

Skal fysioterapeuter bruge kliniske guidelines?

En kritisk gennemgang af NICE's kliniske retningslinjer til 'tidlig håndtering vedvarende uspecifikke lænderygsmarter'.

Som opfølgning på en yderst relevant debat på Fagbloggen på fysio.dk i marts 2010 om, hvilke krav vi som fysioterapeuter bør stille til evidensen for nye teknologier og behandlingskoncepter i fysioterapeutisk praksis, har vi set nærmere på kvaliteten af den evidens, der danner grundlaget for, hvorvidt behandlingskoncepter og principper implementeres i daglig praksis.

Vi ved det godt. Vi skal som fysioterapeuter arbejde evidensbaseret for vores patienters skyld, og fordi vores samarbejde med Sygesikringen kræver det. Evidensbaseret praksis spiller derfor i dag en væsentlig rolle for klinikerens valg af undersøgelses- og behandlingsmetoder. Kliniske guidelines er en lettilgængelig og ikke særlig tidskrævende måde, at blive informeret og opdateret om nuværende evidens, og sådanne guidelines kan derfor blive måden, man holder sig opdateret på i en travl klinisk hverdag. Derfor finder vi det nødvendigt at forholde sig til indhold og kvalitet af sådanne kliniske retningslinjer.

En kritisk gennemgang

Denne artikel er en kritisk gennemgang af de kliniske retningslinjer for tidlig håndtering af vedvarende uspecifikke lænderygsmarter udgivet af National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i England maj 2009 (1). Grunden, til at vi netop har valgt NICE-guidelines, er, at de er færdiggjort i 2009 og dermed burde indeholde seneste evidens. "Fysioterapeuten" har tidligere bragt resumeer fra NICE, der derfor kendes af mange fysioterapeuter. Desuden bruges NICE-guidelines blandt andet som evidensgrundlag for manipulation i forbindelse med undervisning af kiropraktor turnusassistenter.

I denne artikel har vi primært valgt at beskrive den del af retningslinjerne, der vedrører den fysioterapeutiske praksis.

Ved første øjekast opfylder NICE mange af kriterierne for udvikling af kliniske guidelines. Målgruppe, indhold og metode er præcist beskrevet. Resumeet er let læseligt og godt præsenteret. Det er let tilgængeligt på internettet, og skriftlige udgaver kan rekvireres gratis. Der er desuden redskaber til hjælp til implementering og en patientfolder.

Ikke desto mindre er der ved nærmere gennemgang flere iøjnefaldende svagheder. For nogle interventioner er gruppen bag anbefalingerne villige til at acceptere svag evidens og ekspert-konsensus, mens andre interventionsformer afvises trods sammenlignelig grad af evidens. En anden svaghed i retningslinjerne er, at de har en meget biomedicinsk tilgang, og der er ingen anbefalinger om tidlig undersøgelse og identificering af psykosociale faktorer (gule flag), selv om disse har vist sig at spille en væsentlig rolle for prognosen af lænderygsmarter, og selvom tidlig identificering og intervention kan reducere risikoen for vedvarende smerter og funktionstab.

Anbefalingerne modsiger sig selv gentagne gange ved at fremme egenindsats og håndtering (self-management), men på samme tid anbefale passive interventioner. Man kan roligt argumentere, at man ved at følge disse retningslinjer kan være med til at udvikle og fastholde kronicitet og funktionsindskrænkning, da patienterne ifølge retningslinjerne kan få 6 måneders passiv behandling uden hensyntagen til potentielle gule flag.

Hovedbudskaberne

Retningslinjerne forsøger at give evidensbaserede anbefalinger for undersøgelse og behandling/håndtering af personer over 18 år, der har haft uspecifikke lænderygsmarter i mere end seks uger men i mindre end ét år.

Retningslinjerne er ikke tiltænkt patienter med alvorlig patologi, refererede smerter under knæet eller med

neurologiske udfald, men der mangler retningslinjer for screening af alvorlig patologi og neurologiske udfald, der kan hjælpe klinikerne til at vurdere, om den enkelte patient har uspecifikke lænderygsmerter og dermed sammenlignelig med målgruppen i retningslinjerne.

Nøglebudskaberne i forhold til klinisk håndtering fremsat af retningslinjerne er:

- Tilbyd ikke rutinemæssig røntgen af lænderyggen ved uspecifikke lænderygsmerter.
- Tilbyd kun MR skanning i forbindelse med henvisning til ryg kirurgisk vurdering eller mistanke om alvorlig patologi.
- Giv patienterne råd og information for at fremme fastholdelse af fysisk aktivitet og opretholdelsen af en normal hverdag.
- Tilbyd én af de følgende behandlingsmuligheder under hensyn til patientens ønske: et øvelses program, et forløb med manuel behandling eller et forløb med akupunktur.
- Tilbyd ikke injektioner.
- Overvej henvisning til et kombineret fysisk og psykologisk behandlingsforløb for de, der ikke responderer på ét af de mindre intensive behandlingsforløb og som har en høj grad af funktionsindskrænkning eller psykologisk påvirkning.
- Overvej henvisning til kirurgisk vurdering for de, der ikke har haft effekt af et optimalt behandlingsforløb.

Anbefalinger

Undersøgelse og billeddiagnostik

Evidensen for anbefalingerne vedrørende billeddiagnostik af ryggen stemmer overens med flere tidligere retningslinjer, og der findes stærk evidens, der underbygger anbefalingen. Der gives i NICE ingen retningslinjer for, hvordan potentiel alvorlig patologi genkendes i klinikken.

Information, uddannelse og patient behandlings præferencer

Det fremhæves i NICE, at patienter skal have information, råd og vejledning i det naturlige forløb for uspecifikke lænderygsmerter, og at patienterne skal opfordres til at være fysisk aktive og fortsætte med almindelige dagligdags aktiviteter for at fremme egenindsats og -håndtering. Dette stemmer overens med anbefalinger fra tidligere europæiske og amerikanske guidelines, alligevel præsenteres der ikke evidens for denne anbefaling i NICE.

NICE anbefaler undervisning som en del af en anden intervention, men ikke som et enkeltstående undervisningsforløb. Til dette har NICE udfærdiget en patientfolder (2). Desværre er der ingen anbefalinger om, hvad denne undervisning skal indeholde, eller hvor den skal udføres. Det antages desuden, at patienten har brug for en anden form for intervention, hvilket der efter vores mening nødvendigvis ikke er behov for rutinemæssigt, da litteraturen indikerer, at op mod 90 procent af episoderne med lænderygsmerter vil fortage sig spontant i løbet af 12 uger uden intervention.

Forventninger og behandlingspræference

Ifølge NICE-anbefalingerne bør patientens forventninger og præferencer tages i betragtning. Patienterne bør tilbydes et forløb med akupunktur, manuel behandling eller et træningsprogram. Patienten kan selv vælge, hvilket forløb de ønsker, og hvis det første valg ikke hjælper, kan de efterfølgende vælge et andet forløb. Disse informationer er også præsenteret i patientfolderen udarbejdet af NICE. Tidligere undersøgelser har vist, at rutinemæssig anvendelse af passive interventioner ikke kan anbefales, da det kan medføre og forstærke kronisk smerteadfærd, men ifølge de engelske retningslinjer kan patienterne få 6 måneders passiv behandling. Dette modsiger den forrige anbefaling om at fremme egenindsats og håndtering, og som kliniker risikerer man at være med til at fastholde passiv håndtering og kronisk smerteadfærd. Derudover **mener vi** man må spørge sig selv, om det som behandler er klinisk og etisk ansvarligt at fortsætte med passiv behandling (manipulation/akupunktur) i yderligere to måneder, hvis den første måneds behandling har været uden effekt?

Fysisk aktivitet og øvelser

Dette afsnit af anbefalingerne gentager rådet om, at patienterne skal forblive aktive og anbefaler, at personer med lænderygsmerter bør anbefales træning.

Patienternes anbefales at deltage i et struktureret 12 ugers holdtræningsforløb med op til 10 deltagere. Der er ikke anbefalet en specifik type træning, men programmet kan indeholde aerob træning, bevægelses instruktion, styrketræning, holdningskorrektion og udspænding. Udgangspunktet for anbefalingerne om hyppighed, antal deltagere og træningsformer er baseret på ét engelsk studie fra 2004 (3).

NICE anerkender, som også retningslinjer fra Europa og USA gør det, at træning kan være brugbar i håndteringen af længerevarende uspecifikke rygsmerter, men deres specifikke anbefalinger er baseret primært på et studie og konsensus blandt eksperter, hvilket er et tyndt grundlag at give træningsanbefalinger på.

Manuel Terapi

Et 12-ugers forløb med manuel terapi inklusiv manipulation af ryggen bør overvejes. Manuel terapi inkluderer manipulation, mobilisering og massage.

Der er i forbindelse med udvikling af retningslinjerne gennemgået data fra 7 RCT-studier og et systematisk review. Af de 7 RCT-studier, der undersøgte manipulation og mobilisering, var det kun to, der viste signifikant effekt af manipulation (3,4) og et af studierne (4) angives at have flere metodiske svagheder. De resterende fandt minimal eller ingen forskel sammenlignet med andre interventioner.

Selvom NICE konkluderer, at evidensen er svag, er konsensus, at manipulation er gavnlig og bør overvejes. Forløbet med manuel terapi bør maksimalt være 9 gange over 12 uger. Det ser ud som om, denne anbefaling om hyppighed og varighed, ligesom anbefalingerne om træning, er taget fra "UK BEAM Trial team" (3).

Der er nogen evidens for, at manipulationsbehandling kan reducere smerte og forbedre funktionsniveauet hos nogle patienter med uspecifikke lænderygsmerter, men anbefalingerne om manipulationsbehandling er baseret på

svag evidens og anbefalingerne om 9 gange på 12 uger er baseret på ét enkelt studie og ekspertkonsensus.

Anbefaling om massage bygger på to studier med svag evidens og kortvarig effekt, mens mobiliseringsteknikker slet ikke diskuteres i retningslinjerne, men anbefales alligevel som en del af manual terapi.

Andre ikke-farmakologiske behandlinger

Elterapi er ikke anbefalet i retningslinjerne. Det har i mange år været konsensus om, at el-terapi, lændebælter og traktionsbehandling har minimale langtidseffekter i håndteringen af lænderygsmærter. NICE konkluderer dog, at der er svag evidens, der underbygger brugen af nogle former for elterapi-interventioner, men der er konsensus i gruppen bag retningslinjerne om, ikke at anbefale brug af elterapi. Dette er ikke kontroversielt i sig selv, men set i lyset af, at evidensen for eksempelvis manipulation er lige så svag, kan det undre, at elterapi ikke også anbefales.

Invasive procedurer

NICE giver to anbefalinger om invasive procedurer:

1. Et 12 ugers-forløb med akupunktur bør overvejes.
2. Injektioner i ryggen bør undgås.

NICE har gennemgået data fra et systematisk review samt fire RCT-studier på akupunktur. Kun et studie overholdt inklusionskriterierne med hensyn til varighed af symptomer, men akupunkturbehandlingen var kombineret med massage og råd og vejledning om kost, hvile og motion. Personerne, der fik akupunktur, havde statistisk signifikant bedre smertelindring, men det angives ikke, hvorvidt denne ændring var klinisk relevant. De resterende studier angav en lignende tendens, men påpeger også, at akupunktur bør anvendes som supplement til den anden intervention. Anbefalingen om ti akupunkturbehandlinger over en 3-måneders-periode er baseret på metoden anvendt i ovennævnte studie.

Med hensyn til facetledsinjektioner refererer NICE til ét systematisk review og på trods af at de patienter, der fik facetledsinjektioner, angav mindre smerte og bedre funktion efter 6 måneder, blev denne behandling afvist, fordi forsøgspersonerne også fik andre interventioner samtidigt. Data fra de inkluderede studier tyder således på, at både akupunktur og facetledsinjektioner kan være gavnlige, når de kombineres med andre interventioner, alligevel anbefales kun akupunktur og ikke injektioner.

Kombineret fysiske og psykologiske behandlingsforløb

Overordnet anbefaler NICE, at hvis en patient ikke har haft effekt af mindst én af ovennævnte interventioner og stadig har højt niveau af besvær i forbindelse med dagligdags aktiviteter eller signifikant psykologiske problemer, bør en kombineret psykologisk og fysisk indsats overvejes. Et sådan program bør indeholde kognitiv adfærdsterapi i 100 timer.

Hvis man ser på kvaliteten af de 11 studier, der ligger til grund for denne konklusion, er det svært at forstå, hvordan de når til denne konklusion.

NICE vurderer kun to af de elleve studier som værende af høj kvalitet og i ingen af disse studier, er der fundet signifikant forskel mellem kombineret fysisk og psykologisk

intervention og kontrolgrupper ved 12 eller 24 måneders follow-up.

NICE har ingen beskrivelse af, hvordan en sådan intervention bør være, dog anbefales minimum 100 timer på baggrund af et studie, som ikke er inkluderet i de 11 studier, der er inkluderet.

Farmakologisk behandling og indikation for henvisning til kirurgi

Gennemgang og vurdering af retningslinjerne for farmakologisk behandling og indikation for henvisning til kirurgi gennemgås ikke i denne artikel, da vi har valgt at fokusere på de anbefalinger, der primært vedrører den fysioterapeutiske praksis, men endnu engang synes anbefalingerne at være baseret på svag evidens, "current practice", konsensus i arbejdsgruppen samt anbefaling af en type behandling, men ikke en anden på trods af sammenlignelig evidens.

Konklusion

På trods af at lænderygsmærter udgør en fortsat stigende individuel og samfundsmæssig byrde indeholder NICE's retningslinjer for tidlig håndtering af vedvarende uspecifikke lænderygsmærter udelukkende anbefalede interventioner, der allerede er almindelig praksis og bidrager således ikke med ny viden i forhold til håndteringen af vedvarende lænderygsmærter.

Anbefalingerne modsiger sig selv gentagne gange ved at fremme egenindsats og håndtering (self-management), men på samme tid at anbefale passive interventioner, og der er stort set ingen anbefalinger, der omhandler undersøgelse og håndtering af psykosociale faktorer.

For nogle interventioner er gruppen bag anbefalingerne villige til at acceptere svag evidens og ekspertkonsensus, mens andre interventionsformer afvises trods sammenlignelig grad af evidens, og anbefalingerne om dosering af de forskellige interventioner er ligeledes baseret på enkelte studier og ekspert konsensus.

Perspektivering

Efter vores mening er NICE's retningslinjer ubrugelige, som værktøj til evidensbaseret praksis. Man bør efter vores mening nok i det hele taget være ret tilbageholdende med at lade sin kliniske ræsonnering og håndtering af patienter tage afsæt i kliniske guidelines, da det oftest er yderst vanskeligt at gennemskue kvaliteten af de studier, retningslinjernes konklusion er baseret på.

Så hvordan sikrer man, at der er solidt fundament bag sin kliniske praksis? Og hvordan sikrer man som kliniker, at man ikke falder i "gentagelsesfælden", hvor vi ikke længere reflekterer over, hvorfor vi vælger netop denne/disse interventioner til denne patient, men blot vælger den behandling, der er "evidens" for?

Vi mener blandt andet at man er nødt til at tage tyren ved hornene og opdatere sig via tidsskrifter og artikellæsning. Dette er selvfølgelig langt mere tidskrævende og i mange tilfælde er det en disciplin i sig selv at gennemskue resultaterne og deres overførbarhed til egen praksis.

Kurser i kritisk artikel-læsning samt en grunduddannelse på et højere videnskabeligt plan kunne være en mulighed.

Desuden bør der ugentligt afsættes tid til dette. Derudover synes vi, at man, inden man ukritisk implementerer kliniske retningslinjer i sin praksis, bør efterprøve hypoteserne og de kliniske retningslinjer på patienter i egen praksis med systematisk dataindsamling og evaluering af, hvorvidt interventionen har resulteret i klinisk patient-relevant effekt.

Referencer

1. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners 2009, tilgængelig på <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>
2. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Understanding NICE guidance – Information for people who use NHS services. Early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners 2009, tilgængelig på <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44346/44346.pdf>
3. UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. British Medical Journal 2004; 329:1377-1384.
4. Triano J, McGregor M, Hondras M, Brennan P. Manipulative therapy versus education programmes in chronic low back pain. Spine 1995; 20: 948-955.