

## BESLUTNINGSSTØTTE



Hjelper denne informasjonen meg?

# Vil en beslutningsstøtte gjøre det enklere for pasienter med skuldersmerter?

Det er ofte stor avstand mellom hvor stor effekt pasienter antar at tiltaket har, i forhold til resultatene tiltaket kan vise til vitenskapelig. Beslutningsstøtter er verktøy som skal gjøre det enklere for pasienter å ta informerte valg, ved at de presenterer objektiv, kunnskapsbasert, pasientrettet informasjon. Hvordan ser en beslutningsstøtte på skulderområdet ut?



AV JØRGEN JEVNE  
KIROPRAKTOR OG  
FYSIOTERAPEUT

Beslutningsstøtter (fra engelsk: patient decision aids) har som formål å presentere objektiv informasjon om fordelene og ulempene ved ulike helsetjenester. En Cochrane-gjennomgang av 105 studier med >30.000 pasienter viste at beslutningsstøtter gjorde at pasienter tok mer informerte valg om helsetje-

nester og hadde en mer aktiv rolle i beslutningstaking, uten negative effekter på resultater eller tilfredshet. For noen tilstander var det også mer sannsynlig at pasientene valgte mindre invasive behandlingsalternativer (1). En beslutningsstøtte har eksempelvis blitt utviklet for kneartroskopi (2), som på tross av overveldende evidens om manglende effekt fortsetter å bli brukt i stort omfang globalt (3). Det er dog for tidlig å si noe konklusivt om hvordan beslutningsstøtter påvirker pasienters atferd innenfor mus-

kelskjeletthelse, og om det faktisk medfører bedre resultater for den enkelte pasient.

### Skulderrevolusjon

På skulderområdet har det skjedd en revolusjon i måten man vurderer pasienter med smertefulle skuldre de siste tjue årene. Siden Charles Neer fremsatte 'impingementmodellen' i 1972 (4) har man gjennom 2000-tallet forstått at skuldersmerter ikke lenger er så enkelt og mekanisk som man en gang trodde. Dette gjenspeiles også i navngivningen

som nå kanskje er mer forvirrende enn oppklarende. I litteraturen har man gradvis gått over til kalle det subakromielt smertesyndrom (5, 6), men også begreper som rotator cuff tendinopati (7, 8), rotator cuff relaterte skuldersmerter (9, 10) og uspesifikke skuldersmerter (11) har vært brukt og brukes fortsatt (12). Den mangefasetterte nomenklaturen belyser usikkerhetsmomentene rundt diagnostikken av disse plagene og kan forklare hvorfor tilnærmingen til skulderplager har vært, og er, vanskelig. Denne usikkerheten trekkes i stor grad inn i pasientmøtet, hvor informasjon- og rådgivning, prognosevurdering og valg av tiltak vil være veldig varierende fra kliniker til kliniker. Pasienten i

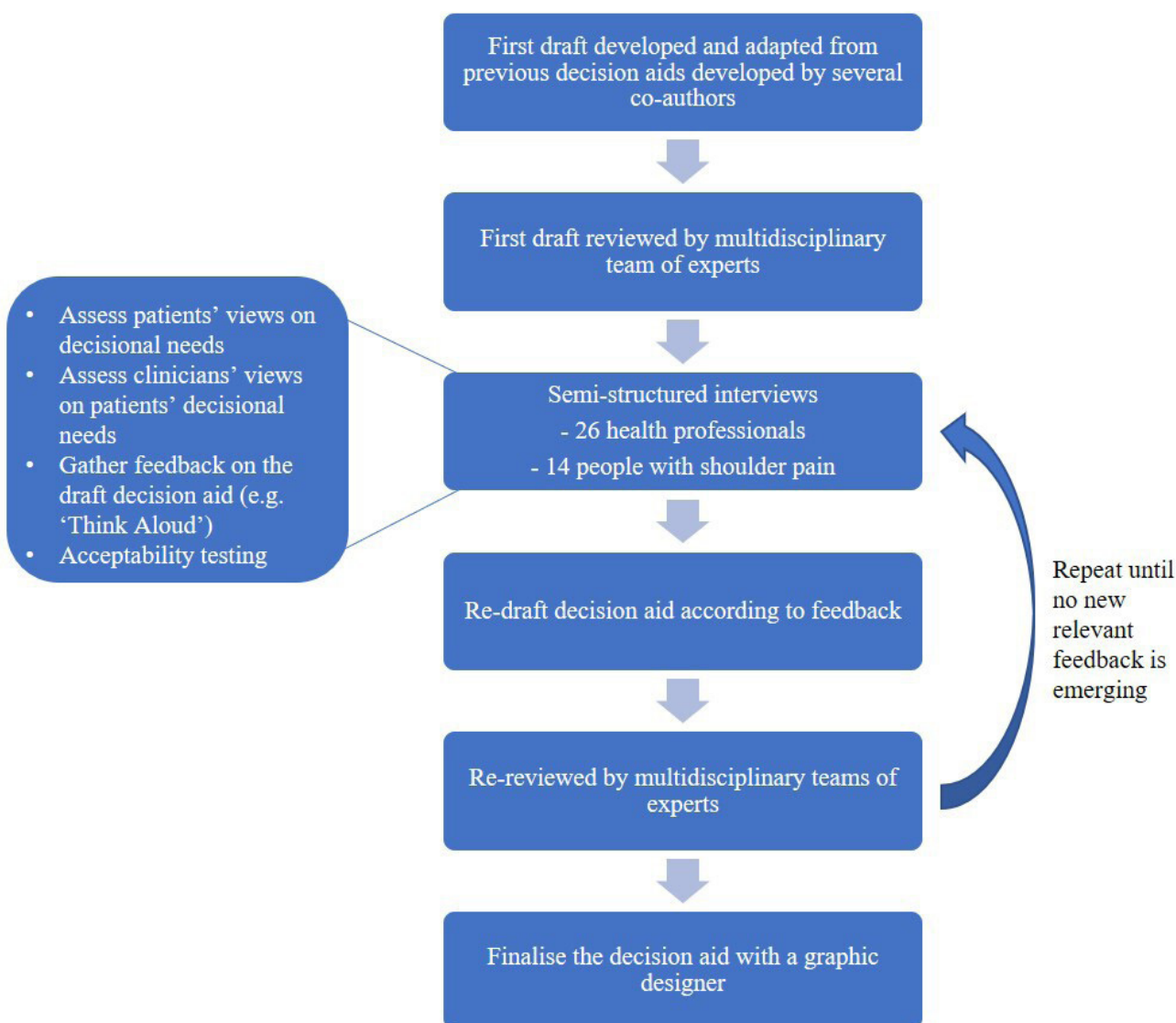
sentrum av dette vil derfor tilbys en myriade av forskjellige forklaringer (og tiltak), som dessverre kan bidra til å øke usikkerheten. Det fremstår i 2022 tydelig at operasjon av 'impingement' ikke har bedre effekt enn trening (5, 6, 13, 14) eller placebo-kirurgi (15, 16), og det er nødvendig å stille spørsmålsteget ved modellen for å forklare skuldersmerter til pasienter. En beslutningsstøtte på skulderområdet har derfor potensiale til å kunne hjelpe pasienter (og klinikere) til å ta bedre og mer informerte valg.

### Beslutningsstøtte for skuldersmerter

Zadro og kolleger utviklet i 2021 en beslutningsstøtte for subakromiell dekompressjon og rotatorcuff kirurgi

(17). Utviklingen av beslutningsstøtten kommer etter dokumentasjon om at inngrepene gjennomføres i stor skala på verdensbasis, på tross av lite overbevisende forskning på at det er mer effektivt enn ikke-invasive terapier. Tvert i mot har tiltakene økt i omfang i takt med dokumentasjonen som tilbakeviser effekten, noe som indikerer at pasienter ikke tar informerte beslutninger i møtet med helsevesenet. Eksempelvis økte antall årlige subakromielle dekompressjoner i Australia fra 3536 i 2000 til 7455 i 2019, og rotator cuff operasjoner økte fra 6212 til 12436 i den samme perioden (17).

Beslutningsstøtten ble utviklet av forfatterteamet i samarbeid med klinikere og pasienter.



Flowchart som viser hvordan de arbeidet med beslutningsstøtten

26 praktiserende klinikere ble rekruttert via sosiale medier, to sykehus i Sydney (Australia) og via nettverket til forfatterne. De involverte måtte se minimum fem skulderpasienter årlig. Det var ingen begrensninger på profesjon, alder, kjønn eller antall år i praksis. I tillegg ble 14 pasienter med subakromielle skuldersmerter rekruttert for å gjennomgå beslutningsstøtten. På bildet ser man hvordan arbeidsgruppen jobbet (se flowchart). De intervjuet 26 helsepersonell (11 fysioterapeuter, 7 ortopedkirurger, 4 allmennpraktiserende leger, 3 kiropraktorer og 1 osteopat) og 14 pasienter. Hensikten med intervjuene var å få feedback på beslutningsstøtten og på denne måten komme til en konsensus på utformingen av beslutningsstøtten, samtidig som man undersøkte om støtten ble ansett akseptabel og informasjonsgivende for pasienten(e).

Den endelige beslutningsstøtten er tre A4-sider med følgende underpunkter:

- Årsaker og symptomer til skuldersmerter
- Behandlingsalternativer
- Effekttørrelsen av kirurgi for hhv subakromielle smerter og rotator cuffskade sammenlignet med placebo eller ikke-kirurgisk behandling

- Risiko ved operasjon
- Hvor estimatene for effekt og risiko er hentet fra
- Hvilke praktiske implikasjoner kirurgi og ikke-kirurgisk behandling har i dagliglivet
- Andre tiltak man kan gjøre selv
- Sjekklister for pasienten for å sikre informert avgjørelse

### Kliniske refleksjoner

Funnene fra den nevnte Cochranegjennomgangen er lovende for bruken av beslutningsstøtter i klinisk praksis (1). Allikevel er det mange barrierer i bruken av slike generiske dokumenter, både for klinikere og pasienter. Det mest åpenbare er kanskje at pasienter er personer. Personer med egne tanker, følelser, overbevisninger og narrativer. Personer med sin egen unike smerteopplevelse, sykdomshistorie og forståelse av denne. De fleste pasienter kan ikke, og skal ikke, reduseres til variabler i et Excelark. Erfaringsmessig vil derfor mange pasienter ikke vedkjenne seg forskningsdata med grafer, søyler og diagrammer, og mange vil si at de ikke «kjenner seg igjen» i forskningsresultatene, fordi «jeg opplever det annerledes». Dette ser man også igjen under utviklingen av beslutningsstøtten, hvor 75% av pasientene rapporterer at de opplever beslutningsstøtten som negativt vinklet mot kirurgi.

Dette fremstår paradoksalt, all den tid beslutningsstøtten utvikles for å redusere unødvendig kirurgi på dette området. Når man da i tillegg legger frem det beste som er å oppdrive av forskning for å understøtte sine anbefalinger, og pasientene allikevel opplever dette som villedende informasjon, så forteller det noe om utfordringene vi vil oppleve med bruken beslutningsstøtter i klinisk praksis. Selv om forskningstrenden de siste 20 årene har vist at operasjoner slettes ikke er den gullstandarden de har blitt ansett for å være, så er dette overraskende seilivede myter i befolkningen. Muskel-skjelettfaget har tatt store steg mot pasientsentrert behandling og delt beslutningstaking, men fortsatt er misoppfatningene store i befolkningen (18, 19). Overbevisningen om at smerte er lik skade er stadig et overskyggende element i forståelsen av muskelskjelettplager, og henger dessverre dårlig sammen med forskningstrenden rundt psykososiale faktorer som betydelig viktigere indikatorer for prognose og utfall. Med andre ord vil mange pasienter fortsatt være overbevist om at smertene er et direkte resultat av vevsskade, og ortopediens åpenbare rolle i korreksjon av strukturelle feil og skader vil fortsatt stå sentralt hos mange, uavhengig av forskningsmengden som peker i retning av kontekstuelle

**Shoulder pain: should I have arthroscopic surgery?**  
Is this diagnosis and relevant for me?

**Cause and symptoms of shoulder pain**

- Shoulder pain is commonly caused by rotator cuff tears, swelling of fluid filled sacs called bursae (bursitis) or impingement.
- Impingement occurs due to contact between a bony part of the shoulder (the acromion) and the rotator cuff tendons or bursa (see pictures). Contact usually occurs as you move your arm out to the side.
- Shoulder pain often makes it difficult to do simple everyday tasks like reaching into a high cupboard and washing hair.
- Symptoms often take time to settle and one half of patients are better by around 6 months.

**What are the treatment options covered in this decision aid?**

- Surgery ('subacromial decompression' and/or 'rotator cuff repair')**  
Surgery requires admission to hospital and an anaesthetic. The surgeon will make a small skin cut in your shoulder to perform the procedure. Your surgeon may perform one or both of the following procedures:
  - Subacromial decompression:** Increase the space under the acromion by either shaving back some bone, trimming some ligament or removing a bursa
  - Rotator cuff repair:** Reconnecting torn rotator cuff tendons. The surgeon may only decide on which procedure to perform while in surgery.
- No surgery**  
You can choose to not have surgery and instead have injections, physiotherapy, medication or wait to see if it improves by itself.

**What are the likely benefits of arthroscopic surgery and non-surgical options?**

**Subacromial decompression vs. placebo**

**Rotator cuff repair vs. no surgery**

**KEY MESSAGE:** On average, surgery leads to 2.6% less pain and 2.9% better function compared to placebo surgery at 12 months.

**KEY MESSAGE:** On average, surgery leads to 6.7% less pain and 6% better function compared to no surgery at 12 months.

**What % of people report treatment success?**

Treatment	Success Rate
Subacromial decompression	71 out of 100
Placebo	68 out of 100
Rotator cuff repair	85 out of 100
No surgery	82 out of 100

With surgery, more people out of 100 will report their treatment as successful at 12 months.

**What are the likely harms of arthroscopic surgery?**

**Where do these estimates of benefits and harms come from?**

**What practical issues should I consider?**

	ARTHROSCOPIC SURGERY	NO SURGERY
Procedure and follow-up	Requires a surgeon to anaesthetise, incise an anaesthetic, individualised follow-up with medical care and exercise	Abside from a professional about other treatments may be useful (eg, injections, exercise, activity modification, medication)
No consent	You may use a tiny a tiny skin after surgery. Repetitive motions typically takes between 3-6 weeks	No operation needed
Activity restrictions	Should be able to lift the 7.25 kg overhead articles for 6 weeks and putting through your hand for 3 months	No activity restrictions
Time off work	Depends on recovery and demands of job. Usually a few weeks after surgery	No time off work
Pain	You may start taking painkillers for a few days to 2 weeks. This is normally after one week	No chronic medication
Costs	Out of pocket costs for surgery are generally high. These may also be out of pocket costs for physiotherapy or injections	No out of pocket costs for physiotherapy or injections

**Are there other things I can do?**

- Strength and resistance exercises for your shoulder might help reduce pain and improve function.
- Modifying your activities and using pain-relieving medicines when needed might help reduce pain.
- Take advice from a health professional about the options that best suit your needs.
- Consider comparing or other parts of the above picture do not help.

**Questions to consider when talking with your doctor:**

- Do I need arthroscopic surgery?
- What happens if I don't have arthroscopic surgery?
- Do I have enough about the benefits and harms of having arthroscopic surgery of the shoulder to feel being arthroscopic surgery?
- Am I clear about which benefits and harms would be best?
- Do these things information aid support to decide?

Beslutningsstøtten ble laget på 3 A4 sider og inneholdt flere momenter



Forklaringsmodellen og hvordan vi informerer pasienter vil påvirke hvordan vedkommende vurderer de ulike tiltakene vi tilbyr.

og uspesifikke effekter. Og på denne bakgrunnen kommer man til den mest åpenbare utfordringen med denne beslutningsstøtten: årsaken bak skuldersmerter.

Introduksjonen i beslutningsstøtten informerer pasientene om hva som er de typiske årsakene til skuldersmerter. De peker på rotatorcuff rupturer, bursitter og impingement. Deretter skriver de direkte hvordan disse intraartikulære problemstillingene gjør det trangt i det subakromielle rommet når man løfter armen. Her gjør forfatterne et nærmest spektakulært hopp over forskningen på området, som de siste 10 årene har argumentert for å endre narrativet rundt skuldersmerter. Skal man godta premisset om at operasjonen (subakromiell dekompresjon) ikke har effekt utover placebo, så må man i samme omgang gjøre en vurdering på om modellen overhodet er riktig. For hvis den herskende helsemodellen er at skuldersmerter er grunnet impingement, og man i tillegg forsøker å insentivere pasienter vekk fra (unødvendig) kirurgi, så kan man ikke fortsette å påpeke at disse vevsforandringene er det sentrale i forståelsen rundt plagene. Dette skaper et direkte motstridende argument som umulig kan påvirke pasienters tro, overbevisning og ønske om å forsøke ikke-invasive tiltak for å lindre skuldersmertene sine. Og dermed mener jeg at forfatterne, som naturligvis har de beste intensjoner med dette arbeidet, feiler allerede i første ledd.

Utvikler man en beslutningsstøtte med denne ordlyden, så gir det ikke pasientene nødvendig kunnskap og forståelse til å ta et informert valg, og i verste fall gjør dette bare vondt verre. Hvis forklaringsmodellen er feil – hvordan kan beslutningsstøtten bli riktig?

I 2021 ble en av de aller mest diskuterte studiene på dette området omsider publisert, nemlig SExSI-studien til Mikkel Clausen (20). Studien ble omtalt i Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 3 (2021). I kjølvannet av denne publikasjonen ble det voldsomme debatter på sosiale medier rundt styrketreningens rolle i håndteringen av subakromielle skulderplager. Noen mente at SExSI studien viste at styrketrening har liten rolle, mens andre mente at den underbygget hvorfor styrketrening var viktig. Andre igjen mente den belyste hvordan foreskrivningen av treningsterapi skaper compliance-problemer og at desto mer øvelser du gir, desto mindre er sannsynligheten for at de blir utført. Alt det ovenstående er viktige diskusjoner og gir oss spørsmål uten klare svar med den forskningen vi har i dag. Det var, for meg, allikevel fascinerende å se hvor lite diskusjon det var rundt ett av de sekundære utfallsmålene: nemlig PASS. PASS er en forkortelse for «patient acceptable symptom state», og er med andre ord et veldig enkelt «ja» og «nei» spørsmål. Ved studiens slutt, blir pasienten rett og slett spurt «er symptomene du opplever nå aksep-

table for deg?». Det faktum at 50% (!) av de involverte forsøkspersonene (n=200) rapporterer at de har uakseptable symptomer, uavhengig av hvilken treningsintervensjon de har fått utført, belyser hvor håpløst langt unna vi er å komme i mål med pasientsentrert behandling. Vi har altså en forskningsmengde som unisont og tydelig peker i retning av at pasienter med subakromielle skuldersmerter ikke skal opereres. Samtidig har vi overbevisende kvalitativ dokumentasjon (21, 22) som viser hvordan de fleste pasientene setter likhetstegn mellom smerten og aktuell vevsskade som bør «fikses» i skulderen. Kombinert med populasjonsdata som viser misoppfatninger rundt MR diagnostikk (18, 19) (riktignok på nakke og korsrygg), så har man her veldig klare indikatorer på hvorfor en slik beslutningsstøtte antageligvis vil ha liten effekt på den enkelte pasient. Det er viktig å understreke at beslutningsstøtter per se kan være gode og viktige verktøy både for klinikere og pasienter, men de må være fundamentert på en riktig(ere) forståelse av problemet slik det fremstår i litteraturen. I academia har man nå beveget seg videre og vekk fra inne-klemmingssyndromet som en «one size fits all» diagnose, med en bredere og dypere forståelse av at skuldersmerter oppleves unikt hos den enkelte pasient. Det vil med andre ord være mange forskjellige måter å tilnærme seg problemet, og ikke mulig å gi en oppskrift som passer til alle. Med andre ord må beslut-



**Shoulder pain: should I have arthroscopic surgery?**

Is this decision aid relevant for me?

- This decision aid can help if you have shoulder pain due to common causes like rotator cuff tears or bursitis and are considering arthroscopic surgery of the shoulder

**Cause and symptoms of shoulder pain**

- Shoulder pain is commonly caused by rotator cuff tears, swelling of fluid filled sacs call bursa ('bursitis') or impingement.
- Impingement occurs due to contact between a bony part of the shoulder (the 'acromion') and the rotator cuff tendons or bursa (see picture). Contact usually occurs as you move your arm out to the side.
- Shoulder pain often makes it difficult to do simple everyday tasks like reaching into a high cupboard and washing hair.
- Symptoms often take time to settle and one half of patients are better by around 6 months.



**What are the treatment options covered in this decision aid?**

**1. Surgery ('subacromial decompression' and/or 'rotator cuff repair')**  
Surgery requires admission to hospital and an anaesthetic. The surgeon will make a small skin cut in your shoulder to perform the procedure. Your surgeon may perform one or

«Inneklemt»  
«Slimposebetennelse»  
«Trangt»  
«Hevelse i leddet»



En beslutningsstøtte som baserer seg på en utdatert forklaringsmodell for skuldersmerter vil ha problemer med å overbevise pasienter vekk fra invasive tiltak

ningsstøtten også understreke dette for pasienter, slik at man gir de en forståelse for at det er en mengde faktorer de vil kunne gjøre selv uten at man behøver å endre eller fikse strukturelle «feil». Samtidig vil beslutningsstøtten være utfordrende for mange pasienter dersom det blir for stor diskrepans mellom deres forståelse og hva beslutningsstøtten sier. I dette tilfellet, vil man kunne

anta at mange pasienter vil motsette seg det uspesifikke opphavet til majoriteten av skulderplager. Vi ser tydelig i de kvalitative studiene som nå foreligger at mange fortsatt vil anta at operativ behandling er det beste og mest definitive «endepunktet». Dersom beslutningsstøtten skal fungere i klinisk praksis må den på en tydelig og udiskutabel måte fremsette alternativer til pasientene

som gjør at de revurderer dette tankesettet. Slik denne beslutningsstøtten fremstår i dag gjør den dessverre ikke det. Kanskje snarere tvert i mot.

Se referanser/kilder side 36.

## Forslag om henvisningsrett til bildediagnostikk for fysioterapeuter

**PFF sender forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om at fysioterapeuter gis utdanning i henvisning til bildediagnostikk og gis en slik rettighet innen bestemte rammer.**

PFF fremmer forslag om at fysioterapeuter gis anledning til å henvise til bildediagnostikk i likhet med manuellterapeuter og kiropraktorer. Forslaget er begrunnet med at det vil avlaste fastlegene som i dag må foreta vurdering og henvisning av pasient som er i behandling hos fysioterapeut etter forslag fra fysioterapeuten. Samtidig unngås «dobbelarbeid» av lege og fysioterapeut, som begge er i tjenester med store kapasitetsproblemer, og det oppnås en vesentlig tidsreduksjon i pasientens behandlingsforløp.

I tillegg til disse fordelene, reduseres statens utgifter siden refusjonsberettiget dobbeltarbeid unngås. PFF mener at denne henvisningsretten skal være begrenset til tilstander i muskel- og skjelettsystemet, og at det må knyttes kompetansekrav til den lik de som gjelder for manuellterapeuter ved henvisning til bildediagnostikk.

Les hele dokumentet som har blitt sendt til HOD her på [www.fysioterapi.org](http://www.fysioterapi.org)