



Oppdaterte retningslinjer for korsryggsmerter fra JOSPT (2021): – Et skritt i feil retning?

Det er på ingen måte ukjent at korsryggsmerter og nakkesmerter er de to mest vanlige årsakene til å oppsøke medisinsk hjelp, samtidig som det utgjør størst regning for Norge AS. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT) publiserte i november 2021 en oppdatert versjon av Academy of Orthopaedic Physical Therapy (AOPT) sine «Clinical Practice Guidelines» fra 2012. Publiseringsen har blitt møtt med en miks av anerkjennelse og kritikk. Dog er sistnevnte mest dominerende på sosiale medier. Enkelte kjente profiler har gått hardt ut mot JOSPT, mer på grunn av «copyright infringement» enn innholdet.



AV JOAKIM FJELNSETH HEMPEL
KIROPRAKTOR

Adam Meakins (Meakins, 2021) er en av de som tydelig har kritisert retningslinjene, for blant annet den avanserte og utfordrende formuleringen de har benyttet. Det er et argument som kan støttes, etter å selv ha dypdykket i publiseringen og måttet granske selve metoden for å kunne forstå selv de tilsynelatende enkle infografiene. Det er på ingen måte «big news» at det å holde seg oppdatert på medisinske fagområder er blitt en krevende oppgave med årene. Grunnet det enorme antallet studier som blir publisert hver dag, vil en aldri kunne se den tilfredsstillende teksten «à jour», som på den andre siden dukker opp når en har scrollet gjennom Instagram. JOSPT sine kliniske retningslinjer, som riktignok er verdifulle og et godt stykke arbeid, gjør det utfordrende for klinikerne å anvende informasjonen. Artikkelen er i sin helhet et 60-siders dokument, noe som gjør det ekstremt omfattende å skulle ta seg igjennom.

Disse retningslinjene er med andre ord ikke unnagjort med enkel skumlesning og 15 minutter med reflek-

sjon. Dette til tross for at førsteforfatter Steven et al. (2021) bekrefter i et intervju (PT Pintcast 2022) at målet deres var å skape enkle retningslinjer, som klinikerne lett kunne ta med seg gjennom enkel formidling. Første utfordring er ordvalget for graderingen av evidens: Dette systemet mangler et naturlig og tydelig hierarki. Med andre ord faller det seg unaturlig at «may» er mer bestemt enn «can». Samtidig tydeliggjør forfatterne at målet var å benytte en mer pedagogisk modell, ved å gå bort i fra «must». Dog skaper dette konflikt med hensyn til målet om enkel formidling. Brikene begynner å falle på plass med denne tabellen, men det oppstår en ny problemstilling da grad D aldri benyttes, og det kommer heller ikke frem i infografiene. Dette er i større grad «gjemt» som små detaljer i et svært omfattende dokument. Infografiene er også en stor barriere som hindrer enkel formidling, da det kun eksisterer infografier for «acute-» og «chronic low back pain» (LBP). Anbefalingene som innebærer bensymptomer, voksne og postoperative er helt uteblitt. Infografier skal være en visuell representasjon av funnene som skal hjelpe leseren å lettere absorbere innholdet. Et essensielt element å benytte når dokumentet er på 60 sider.

Mangelfull metodikk

Co-forfatter Michael Schmidt hevder at kompleksiteten av retningslinjene i stor grad er påvirket av selve studiene de sammenligner (PT Pintcast 2022). Studiene følger ikke samme «oppskrift», noe som medfører utfordringer når de prøver å sammenligne intervensjonene. Særlig grunnet behandlingen sitt doseforhold. Co-forfatter Sheri Silfies følger opp ved å legge til hvordan mange studier har en begrenset metode som gjør det utfordrende å innhente nok data fra disse studiene (PT Pintcast 2022). Selv ved forsøkt kontakt med forfattere, fikk de enten ikke kontakt eller at forfatteren ikke kunne utgi mer nøyaktig informasjon. Dette er en problemstilling som er blitt satt i rampelyset ved flere anledninger. Blant annet av kollegaer Jørgen Jevne og Stian Christophersen i podkasten «Vondt», hvor de har diskutert hvordan treningsprotokoller ofte ikke blir inkludert i publiseringene. Det er ikke nødvendigvis fordi protokollene skal benyttes klinisk, men for at leseren skal ha bedre innsikt i nøyaktig hva som ble gjort. Som Sheri Silfies sier – fatte en egen vurdering og refleksjon. Det er nettopp derfor JOSPT sine retningslinjer har inkludert gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene. Tanken er at det skal være åpent og tilgjengelig, noe de fortjener positiv kritikk for.

Gradering av anbefaling	Evidensstyrke	Nivå av forpliktelse
A Sterk evidens	En overvekt av nivå I og/eller nivå II studier som støtter anbefalingen. Må ha minimum 1 nivå I studie	Should
B Moderat evidens	En singel høy-kvalitets randomisert kontrollert studie eller overvekt av nivå II studier som støtter anbefalingen. Inkluderer studier med kortsiktig oppfølging (f.eks. 3 mndr. eller mindre) og mindre datasett (f.eks. færre enn 100 individer)	May
C Svak evidens	En singel nivå II studie som støtter anbefalingen.	Can
D Motstridende eller ingen evidens	Nivå I og/eller II studier med motstridende konklusjon eller uten evidens av effekt	Should not

Bildetekst

Motstridende metodikk i evaluering av behandlingseffekt

Intervensjoner ble forsøkt separert slik at effekten ble stående alene. Det medførte at mange studier som benytter multi-intervensjonsmodell ble utelukket, grunnet at de ikke klarte å innhente en nøyaktig effektstørrelse fra hver enkelt intervensjon. Meakins 2021 har tydelig lagt frem sitt synspunkt rundt JOSPT sin anbefaling rundt bruk av manuell behandling fremfor «education» (veiledning og råd) og trening for den akutte gruppen. Han har vært kritisk til hvorfor de anbefaler manuell behandling for den kroniske gruppen, uten å kommentere hvorfor dette bør/bør ikke stå som eneste behandlingsmetode iht. andre retningslinjer. Med uttalelsen fra intervjuet (PT Pintcast 2022), kan en forstå hvorfor ikke anbefalingene skal inneholde kombinerte modaliteter, da det aldri var hensikten. På den andre siden er det flere av anbefalingene som tar hensyn til at de ikke skal stå alene. Deriblant nålebehandling, veiledning og råd, samt nervemobilisering for kronisk LBP. Her bør forfatterne tilstrebe å gi et svar på hvorfor de anbefaler manipulasjon som foretrekkende enkeltstående behandlingstiltak for både akutt- og kronisk LBP. Særlig da andre studier gir føringer for at hensyn bør tas.



Samtidig er svaret på kritikken at studien sitt design er lagt opp til at hver intervensjon sin anbefaling kun skal omhandle sin egen effekt, hvor de allikevel har gått bort ifra dette ved andre anbefalinger. Oliveira et al. (2018) publiserte en omfattende systematisk kunnskapsoversikt som tok for seg kliniske retningslinjer

publisert i tidsrommet 2008-2017. Her ble det identifisert 15 forskjellige sett med retningslinjer (10 for akutt LBP, 6 for sub-akutt LBP og 9 for kronisk LBP). Dette innebar sammenligning av både diagnostisk triagering, røde flagg og intervensjoner. Totalt 11 retningslinjer diskuterer effekten av manipulasjon og 9 anbe-

Akutt LBP uten ben smerter	
Gradering av anbefaling	Intervensjon
A	Manuell behandling - Mobilisering med/uten støt ("thrust")
A	Manuell behandling - bløtvevs mobilisering/massasje (kortsiktig)
B	Klassifiseringssystemer - TBC (uendret fra 2012)
C	Klassifiseringssystemer - MDT
B	Veiledning og råd - aktiv behandling sammen med råd
C	Treningsterapi - spesifikk kjerneaktiverende trening
Akutt LBP med ben smerter	
B	Treningsterapi - styrke og kondisjonerende trening og spesifikk kjerneaktiverende trening

Kiropraktor Hempel

Figure 2. Akutt LBP (korsryggsmerter) hentet fra Steven et al. (2021).

faler bruken. Majoriteten (6 av 9) anbefaler bruk av manipulasjon for akutt LBP, men med visse hensyn:

- Bør gjøres i tillegg til «usual care»
- Kan være aktuelt dersom effekt uteblir med annen behandling
- Totalt tre retningslinjer anbefaler manipulasjon som tilleggskomponent til multifaktorielt eller aktivt behandlingsprogram uavhengig av symptomvarighet

For kronisk LBP, anbefaler tre retningslinjer manipulasjon som en tilleggskomponent til et multifaktorielt behandlingsprogram eller i uansett tilfelle. To retningslinjer fraråder manipulasjon for akutt LBP og kronisk LBP.

Samtidig er det kritikkverdige at veiledning og råd ikke kommer høyere opp for akutt LBP. Særlig når det er godt dokumentert i 12 av 14 retningslinjesett inkludert i Oliveira et al. (2018) sin publisering (92 %), mens manipulasjon for akutt LBP kun er dokumentert i 6 av 9 retningslinjesett (66 %), hvorav alle er med visse hensyn. Lin et al. (2020) publiserte en omfattende systematisk kunnskapsoversikt for 11 anbefalinger fra høykvalitets retningslinjer relatert til MSK-smerte (rygg, nakke, kne, hofter og skulder), hvor den store fallgruben var svikt

i veiledning og råd. Kun 20 % av pasienter med LBP mottok råd i en primærhelsestilling. Felles for alle retningslinjer, også Steven et al. (2021), for veiledning og råd er:

- Forbli aktiv
- Tempostrategier (ta hensyn til plagen, pauser, aktivitetmodifikasjoner osv.)
- Gi råd og veiledning med fokus på gunstig naturlig utfall for akutt LBP
- Begrens/unggå å være sengeliggende
- Promoter selvhjelpstrategier

Derfor fremstår det som et tydelig skritt i feil retning at manuell behandling ene og alene skal «trone på toppen» for akutt LBP. Samt at disse hensynene for når manipulasjon bør benyttes ikke blir nevnt for kronisk LBP.

Veiledning og råd – et passivt og aktivt element

Når det kommer til veiledning og råd, kommenterer Co-forfatter Trevor A. Lentz at en vesentlig utfordring var å tyde hva som var «education» og ikke, samt hvilke situasjoner hvor dette isolert sett ga effekt (PT Pintcast 2022). Veiledning og råd er både et passivt (kontekstuell effekt) og aktivt (behandling) element, og derfor er det få studier som kun

ser på singeleffekten av dette. Det samme gjelder andre veien, hvor det er få studier på manuell behandling som effektivt klarer å eliminere veiledning og råd som en kontekstuell faktor. Derfor underbygger denne kommentaren argumentet for kritikk til forfatterne for hvordan de kan anbefale manipulasjon som et enkeltstående tiltak, og ikke inkluderer hensynene beskrevet av eksisterende retningslinjer. På den andre siden tillater de seg å spesifisere hensyn under veiledning og råd, og de har vurdert studiene inkludert for manipulasjon og «education» som bevis av tilsvarende kvalitet for akutt LBP. Dette fremstår å skape polarisering mot en type behandling hvor intervensjonene/anbefalingene blir behandlet forskjellig. Klassifikasjonssystemer for korsryggsmerter og andre muskel- og skjelettproblemstillinger har alltid vært populært, fordi det gir klinikerne en spesifikk tilnærming til en problemstilling. «Oppskriften» som alle ønsker. I 2012 ble ikke klassifikasjonssystemer anbefalt. Det ble heller anbefalt å prioritere forskning i denne retningen, samt at daværende beste bevis anbefalte en klassifiseringsmetode som la mindre fokus på spesifikke anatomiske årsaker etter at røde flagg var vurdert. I de oppdaterte retningslinjene, oppstår visse endringer mye grunnet

Kronisk LBP uten ben smerter	
Gradering av anbefaling	Intervensjon
A	Treningsterapi - kjernestyrkende og kondisjonerende trening, multimodal trening, aerobisk trening, akvatisk trening og generell trening
B	Treningsterapi - "movement control exercise" eller trunkus mobiliserende trening
A	Manuell behandling - Mobilisering med/uten støt ("thrust")
B	Manuell behandling - bløtvevs mobilisering/massasje sammen med andre modaliteter (kortsiktig)
C	Manuell behandling - tørrnål/nålebehandling med andre modaliteter (kortsiktig)
B	Klassifikasjonssystemer - MDT, prognostiske risikoverktøy eller patho-anatomisk klassifisering
C	Klassifikasjonssystemer - TBC, kognitiv funksjonell terapi (KFT) eller "movement impairment system"

Kiropraktor Hempel

Figure 3. Kronisk LBP (korsryggsmerter) hentet fra Steven et al. (2021).

Kronisk LBP uten ben smerter	
Gradering av anbefaling	Intervensjon
A	Veiledning og råd - "pain neuroscience education" med andre modaliteter (trening/manuell behandling)
A	Veiledning og råd - aktiv behandling sammen med råd (yoga, tøyning, pilates, styrketrening)
A	Veiledning og råd - standard råd og veiledningsstrategier, men ikke ene og alene (fokus på aktivitet og trening)
Kronisk LBP med ben smerter	
A	Treningsterapi - spesifikk kjerne aktiverende trening og "movement control"
B	Manuell behandling - Mobilisering med/uten støt ("thrust")
B	Manuell behandling - nervemobilisering med andre modaliteter (kortsiktig)
D	Manuell behandling - bør IKKE benytte mekanisk traksjon

Kiropraktor Hempel

Figure 4. Akutt og kronisk LBP (korsryggsmarter) med ben smerter hentet fra Steven et al. (2021).

de nye subgrupperingene, akutt og kronisk, som er nytt fra 2021. For subgruppen akutt LBP har de funnet en systematisk kunnskapsoversikt publisert etter 2012, som sammenligner effekten av «Mechanical Diagnosis and Therapy» (MDT) med manuell behandling og trening og med trening og råd, hvor de ikke fant noen forskjell mellom gruppene. De fant ingen andre RCT-studier som sammenlignet MDT med andre klassifikasjonssystemer, eller som så på effekten av andre klassifikasjonssystemer enn MDT. Derfor er det en tydelig mangel på høykvalitetsbevis for klassifikasjonssystemer og deres effektivitet for akutt LBP.

På den andre siden identifiserte og inkluderte de 16 studier publisert siden 2012 for kronisk LBP. Dog mener de det fortsatt er mangel på høykvalitetsbevis her, men mer spesifikt rettet mot sammenligning av de forskjellige systemene, slik at det kan generaliseres i større grad. Generelt sett viser de forskjellige systemene å ha tilsvarende effekt, med kun små forskjeller i kortsiktig og langsiktig oppfølging. Noe som gjør det mulig å velge den foretrekkende metoden i en behandlingssetting samt endre og tilpasse til situasjonen.

Oppsummering

JOSPT sine oppdaterte «clinical practice guidelines» gir en god oversikt over intervensjoner som eksisterer innenfor den fysikalske verden, samt deres effekt. Sammenlignet med andre kliniske retningslinjer, tar denne publikasjonen mer spesifikt for seg elementene innenfor trening, manuell behandling, veiledning og råd, samt kognitiv tilnærming. Til tross for det omfattende arbeidet i dette nærmere 60 siders dokumentet, blir små, essensielle detaljer gjemt i store avsnitt som gjør det til en svært tidkrevende prosess å jobbe seg igjennom. Visuelt er infografiene mangelfulle med hensyn til alle subgruppene som kun er inkludert i hovedteksten. Samtidig må en lese metoden for å forstå de visuelle elementene. Hovedforfatter George Steven sier selv i intervjuet at han håper disse retningslinjene blir brukt klinisk og ikke kun blir lesestoff for studenter. Samtidig ville publiseringen vært et unikt læringsverktøy for studenter i hvordan tolke og forstå forskning. På mange måter viser George og kolleger den brutale sannheten i forskning, hvor en er ofte nødt til å sette av mye tid for å jobbe seg igjennom en artikkel, uten muligheten for en «snarvei». Til sist fremstår det som en bias for manipulasjonsbehandling, hvor andre publiseringer viser til hensyn

i anbefalingen av manipulasjon. I et Youtube-intervju besvarer de kritikken med hensikten til arbeidet, som var å innhente nærmest mulig enkeltstående effekt fra hver enkel intervensjon, som viste seg som en stor utfordring. Allikevel blir andre anbefalinger fremlagt med hensyn til at intervensjon ikke bør være enkeltstående. Dette er den største forskjellen sammenlignet med andre kliniske retningslinjer, som gjør at JOSPT sin anbefaling til manipulasjonsbehandling fremstår som et skritt i feil retning. Kanskje vi skal rette mer fokus på det vi sier enn det vi gjør?

Se referanser/kilder side 36.