilitering

Vi saknar rehabiliteringsperspektivet generellt i dokumentet. Rubriken Rehabilitering är utlämnad i rekommendationerna för diagnoserna ankyloserande spondylit, psoriasis artrit och osteoporos. Sjukgymnastförbundet anser att alla områden som avhandlas i riktlinjerna bör innehålla rubriken Rehabilitering. Under denna rubrik bör man på ett tydligt sätt klargöra det som nämns i inledningen – nämligen att personer med sjukdomar rörelseorganen ska erbjudas rehabiliterade åtgärder. Rekommendationerna i detta avsnitt bör innehålla vad som hälso- och sjukvården förväntas erbjuda i form av rehabilitering.

Vi är väl medvetna om att det många fall är så att forskningen inom området sjukgymnastik och rehabilitering är svårtolkad eller otillräcklig. De studerade patientgrupperna kan vara små, forskningsdesignen bristfällig, behandlingsmetoderna inte tydligt definierade och utfallsmåtten varierade. Detta gör att man i många fall inte kan dra slutsatser om vilken specifik träningsmetod som ska rekommenderas. Trots detta bör man ge generella rekommendationer om att personer med rörelseorganens sjukdomar ska erbjudas professionellt ledd bedömning och träning.

Detta förhållningssätt är också det som anammats av många andra nationers arbete med kliniska riktlinjer. Ett exempel på en sådan generell skrivning som vi efterfrågar ovan återfinns i de riktlinjer NICE tagit fram för artrit (2009). Precis som i Socialstyrelsens aktuella riktlinjer rekommenderas teamrehabilitering. Men i NICE riktlinjer slås sedan bland annat fast:

- ”Offer people with RA access to: specialist physiotherapy, with periodic review to:
 - Improve general fitness and encourage regular exercise



- Learn exercise for joint flexibility, muscle strength and managing other functional impairments
- Lear about short-term pain relief “

Sjukgymnastförbundet anser att denna typa av generella rekommendationer om vad rehabilitering bör innehålla skulle bidra till en nödvändig stärkning av rehabiliteringens ställning inom hälso- och sjukvården.

Vilken aktör förväntas utforma nationella riktlinjer/vårdprogram?

I riktlinjerna sägs att man förutsätter att de områden som lämnats utanför tas upp i nationella och regionala vårdprogram. LSR undrar vilken aktör som förväntas utveckla nationella vårdprogram för rörelseorganens sjukdomar. Vi anser att Socialstyrelsen har en unik möjlighet att utveckla nationella, tvärprofessionella riktlinjer som täcker de för hälso- och sjukvården viktigaste åtgärderna

Specifika synpunkter på riktlinjernas olika delar

Synpunkter på avsnittet Sammanfattning

Under stycket *Ingen glukosamin, hyaluronan eller artroskopisk kirurgi etc.* bör ett nytt stycka infogas. I detta stycke bör man lyfta fram vad som i stället bör erbjudas vid knäledsartos, nämligen sjukgymnastledd träning.

I såväl rubriken som texten i stycket *Beteendemedicinsk behandling vid långvarig smärta i nacke, skuldror och rygg* har formuleringen *Ge beteendemedicinsk behandling inom ramen för sjukgymnastisk behandling* (sid 48 i rekommendationerna) ändrats. Formuleringen *inom ramen för sjukgymnastisk behandling* måste läggas till på sidan 9 – som det nu står är innebörden förvanskad.

Synpunkter på avsnittet Rekommendationer

När det gäller synpunkter på de olika diagnosområdena som täcks i riktlinjerna har LSR:s specialistsektioner bidragit med synpunkter. Vi har valt att här lyfta fram några övergripande synpunkter och sedan bifoga sektionernas övriga synpunkter som bilaga.

Reumatoid artit

En Cochrane review från 2009 (2) visar att konditionsträning och styrketräning ska ingå som rutin i behandling av patienter med reumatoid artrit. Detta överensstämmer inte med de prioriteringsnivåer som är satta i de preliminära riktlinjerna.

Fysisk aktivitet är viktigt och de patienter som har haft sina diagnoser längre tid (>15 år) har ofta ledsador sedan tidigare och behöver stöd i sin träning för att kunna hålla sig fysiskt aktiva. Det är även viktigt att kunna erbjuda dessa patienter avlastad träning (bassäng) för att de ska kunna vara fysiskt aktiva.



Ankyloserande spondylit och psoriasisartrit

Rörlighetsträning rekommenderas generellt till dessa patienter eftersom de pga. sin ryggstelhet ofta har svårt att vara fysiskt aktiva. I en Cochrane review från 2008 (3) visas att kombinationen av sjukgymnastledd bassängträning och gruppträning ger bästa resultat, följt av enbart sjukgymnastik i grupp och därefter hemträningsprogram. Detta överensstämmer inte med prioriteringsrekommendationer som ges i de preliminära riktlinjerna.

Det är oklart vad ”Specialstyrke- och rörlighetsträning”, vilket är ”icke-göra” innebär. Detta behöver förtydligas eftersom sjukgymnaster har svårt att förstå skillnaderna mellan de olika träningsbeskrivningarna (s.143, rad 33), och då borde detta även vara svårt för personer i sjukvårdsledning (som inte arbetar direkt med rehabilitering) att skilja på.

Det saknas forskning inom rehabilitering och psoriasisartrit men rekommendationerna bör tydliggöra att bedömning av fysisk kapacitet ska ingå som grund för patientgruppen och att rehabilitering är en viktig del av behandlingen för patientgruppen.

Artros

Forskningen inom detta område har visat på positiva effekter av fysisk träning – inte bara för knäled. Detta bör framgå av rekommendationerna.

Osteoporos

De senaste åren har det skett ett paradigmskifte gällande prevention och behandling av osteoporos på så vis att fokus nu ligger på att förebygga fragilitetsfrakturer och deras negativa konsekvenser i stället för att enbart koncentrera sig på låg benmassa som endast är en av många riskfaktorer för att få fraktur. Genom att författarna till avsnittet om osteoporos tagit med FRAX har de delvis tagit hänsyn till detta. Det är dock en stor brist att fallriskbedömning och skattning av balans inte nämns under avsnittet ”rekommendation om bedömning av frakturrisken vid misstanke om osteoporos” och att fallförebyggande åtgärder inte nämns under avsnittet ”Rekommendationer om behandling av personer med mycket hög frakturrisik”.

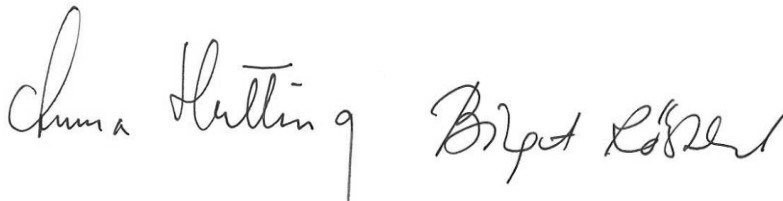
Inte heller tas användandet av höftskydd upp, vilket har en visad kostnadseffektiv effekt i flera studier Det saknas vidare beskrivning av åtgärder för att förebygga fall, t.ex. träning.

Smärta i nacke, skuldror och rygg

Detta avsnitt av riktlinjerna är det som föranlett det mest uttalade missnöjet i sjukgymnastkåren. Vår bedömning är att det, i sin nuvarande utformning, riskerar att allvarligt undergräva sjukgymnastkårens förtroende för Socialstyrelsens riktlinjer. Vården för personer med smärttillstånd riskerar också att utarmas. LSR anser att detta avsnitt bör utgå ur riktlinjerna. Avsnittet ger i sitt nuvarande skick närmast intrycket av ett havererat projekt.

Det finns kunskapssammanställningar och riktlinjer framtagna av andra aktörer som visar att det är möjligt att utarbeta riktlinjer och rekommendationer som är meningsfulla även för detta panorama av ohälsotillstånd. Ett exempel på detta är de riktlinjer som NICE publicerat 2009 för Low back pain. Vi vill också lyfta fram en översiktsartikel som behandlar kliniska riktlinjer för ospecifik ländryggssmärta. (Koes, B.W., et al., *An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care*. Eur Spine J, 2010). I denna översiktsartikel skrivs bland annat: "All guidelines are consistent in their recommendations that diagnostic procedures should focus on the identification of red flags and the exclusion of specific diseases". Rekommendationer om diagnostik och prediktorer för utvecklande av långvarig smärta saknas helt i de preliminära riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar.

För Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund



Anna Hertting

Birgit Rösblad

Ordförande

FoU-chef

