

# National klinisk retningslinje for be- handling af nyopståede lænderygsmærter

## **National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter**

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Høringsversion 27. april 2016

Format: PDF

Høringsversion

# Indhold

<b>Indledning</b>	<b>8</b>
0.1 Formål	8
0.2 Afgrænsning af patientgruppe	8
0.3 Målgruppe/brugere	8
0.4 Emneafgrænsning	9
0.5 Patientperspektivet	10
0.6 Juridiske forhold	10
0.7 Referencer	10
<b>1 Vanlig aktivitet</b>	<b>11</b>
1.1 Fokuseret spørgsmål 1	11
1.2 Anbefaling	11
1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	11
1.4 Baggrund for valg af spørgsmål	11
1.5 Litteratur	12
1.6 Gennemgang af evidensen	12
1.7 Arbejdsgruppens overvejelser	12
1.8 Rationale for anbefaling	13
1.9 Evidensprofil	13
1.10 Referencer	15
<b>2 Patientuddannelse</b>	<b>16</b>
2.1 Fokuseret spørgsmål 2	16
2.2 Anbefaling	16
2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
2.4 Baggrund for valg af spørgsmål	16
2.5 Litteratur	17
2.6 Gennemgang af evidensen	17
2.7 Arbejdsgruppens overvejelser	17
2.8 Rationale for anbefaling	18
2.9 Evidensprofil	18
2.10 Referencer	20
<b>3 Gruppespecifik intervention</b>	<b>22</b>
3.1 Fokuseret spørgsmål 3	22
3.2 Anbefaling	22
3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	22
3.4 Baggrund for valg af spørgsmål	22
3.5 Litteratur	22
3.6 Gennemgang af evidensen	23
3.7 Arbejdsgruppens overvejelser	23
3.8 Rationale for anbefaling	24
3.9 Referencer	24
<b>4 Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgenundersøgelse</b>	<b>25</b>
4.1 Fokuseret spørgsmål 4	25
4.2 Anbefaling	25
4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
4.4 Baggrund for valg af spørgsmål	25
4.5 Litteratur	26
4.6 Gennemgang af evidensen	26
4.7 Arbejdsgruppens overvejelser	27
4.8 Rationale for anbefaling	27
4.9 Evidensprofil	28
4.10 Referencer	29

<b>5</b>	<b>Ledmobilisering</b>	<b>31</b>
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	31
5.2	Anbefaling	31
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	31
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	31
5.5	Litteratur	31
5.6	Gennemgang af evidensen	31
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	32
5.8	Rationale for anbefaling	32
5.9	Evidensprofil	33
5.10	Referencer	34
<b>6</b>	<b>Superviseret fysisk træning</b>	<b>36</b>
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	36
6.2	Anbefaling	36
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	36
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	36
6.5	Litteratur	36
6.6	Gennemgang af evidensen	37
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	37
6.8	Rationale for anbefaling	37
6.9	Evidensprofil	38
6.10	Referencer	39
<b>7</b>	<b>Akupunktur</b>	<b>41</b>
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	41
7.2	Anbefaling	41
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	41
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	41
7.5	Litteratur	41
7.6	Gennemgang af evidensen	41
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	42
7.8	Rationale for anbefaling	42
7.9	Evidensprofil	43
7.10	Referencer	44
<b>8</b>	<b>Paracetamol</b>	<b>46</b>
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	46
8.2	Anbefaling	46
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	46
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	46
8.5	Litteratur	46
8.6	Gennemgang af evidensen	46
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	47
8.8	Rationale for anbefaling	47
8.9	Evidensprofil	47
8.10	Referencer	49
<b>9</b>	<b>Opioider</b>	<b>50</b>
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	50
9.2	Anbefaling	50
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	50
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	50
9.5	Litteratur	50
9.6	Gennemgang af evidensen	51
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	51
9.8	Rationale for anbefaling	51
9.9	Evidensprofil	52
9.10	Referencer	53
<b>10</b>	<b>NSAID</b>	<b>54</b>

10.1	Fokuseret spørgsmål 10	54
10.2	Anbefaling	54
10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	54
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	54
10.5	Litteratur	54
10.6	Arbejdsgruppens overvejelser	55
10.7	Rationale for anbefaling	55
10.8	Referencer	55

## **Bilag 57**

<b>Bilag 1: Baggrund</b>	<b>58</b>
<b>Referencer til Bilag 1</b>	<b>59</b>
<b>Bilag 2: Implementering</b>	<b>61</b>
<b>Bilag 3: Monitorering</b>	<b>63</b>
<b>Bilag 4: Opdatering og videre forskning</b>	<b>64</b>
<b>Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode</b>	<b>66</b>
<b>Bilag 6: Fokuserede spørgsmål</b>	<b>67</b>
<b>Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>	<b>68</b>
<b>Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger</b>	<b>71</b>
<b>Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>	<b>72</b>
<b>Bilag 10: Forkortelser og begreber</b>	<b>75</b>

## EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se [bilag 7](#) ([indsæt link](#)).

### Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

### Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

### Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

### Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

## ANBEFALINGENS STYRKE

### Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

### Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

### Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

### Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

### God praksis ✓

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

## Centrale budskaber

- ↑ Overvej at opfordre patienter med nyopståede lænderygsmærter til opretholdelse af vanlig aktivitet frem for aflastning, herunder sengeleje (⊕⊕○○).
- ↑ Overvej at tilbyde individualiseret patientuddannelse til patienter med nyopståede lænderygsmærter i tillæg til vanlig behandling, hvor dette vurderes at kunne øge egenomsorgen (⊕○○○).
- √ Det er god praksis ikke rutinemæssigt at gruppere patienter med nyopståede lænderygsmærter på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbyde gruppespecifik intervention, da der ikke er påvist en effekt (⊕○○○).
- ↓ Tilbyd ikke rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgenundersøgelse til patienter med nyopståede lænderygsmærter, da der ikke er påvist en gavnlig effekt (⊕○○○).
- ↑ Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmærter ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling (⊕⊕○○).
- ↑ Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmærter superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling (⊕⊕○○).
- ↓ Tilbyd kun akupunktur teknikker i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker (⊕○○○).
- ↓ Tilbyd kun paracetamol i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt (⊕⊕⊕○).
- ↓ Tilbyd kun opioider i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt (⊕⊕○○).
- √ Det er god praksis ikke rutinemæssigt at tilbyde NSAID til patienter med nyopståede lænderygsmærter.

# Indledning

## 0.1 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og viden-  
deling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Det er forventningen, at denne retningslinje vil føre til et mere ensartet og evidensbaseret  
behandlingstilbud til patienter med nyopståede lænderygsmærter i kraft af anbefalinger til  
de sundhedsprofessionelle i de situationer, hvor der skal træffes konkrete beslutninger om  
behandlingstiltag i primærsektoren.

## 0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Denne retningslinje omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede, uspecifikke smer-  
ter lokaliseret i lænd og/eller balder (anatomisk afgrænset fra Th12 til inferiore gluteal-  
fold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12  
ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmærter eller ej. Ret-  
ningslinjen fokuserer ikke på patienter med længerevarende lænderygsmærter (smerter  
over 12 ugers varighed). Lænderygsmærter er en tilbagevendende tilstand, der ofte har  
episodisk karakter, hvorfor afgrænsningen af varigheden er vanskelig. Denne retningslin-  
je omfatter patienter med spændinger, ømhed, smerter og/eller bevægehæmning i lænden,  
hvor der ikke er et specifikt holdepunkt for årsagen til generne (dvs. *uspecifikke* lænd-  
rygsmærter). Smerterne kan endvidere opleves i benet, men typisk vil lænderygsmærterne  
dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udlø-  
sende årsag, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv (NICE, 2009), men de  
præcise smertemekanismer er uafklarede. Patientgruppen er derfor heterogen ikke alene  
hvad angår udløsende årsag, men også i forhold til varighed af symptomer og tilstedevæ-  
relse af psykologiske og sociale faktorer, der potentielt har negativ indvirkning på patien-  
ternes prognose (såkaldte ”gule flag”). Det må derfor formodes, at patientgruppen kan  
inddeles i flere undergrupper, der har forskelligartet prognose.

Specifikke årsager, herunder spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer, kredsløbs-  
insufficiens, osteoporose, post-operative smerter eller bækken smerter relateret til gravidi-  
tet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Der påhviler enhver  
kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en specifik årsag til lænderyg-  
smærterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager ligger uden for omfanget af  
denne retningslinje.

Håndteringen af patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i  
et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetsændring, positiv nerve  
stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden MR-fund er ikke om-  
fattet af denne retningslinje, men er omfattet af en anden national klinisk retningslinje fra  
Sundhedsstyrelsen (SST, NKR lumbalt rodtryk, 2016).

## 0.3 Målgruppe/brugere

Målgruppen for denne retningslinje er de fagpersoner, der møder patienterne. Det vil sige  
fysioterapeuter, kiropraktorer og læger i primærsektoren eller speciallægepraksis, samt  
læger på skadestuer. Derudover reumatologer, neurologer, ryggkirurger og andre sund-



hedsprofessionelle på sygehusafdelinger, som er involverede i forløb for patienter med nyopståede lænderygsmærter.

## 0.4 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen. De nationale kliniske retningslinjer beskæftiger sig således med udvalgte dele af udrednings- og behandlingsindsatser.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at patienter med nyopståede lænderygsmærter helt overvejende behandles og håndteres i primærsektoren. Interventionerne er valgt med baggrund i arbejdsgruppens kliniske erfaring, som værende repræsentative for udbredte behandlingsformer i primærsektoren til patienter med nyopståede lænderygsmærter.

Denne retningslinje bygger på systematiske litteratursøgninger samt en standardiseret kvalitetsvurdering og sammenfatning af evidensen, og kommer med anbefalinger vedrørende udvalgte ikke-kirurgiske og medicinske interventioner, samt anvendelse af rutinemæssig brug af billeddiagnostik til patienter med nyopståede lænderygsmærter.

De valgte interventioner omhandler råd og vejledning om aktivitet, individualiseret patientuddannelse, samt gruppespecifik behandling baseret på tilstedeværelse af prognostiske risikofaktorer. Derudover ledmobiliserende behandling, superviseret fysisk træning, akupunktur og smertestillende medicin (paracetamol, non-steroid inflammatory drugs (NSAID) og opioider). Endeligt er valgt rutinemæssig brug af billeddiagnostik (MR scanninger og røntgenundersøgelser). Da Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer typisk er afgrænset til 8-10 fokuserede spørgsmål, har det ikke været muligt at inkludere alle behandlinger, som anvendes.

Det antages i retningslinjen, at patienter med nyopståede lænderygsmærter i alle tilfælde tilbydes en standard behandling, der som minimum omfatter information om sygdommen, sygdommens forløb, prognose og faresignaler. I otte af de ti fokuserede spørgsmål sammenholdes effekten af den givende indsats med den vanlige behandling, dvs. den undersøgte intervention bliver givet som tillæg. Grunden hertil er, at arbejdsgruppen vurderede, at alle patienter vil modtage en form for behandling af deres smerter. Hvad der forstås ved vanlig behandling er således ikke defineret på forhånd, men afspejler den behandling, som den undersøgte intervention er givet i tillæg til. Arbejdsgruppen valgte denne strategi for at inddrage al publiceret information vedrørende effekten af interventionen. I flere studier er vanlig behandling defineret som information. Det forventes, at der har været en positiv udvikling i indholdet og kvaliteten af information over de seneste 10 år, hvorfor den fundne effekt må formodes at være mindre i dag, end på studietidspunktet. I to af de fokuserede spørgsmål sammenholdes effekten af to interventioner.

I denne nationale kliniske retningslinje er der ikke stillet såkaldte PIRO-spørgsmål om diagnostiske procedurer, men rutinemæssig billeddiagnostik undersøges som intervention. Der var enighed i arbejdsgruppen om, at patientgruppen kan identificeres klinisk, og at brug af billeddiagnostik vil afhænge af den enkelte patients kliniske forløb, og derfor følge eksisterende vejledninger og retningslinjer for henvisning til billeddiagnostik (Regionerne + DKF, 2013).

## 0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via Danske Patienter, som har udpeget et medlem i den nedsatte referencegruppe. Derudover har de haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencgruppen i [bilag 10\(indsæt link\)](#).

## 0.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

## 0.7 Referencer

NICE clinical guideline 88. Low back pain Early management of persistent non-specific low back pain. 2009. Tilgængelig på [www.guidance.nice.org.uk/cg88](http://www.guidance.nice.org.uk/cg88)

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati). 2016. Tilgængelig på <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2016/lumbal-nerverodspaavirkning-ikke-kirurgisk-behandling>

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Kliniske retningslinjer. Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet. 2013. Tilgængelig på [http://www.bdretningslinjer.dk/media/4039/billeddiagnostik\\_final.pdf](http://www.bdretningslinjer.dk/media/4039/billeddiagnostik_final.pdf)

# 1 Vanlig aktivitet

## 1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter opfordres til vanlig aktivitet i hverdagslivet frem for aflastning?

## 1.2 Anbefaling

↑ Overvej at opfordre patienter med nyopståede lænderygsmarter til opretholdelse af vanlig aktivitet frem for aflastning, herunder sengeleje (⊕⊕○○).

## 1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling af patienter med nyopståede lænderygsmarter bør som minimum omfatte information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler.

Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved aflastning og opfordres til gradvist at øge deres aktivitetsniveau.

Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet bør indeholde råd om fortsættelse med daglige huslige gøremål (f.eks. madlavning og rengøring), deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og vanlig motion. Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet i hverdagslivet bør indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være tilrettet den enkelte patient, og der bør være fokus på at bevare patientens tilknytning til arbejdspladsen.

## 1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Op gennem 90'erne blev det gradvist mere almindelig at rådgive patienter med nyopståede lænderygsmarter til at opretholde deres sædvanlige aktivitet frem for at hvile. Tidligere var det været almindeligt at rådgive patienterne til at "tage det roligt" og "hvile" f.eks. i form af ordineret sengeleje og kun kortvarige vægtbærende stillinger som ved f.eks. toiletbesøg. Denne praksis blev gradvist forladt, da det blev evident, at længerevarende sengeleje er potentielt skadeligt for patienten, da det betyder nedsat funktion af muskler, led og andre kropsfunktioner (Dahm, 2010). Budskabet om "hvile" blev derfor afløst af anbefalinger om at fortsætte med dagligdags aktiviteter "inden for smertegrænsen". Dette har formodentlig medvirket til at fastholde nogle patienter i en forestilling om, at ryggen "skal skånes" og resulteret i at patienterne har afvejet fra at deltage i hverdagslivets aktiviteter med reduceret aktivitetsniveau og sygemeldinger til følge, som beskrevet i *fear-avoidance* modellen (Vlayen 2000; Waddell, 1993). Modellen fremstiller, at personer, som tror, at deres smerter er et tegn på alvorlig skade eller sygdom, er i risiko for at blive mere ængstelige og undgå fysisk aktivitet, da de antager, at aktivitet vil forværre deres problem.

Mange patienter med akutte, uspecifikke lænderygsmarter oplever flere smerter under almindelige dagligdags gøremål eller i forbindelse med deres arbejde. Nogle patienter bliver bange for, at disse smerter er farlige eller skadelige, og undgår derfor disse smerteprovokerende aktiviteter/gøremål. Arbejdsgruppen fandt det derfor relevant at se nærmere på, om der er potentielt gavnlige effekter af at opretholde vanlig aktivitet frem for aflastning. Med vanlig aktivitet i hverdagslivet menes, at patienten bibeholder sit sædvanlige aktivitetsniveau på trods af lænderygsmarter.

## 1.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af tre randomiserede studier (Pengel 2007; Rozenberg 2002; Malmivaara 1995) fra to systematiske oversigtsartikler (Shaheed 2014; Dahm 2010). Der blev yderligere identificeret et studie (Wilkinson, 1995), der ikke blev medtaget pga. meget lav metodemæssig kvalitet. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der blev fundet et yderligere randomiseret studie (Olaya-Contreras 2015). Flowcharts findes på sst.dk. ([indsæt link](#)).

## 1.6 Gennemgang af evidensen

I to af de fundne studier (Rozenberg 2002; Malmivaara 1995) er den vanlige aktivitet defineret som gradvis tilbagevenden til normale aktiviteter under hensyntagen til smerterne. I et studie (Pengel 2007) er den vanlige aktivitet defineret som gradvise tilbagevenden til normal aktivitet, men under anvisning om ikke at blive for forsigtig og ikke at undgå lettere aktiviteter. I et studie (Olaya-Contreras 2015) er vanlig aktivitet defineret som vanlig aktivitet på trods af smerter.

Studiepopulationerne var patienter med uspecifikke lænderygsmærter af 0-12 ugers varighed. Interventionen bestod af information om opretholdelse af vanlig aktivitet. Dette blev sammenlignet med anvisning af sengeleje i to studier (Rozenberg 2002; Malmivaara 1995), information om at begrænse vanlig aktivitet indenfor smertegrænsen i et studie (Olaya-Contreras) samt ingen specifik information om aktivitet i et studie (Pengel 2007).

Henholdsvis fire og tre af studierne afrapporterede de to kritiske outcomes smerteniveau (Olaya-Contreras 2015; Pengel 2007; Rozenberg 2002; Malmivaara 1995) og funktionssevne (Pengel 2007; Rozenberg 2002; Malmivaara 1995) op til 12 uger efter endt intervention (se evidensprofilen nedenfor, afsnit 1.9). Studierne viste en lille, statistisk signifikant forskel til fordel for vanlig aktivitet, men forskellene anses ikke som klinisk relevante. Som mindste klinisk relevant forskel i studier af lændesmerter anses en forskel i smerte på 15 mm på en 100 mm VAS skala og 2 punkter på en 10 punkts skala. For funktion anses en forskel på 10 point på en 100 point funktionsskala som minimum for en klinisk relevant ændring (Ostelo 2008). Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set lav, på grund af alvorlig risiko for bias og upræcist effektestimat.

Der sås ingen effekt på de vigtige outcomes funktionsevne 6-18 måneder (Pengel 2007) og smerteniveau 6-18 måneder (Pengel 2007). Detaljer om hvert enkelt kritisk og vigtigt outcome fremgår af evidensprofilen nedenfor og af henvisninger til *forest plots* i Bilag 8.

## 1.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Evidensgrundlaget viste ingen klinisk relevant forskel mellem de to interventioner på de vurderede outcomes.</p> <p>Vanlig aktivitet kan sandsynligvis være med til at bevare patientens funktionsniveau og forebygge fald i funktionsevne. Samtidig har vanlig fysisk aktivitet po-</p>

	<p>tentielt en gavnlig effekt på andre organsystemer, patientens mentale velbefindende og sociale liv. I nogle tilfælde kan vanlig aktivitet kortvarigt forværre smerter og symptomer, men der er ingen kendte skadelige effekter.</p> <p>Arbejdsgruppen fandt, at balancen mellem gavnlige og skadelige effekter var til fordel for vanlig aktivitet frem for aflastning.</p>
--	--

#### Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at de fleste patienter vil følge opfordringen til at bevare vanlig aktivitet og f.eks. fortsætte på arbejdet. Dog vil nogle føle behov for aflastning eller foretrække mindre aktivitet. Smerteniveau, jobfunktion og patienternes opfattelse af eget helbred har betydning herfor.

## 1.8 Rationale for anbefaling

Der blev ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at vanlig aktivitet har en lille, men ikke klinisk relevant effekt på smerteniveau og funktionsevne på kort sig. Hensynet til de mulige skadevirkninger af aflastning og de gavnlige effekter af aktivitet førte til anbefalingen om, som udgangspunkt, at opfordre til vanlig aktivitet frem for aflastning. Anbefalingen er svag, idet den baseres på evidens af lav kvalitet, samt at de fundne effekter var små.

## 1.9 Evidensprofil

PICO 1. Vanlig aktivitet i hverdagslivet frem for aflastning							
Population: Nyopståede lænderygsmarter							
Intervention: Vanlig aktivitet i hverdagslivet							
Sammenligning: Aflastning							
Outcomes	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
Tidsramme	Aflastning	Vanlig aktivitet	Forskel med vanlig aktivitet				
Smerteniveau (Pain intensity) NRS (0-10) 0-12 uger efter endt behandling			MD 0,56 lavere (0,24 lavere til 0,87 lavere)		613 (4 studier) (Olaya-Contreras, 2015; Rozenberg, 2002; Malmivaara, 1995;	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimat.

Pengel, 2007)				
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) 0-12 uger efter endt behandling	SMD 0,25 lavere (0,08 lavere til 0,43 lavere)	514 (3 studier) (Pengel 2007; Rozenberg 2002; Mal-mivaara 1995)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE-RAT	Kritisk outcome, ingen klinisk relevant forskel-risiko for bias
Smerteniveau (Pain intensity) NRS (0-10) 6-18 måneder efter endt behandling	MD 0,30 lavere (0,99 lavere til 0,39 højere)	118 (1 studie) (Pengel 2007)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, kun et studie, risk of bias
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24) 6-18 måneder efter endt behandling	MD 0,9 lavere (2,75 lavere til 0,95 højere)	115 (1 studie) (Pengel 2007)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, kun et studie, risk of bias
Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) 6-18 måneder efter endt behandling				Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Livskvalitet (Quality of life) 0-12 uger efter endt behandling				Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling				Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, proportion i arbejde (Sick leave, proportion at work) 6-18 måneder efter endt behandling				Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt behandling				Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<b>**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt), NRS: Numeric rating scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire; ODI: Oswestry Disability Index</b>				
<b>GRADE evidensniveauer:</b> <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. <b>Moderat:</b> Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.				

**Lav:** Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt  
**Meget lav:** Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

## 1.10 Referencer

Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;6, CD007612.

Vlaeyen J, Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;**85**:317–32.

Waddell G1, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993 Feb;**52**(2):157-68.

Olaya-Contreras P, Styf J, Arvidsson D, Frennered K, Hansson T. The effect of the stay active advice on physical activity and on the course of acute severe low back pain *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation* (2015) 7:19 DOI 10.1186/s13102-015-0013-x

Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain-bed rest, exercises, or ordinary activity? *The New England journal of medicine*. 1995;**332**(6):351-5.

Pengel LH, Refshauge KM, Maher CG, Nicholas MK, Herbert RD, McNair P. Physiotherapist-directed exercise, advice, or both for subacute low back pain: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2007;**146**(11):787-96.

Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, Olivieri-Apicella N, Kuntz JL, Legrand E, et al. Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 2002;**27**(14):1487-93.

Wilkinson, M.J. Does 48 hours' bed rest influence the outcome of acute low back pain? *British Journal of General Practice*, 1995, 45, 481-484.



## 2 Patientuddannelse

### 2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling?

### 2.2 anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde individualiseret patientuddannelse til patienter med nyopståede lænderygsmærter i tillæg til vanlig behandling, hvor dette vurderes at kunne øge egenomsorgen (⊕○○○).**

### 2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Overvej at tilbyde individualiseret patientuddannelse til patienter, som er bekymrede eller angste for deres lænderygsmærter, eller som bliver inaktive eller forholder sig passivt i forbindelse med smerterne.

Patientuddannelse bør tilbydes til patienter, som på basis af dialog med den enkelte patient, skønnes at have behov for og er motiverede for interventionen, og som har mulighed for at ændre graden af egenomsorg.

Patientuddannelsen bør inkludere en tryghedsskabende dialog, der indeholder elementer af kognitive og adfærdsmæssige teknikker, og være individualiseret således, at den sigter mod at ændre den enkelte patients uhensigtsmæssige tanker, følelser og adfærd.

### 2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patientuddannelse defineres her som uddannelse, der retter sig mod patientens sygdomsforståelse og udvikling af kompetencer, samt tilegnelse af adfærd, der fører til bedre helbred (WHO, 1998). Patientuddannelse ses generelt som et vigtigt element i håndtering af nakke og lænderygpatienter (Gross, 2009; Koes, 2010), hvor målet er at reducere symptomer og risiko for forværring ved at øge patientens viden, og derigennem ændrede adfærd (Haines, 2009). Patienters evne til at håndtere dagligdag og livssituationer ser ud til at have betydning for et godt forløb (Sundhedsstyrelsen, 2009). Formålet med patientuddannelsen er således at give patienten viden om sygdommen, samt at styrke og understøtte patientens egenomsorg og evne til at kunne mestre hverdagens forskellige aktiviteter (handlekompetence og autonomi).

Arbejdsgruppen mener, at patientuddannelse bør inkludere tryghedsskabende dialog om tilstandes gode prognose (eng. *reassurance*), en proces, der bl.a. kan faciliteres ved hjælp af elementer fra kognitiv adfærdsterapi. *Reassurance* retter sig mod patientens angst og bekymring for alvorlig sygdom (Traeger, 2015), og kan forstås som den proces, der foregår i interaktionen mellem patient og kliniker (Hasenbring, 2015). Ved at benytte sig af elementer fra kognitiv adfærdsterapi er det formålet at opnå *reassurance* gennem en ændring af uhensigtsmæssige tanker, følelser og adfærd. Patientuddannelse er rettet mod forståelsen af den enkeltes lænderygsmærter, som en godartet tilstand, hvor ryggen ikke skades ved daglige aktiviteter, arbejde og træning. Sigtet er dermed opretholdelse af fysiske aktivitet, sociale relationer og kontakt med arbejdsmarkedet samt med henblik på at forebygge kroniske problemstillinger.



## 2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ni randomiserede studier (Göhner 2006; Hay 2005; Jellema 2005; Karjalainen 2003; Storheim 2003; Indahl 1995; Damush 2003; Pengel 2007; Hagen 2003) fra tre systematiske oversigtsartikler (Richmond 2015; Traeger 2015; Engers 2008). Populationerne var patienter med uspecifikke lænderygsmærter i op til 12 ugers varighed. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere randomiserede studier. Flowcharts findes på sst.dk. ([indsæt link](#)).

## 2.6 Gennemgang af evidensen

I seks af de fundne studier er patientuddannelsen koblet med øvelsesterapi (Pengel 2007, Storheim 2003, Karjalainen 2003, Hay 2005, Göhner 2006, Hagen 2003) og i tre studier bestod patientuddannelse udelukkende af dialog (Damush 2003, Jellema 2005, Indahl 1995). Patientuddannelse blev sammenlignet med sædvanlig behandling defineret som vanlig praksis i almen lægepraksis i fire studier (Damush 2003, Karjalainen 2003, Jellema 2005, Indahl 1995). I to studier bestod den vanlige behandling af mundtlig information (Storheim 2003, Hagen 2003) og i tre studier af manuel terapi (Hay 2005) eller øvelsesterapi (Göhner 2006, Pengel 2007).

Der blev i et enkelt studie, fundet en ikke-klinisk relevant forskel på det kritiske outcome *fear-avoidance* i op til 12 uger til fordel for individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling (Storheim 2003). Der blev ikke fundet effekt på det kritiske outcome smerteniveau i op til 12 uger (Göhner 2006, Hay 2005, Jellema 2005, Karjalainen 2003, Pengel 2007, Storheim 2003). Der blev fundet klinisk relevant effekt på de to vigtige outcomes sygefravær målt som antal sygedage (Karjalainen 2003) og andelen sygemeldt 6-18 måneder efter endt behandling (Hagen 2003, Indahl 1995, Jellema 2005). Der blev ikke fundet effekt vedrørende de vigtige outcomes funktionsevne i op til 12 uger (Hay 2005, Jellema 2005, Karjalainen 2003, Pengel 2007, Storheim 2003) og 6-18 måneder efter endt behandling (Damush 2003, Hay 2005, Karjalainen 2003, Pengel 2007). Detaljer om hvert enkelt kritisk og vigtigt outcome fremgår af evidensprofilen nedenfor og af henvisninger til *forest plots* i Bilag 8.

Kvaliteten af det kritiske outcome smerteniveau i op til 12 uger var meget lav, da der var risiko for bias, inkonsistente resultater og upræcise effektestimater. Kvaliteten af det kritiske outcome *fear-avoidance* i op til 12 uger var meget lav, da der kun var et studie med risiko for bias og få patienter.

## 2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

### Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav.

### Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Evidensgrundlaget viste ingen klinisk relevant forskel mellem de to interventioner i de vurderede kritiske outcomes. Der blev fundet klinisk relevant effekt på to vigtige outcomes vedrørende sygefravær.

Arbejdsgruppen fandt, at balancen mellem gavnlige og skadelige effekter var til fordel for patientuddannelse.

## Patientpræferencer

Der er en forventning om, at nogle patienter med nyopståede lænderygsmærter vil tage imod tilbud om patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling, mens andre vil afvise tilbuddet. Der er arbejdsgruppen erfaring, at ikke alle patienter vil have behov for patientuddannelse.

## 2.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling havde en ikke-klinisk relevant effekt på *fear-avoidance* og ingen effekt på smerteniveau på kort sig. Endvidere vægtes, at der fandtes en mulig effekt på sygefravær, men at estimatet er usikkert. Overordnet er effekten af patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling lille og kvaliteten af evidensen er meget lav.

Der er en forventning om, at tilbuddet kun vil være relevant for patienter, der har behov og er i stand til at ændre graden af egenomsorg, og at disse patienter vil kunne identificeres gennem dialog med den enkelte. Der er derfor en forventning om, at nogle patienter med nyopståede lænderygsmærter vil tage imod tilbud om patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling, mens andre vil afvise tilbuddet.

## 2.9 Evidensprofil

PICO 2. Individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
Population: Nyopståede lænderygsmærter							
Intervention: Individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Individualiseret patientuddannelse	Forskel med vanlig aktivitet				
Smerteniveau (Pain intensity) NRS (0-10) og VAS (0-100) 0-12 uger efter endt behandling			SMD 0,14 lavere (0,37 lavere til 0,09 højere)		962 (6 studier) (Pengel 2007, Storheim 2003, Karjalainen 2003, Hay 2005, Göhner	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater, upræcist effektestimat.

					2006, Jellema 2005)		
<b>Fear-avoidance (Fear avoidance) FABQ (0-66) 0-12 uger efter endt behandling</b>		MD 3,5 la- vere (1,11 lavere til 5,89 lavere		63 (1 studie) (Stor- heim 2003)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk out- come. Ingen klinisk rele- vant forskel, risiko for bi- as, kun et studie, få pa- tienter inklu- deret.	
<b>Rygsmerte relate- ret funktionsevne (Activity limitati- on) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) 0-12 uger efter endt behandling</b>		SMD 0,18 lavere (0,48 lavere til 0,12 hø- jere )		668 (5 studi- er) (Pengel 2007, Storheim 2003, Karjalai- nen 2003, Hay 2005, Jellema 2005)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Ingen klinisk rele- vant forskel, risiko for bi- as, inkonsi- stente resulta- ter, upræcist effekttestimat	
<b>Rygsmerte relate- ret funktionsevne (Activity limitati- on) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) 6-18 måneder efter endt behandling</b>		SMD 0,01 lavere (0,14 lavere til 0,13 højere )		981 (5 studier) (Pengel 2007, Damush 2003, Karjalai- nen 2003, Hay 2005, Jellema 2005)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt out- come. Ingen klinisk rele- vant forskel, risiko for bi- as, inkonsi- stente resulta- ter.	
<b>Sygefravær, antal sygedage (Sick le- ave, no. of days) 6- 18 måneder efter endt behandling</b>		MD 22,0 færre (35,1 færre til 8,9 færre)		112 (1 studie) (Karjala- inen 2003)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come, kun et studie, risiko for bias.	
<b>Sygefravær, pro- portion sygemeldt (Sick leave, pro- portion not at work) 6-18 måneder efter endt behandling</b>	479 per 1000	307 per 1000	172 færre per 1000 (263 færre til 43 færre)	RR 0,64 (0,45- 0,91)	1667 (3 studier) (Hagen 2003; In- dahl 1995; Jellema 2005)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come, risiko for bias, in- konsistente resultater, manglende overførbar- hed, upræcist effekttestimat
<b>Fear-avoidance (Fear avoidance) FABQ( 0-66) 6-18 måneder efter endt behandling</b>							Vigtigt out- come, ikke rapporteret.
<b>Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter</b>							Vigtigt out- come, ikke rapporteret.

<i>endt behandling</i>	
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt behandling	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<b>**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). FABQ: Fear-avoidance beliefs questionnaire; NRS: Numeric rating scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire; ODI: Oswestry Disability Index</b>	
<b>GRADE evidensniveauer:</b> <b>Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.</b> <b>Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.</b> <b>Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt</b> <b>Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</b>	

## 2.10 Referencer

World Health Organization. Therapeutic patient education; continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen; 1998.

Gross AR, Haines T, Goldsmith CH, Santaguida L, McLaughlin LM, Peloso P, et al. Knowledge to action: a challenge for neck pain treatment. J Orthop Sports Phys Ther 2009;39:351e63.

Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J 2010;19:2075e94.

Haines T, Gross AR, Burnie S, Goldsmith CH, Perry L, Graham N. A Cochrane review of patient education for neck pain. Spine J 2009;9:859e71.

Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København. 2009; 11(3)  
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/18179EAADCF74DDEB2DF77AC334C705A.ashx>

Hasenbring MI, Pincus T. Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? Clin J Pain 2015; 31(2): 133-136.

Traeger AC, Hübscher M, Henske N, et al. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med 2015; 175(5): 733-743.

Richmond H, Hall AM, Copsey B, et al. The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015 Aug 5;10(8):e0134192. doi: 10.1371/journal.pone.0134192. eCollection 2015.

Göhner W, Schlicht W. Preventing chronic back pain: evaluation of a theory-based cognitive-behavioural training programme for patients with subacute back pain. Patient Educ Couns. 2006 Dec;64(1-3):87-95. Epub 2006 Mar 15.

Hagen EM, Grasdal A, Eriksen HR. Does Early Intervention With a Light Mobilization Program Reduce Long-Term Sick Leave for Low Back Pain: A 3-Year Follow-up Study. Spine 2003; 28(20): 2309–2316.

Pengel LH, Refshauge KM, Maher CG, Nicholas MK, Herbert RD, McNair P. Physiotherapist-directed exercise, advice, or both for subacute low back pain: a randomized trial. Ann Intern Med. 2007;146 (11):787-796.

Hay EM, Mullis R, Lewis M, et al. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. Lancet. 2005;365(9476):2024-2030.

Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Twisk JW, Stalman WA, Bouter LM. Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? cluster randomised clinical trial in general practice. BMJ. 2005;331(7508):84.

Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, et al. Mini-intervention for subacute low back pain: a randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976). 2003;28(6):533-540. 78(9802):1560-1571.

Storheim K, Brox JI, Holm I, Koller AK, Bø K. Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2003;35(3):132-140.

Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered: a randomised clinical trial. Spine 1995;20:473–7.

Damush TM, Weinberger M, Perkins SM et al. The long-term effects of a self-management program for inner-city primary care patients with acute low back pain. Arch Intern Med 2003; 163: 2632–8.

Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004057. DOI: 10.1002/14651858.CD004057.pub3.

## 3 Gruppespecifik intervention

### 3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter grupperes på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbydes gruppespecifik intervention frem for vanlig behandling?

### 3.2 anbefaling

✓ **Det er god praksis ikke rutinemæssigt at gruppere patienter med nyopståede lænderygsmærter på baggrund af modificerbare, prognostiske risikofaktorer og tilbyde gruppespecifik intervention, da der ikke er påvist en effekt (⊕○○○).**

### 3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Overvej at inddrage spørgsmål vedrørende psykologiske og sociale problemstillinger i anamnesen, da disse giver mulighed for at identificere patienter med problemstillinger, som kræver opmærksomhed.

### 3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er stigende fokus på at kunne klassificere patienter med uspecifikke lændesmerter i undergrupper på en simpel, valid og klinisk meningsfuld måde (Foster, 2011), med henblik på at kunne målrette behandlingen specifikt til disse undergrupper. Et eksempel herpå er ”STarT Back Screening Tool” (Hay EM, 2008; Hill JC, 2010), som blandt andet anvendes i flere regionale forløbsprogrammer. Skemaet indeholder ni spørgsmål, som klassificerer patienter med lænderygsmærter i tre grupper: En lavrisiko gruppe med få negative prognostiske karakteristika, en mellemgruppe med overvejende fysiske risikofaktorer og en højrisko gruppe med højt niveau af psykosociale risikofaktorer (”gule flag”) (Hill, 2008). Fordi STarT Back Tool har vundet udbredelse, er der behov for at belyse, hvorvidt dette og lignende screeningsværktøjer kan identificere prognostiske undergrupper med tilhørende matchede interventioner, der forbedrer effekten af patientforløbene.

### 3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af seks randomiserede studier (Brennan 2006, Rabin 2014, Childs 2004, Hancock 2008, Klaber-Moffet 2004; Jellema 2005) fra tre systematiske oversigtartikler (Hastings 2015; Kent 2012; Kent 2010). Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der blev fundet et yderligere randomiseret studie (Rabin 2014). Flowcharts findes på sst.dk. (indsæt link).

Litteratursøgningen fandt yderligere et randomiseret studie af Hill et al. (Hill 2011), der grupperede patienterne i tre risikogrupper (lav, medium og høj risiko) afhængig af deres prognose ifølge STarT Back Tool og dertil matchede behandling. Studiet viste signifikant større forbedring i funktionsniveau hos patienter, der modtog den matchede behandling, men har dog ikke kunnet inddrages i evidensgrundlaget for anbefalingen, da 60 % af de deltagende patienter havde haft lænderygsmærter i mere end 3 måneder.

### 3.6 Gennemgang af evidensen

Fire studier (Brennan 2006, Rabin 2014, Childs 2004, Hancock 2008) grupperede patienterne efter fysiske risikofaktorer (nedsat bevægelighed, instabilitet eller retningspecifikke præferencer af bevægelse i lænden) og evaluerede effekten af manipulation, stabiliserende eller retningspecifikke øvelser. To studier (Klaber-Moffet 2004; Jellema 2005) grupperede patienterne efter psykologiske risikofaktorer (høj grad af bevægelsesrelateret angst, katastrofetænkning eller bekymring (eng. distress)) eller varighed af symptomer og evaluerede effekten af kognitiv terapi eller gradueret aktivitet. I alle seks studier var den sammenlignende behandling en ikke-matchet behandling i forhold til de identificerede risikofaktorer. Kvaliteten af studierne var generelt høj.

Arbejdsgruppen finder, at det ikke er muligt at lave en direkte sammenligning af de inkluderede studier, da der er væsentlige forskelle i definitioner af undergrupper og interventioner. Evidensen bliver derfor gennemgået narrativt.

Tre studier af høj metodemæssig kvalitet (Brennan 2006, Childs 2004, Hancock 2008) og et studie af lav metodemæssig kvalitet (Rabin 2014) vurderede effekten af manipulation, stabiliserende eller retningspecifikke øvelser. To studier af høj metodemæssig kvalitet (Jellema 2005, Klaber-Moffet 2004) vurderede effekten af kognitiv adfærdsterapi. Generelt var antallet af inkluderede patienter i studierne ikke af en størrelse, der var egnet til at besvare spørgsmål om effekten af interventioner i undergrupper.

I to af studierne (Hancock 2008, Rabin 2014) fandt man ikke en statistisk signifikant forskel i det kritiske outcomes smerteniveau målt 0-12 uger efter endt behandling. I fem studier (Klaber-Moffet 2004, Brennan 2006, Childs 2004, Hancock 2008, Rabin 2014) fandt man ikke en statistisk signifikant forskel på det kritiske outcome funktionsevne målt 0-12 uger efter endt behandling.

Fire studier af høj metodemæssig kvalitet (Jellema 2005, Klaber-Moffet 2004, Brennan 2006, Childs 2004) vurderede det vigtige outcome funktionsevne målt 6-18 måneder efter endt behandling. Kun i et studie (Klaber-Moffet 2004) fandt man en statistisk signifikant fordel til gruppespecifik behandling til undergruppen af patienter med høj grad af bekymring, mens tre studier (Jellema 2005, Brennan 2006 og Childs 2004) ikke viste en statistisk signifikant forskel.

### 3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er høj, men heterogenitet mht. intervention og patientgrupper tillader ikke sammenligning af studierne.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Det kan ikke udelukkes, at matchet behandling baseret på bio-psyko-soziale prognostiske faktorer har en effekt på undergrupper af patienter med nyopståede lænderygsmærter, men større studier er påkrævet for at belyse effekten.</p> <p>Der er ingen kendte skadevirkninger.</p>



### 3.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at matchet, gruppespecifik behandling frem for vanlig behandling ikke er påvist at have en klinisk relevant effekt på hverken kort eller lang sigt. Overordnet er gruppespecifik behandling kun sparsomt belyst. Særligt vægtes, at der er betydelig forskelle i definitionen af undergrupper og interventioner, hvilket ikke tillader en direkte sammenligning af studier. Det kan ikke udelukkes, at gruppespecifik behandling har en effekt på undergrupper af patienter, men større studier er påkrævet for at belyse effekten hos patienter med nyopståede lænderygsmærter.

### 3.9 Referencer

Foster NE, Hill JC, Hay EM. Subgrouping patients with low back pain in primary care: are we getting any better at it. *Manual Therapy* 2011; 16(1):3-8.

Hay EM, Dunn KM, Hill JC, et al. A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008 Apr 22;9:58.

Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain* 2010;14(1):83-9.

Hill JC, Dunn KN, Lewis M et al. A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis and Rheumatism* 2008;29(5):632-641.

Brennan GP, Fritz JM, Hunter SJ, Thackeray A, Delitto A, Erhard RE: Identifying subgroups of patients with acute/subacute 'nonspecific' low back pain - results of a randomized clinical trial. *Spine* 2006, 31(6):623-631.

Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, Irrgang JJ, Johnson KK, Majkowski GR, Delitto A: A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: A validation study. *Ann Intern Med* 2004, 141(12):920-928.

Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Herbert RD, McAuley JH: Independent evaluation of a clinical prediction rule for spinal manipulative therapy: a randomised controlled trial. *Eur Spine J* 2008, 17:936-943.

Klaber Moffett JA, Carr J, Howarth E. High fear-avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain. *Spine* 2004;29(11): 1167e72.

Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Twisk JW, Stalman WA, Bouter LM. Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. *British Medical Journal* 2005;331(7508):84.



## 4 Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgenundersøgelse

### 4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør patienter med nyopståede lænderygmerter rutinemæssigt tilbydes billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgen?

### 4.2 Anbefaling

↓ **Tilbyd ikke rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR eller røntgenundersøgelse til patienter med nyopståede lænderygmerter, da der ikke er påvist en gavnlig effekt (⊕○○○).**

### 4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Henvisning til MR scanning eller røntgenundersøgelse bør til enhver tid ske i henhold til gældende retningslinjer for billeddiagnostisk udredning (Regionerne og DKF, 2013).

Patienten bør informeres om, hvorfor billeddiagnostik ikke er indikeret. Det er vigtigt at understrege overfor patienten, hvorfor billeddiagnostik ikke er nødvendig for at stille den kliniske diagnose, og at billeddiagnostikken sjældent vil kunne forklare patientens symptomer og potentielt kan lede til unødvendig behandling.

Billeddiagnostik bør kun overvejes såfremt, der er mistanke om patologiske forandringer i columna. I de fleste andre tilfælde ændrer billeddiagnostik ikke patientens behandlingsforløb eller prognose og kan i værste fald forringe prognosen. Såfremt det vælges at udføre billeddiagnostisk udredning, skal patienten informeres om, at der er dårlig korrelation mellem de billeddiagnostiske fund og patientens symptomer ved både MR scanning og røntgenundersøgelser.

Overvej henvisning til røntgenundersøgelse eller MR scanning, hvis der under patientforløbet opstår mistanke om væsentlig patologi, som kræver and behandling end skitseret i denne retningslinje. Det kan dreje sig om fraktur/hvirvelsammenfald, tumor/metastase, infektion, tiltagende rodtryk olisteser eller anden væsentlig patologi.

### 4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

MR scanning og røntgen er de to hyppigst brugte billeddiagnostiske metoder i Danmark. Begge metoder bruges til at identificere betydende patologiske tilstande, der kan forklare patientens lænderygmerter. Hvilke fund der kan betegnes som betydende, er imidlertid kontroversielt (Steffens, 2014).

Udfordringen består i, at der også er en høj andel af abnorme fund og morfologiske forandringer på billeder hos personer uden lænderygmerter. Dette gør det vanskeligt med sikkerhed at bestemme, hvilke fund det er betydningsfulde hos den enkelte patient. Det vurderes, at blandt de patienter, der ikke har en alvorlig patologisk årsag til deres smerter (f.eks. frakturer eller cancer), kan årsagen ikke klart identificeres hos 90-95 % af de undersøgte (van Tulder, 2006).

Mens brugen af røntgen er faldende (Sundhedsstyrelsen, 2006), ser forbruget af MR scanninger ud til at være stigende (e-sundhed, 2016). Det er arbejdsgruppens opfattelse, at

flere og flere patienter med lænderygsmærter efterlyser billeddiagnostik eller allerede har fået foretaget MR scanninger tidligt i deres forløb. Dette ser ud til at være tilfældet på trods af, at kohorte studier har indikeret en negativ effekt af billeddiagnostisk udredning (Webster, 2013; Webster, 2014), og tidligere evidensbaserede nationale og internationale anbefalinger angiver, at billeddiagnostiske undersøgelser kun er relevante på mistanke om alvorlige eller progressive neurologiske udfald eller symptomer på alvorlig underliggende patologi (Sundhedsstyrelsen, 2006; Chou, 2011).

Den diagnostiske værdi af MR scanning og røntgenundersøgelse af lænderyggen er relativt velbeskrevet, men eftersom langt hovedparten af patienter med nyopståede lænderygsmærter ikke har en patologisk påviselig årsag til deres lænderygsmærter, er spørgsmålet om billeddiagnostisk udredning påvirker patienten på andre måde, herunder hvordan udredning påvirker patient rapporterede outcomes. Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge de gavnlige og skadelige effekter af brugen af rutinemæssig billeddiagnostik.

## 4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af fire randomiserede studier (Ash 2008; Gilbert 2004; Kendrick 2001, Kerry 2002) fra to systematiske oversigtartikler (Karel 2015; Chou 2007) Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere randomiserede studier. Flowcharts findes på sst.dk. ([indsæt link](#)).

## 4.6 Gennemgang af evidensen

I to af de fundne studier (Ash 2008, Gilbert 2004) bestod rutinemæssig billeddiagnostisk udredning af MR scanning og i to studier (Kendrick 2001, Kerry 2002) af konventionel røntgen.

Studiepopulationerne var patienter med uspecifikke lænderygsmærter af 0-12 ugers varighed. Interventionen bestod af rutinemæssig billedudredning. Dette blev sammenlignet med billeddiagnostisk udredning udført på specifik indikation og ved manglende bedring i tre studier (Gilbert 2004, Kendrick 2001, Kerry 2002). I et studie (Ash 2008) blev alle patienter udredt ved hjælp af MR scanning, men kun interventionsgruppen og de respektive rekvirerende læger blev informeret om evt. fund. I kontrol gruppen blev resultatet givet efter seks måneder. I alle fire studier modtog alle patienter vanlig information og behandling i tillæg til den billeddiagnostiske udredning.

Kun et studie (Ash 2008) afrapporterede det kritiske outcome sygefravær efter 6 til 18 måneder. Studiet, der sammenligner rutinemæssig billeddiagnostisk udredning frem for billeddiagnostisk udredning efter indikation, viser ikke en statistisk signifikant forskel mellem de to (Ash 2008) (se evidensprofilen nedenfor, afsnit 4.9). Der blev ikke fundet studier, der belyser det andet kritiske outcome, forbrug af sundhedsydelser efter 6-18 måneder. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav, på grund af alvorlig risiko for bias, samt der kun fandtes et studie.

Henholdsvis fire og tre af studierne afrapporterede de tre vigtige outcomes smerteniveau (Ash 2008, Gilbert 2004, Kendrick 2001, Kerry 2002), funktionsevne (Ash 2008, Gilbert 2004, Kendrick 2001, Kerry 2002) og livskvalitet (Gilbert 2004, Kendrick 2001, Kerry 2002) efter 6-18 måneder efter endt intervention. Studierne viste ingen effekt målt på funktionsevne og livskvalitet, mens der var en ikke-klinisk relevant effekt til fordel for kontrolgruppen målt på smerteniveau. Som mindste klinisk relevant forskel i studier af

lændesmerter anses en forskel i smerte på 15 mm på en 100 mm VAS skala og 2 punkter på en 10 punkts skala.

Kvaliteten af evidensen for de vigtige outcomes var samlet set lav til meget lav, på grund risiko for bias, inkonsistente resultater og upræcist effektestimat. Detaljer om hvert enkelt kritisk og vigtigt outcome fremgår af evidensprofilen nedenfor og af henvisninger til *forest plots* i Bilag 8.

## 4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Der ses ingen umiddelbar gavnlig effekt af rutinemæssig billeddiagnostik med MR scanning eller røntgenundersøgelse.</p> <p>Ved en standard røntgenundersøgelse af lænderyggen udsættes patienten for en relativt lille dosis ioniserende stråling.</p> <p>Tidlig billeddiagnostik kan potentielt have skadelige effekter for prognose (sygeliggørelse og unødigt frygt hos patienten), hvis alderssvarende strukturelle forandringer tolkes som patologiske.</p> <p>Særligt fund ved en MR-scanning kan være misvisende i forhold til at forklare patientens symptomer og lede til overbehandling.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Patienter vil ofte gerne have foretaget billeddiagnostisk udredning for at vide, hvad de fejler og dermed mindske usikkerheden for en alvorlig tilstand

## 4.8 Rationale for anbefaling

Der blev ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at rutinemæssig billeddiagnostisk udredning ikke har en gavnlig effekt på patientens forløb. Endvidere er det arbejdsgruppens erfaring, at rutinemæssig brug af billeddiagnostisk udredning potentiel kan have en skadelig effekt for prognosen (sygeliggørelse og unødigt frygt hos patienten), hvis alderssvarende strukturelle forandringer tolkes som patologiske. Anbefalingen er svag, idet den baseres på evidens af lav kvalitet, samt at de fundne effekter var små og modsatte.

## 4.9 Evidensprofil

PICO 4. Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning sammenlignet med ingen rutinemæssig billeddiagnostisk udredning						
Population: Nyopståede lænderygsmærter Intervention: Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning Sammenligning: Ingen rutinemæssig billeddiagnostisk udredning						
Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier)	Evidensniveau (GRADE)
Tidsramme	Ej rutinemæssig billeddiagnostik	Rutinemæssig billeddiagnostik	Forskel med rutinemæssig billeddiagnostik			Kommentarer
Sygefravær, antal dage (Sick leave, no. of days) 6-18 måneder efter endt behandling			MD 0,07 færre (0,92 færre til 0,78 flere)	131 (1 studie) (Ash 2008)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie. Risiko for bias.
Forbrug af sundhedsydelser (Health care utilization) 6-18 måneder efter endt behandling						Kritisk outcome. Ingen studier.
Smerteniveau (Pain intensity) VAS (100 mm) 6-18 måneder efter endt behandling			MD 0,78 lavere (4,323 lavere til 2,75 højere)	1281 (4 studier) (Gilbert 2004, Kendrik 2001, Kerry 2002; Ash 2008)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias. Upræcist effekt-estimat
Rygsmerte relateret funktions-evne (Activity limitation) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) 6-18 måneder efter endt behandling			SMD 0,01 højere (0,23 lavere til 0,25 højere)	1281 (4 studier) (Gilbert 2004, Kendrik 2001, Kerry 2002; Ash 2008)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ ME-GET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias. Inkonsistente resultater, upræcist effekt-estimat
Livskvalitet (Quality of life) SF36 (0-1) og EQ-5D (-0.59 til 1) 6-18 måneder efter endt behandling			SMD 0,03 lavere (0,09 lavere til 0,14 højere)	1143 (3 studier) (Gilbert 2004, Kendrik 2001, Kerry 2002)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ ME-GET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias. Alvorligt inkonsistente resultater, upræcist effekt-estimat
Recidiv af smerter 6-18 måneder						Vigtigt outcome. Ingen

der (recurrence) 6-18 måneder efter endt behandling	studier.
Sygefravær, proportion i arbejde (Sick leave, proportion) 6-18 måneder efter endt behandling)	Vigtigt outcome. Ingen studier.
Sygefravær, tid til tilbage arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling	Vigtigt outcome. Ingen studier.
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire; ODI: Oswestry Disability Index; SF36: 36-Item Short Form Health Survey; EQ-5D: EuroQol 5 Dimensions.</p>	
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  <b>Moderat:</b> Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.  <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt  <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>	

## 4.10 Referencer

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Kliniske retningslinjer. Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparate. 2013. Tilgængelig på [http://www.bdretningslinjer.dk/media/4039/billeddiagnostik\\_final.pdf](http://www.bdretningslinjer.dk/media/4039/billeddiagnostik_final.pdf)

Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, et al. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. Eur J Pain 18 (2014) 755–765

van Tulder, M. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. Eur Spine J 2006; 15, S169–S191.

Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. Am J Neuroradiol. 2015 Apr;36(4):811-6. doi: 10.3174/ajnr.A4173. Epub 2014 Nov 27.

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Røntgenundersøgelse af lænderyggen hos 20-49 årige henvist fra primærsektor – en medicinsk teknologivurdering. København, 2006; 8(4)

eSundhed.dk. Sundhedsdatastyrelsen. Tilgængelig på  
[http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/LPR/Sider/LPR04\\_Tabel.aspx](http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/LPR/Sider/LPR04_Tabel.aspx).

Webster BS, Bauer AZ, Choi Y, Cifuentes M, Pransky GS. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. 2013 Oct 15;38(22):1939-46. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182a42eb6. Webster BS1, Choi Y, Bauer AZ, Cifuentes M, Pransky G. The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2014 Aug 1;39(17):1433-40. doi: 10.1097/BRS.0000000000000408.

Chou R, Qaseem A, Owens D, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2011;154:181-9.

Ash L, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. Am J Neuroradiol 2008;29(6):1098–103.

Gilbert F, Grant AM, Gillan MG, Vale L, Scott NW, Campbell MK, et al. Does early imaging influence management and improve outcome in patients with low back pain? A pragmatic randomised controlled trial. Health Technol Assess 2004;8(17):1–131.

Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. Health Technol Assess 2001; 5(30):1–69.

Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P. Radiography for low back pain: a randomised controlled trial and observational study in primary care. Br J Gen Pract 2002;52(479):469–74.

Chou,R.; Fu,R.; Carrino,J. A.; Deyo,R. A.Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009;373:463-472.

Karel YH; Verkerk K; Endenburg S; Metselaar S; Verhagen AP.Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis European journal of internal medicine 2015;26(8):585-595.

## 5 Ledmobilisering

### 5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør patienter med nyopståede lænderygsmarter tilbydes ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling?

### 5.2 Anbefaling

↑ Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmarter ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling (⊕⊕○○).

### 5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Hvis ledmobiliserende teknikker tilbydes, bør det ske under hensyntagen til den enkelte patients anatomi og knoglekvalitet, samt under hensyntagen til absolutte og relative kontraindikationer for behandlingen.

Hvis ledmobiliserende teknikker tilbydes, bør der ses bedring inden for en kortere periode. Såfremt der ikke opnås bedring inden for dette tidsrum, bør andre alternativer overvejes.

### 5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Ledmobiliserende teknikker defineres her som alle manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led mellem ryghvirvlerne i lænden og i bækkenet. Det vil sige såvel mobilisering inden for leddets normale bevægeområde, herunder både oscillerende bevægelser, lav kraftpåvirkning, høj kraftpåvirkning og 'high-velocity' teknikker (manipulation), hvor der anvendes en hurtig impuls med efterfølgende kavitation i leddet (typisk med en lyd til følge).

Ledmobiliserende teknikker er en meget udbredt behandling for uspecifikke lænderyg- og nakkesmerter (Hurwitz, 2012) og udføres i Danmark af forskellige sundhedsfaglige personer. Teknikkerne anbefales i varierende grad i de regionale kliniske retningslinjer for lænderygbesvær.

### 5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review (Rubinstein 2012), hvorfra der blev brugt to randomiserede forsøg (Hsieh 2002; Hurley 2004). Der blev identificeret yderligere et randomiseret forsøg (Morton 1999), der blev ekskluderet på grund af meget lave metodemæssig kvalitet. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der blev fundet et yderligere studie (Cruser 2012). Flowcharts findes på sst.dk. ([indsæt link](#)).

### 5.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen bestod af manipulation i alle tre studier (Cruser 2012; Hsieh 2002; Hurley 2004). Dette blev sammenlignet med ultralyd i et studie (Hurley 2004); myofacielle teknikker i et studie (Hsieh 2002) samt vanlig behandling defineret som information, muskelaflappende medicin eller lav dosis opioider og evt. fysioterapi i et studie (Cruser 2012).



Der blev fundet en ikke-klinisk relevant forskel på det kritiske outcome smerteniveau i op til 12 uger til fordel for ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling (Cruser 2012, Hsieh 2002, Hurley 2004). Som mindste klinisk relevante forskel i studier af lændesmerter anses en forskel i smerte på 15 mm på en 100 mm VAS skala og 2 punkter på en 10 punkts skala. Der blev ikke fundet effekt på det kritiske outcome funktionsniveau i op til 12 uger (Cruser 2012, Hsieh 2002, Hurley 2004).

Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set lav, da studierne var små, samt der var risiko for bias og inkonsistente resultater.

Der blev ikke fundet effekt vedrørende de vigtige outcomes smerteniveau (Hsieh 2002, Hurley 2004) og funktionsevne (Hsieh 2002, Hurley 2004) målt 6-18 måneder efter endt behandling. Ingen af studierne rapporterede om skadevirkninger. Detaljer om hvert enkelt kritisk og vigtigt outcome fremgår af evidensprofilen nedenfor og af henvisninger til *forest plots* i Bilag 8.

## 5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Det kan ikke udelukkes, at der er en gavnlig effekt på smerte og funktionsniveau på kort sigt.</p> <p>Der optræder hyppigt forbigående ømhed og træthed, og i sjældne tilfælde alvorlige bivirkninger i form af f.eks. fraktur, hvis de manuelle teknikker ikke er anvendt korrekt.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienten ønsker ledmobiliserende behandling eller ikke.

## 5.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på at ledmobilisering i tillæg til vanlig behandling havde en effekt på smerteniveau på kort sigt, men at effekten ikke er klinisk relevant. Der fandtes ikke effekt af ledmobilisering i tillæg til vanlig behandling på funktionsniveau på kort eller lang sigt eller smerteniveau på længere sigt, men det kan ikke udelukkes, at undergrupper af patienter med nyopståede lænderygsmarter kan opleve en gavnlig effekt. Det forventes, at disse undergrupper kan identificeres i løbet af et kort behandlingsforløb med diagnostisk sigte. Endvidere vægtes, at alvorlige bivirkninger er sjældne, hvis de manuelle teknikker er korrekt udført. Overordnet er ledmobilisering i tillæg til vanlig behandling sparsomt belyst, og kvaliteten af evidensen er lav.



## 5.9 Evidensprofil

PICO 5. Ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
Population: Nyopståede lænderygsmærter							
Intervention: Ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommentarer
Vanlig be- handling	Ledmobiliserende behandling	Forskel med ledmobiliserende behandling					
Smerteniveau (Pain intensi- ty) VAS, 0- 100mm 0-12 uger ef- ter endt be- handling			MD 9,48 lavere (15,93 lavere til 3,03 lavere)		303 (3 studi- er) (Cru- ser 2012; Hsieh 2002; Hurley 2004)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Kritisk outco- me, ingen kli- nisk relevant forskel, risiko for bias, in- konsistente re- sultater.
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limi- tation) RMDQ, 0-24 0-12 uger ef- ter endt be- handling			MD 1,31 lavere (3,24 lavere til 0,62 højere)		317 (3 studi- er) (Cru- ser 2012; Hsieh 2002; Hurley 2004)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MODERAT	Kritisk outco- me, ingen kli- nisk relevant forskel, risiko for bias.
Smerteniveau (Pain intensi- ty) VAS, 0- 100mm 6-18 måneder efter endt be- handling			MD 4,37 lavere (10,37 lavere til 1,63 højere)		256 (2 studi- er) (Hsieh 2002, Hurley 2004)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Vigtigt outco- me, ingen kli- nisk relevant forskel, risiko for bias, få pa- tienter.
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limi- tation) RMDQ, 0-24 6-18 måneder efter endt be- handling			MD 0,80 lavere (2,03 lavere til 0,44 højere)		255 (2 studi- er) (Hsieh 2002, Hurley 2004)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Vigtigt outco- me, ingen kli- nisk relevant forskel, risiko for bias, få pa- tienter.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Sygefravær, antal sygeda- ge (Sick lea- ve, no. of days) 6-18 måneder efter							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.

<p><i>endt behandling</i></p> <p>Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling</p>	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<p>Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) 6-18 måneder efter endt behandling</p>	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<p>Frafald, pga. bivirkninger (Drop out, due to adverse events) Efter endt behandling</p>	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<p><b>**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). VAS: Visual analogue scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire</b></p>	
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.  Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt  Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>	

## 5.10 Referencer

Hurwitz EL. Epidemiology: spinal manipulation utilization. J Electromyogr Kinesiol. 2012 Oct;22(5):648-54.

Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD008880. DOI: 10.1002/14651858.CD008880.pub2.

Hsieh C-Y, Adams A, Tobis J, Hong C-Z, Danielson C, Platt K, et al. Effectiveness of four conservative treatments for subacute low back pain. A randomized clinical trial. *Spine* 2002;27:1142-8.

Hurley DA, McDonough SM, Dempster M, Moore AM, Baxter GD. A randomized clinical trial of manipulative therapy and interferential therapy for acute low back pain. *Spine* 2004;29(20):2207-16.

Morton JE. Manipulation in the treatment of acute low back pain. The Journal of Manual and Manipulative Therapy 1999;7(4):182–89.

Cruser dA, Maurer D, Hensel K, Brown SK, White K, Stoll ST. A randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment for acute low back pain in active duty military personnel. J Manual Manipulative Ther 2012; 20(1):5-15  
DOI 10.1179/2042618611Y.0000000016.

Høringsversion

## 6 Superviseret fysisk træning

### 6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling?

### 6.2 Anbefaling

↑ Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmærter superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling (⊕⊕○○).

### 6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Deltagelse i superviseret, fysisk træning bør tilbydes og planlægges i dialog med patienten omkring motivation og muligheder for at deltage. Overvej i dialogen med patienten om andre typer fysisk aktivitet ville være mere hensigtsmæssige for den enkelte.

Overvej om træningen med fordel først iværksættes senere i forløbet, f.eks. i udfasningen af et akut smerteforløb, da effekten på funktions- og smerteniveau i det tidlige forløb er lille. Træningen kan foregå individuelt eller i grupper, men bør være tilpasset til den enkelte patients smerteniveau, varighed af smerter og generelle forløb.

Overvej initialt øvelser, som kan intensiveres i takt med at funktionsevnen øges og smerterne aftager.

### 6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Superviseret fysisk træning defineres her som øvelser, fysiske aktiviteter, generel eller rygspecifik træning, der foregår under ledelse af en relevant sundhedsfaglig person, og som er målrettet og tilpasset specifikt mod den enkelte patients individuelle niveau. Det forventes, at træningen er progredierende så længe, at patienten oplever forbedring i sin tilstand. Fysisk træning dækker over en bred gruppe aktive interventioner fra forskellige typer af bevægelighedsøvelser og udstrækning til stabiliserende øvelser, øvelser for balance, koordination og muskelstyrke, samt general fysisk fitness eller kardiovaskulær træning (Oosterhuis, 2015). Superviseret fysisk træning er en hyppigt benyttet tilgang til patienter med lænderygsmærter. Det benyttes enten som en initial behandling, der har til formål at lindre patientens smerter, eller som supplement til anden initial behandling med det formål at genvinde eller forbedre patientens fysiske formåen og funktionsevne. Det er endvidere arbejdsgruppens vurdering, at superviseret fysisk træning ofte anvendes med henblik på at minimere angst for bevægelse (*kinesiofobi*), samt at patienten ofte som en del af træningen får andre råd og vejledning, der kan virke betryggende og beroligende.

### 6.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske reviews (Hayden 2005; Oosterhuis 2016), hvorfra der blev brugt seks randomiserede forsøg af rapporteret i syv artikler (Faas 1993; Faas 1995; Seferlis 1998; Cherkin 1998; Chok 1999; Pengel 2008; Machado 2010). Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Flowcharts findes på sst.dk. ([insæt link](#)).

## 6.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen bestod af generelle styrke-, konditions- og bevægelighedsøvelser i tre studier (Faas 1993, Faas 1995, Pengel 2007, Seferlis 1998), retningspecifikke øvelser (ad modum McKenzie) i to studier (Cherkin 1998, Machado 2010), samt udholdenhedstræning af rygmusklerne i et studie (Chok 1999). Dette blev sammenlignet med vanlig behandling defineret som information om at opretholde vanlig aktivitet, favorabel prognose, holdning og evt. brug af paracetamol efter behov i fire studier (Cherkin 1998, Chok 1999, Faas 1993, Faas 1995, Machado 2010), standard behandling hos praktiserende læge (hvilke, sygemelding, smertestillende medicin) i et studie (Seferlis 1998) og en enkelt dialogbaseret konsultation i et studie (Pengel 2007).

Der blev ikke fundet effekt vedrørende de kritiske outcomes smerteniveau (Faas 1993, Pengel 2007, Seferlis 1998) og funktionsevne 6-18 måneder efter endt behandling (Cherkin 1998, Pengel 2007, Seferlis 1998).

Der blev ikke fundet effekt vedrørende de vigtige outcomes funktionsevne (Cherkin 1998, Chok 1999, Machado 2010, Pengel 2007, Seferlis 1998) og smerteniveau (Chok 1999, Faas 1993, Machado 2010, Pengel 2007, Seferlis 1998) målt i op til 12 uger, sygefravær målt i dage 6-18 måneder efter endt behandling (Faas 1995; Seferlis 1998) eller frafald pga. bivirkninger efter endt behandling (Seferlis 2007). Ingen af studierne rapporterede om skadevirkninger. Detaljer om hvert enkelt kritisk og vigtigt outcome fremgår af evidensprofilen nedenfor og af henvisninger til *forest plots* i Bilag 8.

Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set lav, da studierne var små, samt der var risiko for bias og upræcise effektestimater.

## 6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Det kan ikke udelukkes, at superviseret fysisk træning kan have en gavnlig effekt på smerter og funktionsevne.</p> <p>Der kan være forbigående bivirkninger i form af ømhed og smerter.</p> <p>Akut smertepåvirkede patienter kan have svært ved at udføre øvelser.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienten ønsker superviseret, fysisk træning eller ikke.

## 6.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at superviseret fysisk træning i til-læg til vanlig behandling ikke havde en statistisk signifikant effekt på de valgte outcomes på hverken kort eller lang sigt. Det tillægges dog betydning, at der var samstemmende resultater i alle målte outcomes i retning af en gavnlig effekt, på trods af, at disse ikke var

statistiske eller klinisk relevante, og at en gavnlig effekt af superviseret fysisk træning således ikke sikkert kan udelukkes. Endvidere vægtes, at der forventes at være betydelige gavnlige effekter af fysisk træning på patienternes almene helbredstilstand, samt at alvorlige bivirkninger er meget sjældne.

Overordnet er superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling sparsomt belyst, og kvaliteten af evidensen er lav.

## 6.9 Evidensprofil

PICO 6. Superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling							
Population: Nyopståede lænderygsmærter							
Intervention: Superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Superviseret fysisk træning	Forskel med superviseret, fysisk træning				
Smerteniveau (Pain intensity) VAS (0-100) 6-18 måneder efter endt behandling			MD 1,74 lavere (5,57 lavere til 2,10 højere)		554 (3 studier) (Faas 1993, Pengel 2007, Seferlis 1998)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimat.
Rygsmerte relateret funktionsevne RMDQ (0-24), Roland Questionnaire (0-23) og ODI (0-100) (Activity limitation) 6-18 måneder efter endt behandling			SMD 0,19 lavere (0,46 lavere til 0,08 højere)		430 (3 studier) (Cherkin 1998, Pengel 2007, Seferlis 1998)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimat.
Smerteniveau (Pain intensity) NRS (0-10) 0-12 uger efter endt behandling			MD 2,55 lavere (5,74 lavere til 0,65 højere)		743 (5 studier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater.
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24), Roland Questionnaire (0-23) og ODI (0-100) 0-12 uger efter endt behandling			SMD 0,22 lavere (0,53 lavere til 0,09 højere)		619 (5 studier) (Cherkin 1998, Chok 1999, Machada 2010, Pengel 2007, Seferlis 1998)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater, upræcist effektestimat.
Sygefravær, antal sygedage (Sick le-			MD 1,33 færre		327 (2 studier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖	Vigtigt outcome, Ingen

ave, no. of days) 6-18 måneder efter endt behandling			(13,44 færre til 10,79 flere)	(Seferlis 1998, Faas 1995)	LAV	klinisk relevant forskel, kun et studie, risiko for bias.
Frafald pga. bivirkninger (Drop out, adverse events) Efter endt behandling	0	0	0	RR ej estimerbar	(Pengel 2007) ⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie, risiko for bias.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt behandling						Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt behandling						Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling						Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, proportion i arbejde (Sick leave, proportion at work) 6-18 måneder efter endt behandling						Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<p><b>**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). FABQ: Fear-avoidance beliefs questionnaire; NRS: Numeric rating scale; ODI: Oswestry Disability Index; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire</b></p>						
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.  Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt  Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>						

## 6.10 Referencer

Teddy Oosterhuis, W IJzelenberg, Sidney M Rubinstein, et al. Exercise therapy for acute non-specific low back pain. Cochrane review – under udarbejdelse. Gengivet med tilladelse fra forfatterne.

Cherkin DC, Deyo RA, Battié M, Street J, Barlow W. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. N Engl J Med Oct 1998;339(15):1021-9.

Chok B, Lee R, Latimer J, Seang BT. Endurance training of the trunk extensor muscles in people with subacute low back pain. *Phys Ther* 1999;79:1032-42.

Faas A, van Eijk JThM, Chavannes AW, Gubbles JW. A randomized trial of exercise therapy in patients with acute low back pain. *Spine* 1995;20:941-7.

Machado LA, Maher CG, Herbert RD, Clare H, McAuley JH.. The effectiveness of the McKenzie method in addition to first-line care for acute low back pain: a randomized controlled trial. *BMC Med* Jan 2010;8(10).

Pengel LH, Refshauge KM, Maher CG, Nicholas MK, Herbert RD, McNair P. Physiotherapist-directed exercise, advice, or both for subacute low back pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2007;146 (11):787-796.

Hay EM, Mullis R, LewisM, et al. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. *Lancet*. 2005;365(9476):2024-2030.

Høringsversion



## 7 Akupunktur

### 7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes akupunktur teknikker i tillæg til vanlig behandling?

### 7.2 anbefaling

↓ **Tilbyd kun akupunktur teknikker i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker (⊕○○○).**

### 7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Akupunktur bør ledsages af information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler, samt opfordring til at opretholde normal fysisk aktivitet.

### 7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Akupunktur teknikker defineres her som alle former for behandling, hvor huden penetres af en eller flere tynde nåle uden injektion, hvad enten udgangspunktet er klassiske akupunkturpunkter (traditionel kinesisk akupunktur, der læner sig op af filosofiske teorier om energibaner) eller behandling af triggerpunkter i muskulatur (vesterlandsk medicinsk akupunktur, ofte kaldet dry needling).

Det er arbejdsgruppen opfattelse, at brugen af akupunktur vinder stigende indpas blandt læger, kiropraktorer og fysioterapeuter, hvilket også ses i udlandet (Sherman, 2004; Thomas, 2003). Derfor fandt arbejdsgruppen det relevant at se nærmere på effekten af akupunktur i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter.

### 7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er tre systematiske reviews (Yuan 2015; Lee 2013, Manheimer 2005), hvorfra der blev brugt to randomiserede forsøg (Liu 2010; Kennedy 2008). Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Flowcharts findes på sst.dk. ([indsæt link](#)).

Der blev yderligere identificeret et studie med lav risiko for bias, der afrapporterer funktionsevne på kort og lang sigt (Vas, 2012). Funktionsevnen blev afrapporteret som andelen af patienter, der forbedrer sig mere end 35 % på Roland-Morris Disability Questionnaire, og viser en positiv effekt til fordel for akupunktur. Studiet er ikke inkluderet i meta-analyserne, da der i afrapporteringen af studiet ikke er angivet absolutte ændringer.

### 7.6 Gennemgang af evidensen

Populationerne var patienter med uspecifikke lænderygsmærter i op til 12 ugers varighed. Interventionen bestod af traditionel kinesisk akupunktur i et studie (Liu 2010), behandling i triggerpunkter i et studie (Kennedy 2008). Dette blev sammenlignet med information og opfordring til vanlig aktivitet i begge studier (Liu 2010; Kennedy 2008).

Der blev fundet en ikke-klinisk relevant forskel på det kritiske outcome smerteniveau i op til 12 uger til fordel for akupunktur i tillæg til vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling (Kennedy 2008, Liu 2010). Som mindste klinisk relevante forskel i studier af lændesmerter anses en forskel i smerte på 15 mm på en 100 mm VAS skala og 2 punkter på en 10 punkts skala (Ostelo 2008). Der blev ikke fundet effekt på det kritiske outcome funktionsevne i op til 12 uger (Kennedy 2008, Liu 2010).

Der blev ikke fundet effekt vedrørende det vigtige outcome, sygefravær målt i antal dage 6-18 måneder efter endt behandling (Kennedy 2008). Ingen af studierne rapporterede om skadevirkninger. Detaljer om hvert enkelt kritisk og vigtigt outcome fremgår af evidensprofilen nedenfor og af henvisninger til *forest plots* i Bilag 8.

Kvaliteten af de kritiske outcome var samlet set meget lav, da studiepopulationerne var små, der var risiko for bias, og upræcise effektestimater.

## 7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Det kan ikke udelukkes, at akupunktur har en kortvarig smertelindrende effekt, men akupunktur har tilsyneladende ingen effekt på funktion.</p> <p>Skadevirkninger i form af overfladiske infektioner og overfladiske blødninger kan forekomme.</p> <p>Sammenfald af lungen (pneumothorax) og systemiske infektioner fremkaldt af behandleren er rapporteret, men hyppigheden er ukendt og sandsynligvis lav hos veluddannede behandlere.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienten ønsker akupunktur eller ikke.

## 7.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at akupunktur i tillæg til vanlig behandling havde en kortvarig effekt på smerteniveau, men at effekten ikke er klinisk relevant. Endvidere vægtes, at der ikke fandtes effekt af akupunktur i tillæg til vanlig behandling på funktionsniveau på kort eller længere sigt eller smerteniveau på længere sigt, og at det ikke sikkert kan udelukkes, at akupunktur har en negativ effekt på sygefravær. Overordnet er akupunktur i tillæg til vanlig behandling mangelfuldt belyst, både hvad angår gavnlige effekter og eventuelle skadevirkninger, og kvaliteten af evidensen er meget lav.

## 7.9 Evidensprofil

PICO 7. Akupunktur i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
Population: Nyopstående lænderygsmærter							
Intervention: Akupunktur i tillæg til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig be- handling	Akupunktur	Forskel med aku- punktur				
Smerteniveau (Pain intensi- ty) VAS, 0-100 mm 0-12 uger ef- ter endt be- handling			MD 11,92 lavere (4,79 lavere til 19,12 la- vere)		90 (2 studi- er) (Kennedy 2008, Liu 2010)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outco- me. Ingen kli- nisk relevant forskel, risiko for bias, , upræcist ef- fektestimat, få patienter.
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limi- tation) RMDQ, 0-24 0-12 uger ef- ter endt be- handling			MD 1,16 la- vere (4,08 lavere til 1,76 højere)		93 (2 studi- er) (Kennedy 2008, Liu 2010)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outco- me. Ingen kli- nisk relevant forskelrisiko for bias, upræ- cist effekt- estimat, få pa- tienter.
Smerteniveau (Pain intensi- ty) VAS, 0-100 mm 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret
Sygefravær, antal sygeda- ge (Sick lea- ve, no. of days) 6-18 måneder efter endt behand- ling			MD 3,00 flere (10,13 færre til 16,13 flere)		45 (1 studi- er) (Kennedy 2008)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outco- me. Ingen kli- nisk relevant forskel, risiko for bias, upræ- cist effekt- estimat, kun et studie, få pati- enter inklude- ret.
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limi- tation) 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Recidiv (Recurrence)							Vigtigt outco- me, ikke rap-

6-18 måneder efter endt behandling	porteret.
Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) 6-18 måneder efter endt behandling	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Frafald, pga. bivirkninger (Drop out, due to adverse events) Efter endt behandling	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
<p><b>**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko; MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). VAS: Visual analogue scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire</b></p>	
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.  Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt  Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>	

## 7.10 Referencer

K. J. Sherman, D. C. Cherkin, M. T. Connelly et al., "Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: what treatments are patients willing to try?" *The Lancet*, vol. 4, article 9, 2004.

K. J. Thomas, P. Coleman, and J. P. Nicholl, "Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995–2001. Results from a follow-up national survey," *Family Practice*, vol. 20, no. 5, pp. 575–577, 2003.

Lee JH; Choi TY; Lee MS; Lee H; Shin BC; Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clinical Journal of Pain* 2013;29(2):172-185.

Manheimer E; White A; Berman B; Forys K; Ernst E. Meta-analysis: acupuncture for low back pain. *Annals of Internal Medicine* 2005;142(8):651-663.

Yuan QL.; Guo TM.; Liu L.; Sun F.; Zhang YG. Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. PloS one 2015;10(2): e0117146.

Kennedy S.; Baxter GD.; Kerr DP.; Bradbury I.; Park J.; McDonough SM. Acupuncture for acute non-specific low back pain: a pilot randomised non-penetrating sham controlled trial. Complementary therapies in medicine Jun 2008;16(3):139-46.

Liu,J.; Li,N. Clinical observation of a combination of acupuncture and drug administration for non-specific acute lumbar sprain. Journal of Acupuncture and Tuina Science 2010;8(1):47-49.

Vas J, Aranda JM, Modesto M, Benítez-Parejo N, Herrera A, Martínez-Barquín DM, Aguilar I, Sánchez-Araujo M, Rivas-Ruiz F. Acupuncture in patients with acute low back pain: a multicentre randomised controlled clinical trial. Pain. 2012 Sep;153(9):1883-9. doi: 10.1016/j.pain.2012.05.033. Epub 2012 Jul 4.

Høringsversion

## 8 Paracetamol

### 8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes paracetamol i tillæg til vanlig behandling?

### 8.2 Anbefaling

↓ **Tilbyd kun paracetamol i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt (⊕⊕⊕○).**

### 8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes om paracetamol i tillæg til vanlig behandling vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Valget træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jfr. Institut for Rationel Farmokoterapi vejledninger for brug paracetamol (IRF, 2011).

Behandling med paracetamol bør kun ordineres for en kortere periode og behandlingen bør revurderes løbende. Hvis den ønskede effekt er opnået, bør en kort behandlingslængde fastlægges. Overvej efterfølgende det eventuelle behov for anden behandling.

Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

### 8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Udskrivning af medicin er det hyppigst anvendte tilbud hos praktiserende læger til patienter med rygsmærter (Bertin et al; 2013). Tidligere guidelines vedrørende rygsmærter anbefaler næsten enslydende, at paracetamol anvendes som førstevalgspræparat (Chou, 2007; Wise, 2014). Det var dog arbejdsgruppens opfattelse, at der er kommet ny viden på området. Arbejdsgruppen ønskede derfor, at foretage en opdatering af, om evidensen stadig viser, at der er en gavnlig effekt af paracetamol i tillæg til vanlig behandling.

### 8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review (Machado 2015), hvorfra der blev brugt et randomiseret forsøg (Williams 2014). Vi foretog en opdaterende litteratursøgning og fandt ingen yderligere studier. Evidensgrundlaget er således et randomiseret studie. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

### 8.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det inkluderede studie (Williams 2014) bestod af fire ugers regelmæssig dosis af paracetamol svarende til 3990 mg per dag i tillæg til vanlig behandling. Dette blev sammenlignet med placebo og vanlig behandling defineret som rådgivning om at forholde sig aktiv, undgå sengeleje og den gode prognose for akutte lænderygsmærter. Populationer var 1153 patienter med uspecifikke lænderygsmærter af op til seks ugers varighed.

Der blev ikke fundet forskel i effekt på de kritiske outcomes smerteniveau i op til 12 uger, funktionsevne i op til 12 uger eller alvorlige bivirkninger (Williams 2014). Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set moderat, da der kun var et studie. Der sås ligeledes ingen forskel i effekt på det vigtige outcome frafald fra studiet på grund af bivirkninger (Williams 2014).

## 8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set moderat.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der er en potentielt smertedæmpende effekt af paracetamol, men denne har ikke kunnet vises i forsøg omfattende patienter med nyopståede lænderygsmærter.  Paracetamol kan give leverpåvirkning hos raske individer.
<b>Patientpræferencer</b>	Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om smertelindring gennem smertedæmpende medicin, mens andre fravælger denne type behandling.

## 8.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at interventionen ingen effekt havde på smerteniveau og funktionsevne i op til 12 uger. Der var ingen rapporterede skadevirkninger i studiet, men skadevirkningerne af paracetamol i form af leverpåvirkning er kendte. Kvaliteten af evidensen er moderat.

## 8.9 Evidensprofil

PICO 8. Paracetamol i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
<b>Population:</b> Nyopståede lænderygsmærter							
<b>Intervention:</b> Paracetamol i tillæg til vanlig behandling							
<b>Sammenligning:</b> Vanlig behandling							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig be- handling	Paracetamol	Forskel med paracetamol				
Smerteniveau (Pain intensi- ty) NRS, 0-10 0-12 uger ef- ter endt be- handling			MD 0,00 la- vere (0,28 lavere til 0,28 høje- re)		1008 (1 studie) (Williams 2014)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outco- me. Ingen kli- nisk relevant forskел, kun et studie.

Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ, 0-24 0-12 uger efter endt behandling			MD 0,10 lavere (0,74 lavere til 0,54 højere)		1001 (1 studie) (Williams 2014)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Alvorlige bivirkninger (serious adverse events) 0-12 uger efter endt behandling	8 per 1000	8 per 1000	0 færre per 1000 (6 færre til 19 flere)	0,99 (0,29-3,42)	1097 (1 studie) (Williams 2014)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Frafald, generelt (Drop out, all cause) Efter endt behandling	4 per 1000	6 per 1000	2 flere per 1000 (3 færre til 32 flere)	1,51 (0,25-8,99)	1103 (1 studie) (Williams 2014)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Frafald, pga. bivirkninger (Drop out, due to adverse events)							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.



**Efter endt  
behandling**

**\*\*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). VAS: Visual analogue scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire**

**GRADE evidensniveauer:**

**Høj:** Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

**Moderat:** Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

**Lav:** Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

**Meget lav:** Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

## 8.10 Referencer

Institut for Rationel Farmkoterapi, 2011. N02B Svage analgetika.

[http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet\\_analgetika\\_og\\_psykofarmaka/n02b\\_svage\\_analgetika.htm#Rekommandation](http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/n02b_svage_analgetika.htm#Rekommandation)

Bertin P, Becquemont L, Corruble E, et al. The therapeutic management of chronic pain in ambulatory care patients aged 65 and over in France: the S.AGES Cohort. Baseline data. J Nutr Health Aging 2013;17:681–6.

Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007;147:478–91.

Wise J. NICE keeps paracetamol in UK guidelines on osteoarthritis. BMJ 2014;348:g1545.

Machado CG, Maher C, Ferreira P, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. BMJ 2015;350:h1225.

Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2014; 384: 1586–96.

## 9 Opioider

### 9.1 Fokuseret spørgsmål 9

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes opioider i tillæg til vanlig behandling?

### 9.2 Anbefaling

↓ **Tilbyd kun opioider i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt (⊕⊕○○).**

### 9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om opioider i tillæg til vanlig behandling vil være hensigtsmæssigt i få dage. Valget træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jvf. Institut for Rationel Farmakoterapi vejledninger for opioider (IRF, 2011). Behandling med opioider bør kun ordineres for en kortere periode, hvorfor der bør udskrives recept på en pakkestørrelse, der svarer til varigheden af behandlingsforløbet. Oplever patienten fortsat smerter, bør det eventuelle behov for anden behandling overvejes.

Ved længerevarende behov for behandling med opioider bør patienten henvises til rygspecialist.

Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

### 9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Danmark indtager en tredjeplads på listen over lande med højest forbrug af opioider, kun overgået af USA og Canada (Deyo, 2015). Selv om opioider primært bruges ved kroniske smertetilstande, ser det ud til, at patienter med rygsmerter oftere får disse præparater sammenlignet med andre almindeligt forekommende smertetilstande (Deyo, 2015).

Institut for Rationel Farmakoterapi anbefaler som udgangspunkt ikke opioider i behandlingen af nyopståede lænderygsmærter på grund af misbrugspotential og bivirkningerne. Såfremt, der er utilstrækkelig effekt af paracetamol og NSAID, kan en kortvarig behandling med svagt opioid lægges oveni behandlingen (IRF, 2013). På trods af denne anbefaling er det arbejdsgruppens opfattelse, at nogle patienter får opioider gennem en længere periode. Arbejdsgruppen finder derfor, at der er behov for at belyse, om opioider bør have en plads i behandlingen af nyopståede lænderygsmærter.

### 9.5 Litteratur

Der blev identificeret to systematiske reviews (Deyo 2015, Chou 2007) om nyopståede lænderygsmærter og brugen af opioider, i hvilke der ikke blev identificeret relevante studier. Gennem den opdaterende litteratursøgning fandtes et yderligere randomiseret studie (Friedmann 2015). Evidensgrundlaget er således et randomiseret studie. Flow charts findes på [sst.dk](#). (Indsæt link).

## 9.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det inkluderede studie (Friedmann 2015) bestod af 1-2 tabletter af oxycodon, 5 mg kombineret med acetaminofen, 325 mg indtaget oralt hver 8. time i tillæg til vanlig behandling. Dette blev sammenlignet med placebo og vanlig behandling, hvor vanlig behandling bestod af naproxen, 500 mg indtaget oralt hver 12. time samt rådgivning om at øvelser, varme, kulde, fysioterapi, massage og akupunktur muligvis hjælper nogle patienter. Populationer var 215 patienter med uspecifikke lænderygsmerter af op til to ugers varighed, der besøgte en amerikansk skadestue.

Der blev ikke fundet forskel i effekt på det kritiske outcome funktionsevne i op til 12 uger (Friedman 2015). De kritiske outcomes, smerteniveau i op til 12 uger eller alvorlige bivirkninger blev ikke afrapporteret i studierne. Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set lav, da der kun var et studie, og kun et kritisk outcome blev belyst.

## 9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der er en potentielt smertedæmpende effekt af opioider, men denne har ikke været undersøgt i studier omfattende patienter med nyopståede lænderygsmerter.  Opioider kan give kvalme, opkastninger, obstipation, urinretention, hudkløe, mundtørhed, svimmelhed, takykardi, konfusion, sedation, hallucinationer samt har et misbrugspotentiale.
<b>Patientpræferencer</b>	Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om smertelindring gennem smertedæmpende medicin, mens andre fraviger fra denne type behandling.
<b>Andre overvejelser</b>	Der er i anbefalingen taget stilling til oralt indtag af opioider i en dosis svarende til 50-100 mg x 4 dagligt for tramadol eller 10 mg maksimalt hver 4. time for tabl. morfin eller tilsvarende ækvivalent dosis.

## 9.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der kun er belyst effekten af oxycodon i kombination med paracetamol, og at interventionen ingen effekt havde på funktionsevne i op til 12 uger. Øvrige effekter er ikke belyst. Der var ingen rapporterede skadevirkninger i studiet, men en lang række bivirkningerne af opioider er kendte.

Der er en forventning om, at der er forskelle i patientpræferencer angående opioider, således at nogle patienter med nyopståede lænderygsmerter gerne vil have behandlingen, mens andre vil afvise tilbuddet. Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.

## 9.9 Evidensprofil

PICO 9. Opioider i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
Population: Nyopståede lænderygsmarter							
Intervention: Opioider i tillæg til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal del- tagere (studier)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig be- handling	Opioider	Forskel med opioider				
Rygsmerte relateret funktionsevne (Activity limita- tion) RMDQ, 0-24 0-12 uger ef- ter endt be- handling			MD 1,1 lavere (3,36 lavere til 1,16 hø- jere)		215 (1 studie) (Friedmann 2015)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outco- me. Ingen kli- nisk relevant forskel, kun et studie.
Smerteniveau (Pain intensi- ty) 0-12 uger ef- ter endt be- handling							Kritisk outco- me, ikke rap- porteret.
Alvorlige bi- virkninger (serious ad- verse events) 0-12 uger ef- ter endt be- handling							Kritisk outco- me, ikke rap- porteret.
Frafald, ge- nerelt (Drop out, all cause) Efter endt behandling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt be- handling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Sygefravær, antal sygeda- ge (Sick lea- ve, no. of days) 6-18 måneder efter endt behand- ling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work)							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.

6-18 måneder efter endt be- handling	
Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) 6-18 måneder efter endt be- handling	Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Frafald, pga. bivirkninger (Drop out, due to ad- verse events) Efter endt behandling	Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
<b>**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolute risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt). RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire</b>	
<b>GRADE evidensniveauer:</b> <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. <b>Moderat:</b> Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på den, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.	

## 9.10 Referencer

Institut for Rationel Farmkoterapi, 2011. N02A Opioider. Tilgængelig på:  
[http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet\\_analgetika\\_og\\_psykofarmaka/n02a\\_opioider.htm](http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/n02a_opioider.htm)

Deyo RA, Von Korff M, Duhrkoop D. Opioids for low back pain. BMJ. 2015 Jan 5;350:g6380. doi: 10.1136/bmj.g6380.

Chou R, Huffman, LH. Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2007;147:505-514.

Friedman BW, Dym AA, Davitt M, Holden L, Solorzano C, Esses D, Bijur PE, Gallagher EJ. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015 Oct 20;314(15):1572-80. doi: 10.1001/jama.2015.13043.

## 10 NSAID

### 10.1 Fokuseret spørgsmål 10

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes NSAID i tillæg til vanlig behandling?

### 10.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis ikke rutinemæssigt at tilbyde NSAID til patienter med nyopståede lænderygsmærter.**

### 10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes om NSAID i tillæg til vanlig behandling vil være hensigtsmæssigt i en kort periode.

Valget træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer. Jvf. Institut for Rationel Farmakoterapi vejledninger for NSAID (IRF, 2011).

Behandling med NSAID bør kun ordineres for en kortere periode og bør revurderes løbende. Hvis den ønskede effekt er opnået, bør en kort behandlingstid fastlægges. Overvej efterfølgende det eventuelle behov for anden behandling.

Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

### 10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Non-steroidal anti-inflammatorisk drugs (NSAID) tilbydes hyppigt til patienter med nyopståede lænderygsmærter. NSAID er den samlede betegnelse for gruppen af farmaka, der har antiinflammatorisk, analgetisk, antipyretisk og trombocyttaggregationshæmmende virkning via hæmning af cyclooxygenase (COX) enzymerne. I USA er NSAID den hyppigst brugte gruppe af præparater mod ikke-maligne, kroniske smertetilstande, herunder muskel-skelet smerter (AAOS, 2009). I Danmark er de COX-1 selektive præparater ibuprofen og naproxen førstevalg (Lægemiddelstyrelsen). NSAID-præparater, som overvejende udviser COX-2 selektive egenskaber (såsom rofecoxib, celecoxib, etoricoxib, etodolac, diclofenac, piroxicam, meloxicam), betragtes som havende en højere bivirkningsprofil, hvad angår kardiovaskulære risici, hvorfor de ikke rekommanderes (IRF).

På trods af den udbredte brug, er effekten af NSAID ikke fuldt ud etableret, mens bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, f.eks. ældre og patienter med kendt hjertekarsygdom. Arbejdsgruppen finder, at der er behov for at belyse, om NSAID bør have en plads i behandlingen af nyopståede lænderygsmærter.

### 10.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på sst.dk.

Litteratursøgningen identificerede imidlertid to oversigtsartikler, som har undersøgt effekten af NSAID sammenlignet med placebo eller anden behandling hos patienter med

henholdsvis nyopståede (Roelofs 2008) og vedvarende lænderygsmerter (Enthoven 2016). Studierne undersøgte ikke specifikt den additive effekt af NSAID i forhold til vanlig behandling og kan derfor ikke inddrages i evidensgrundlaget for anbefalingen. Studierne er i stedet blevet brugt som baggrund for overvejelserne til en god praksis anbefaling.

Begge studier viste, at effekten af NSAID på smerte og funktionsniveau sandsynligvis er lille og ikke klinisk relevant sammenlignet med placebo, paracetamol eller anden behandling. I sammenligning med hjemmetræning af patienter med vedvarende lænderygsmerter viste et studie (Enthoven 2016), at NSAID har ringere effekt målt på funktionsevne på kort sigt. Oversigtsartiklerne var ikke i stand til at identificere studier, der belyste effekten af NSAID på sygefravær.

## 10.6 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der blev ikke fundet studier, der kunne inkluderes.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Der er en potentielt smertedæmpende effekt af NSAID, men denne har ikke været undersøgt i studier omfattende patienter med nyopståede lænderygsmerter.</p> <p>NSAID har en række velbeskrevne bivirkninger. Bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, f.eks. ældre og patienter med kendt hjertekarsygdom</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har ønsket om smertelindring gennem smertedæmpende medicin, mens andre fravælger denne type behandling.

## 10.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at effekten af NSAID kun er belyst blandt patienter med langvarige lænderygsmerter, og at interventionen ingen effekt havde på smerteniveau eller funktionsevne på kort sigt. Der var ingen rapporterede skadevirkninger i de systematiske oversigtsartikler, men en lang række bivirkningerne af NSAID er kendte. Derfor er der formuleret en god praksis anbefaling *imod* rutinemæssig brug af NSAID.

Der er en forventning om, at der er forskelle i patientpræferencer angående NSAID, således at nogle patienter med nyopståede lænderygsmerter vil tage godt imod behandlingen, mens andre vil afvise tilbuddet.

## 10.8 Referencer

Institut for Rationel Farmakoterapi. National Rekommandationsliste, ATC-gruppe M01 og M09 NSAID, glukosamin og hyaluronsyre, oktober 2011.

[http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet\\_analgetika\\_og\\_psykofarmaka/m01\\_og\\_m09\\_nsaid\\_glukosamin\\_og\\_hyaluronsyre.htm](http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/m01_og_m09_nsaid_glukosamin_og_hyaluronsyre.htm)

Chou R, Huffman, LH. Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2007;147:505-514.

Enthoven WT1, Roelofs PD, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 10;2:CD012087. doi: 10.1002/14651858.CD012087.

American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) (2009) What are NSAIDs?  
<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00284>.

Sundhedsstyrelsen: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/endelig-indstilling-til-tilskudsstatus-for-nsaider-og-medicin-mod-svage-smerter.aspx>

Wong JJ, Cotê P, Ameis A, et al. Are non-steroidal anti-inflammatory drugs effective for the management of neck pain and associated disorders, whiplash-associated disorders, or non-specific low back pain? A systematic review of systematic reviews by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. Eur Spine J 2015. DOI 10.1007/s00586-015-3891-4



# Bilag

<b>Bilag 1:</b>	<b>Baggrund</b>
<b>Bilag 2:</b>	<b>Implementering</b>
<b>Bilag 3:</b>	<b>Monitorering</b>
<b>Bilag 4:</b>	<b>Opdatering og videre forskning</b>
<b>Bilag 5:</b>	<b>Beskrivelse af anvendt metode</b>
<b>Bilag 6:</b>	<b>Fokuserede spørgsmål på PICO-form</b>
<b>Bilag 7:</b>	<b>Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>
<b>Bilag 8:</b>	<b>Søgestrategi, inkl. flow chart</b>
<b>Bilag 9:</b>	<b>Evidensvurderinger</b>
<b>Bilag 10:</b>	<b>Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>
<b>Bilag 11:</b>	<b>Forkortelser og begreber</b>

*[OBS: Indsæt link til disse bilag relevante steder i retningslinjen]*

## Bilag 1: Baggrund

Ifølge den Nationale Sundhedsprofil lever 880.000 danskere med lænderygsmarter (Flachs, 2015), og de fleste danskere vil opleve lænderygsmarter på et eller andet tidspunkt i løbet af deres levetid (Christensen, 2014). Har man først haft en episode af lænderygsmarter, vil de fleste opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere smertefrie episoder (Dunn, 2013), og kun et fåtal oplever at blive fuldstændigt smertefri over en længere periode (Kongsted, 2015). Samtidig har personer med lænderygsmarter også ofte smerter i andre dele af bevægeapparatet (Hartvigsen, 2013). Lænderygsmarter opfattes således som en kronisk, tilbagevendende tilstand (Flachs, 2015).

Lænderygsmarter har betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser i Danmark. Erhvervsaktive personer med lænderygsmarter har årligt 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lænderygsmarter (Flachs, 2015). Det svarer til 20 % af alle sygedage og næsten 5 mia. kr. på grund af tabt produktion. Lænderygsmarter er årligt årsag til 880 nytilkendte førtidspensioner, svarende til 6 % af alle nytilkendelser (Flachs, 2015).

Lænderygsmarter er en af de hyppigste årsager til konsultationer hos praktiserende læger i Danmark, og ca. hver tiende besøg skyldes lænderygsmarter (Flachs, 2015). Personer med lænderygsmarter har årligt 3,3 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden lænderygsmarter, og ca. 30 % flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut (Flachs, 2015).

Tilstanden er karakteriseret ved smerter, spændinger, ømhed og/eller bevægehæmning i lænden med eller uden udstråling til ben. Patientgruppen er ramt af smerter i varierende grad, men kan særligt tidligt i forløbet være betydeligt smertepåvirket.

Den kliniske diagnose stilles på baggrund af symptombilledet og en objektiv undersøgelse, inkluderende f.eks. undersøgelse for perkussionsømhed af columna, bevægelighed, nervestræktests og undersøgelse af muskelstyrke, sene-reflekser og sensibilitet (Kreiner 2014). De enkelte diagnostiske tests er behæftede med usikkerhed (van der Wind, 2010; Hartvigsen L, 2015), og den kliniske diagnose baseres på de samlede kliniske fund og symptombilledet. Billeddiagnostisk udredning anbefales kun ved specifik indikation (Regionerne + DKF 2013).

Gruppen af patienter med uspecifikke lænderygsmarter kan inddeles i flere undergrupper med forskellige årsager til smerterne og forskellige risikofaktorer, der påvirker prognosen i et komplekst samspil (Lee, 2015). Disse årsager og faktorer kan ikke med sikkerhed bestemmes. Behandlingsplanen for den enkelte fastlægges på baggrund af den kliniske diagnose, men diagnosen er således behæftet med usikkerhed. Tidligere studier af forskellige behandlingstiltag har generelt vist relativt små effekter, hvilket kan forklares af den blandede gruppesammensætning af patienter med uspecifikke lænderygsmarter.

Behandlingen foregår almindeligvis hos praktiserende læge, kiropraktor eller hos fysioterapeut efter henvisning fra praktiserende læge, og i mindre grad på rygcentre og i ambulatorier i sekundærsektoren eller i kommunalt regi. Der ses variation i behandlingsindsatsen i forhold til omfang, varighed, typen af intervention og graden af patientens egenbetaling afhængigt af hvilken fagprofession, patienten henvender sig til. Behandlingen kan bestå af information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler, samt rådgivning vedrørende vanlig aktivitet og arbejde. Dertil kommer eventuel medicinsk smertebehandling, samt varierende konservative behandlingstiltag som f.eks. forskellige typer øvelser og manuelle behandlingsteknikker etc.

I 2012 blev der i alle 5 regioner vedtaget forløbsprogrammer for lænderygsmærter. Målsætningen med forløbsprogrammer for lænderygsmærter er at sikre høj og ensartet sundhedsfaglig kvalitet i behandlingen, og at der sikres enstrengede og hensigtsmæssige patientforløb på tværs af det samlede sundhedsvæsen. Forløbsprogrammerne anviser typisk hvilke bestemmelser og især hvilket tidsperspektiv, der udløser sektorovergange, men giver i mindre grad anbefaling om de specifikke behandlingstilbud, den enkelte patient skal have.

En fælles faglig national klinisk retningslinje vil kunne være med til at sikre ensartede evidensbaserede indsatser inde i forløbsprogrammerne, og dermed være et supplement til eksisterende forløbsprogrammer og input til nye. Herved vil der kunne bidrages til et samlet løft af kvaliteten i alle regioner og kommuner. Retningslinjen skal hermed understøtte de forskellige sundhedsfaglige indsatser, der indgår i forløbsprogrammerne for lænderygsmærter.

### Referencer til Bilag 1

Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>

Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: 2014.

Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):591-600.

Hartvigsen J, Natvig B, Ferreira M. Is it all about a pain in the back? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):613-23.

Kongsted A, Kent P, Hestbaek L, Vach W. Patients with low back pain had distinct clinical course patterns that were typically neither complete recovery nor constant pain. A latent class analysis of longitudinal data. *Spine J*. 2015 May 1;15(5):885-94. doi: 10.1016/j.spinee.2015.02.012. Epub 2015 Feb 11.

Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, Resnick DK, Baisden JL, Bess S, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J* 2014;14(1):180-91.

van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, Devillé W, Deyo RA, Bouter LM, de Vet HC, Aertgeerts B. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Feb 17;(2):CD007431. doi: 10.1002/14651858.CD007431.pub2.

Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Therap*. 2015 Mar 23;23:13. doi: 10.1186/s12998-015-0054-y. eCollection 2015.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Kliniske retningslinjer. Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet. 2013. Tilgængelig på [http://www.bdretningslinjer.dk/media/4039/billeddiagnostik\\_final.pdf](http://www.bdretningslinjer.dk/media/4039/billeddiagnostik_final.pdf)

Lee H, Hübscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G, McAuley JH. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. Pain. 2015 Jun;156(6):988-97. doi: 10.1097/j.pain.000000000000146.

Høringsversion

## Bilag 2: Implementering

Dette afsnit beskriver, hvilke aktører (organisationer, faggrupper, myndigheder), der har et medansvar for at sikre udbredelsen af kendskabet til samt anvendelse af retningslinjens anbefalinger hos det sundhedsfaglige personale, der i den kliniske praksis møder patienter med nyopståede lænderygsmærter og skal tage stilling til udredning og behandling af denne patientgruppe. Afsnittet indeholder desuden arbejdsgruppens forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

For primær praksis indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for lænderygsmærter. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den fulde nationale kliniske retningslinje.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

Regionerne og regionernes sygehuse spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje sammenstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Særligt vigtige for denne retningslinje vedrørende patienter med nyopståede lænderygsmærter er Praktiserende Lægers Organisation, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Reumatologisk Selskab, Dansk Kiropraktor Forening, Danske Fysioterapeuter, Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin, Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik. Sundhedsstyrelsen foreslår således, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på Lægedage. Information kan også formidles via efteruddannelseskurser, medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve. Konkret har Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik planlagt en række regionale temaaftener, hvor resultaterne af denne retningslinje skal fremlægges, og værdien af faglige retningslinjer er tema for en workshop på kiropraktorenes faglige kongres 2016, hvor resultaterne af denne retningslinje fremlægges. Danske Fysioterapeuter har en tradition for at udbrede nye retningslinjer på en lignende måde og har ansat to konsulenter som led i en overenskomstmæssig aftale om at styrke evidensbaseret behandling, implementering af den danske kvalitetsmodel og implementering af de nye retningslinjer, som kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger kan spille en rolle heri. I den sammenhæng, kan blandt andre Gigtforeningen spille en væsentlig rolle i forhold til at varetage interesser for patienter med rygbesvær.

Implementering af national klinisk retningslinje for nyopståede lænderygsmerter er som udgangspunkt et regionalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgradering og anbefalingens styrke.

Høringsversion

## Bilag 3: Monitorering

### Proces- og effektindikatorer

Som procesindikatorer kan tilgængelighed af informationsmøder, tilbud om efteruddannelsesaktiviteter, artikler og andet implementeringsmateriale kvantificeres. Endvidere forventes det, at budskaberne fra denne retningslinje vil blive afspejlet i opdaterede forløbsprogrammer for lænderygsmærter.

Effekten på kendskab til retningslinjen kan følges ved stikprøver hos læger, kiropraktorer og fysioterapeuter i primærsektoren i form af spørgeskemaer, interview undersøgelser eller auditprocesser.

Mangel på præcis viden om henvendelser i primærsektoren på grund af nyopståede lænderygsmærter, eksisterende behandlingstilbud og henvisningsmønstre for patienter med denne diagnose gør det yderst vanskeligt at opsætte relevante effektindikatorer.

Ønskelige effektindikatorer kunne være en monitorering af, hvilke ydelser patienter med nyopståede lænderygsmærter modtager i primærsektoren hos egen læge, kiropraktor og fysioterapeut med henblik på at følge forbruget af ydelser og vurdere, om de er i tråd med denne retningslinjes anbefalinger. Dette vil kunne opfyldes af en landsdækkende, tværfaglig ryg- og nakke database for primærsektoren.

### Datakilder

Patienter med nyopståede lænderygsmærter håndteres overvejende i primærsektoren. Da Sygesikringsregisteret, der indeholder oplysninger om afregning af ydelser i praksissektoren, ikke omfatter registrering af diagnoser eller interventioner, findes der aktuelt ikke data til beskrivelse eller systematisk monitorering af patientgruppen.

På flere af landets rygcentre er der etableret databaser i hvilke, der sker en systematisk registrering af oplysninger om patientgruppen og patienternes forløb.

Der er planer om oprettelse af en national rygdatabase under Regionernes Klinisk Kvalitetsudviklingsprogram. En sådan database vil være en væsentlig styrkelse i mulighederne for opsamling af effektindikatorer og giver mulighed for samkøring med andre nationale databaser, som f.eks. DREAM-registret. Endelig er der tiltag i fysioterapi- og kiropraktorpraksis til godkendte datafangstmoduler, der på sigt vil åbne op for monitorering af effektindikatorer.

## Bilag 4: Opdatering og videre forskning

### Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

### Videre forskning

På trods af at lænderygsmerter er den vigtigste årsag til funktionsnedsættelse, tab af livskvalitet og den næst vigtigste årsag til udstødelse fra arbejdsmarkedet, er forskningen inden for epidemiologi, diagnostik og behandling af tilstanden underprioriteret i Danmark og internationalt. Arbejdsgruppen konkluderer derfor, at der er behov for en omfattende forskningsindsats inden for alle aspekter af nyopståede lænderygsmerter. Forskning, der evaluerer effekten, omkostningerne og mulige skadevirkninger af de behandlinger, som er omfattet af denne retningslinje, er særligt påkrævet, men også forskning inden for epidemiologi, diagnostik, prognose, patient oplevede aspekter og barrierer for implementering af anbefalinger er ønskelig.

**Epidemiologisk forskning** er ønskelig inden for følgende områder:

- Kortlægning af omfanget af nyopståede lændesmerter herunder særligt hvordan den episodiske natur af tilstanden optræder i befolkningen som helhed og i særlige populationer som f.eks. forskellige erhverv og eksponeringer, aldersgrupper og behandlingssøgende populationer i primær- og sekundærsektoren
- Beskrivende forskning der kortlægger forløb i den almene befolkning og hos forskellige patientgrupper
- Forskning der kortlægger sammenhænge mellem nyopståede lændesmerter og andre fysiske og mentale sygdomme
- Prognose forskning der identificerer modificerbare prognostiske faktorer og/eller faktorer, der kan identificere patienter, der måtte respondere favorabelt på bestemte interventioner (behandlingseffekt modifikatorer)
- Kortlægning af bivirkninger på kort og lang sigt efter konservative, farmakologiske og kirurgiske behandlinger

**Diagnostisk forskning** er ønskelig inden for følgende områder:

- Forskning i design af diagnostiske og behandlingsvejledende grupperingsværktøjer til brug i primærsektoren
- Klarlægning af hvilke billeddiagnostiske modaliteter, der bør anvendes og hvornår i forløbet. Herunder kvantificering af den øgede diagnostiske effekt ved brug af billeddiagnostik
- Forskning i årsager og prognoser med fokus på en højere grad af adressering af primær og sekundær forebyggelse inden for f.eks. det arbejdsmedicinske område



**Randomiserede kliniske undersøgelser** er ønskelig inden for følgende områder:

- Veldesignede undersøgelser hvor effekten af konservative behandlingsmetoder enten alene eller i kombinationer i tillæg til basisbehandling bestemmes ved hjælp af patient rapporterede effektmål inden for smerte, funktionsevne og livskvalitet. Der er specielt behov for at klarlægge og bestemme effekten af
  - hvilke øvelses- og træningsregimer der er mest effektive og på hvilke tidspunkter i forløbet
  - hvilke former for manuel behandling der er mest effektive og på hvilke tidspunkter i forløbet
  - hvordan elementer af kognitiv adfærdsterapi kan inkluderes i den kliniske hverdag i håndteringen af nyopståede lændesmerter hos patienter med høj grad af bekymring
  - hvilke medicinske behandlinger der er mest effektive og på hvilke tidspunkter i forløbet

Arbejdsgruppen konkluderer endvidere, at der er behov for at forbedre beskrivelsen af de inkluderede interventioner i forskningsrapporter. Vedrørende superviseret øvelsesterapi vil dette inkludere beskrivelse af øvelsernes natur, udførelse, dosis, frekvens, setting og progression. Vedrørende manuel behandling vil dette inkludere nøjagtig beskrivelse af, hvordan behandlingen udføres herunder hvilke kræfter, der er anvendt, dosis, frekvens og setting.

Der er behov for forskning, hvor patientoplevede aspekter og præferencer studeres med henblik på at kunne tilrettelægge håndtering i primær- og sekundærsektor under hensyntagen til patient oplevelse og præferencer.

Endelig er der behov for forskning i, hvordan man bedst implementerer den nyeste og bedste evidens inden for området herunder identifikation af, hvilke barrierer der er hos klinikere, faggrupper og i sundhedssystemet generelt.

## Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

Høringsversion

## Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, denne kliniske retningslinje besvarer se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål her [\[indsæt link\]](#).

Høringsversion

## Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

### De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

#### Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

#### Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### **Svag/betinget anbefaling imod ↓**

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

#### Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

#### Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### **Stærk anbefaling imod ↓↓**

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

#### Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

#### Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

## **De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger**

### **God praksis ✓**

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

## Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Søgebeskrivelser samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgebeskrivelser kan tilgås her [indsæt link]
- AGREE-vurderinger kan tilgås her [indsæt link]
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås her [indsæt link]
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås her [indsæt link].
- Flowcharts kan tilgås her [indsæt link]

Høringsversion

## Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

### Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af nyopståede lænderygsmærter består af følgende personer:

- Helle Ulrichsen (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Anne Keller, udpeget af Dansk Reumatologisk Selskab, Overlæge, Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet Glostrup
- Gilles Fournier, udpeget af Dansk Reumatologisk, Overlæge, Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Frederiksberg Hospital
- Jan Hartvigsen, udpeget af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, seniorforsker, Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik
- Jan Nordsteen, udpeget af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, Ledende kiropraktor, Ryg- og Genoptræningscenter København, Københavns Kommune
- Lone Donbæk Jensen, udpeget af Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin, Afdelingslæge, Arbejdsmedicinsk klinik Aarhus Universitetshospital
- Lone Morsel-Carlsen, udpeget af Dansk Radiologisk Selskab, Specialeansvarlig overlæger, Radiologisk Klinik, Rigshospitalet Glostrup
- Magrethe Andersen, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi, fysioterapeut, Hartmanns A/S
- Martin Bach Jensen, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin funktion, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg, professor ved Klinisk Institut Aalborg Universitet og praktiserende læge, Lægerne Sløjfen, Aalborg Øst
- Morten Vaagholt, udpeget af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin, Praktiserende læge, Klinikken Hvidkildevvej.dk
- Thorvaldur Skuli Palsson, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi, Specialist i muskuloskeletal fysioterapi, Apex Fysio og Adjunkt ved institut for medicin og sundhedsteknologi, Aalborg Universitet
- Ture Karbo, udpeget af Dansk Ortopædisk Selskab, Afdelingslæge, Rygsektionen, Rigshospitalet

Fagkonsulenten Mette Jensen Stochkendahl har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinjen til drøftelse i arbejdsgruppen.

### Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#) [indsæt link].



## Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for behandling af nyopståede lænderygmerter består af følgende personer:

- Annette Fisker, udpeget af Kommunernes Landsforening, faglig vejleder, Københavns Kommune
- Berit Schiøttz-Christensen, udpeget af Region Syd, forskningsleder Rygcenter Syddanmark, Sygehus Lillebælt Middelfart
- Bjarke Agergaard, udpeget af Region Sjælland, fysioterapeut, Diagnostisk Rygcenter, Køge Sygehus
- Hanne Dalsgaard, udpeget af Region Midt, ledende overlæge, Center for Olanlagt Kirurgi
- Jane Brodthagen, udpeget af og seniorkonsulent i Danske Regioner
- Jesper Nørregaard, udpeget af Region Hovedstaden, ledende overlæge, Reumatologisk afdeling, Nordsjællands hospital
- Lene Mandrup Thomsen, udpeget af Danske Patienter, Fysioterapeut, Gigtforeningen
- Lone Vinhard, udpeget af og konsulent i Kommunernes Landsforening
- Mathias Ørberg Dinesen, udpeget af og fuldmægtig i Sundheds- og Ældreministeriet
- Per Stegler Markussen, udpeget af Ergoterapeutforeningen, ergoterapeut, Professionshøjskolen Metropol
- Vivian Kjær Hansen, udpeget af Region Nordjylland, ledende overlæge, Reumatologisk Speciale, Aalborg universitetshospital

## Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Betina Højgaard, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Jens Aaboe, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Mette Jensen Stochkendahl, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen

## Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af nyopståede lænderygmerter har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Dansk Kiropraktorforening
- Dansk Neurokirurgisk Selskab

- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Ortopædisk Selskab
- Dansk Radiologisk Selskab
- Dansk Reumatologisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik
- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin
- Danske Regioner
- Danske Patienter
- Ergoterapeutforeningen
- Kommunernes Landsforening
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- *Navn, funktion, ansættelsessted*
- *Navn, funktion, ansættelsessted*

## Bilag 10: Forkortelser og begreber

Additiv effekt	Den effekt, som findes i tillæg til effekten fra en anden behandling eller som forbedrer den anden behandlings egenskaber.
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til kvalitetsvurdering af guidelines.
Akupunktur teknikker	Alle former for behandling, hvor huden penetreres af en eller flere tynde nåle uden injektion, hvad enten udgangspunktet er klassiske akupunkturpunkter (traditionel kinesisk akupunktur, der læner sig op af filosofiske teorier om energibaner) eller behandling af triggerpunkter i muskulatur (vesterlandsk medicinsk akupunktur, ofte kaldet dry needling).
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til kvalitetsvurdering af systematiske reviews.
EQ-5D	EuroQol 5 Dimensions. Patientrapporteret værktøj til vurdering af generelt helbred.
FABQ	The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire. Patientrapporteret værktøj til vurdering af smerteopfattelse og håndtering.
Fear-avoidance	Engelsk begreb for en overdreven, angstpræget smerteopfattelse og fravigen fra fysisk aktivitet pga. denne angst.
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Værktøj til vurdering af evidensens kvalitet samt styrken af anbefalinger.
Gule flag	Et begreb for tilstedeværelse af psykologiske og sociale faktorer, der potentielt har negativ indvirkning på patienternes prognose.
KI	Konfidensinterval
Ledmobiliserende teknikker	Alle manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led mellem ryghvirvlerne i lænden og i bækkenet. Det vil sige såvel mobilisering inden for leddets normale bevægeområde, herunder både oscillerende bevægelser, lav kraftpåvirkning, høj kraftpåvirkning og 'high-velocity' teknikker (manipulation), hvor der forekommer kavitation i leddet (typisk med en lyd til følge).
MD	Mean Difference. Gennemsnitlig forskel.
MR	Magnetisk Resonans Imaging. MR scanning. Billeddiagnostisk metode til fremstilling af f.eks. rygsøjlels strukturer, men også indre organer mm.
NRS	Numeric Rating Scale. Et numerisk mål på en given skala, typisk 0-10, f.eks. for smerte.
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drug.

ODI	Oswestry Disability Index. Patientrapporteret værktøj til vurdering af rygsmerterelateret funktionsevne.
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
RCT	Randomised controlled trial. Randomiseret kontrolleret studie
Reassurance	Engelsk begreb for en tryghedsskabende dialog. Bruges her både om processen omkring at skabe tryghed og målet, nemlig at patienten føler sig forsikret og beroliget.
RMDQ	Roland-Morris Disability Questionnaire. Patientrapporteret værktøj til vurdering af rygsmerterelateret funktionsevne.
RR	Relativ Risiko. Betegner en ratio mellem to rater af udfald. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe for eksempel er 10 per 100, mens den er 20 per 100 i kontrolgruppen, er hazard ratio 2. Angives normalt med et sikkerhedsinterval (konfidensinterval).
SF36	36-Item Short Form Health Survey. Patientrapporteret værktøj til vurdering af generelt helbred.
Signifikans	<p>Optræder her oftest i to sammenhænge, enten som <i>statistisk signifikans</i> eller som <i>klinisk signifikans</i>, hvilket er to forskellige ting.</p> <p><i>Statistisk signifikans</i> betegner, om estimatet af en behandlingseffekt er tilstrækkeligt præcist til, at man vil anse det for usandsynligt, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Oftest benytter man et sikkerhedsinterval (konfidensinterval) på 95 % omkring effektestimatet, hvilket vil sige, at det sande effektestimat vil være inkluderet i konfidensintervallet i 95 af 100 forsøg udført på samme måde. Denne grænse er valgt ud fra en konvention, og der er derfor ikke tale om et egentligt videnskabeligt bevis for en effekt, hvis et resultat er statistisk signifikant – der er tale om en sandsynliggørelse.</p> <p><i>Klinisk signifikans</i> betegner derimod om behandlingseffektens størrelse er tilstrækkelig til, at den er relevant for patienterne, hvilket er en subjektiv vurdering. Grænsen for, hvad man anser for en klinisk relevant behandlingseffekt, bør fastsættes, før man kender resultatet af undersøgelsen.</p>
SMD	Standardised mean differences. Standardiserede gennemsnitlige forskelle.
Uspecifikke lænderygsmærter	Lændesmerter, hvor der ikke er et specifikt holdepunkt for årsagen til generne.
VAS	Visuel analog scale. Et standardiseret mål, hvor man på en 100 mm linje angiver graden af f.eks. smerte