



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
BEHANDLING AF NYOPSTÅEDE
LÆNDERYGSMERTER

2016

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

Version: 1.0

Versionsdato: 20. juni 2016

Format: PDF

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2016

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-779-0

Indhold

Indledning	8	
0.1	Formål	8
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	8
0.3	Målgruppe/brugere	9
0.4	Emneafgrænsning	9
0.5	Patientperspektivet	10
0.6	Juridiske forhold	10
1	Vanlig aktivitet	12
1.1	Fokuseret spørgsmål 1	12
1.2	Anbefaling	12
1.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
1.4	Baggrund for valg af spørgsmål	12
1.5	Litteratur	13
1.6	Gennemgang af evidensen	13
1.7	Arbejdsgruppens overvejelser	13
1.8	Rationale for anbefaling	14
1.9	Evidensprofil	14
2	Patientuddannelse	16
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
3	Gruppespecifik intervention	20
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	20
3.2	Anbefaling	20
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	20
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	20
3.5	Litteratur	20
3.6	Gennemgang af evidensen	21
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	21
3.8	Rationale for anbefaling	22
4	Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR scanning eller røntgenundersøgelse	23
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	23
4.2	Anbefaling	23
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	23
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	23
4.5	Litteratur	24
4.6	Gennemgang af evidensen	24
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	25
4.8	Rationale for anbefaling	25
4.9	Evidensprofil	26
5	Ledmobilisering	28
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	28
5.2	Anbefaling	28

5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
5.5	Litteratur	28
5.6	Gennemgang af evidensen	29
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	29
5.8	Rationale for anbefaling	29
5.9	Evidensprofil	30
6	Superviseret fysisk træning	32
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	32
6.2	Anbefaling	32
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	32
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	32
6.5	Litteratur	32
6.6	Gennemgang af evidensen	33
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	33
6.8	Rationale for anbefaling	33
6.9	Evidensprofil	34
7	Akupunktur	36
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	36
7.2	Anbefaling	36
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	36
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	36
7.5	Litteratur	36
7.6	Gennemgang af evidensen	36
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	37
7.8	Rationale for anbefaling	37
7.9	Evidensprofil	38
8	Paracetamol	40
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	40
8.2	Anbefaling	40
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	40
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	40
8.5	Litteratur	40
8.6	Gennemgang af evidensen	40
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	41
8.8	Rationale for anbefaling	41
8.9	Evidensprofil	41
9	Opioider	43
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	43
9.2	Anbefaling	43
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	43
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	43
9.5	Litteratur	43
9.6	Gennemgang af evidensen	43
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	44
9.8	Rationale for anbefaling	44
9.9	Evidensprofil	45
10	NSAID	47
10.1	Fokuseret spørgsmål 10	47
10.2	Anbefaling	47
10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	47
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	47
10.5	Litteratur	48
10.6	Gennemgang af evidensen	48
10.7	Arbejdsgruppens overvejelser	48
10.8	Rationale for anbefaling	48
10.9	Evidensprofil	49

11	Referencer	51
Bilag 60		
Bilag 1: Baggrund		61
Bilag 2: Implementering		63
Bilag 3: Monitorering		65
Bilag 4: Opdatering og videre forskning		66
Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode		68
Bilag 6: Fokuserede spørgsmål		69
Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer		70
Bilag 8: Søgbeskrivelsen og evidensvurderinger		73
Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen		75
Bilag 10: Forkortelser og begreber		78

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.

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 tilbyde patienter intervention, der er baseret på en gruppering i forhold til modificerbare, prognostiske faktorer, da der ikke er påvist en effekt (⊕○○○).
- ↓ Tilbyd ikke rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR scanning eller røntgenundersøgelse til patienter med nyopståede lænderygsmærter, da der ikke er påvist en gavnlig effekt (⊕○○○).
- ↑ Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmærter manuel ledmobilerende 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 målt 0-12 uger efter endt behandling (⊕⊕⊕○).
- ↓ Tilbyd kun opioider i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt målt 0-12 uger efter endt behandling (⊕⊕○○).
- ↓ Tilbyd kun NSAID i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt målt 0-12 uger efter endt behandling (⊕⊕⊕○).

Indledning

0.1 Formål

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

Det er forventningen, at denne retningslinje vil føre til et mere ensartet og evidensbaseret indsats- og 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 smerter lokaliseret i lænd og/eller balder (anatomisk afgrænset fra Th12 til inferiore glutealfold) 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. Retningslinjen fokuserer ikke på patienter med længerevarende lænderygsmærter (smerter over 12 ugers varighed).

Lænderygsmærter er en tilbagevendende tilstand, der ser ud til at starte tidligt i livet⁽¹⁾ og ofte har episodisk karakter⁽²⁾, hvorfor incidenter tilfælde er svære at identificere. Hos personer med nyopståede lænderygsmærter falder smerteintensiteten i gennemsnit over de første 6-12 uger, uanset hvilken behandling patienterne modtager^(3,4), men bag disse gennemsnit gemmer sig store individuelle forskelle i forløb, både hvad angår smerteintensitet, samlede antal dage med smerter, og mønster i dage med og uden smerter⁽⁵⁾. Gruppen er heterogen, og der formodentlig forskel mellem patienter, der oplever smerter af få dages varighed og patienter med længerevarende symptomer. Da tilstanden er fluktuerende, er afgrænsningen af varigheden derfor vanskelig, og beror i høj grad på konvention, hvor nyopståede lænderygsmærter adskiller sig arbitrært fra længerevarende (kroniske) lænderygsmærter (mere end 12 uger).

Denne retningslinje omfatter patienter med spændinger, ømhed, smerter og/eller bevægehæmning i lænden, hvor der ikke er et specifikt holdepunkt for årsagen til generne (dvs. *uspecifikke* lænderygsmærter). Smerterne kan endvidere opleves i benet, men typisk vil lænderygsmærterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv⁽⁶⁾, men de præcise smertemekanismer er uafklarede. Patientgruppen er heterogen ikke alene hvad angår udløsende årsag, men også i forhold til varighed af symptomer og tilstedeværelse af psykologiske og sociale faktorer, der potentielt har negativ indvirkning på patienternes prognose. Det må derfor formodes, at patientgruppen kan inddeles i flere undergrupper, der har forskelligartet prognose.

Udfordringen med at stille en specifik diagnose hos patienter med lænderygsmærter har givet anledning til betegnelsen ”uspecifikke lænderygsmærter”, hvilket dækker over en ufarlig tilstand, der langt overvejende kan håndteres i primærsektoren. Enkelte patienter præsenterer sig dog med tegn på alvorlig patologi, f.eks. spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer med påvist eller mistænkt fraktur, cauda equina, pareser eller kredsløbsinsufficiens. Disse alvorlige tilstande findes hos 1-5 % af patienter med lænderyg-

smerter i primærsektoren⁽⁷⁾. Den rette håndtering af disse patienter har selvsagt betydning for deres prognose, og der påhviler derfor enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en specifik årsag til lænderygsmerten, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager og diagnostiske tiltag ligger uden for omfanget af denne retningslinje.

Post-operative smerter og bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke af denne retningslinje. Håndteringen af patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensitivitetændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsarthrose med eller uden fund ved MR scanning er heller ikke omfattet af denne retningslinje, men er omfattet af en anden national klinisk retningslinje fra Sundhedsstyrelsen⁽⁸⁾.

0.3 Målgruppe/brugere

Målgruppen for denne retningslinje er de fagpersoner, der møder patienterne, og hvor der skal træffes beslutning om behandlingstiltag. Det vil sige fysioterapeuter, kiropraktorer og læger i primærsektoren eller speciallægepraksis, samt læger på skadestuer. Derudover reumatologer, neurologer, rykirurger og andre sundhedsprofessionelle på sygehusafdelinger, som er involverede i forløb for patienter med nyopståede lænderygsmerten.

Retningslinjen tager ikke stilling til arbejdsdeling mellem de forskellige sundhedsprofessionelle faggrupper. Anbefalingerne gælder for alle faggrupper, som håndterer patienter med nyopståede lænderygsmerten, uanset faglig baggrund. Dette er vigtigt i forhold til kontinuiteten af indsatserne, således at der ikke er uoverensstemmelse mellem patientoplevelsen afhængigt af, hvilken faggruppe patienten har fået behandling hos.

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 behandlingsindsatserne.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at patienter med nyopståede lænderygsmerten 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 lænderygsmerten.

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 lænderygsmerten.

De valgte interventioner omhandler råd og vejledning om aktivitet, individualiseret patientuddannelse, samt gruppespecifik behandling baseret på tilstedeværelse af prognostiske risikofaktorer. Derudover omfatter retningslinjen ledmobiliserende behandling, superviseret fysisk træning, akupunktur og smertestillende medicin (paracetamol, non-steroid inflammatorisk drugs (NSAID) og opioider). Endeligt undersøger retningslinjen effekten af 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. Hos nogle patienter med nyopståede lænderygsmerten vil det være hensigtsmæssigt at

adressere arbejdsrelaterede problemstillinger, inklusiv arbejdsfastholdelse og samarbejde med arbejdspladsen⁽⁹⁾. Da disse problemstillinger typisk involverer arbejdspladsen ligger de uden for rammerne af denne kliniske retningslinje.

Det antages i retningslinjen, at patienter med nyopståede lænderygsmarter i alle tilfælde tilbydes en standard behandling, der som minimum omfatter information om tilstanden, tilstandens forløb, prognose og faresignaler. I otte af de ti fokuserede spørgsmål sammenholdes effekten af den givne indsats med vanlig behandling, dvs. den undersøgte intervention bliver givet som tillæg. Resultaterne skal således tolkes som den additive effekt af en given behandling i forhold til vanlig behandling. Grunden til valget er, at arbejdsgruppen vurderede, at alle patienter vil modtage en eller anden form for behandling af deres smerter, når de henvender sig til en sundhedsprofessionel, og som minimum information, som beskrevet ovenfor. 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 den additive effekt af interventionen. I flere studier er vanlig behandling defineret som information. Det forventes, at der er sket en udvikling i indholdet og kvaliteten af informationen 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⁽¹⁰⁾.

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 udkastet til den færdige retningslinje været sendt i bred offentlig høring med mulighed for at afgive høringssvar. Se medlemmerne af referencegruppen i bilag 9.

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.

1 Vanlig aktivitet

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

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

1.2 Anbefaling

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

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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

Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af vanlig aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved aflastning og bør 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. Opfordringerne bør ligeledes indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være baseret på dialog med og 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 lænderygmerter til at opretholde deres sædvanlige aktivitet frem for at hvile. Tidligere var det 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⁽¹¹⁾. 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^(12,13). 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 lænderygmerter 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 lænderygmerter.

1.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af tre randomiserede studier⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ fra to systematiske oversigtsartikler^(11,17). Der blev yderligere identificeret et studie⁽¹⁸⁾, der ikke blev medtaget pga. meget lav metodemæssig kvalitet. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der blev fundet et yderligere randomiseret studie⁽¹⁹⁾. Flowcharts findes på sst.dk.

1.6 Gennemgang af evidensen

I to af de fundne studier^(15,16) er den vanlige aktivitet defineret som gradvis tilbagevenden til normale aktiviteter under hensyntagen til smerterne. I et studie⁽¹⁴⁾ er den vanlige aktivitet defineret som gradvis tilbagevenden til normal aktivitet, men under anvisning om ikke at blive for forsigtig og ikke at undgå lettere aktiviteter. I et studie⁽¹⁹⁾ er vanlig aktivitet defineret som vanlig aktivitet på trods af smerter.

Studiepopulationerne var patienter med uspecifikke lænderygsmarter af 0-12 ugers varighed. Interventionen bestod af information om opretholdelse af vanlig aktivitet. Dette blev sammenlignet med anvisning af sengeleje i to studier^(15,16), information om at begrænse vanlig aktivitet indenfor smertegrænsen i et studie⁽¹⁹⁾ samt ingen specifik information om aktivitet i et studie⁽¹⁴⁾.

Henholdsvis fire og tre af studierne afrapporterede de to kritiske outcomes smerteniiveau^(14-16,19) og funktionsevne⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ 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 lænderygsmarter anses en forskel i smerte på 15 mm på en 100 mm VAS skala og 2 punkter på en 10 punkts skala. For funktionsevne anses en forskel på 10 point på en 100 point funktionskala som minimum for en klinisk relevant ændring⁽²⁰⁾. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set lav, på grund af alvorlig risiko for bias og upræcist effekttestimat.

Der sås ingen effekt på de vigtige outcomes funktionsevne 6-18 måneder⁽¹⁴⁾ og smerteniiveau 6-18 måneder⁽¹⁴⁾. 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

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Evidensgrundlaget viste ingen klinisk relevant forskel mellem de to interventioner på de vurderede outcomes. Vanlig aktivitet kan sandsynligvis være med til at bevare patientens funktionsniveau og forebygge fald i funktionsevne. Samtidig har vanlig fysisk aktivitet potentielt en gavnlig effekt på andre organ-

systemer, patientens mentale velbefindende og sociale liv. I nogle tilfælde kan vanlig aktivitet kortvarigt forværre smerter og symptomer, men der er ingen kendte skadelige effekter.

Arbejdsgruppen fandt, at balancen mellem gavnlige og skadelige effekter var til fordel for vanlig aktivitet frem for aflastning.

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 sigt. Studierne bruger forskellige definitioner af vanlig aktivitet, men peger alle positivt for aktivitet fremfor aflastning. Hensynet til de mulige skadevirkninger ved aflastning og de gavnlige effekter ved 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 lænderygmerter							
Intervention: Vanlig aktivitet i hverdagslivet							
Sammenligning: Aflastning							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt (95 % KI)	Antal deltagere (studier)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Aflastning	Vanlig aktivitet	Forskel med vanlig aktivitet				
Smerteniveau (Pain intensity) NRS (0-10) 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 2,81		MD 0,56 lavere (0,24 lavere til 0,87 lavere)		613 (4 studier) (14-16,19)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimater.
Rygmerterrelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24) og			SMD 0,25 lavere (0,08 lavere til 0,43 lavere)		514 (3 studier) (14-16)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MO- DERAT	Kritisk outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias

ODI (0-100) 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)					
Smertniveau (Pain intensity) NRS (0-10) 6-18 måneder efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 4,0	MD 0,30 lavere (0,39 lavere til 0,99 højere)	118 (1 studie) (14)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, kun et studie, risk of bias
Rygsmarterelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24) 6-18 måneder efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 4,9	MD 0,9 lavere (2,8 lavere til 1,0 højere)	115 (1 studie) (14)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ 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.
*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					
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.					

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 angstede 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⁽²¹⁾. Patientuddannelse ses generelt som et vigtigt element i håndtering af patienter med nakke- og lænderygsmærter^(22,23), hvor målet er at reducere symptomer og risiko for forværring ved at øge patientens viden, og derigennem ændrede adfærd⁽²⁴⁾. Patienters evne til at håndtere dagligdag og livssituationer ser ud til at have betydning for et godt forløb⁽²⁵⁾. Formålet med patientuddannelsen er således at give patienten viden om tilstanden, 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 episodens generelt 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⁽²⁶⁾, og kan forstås som den proces, der foregår i interaktionen mellem patient og kliniker⁽²⁷⁾. 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 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 publicerede i 10 artikler^(14,28-36) fra tre systematiske oversigtsartikler^(26,37,38). Populationerne var patienter med uspecifikke lænderygmerter 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.

2.6 Gennemgang af evidensen

I seks af de fundne studier er patientuddannelsen koblet med øvelsesterapi^(14,28,29,31,32,36) og i tre studier bestod patientuddannelse udelukkende af dialog^(30,33,34). Patientuddannelse blev sammenlignet med sædvanlig behandling defineret som vanlig praksis i almen lægepraksis i fire studier^(30,31,33,34). I to studier bestod den vanlige behandling af mundtlig information^(32,36) og i tre studier af manuel terapi⁽²⁹⁾ eller øvelsesterapi^(14,28).

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⁽³²⁾. Der blev ikke fundet effekt på det kritiske outcome smerteniveau i op til 12 uger^(14,28-32). Der blev fundet klinisk relevant effekt på de to vigtige outcomes sygefravær målt som antal sygedage⁽³¹⁾ og andelen sygemeldt 6-18 måneder efter endt behandling^(30,33,36). Der blev ikke fundet effekt vedrørende de resterende vigtige outcomes funktionsevne i op til 12 uger^(14,29-32) og 6-18 måneder efter endt behandling^(14,29,31,34). 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 lænderygsmerter 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 samlet set meget lav.

2.9 Evidensprofil

PICO 2. Individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
Population: Nyopståede lænderygsmerter							
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) <i>0-12 uger efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)			SMD 0,14 lavere (0,37 lavere til 0,09 højere)		962 (6 studier) (14,28-32)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater, upræcist effektestimater.
Fear-avoidance (Fear avoidance) FABQ (0-24) <i>0-12 uger efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 3,1		MD 3,5 lavere (1,1 lavere til 5,9 lavere)		63 (1 studie) (32)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, kun et studie, få patienter inkluderet.
Rygsmarterelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) <i>0-12 uger efter endt behandling</i>			SMD 0,18 lavere (0,48 lavere til 0,12 højere)		668 (5 studier) (14,29-32)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater, upræcist

(lavere værdi er bedre)					effektestimat		
Rygsmarterelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)		SMD 0,01 lavere (0,14 lavere til 0,13 højere)	981 (5 studier) (14,29-31,34)	⊕⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater.		
Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 41,0	MD 22,0 færre (35,1 færre til 8,9 færre)	112 (1 studie) (31)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome, kun et studie, risiko for bias.		
Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	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) (30,33,36)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome, risiko for bias, inkonsistente resultater, manglende overførbarehed, upræcist effektestimat
Fear-avoidance (Fear avoidance) FABQ(0-66) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>					Vigtigt outcome, ikke rapporteret.		
Livskvalitet (Quality of life) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>					Vigtigt outcome, ikke rapporteret.		
Recidiv (Recurrence) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>					Vigtigt outcome, ikke rapporteret.		
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>					Vigtigt outcome, ikke rapporteret.		
*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 (physical activity subscale); NRS: Numeric rating scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire; ODI: Oswestry Disability Index; VAS: Visual Analogue Scale							
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.							

3 Gruppenspecifik intervention

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes intervention, der er baseret på en gruppering i forhold til modificerbare, prognostiske faktorer frem for vanlig behandling?

3.2 Anbefaling

√ **Det er god praksis ikke rutinemæssigt at tilbyde patienter intervention, der er baseret på en gruppering i forhold til modificerbare, prognostiske faktorer, 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 særlig 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⁽³⁹⁾, med henblik på at kunne målrette behandlingen specifikt til disse undergrupper. En række screenings- eller klassifikationsværktøjer baseret på prognostiske faktorer er blevet udviklet til at hjælpe i den kliniske beslutningsproces med at finde den rigtige behandling til den enkelte patient. Disse værktøjer har typisk inkluderet prognostiske faktorer, der forventeligt kan ændres gennem den rette indsats (dvs. at de er *modificerbare*). Nogle klassifikationsværktøjer fokuserer på fysiske faktorer^(40,41), andre på psykiske⁽⁴²⁾ eller arbejdsrelaterede faktorer^(43,44), eller en kombination af disse. Et eksempel på sidstnævnte er ”STarT Back Screening Tool”^(45,46), som blev udviklet til patienter med lænderygsmærter, der henvender sig i almen praksis, og som blandt andet anvendes i flere regionale forløbsprogrammer. Da klassifikationsværktøjer generelt ser ud til at være efterspurgt i stigende grad, er der behov for at belyse, hvorvidt interventioner, der specifikt matcher og adresserer de identificerede undergrupper med hensyn til fysisk og psykiske faktorer forbedrer effekten af patientforløbene.

3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af fem randomiserede studier^(30,40,47-49) fra tre systematiske oversigtartikler. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der blev fundet ét yderligere randomiseret studie⁽⁵⁰⁾. Flowcharts findes på sst.dk.

Litteratursøgningen fandt yderligere et randomiseret studie af Hill et al.⁽⁵¹⁾, der gruppere 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 delta-gående patienter havde haft lænderygsmærter i mere end 3 måneder.

3.6 Gennemgang af evidensen

Fire studier^(40,47,48,50) grupperede patienterne efter fysiske prognostiske faktorer (nedsat bevægelighed, instabilitet eller retningspecifikke præferencer af bevægelse i lænden) og evaluerede effekten af manipulation, stabiliserende eller retningspecifikke øvelser. To studier^(30,49) grupperede patienterne efter psykologiske prognostiske faktorer (høj grad af bevægelsesrelateret angst, katastrofetænkning eller bekymring (eng. *distress*)) eller varighed af symptomer og evaluerede effekten af kognitiv terapi eller graderet aktivitet. I alle seks studier var den sammenlignende behandling en ikke-matchet behandling i forhold til de identificerede prognostiske faktorer. 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^(40,47,48) og et studie af lav metodemæssig kvalitet⁽⁵⁰⁾ vurderede effekten af manipulation, stabiliserende eller retningspecifikke øvelser. To studier af høj metodemæssig kvalitet^(30,49) 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^(48,50) fandt man ikke en statistisk signifikant forskel i det kritiske outcome smerteniveau målt 0-12 uger efter endt behandling. I fem studier^(40,47-50) 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^(30,40,47,49) vurderede det vigtige outcome funktionsevne målt 6-18 måneder efter endt behandling. Kun i et studie⁽⁴⁹⁾ fandt man en statistisk signifikant fordel til gruppespecifik behandling til undergruppen af patienter med høj grad af bekymring, mens tre studier^(30,40,47) ikke viste en statistisk signifikant forskel.

3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er høj, men heterogenitet mht. intervention og patientgrupper tillader ikke sammenligning af studierne, hvorfor kvaliteten samlet set vurderes at være meget lav
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Det kan ikke udelukkes, at matchet behandling baseret på bio-psyko-sociale prognostiske faktorer har en effekt på undergrupper af patienter med nyopståede lænderygmerter, men større studier er påkrævet for at belyse effekten. Der er ingen kendte skadevirkninger.
Patientpræferencer	Behandlingen skønnes ikke at være præferencefølsom.

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 betydelige forskelle i definitionen af undergrupper og interventioner, hvilket ikke tillader en direkte sammenligning af studier. Evidensen er således kun narrativt gennemgået, hvorfor der gives en god praksis anbefaling. 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.

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

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Henvi­sing til MR scanning eller røntgenundersøgelse bør til enhver tid ske i henhold til gældende retningslinjer for billeddiagnostisk udredning⁽¹⁰⁾.

Patienten bør informeres om, hvorfor billeddiagnostik normalt ikke er indiceret. 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 anden 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⁽⁵²⁾.

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 på bestemte, hvilke fund det er betydningsfulde hos den enkelte patient. Det vurderes, at blandt de patienter, der ikke har en alvorlig patologisk årsag (f.eks. frakturer eller cancer), kan årsagen til deres smerter ikke klart identificeres hos 90-95 %⁽⁵³⁾.

Mens brugen af røntgen er faldende⁽⁵⁴⁾, ser forbruget af MR scanninger ud til at være stigende⁽⁵⁵⁾. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at flere og flere patienter med lænderygsmarter 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^(56,57), 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^(54,58).

Den diagnostiske værdi af MR scanning og røntgenundersøgelse af lænderyggen er relativt velbeskrevet, men eftersom langt hovedparten af patienter med nyopståede lænderygsmarter ikke har en patologisk påviselig årsag til deres lænderygsmarter, er spørgsmålet derfor, om billeddiagnostisk udredning påvirker patienten på andre måder, herunder hvordan udredning påvirker patient rapporterede outcomes. Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge billeddiagnostik ud fra et interventionsperspektiv, hvor rutinemæssig brug af billeddiagnostik betragtes som intervention til at håndtere patienter med nyopståede lænderygsmarter. Arbejdsgruppen ønskede herved 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⁽⁵⁹⁻⁶²⁾. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere randomiserede studier. Flowcharts findes på sst.dk.

4.6 Gennemgang af evidensen

I to af de fundne studier^(59,60) bestod rutinemæssig billeddiagnostisk udredning af MR scanning og i to studier^(61,62) af konventionel røntgenundersøgelse.

Studiepopulationerne var patienter med uspecifikke lænderygsmarter 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⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. I et studie⁽⁵⁹⁾ blev alle patienter udredt ved hjælp af MR scanning, men kun interventionsgruppen og de respektive rekvirerende læger blev informeret om evt. fund. I kontrolgruppen 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⁽⁵⁹⁾ 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⁽⁵⁹⁾ (se evidensprofilen nedenfor, afsnit 4.9). Der blev ikke fundet studier, der belyser det andet kritiske outcome, forbrug af sundhedsydelse efter 6-18 måneder. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav, på grund af alvorlig risiko for bias, samt at der kun fandtes et studie.

Henholdsvis fire og tre af studierne afrapporterede de tre vigtige outcomes smerteniveau⁽⁵⁹⁻⁶²⁾, funktionsevne⁽⁵⁹⁻⁶²⁾ og livskvalitet⁽⁶⁰⁻⁶²⁾ 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 af risiko for bias, inkonsistente resultater og upræcist effektestimater. 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

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<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 (sygelliggørelse 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>
Patientpræferencer	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 (sygelliggørelse 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 modsatrettede.

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)	Kommentarer
	Ikke rutinemæssig billeddiagnostik	Rutinemæssig billeddiagnostik	Forskel med rutinemæssig billeddiagnostik				
Sygefravær, antal dage (Sick leave, no. of days) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 0,27		MD 0,07 færre (0,92 færre til 0,78 flere)		131 (1 studie) (59)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie, risiko for bias.
Forbrug af sundhedsydelser (Health care utilization) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Kritisk outcome. Ingen studier.
Smerteniveau (Pain intensity) VAS (0-100 mm) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 23,8		MD 0,8 lavere (4,3 lavere til 2,8 højere)		1281 (4 studier) (59-62)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias. Upræcist effekt-estimat
Rygsmærterelateret funktions-evne (Activity limitation) RMDQ (0-24) og ODI (0-100) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)			SMD 0,01 højere (0,23 lavere til 0,25 højere)		1281 (4 studier) (59-62)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ 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) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)			SMD 0,03 lavere (0,09 lavere til 0,14 højere)		1143 (3 studier) (60-62)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ ME-GET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, alvorligt inkonsistente resulta-

bedre)	ter, upræcist effekt-estimat
Recidiv af smerter 6-18 måneder (recurrence) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	Vigtigt outcome. Ingen studier.
Sygefravær, proportion i arbejde (Sick leave, proportion) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	Vigtigt outcome. Ingen studier.
Sygefravær, tid til tilbage arbejde (Sick leave, time to return to work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	Vigtigt outcome. Ingen studier.
*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; VAS: Visual Analogue Scale.	
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.	

5 Ledmobilisering

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

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

5.2 Anbefaling

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

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Hvis ledmobiliserende behandling tilbydes, bør det ske under hensyntagen til den enkelte patient, samt under hensyntagen til absolutte og relative kontraindikationer for behandlingen.

Hvis ledmobiliserende behandling 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 behandling 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 behandling er en meget udbredt behandling for uspecifikke lænderyg- og nakkesmærter⁽⁶³⁾ og udføres i Danmark af forskellige sundhedsfaglige personer. Teknikkerne anbefales i varierende grad i de regionale kliniske retningslinjer for lænderygsvær.

5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review⁽⁶⁴⁾, hvorfra der blev brugt to randomiserede forsøg^(65,66). Der blev identificeret yderligere et randomiseret forsøg⁽⁶⁷⁾, der blev ekskluderet på grund af meget lav metodemæssig kvalitet. Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der blev fundet et studie⁽⁶⁸⁾. Flowcharts findes på sst.dk.

Endvidere blev yderligere ét studie tilføjet på baggrund af peer-review⁽⁶⁹⁾. Dette studie var klassificeret som placebo-kontrolleret i det systematiske review⁽⁶⁴⁾, men efter gennemlæsning blev det vurderet som egnet til inklusion da der indgik andre studiearme i studiet end placebo. I alt blev der brugt fire studier^(65,66,68,69).

5.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen bestod af manipulation i alle fire studier^(65,66,68,69). Dette blev sammenlignet med ultralyd i et studie⁽⁶⁶⁾; myofacielle teknikker i et studie⁽⁶⁵⁾, vanlig behandling defineret som information og paracetamol i et studie⁽⁶⁹⁾, samt vanlig behandling defineret som information, muskelafslappende medicin eller lav dosis opioider og evt. fysioterapi i et studie⁽⁶⁸⁾.

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^(65,66,68,69). 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^(65,66,68,69).

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^(65,66) og funktionsevne^(65,66) 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

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Det kan ikke udelukkes, at der er en gavnlig effekt på smerte og funktionsniveau på kort sigt. 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.
Patientpræferencer	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 lænderygsmerter 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 lænderygsmarter							
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)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Ledmobiliserende behandling	Forskel med ledmobiliserende behandling				
Smerteniveau (Pain intensity) VAS, 0-100mm 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 20,4		MD 7,0 lavere (13,5 lavere til 0,5 lavere)		435 (4 studier) (65,66,68,69)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater.
Rygsmarterelateret funktions-evne (Activity limitation) RMDQ, 0-24 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 3,7		MD 1,12 lavere (2,43 lavere til 0,19 højere)		421 (4 studier) (65,66,68,69)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias.
Smerteniveau (Pain intensity) VAS, 0-100mm 6-18 måneder efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 23,3		MD 4,4 lavere (10,4 lavere til 1,6 højere)		256 (2 studier) (65,66)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, få patienter.
Rygsmarterelateret funktions-evne (Activity limitation) RMDQ, 0-24 6-18 måneder efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 3,7		MD 0,80 lavere (2,03 lavere til 0,44 højere)		255 (2 studier) (65,66)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, få patienter.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Recidiv							Vigtigt out-

(Recurrence) <i>6-18 måneder efter endt be- handling</i>	come, ikke rapporteret.
Sygefravær, an- tal sygedage (Sick leave, no. of days) <i>6-18 måneder efter endt be- handling</i>	Vigtigt out- come, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til ar- bejde (Sick lea- ve, time to re- turn to work) <i>6-18 måneder efter endt be- handling</i>	Vigtigt out- come, ikke rapporteret.
Sygefravær, proportion sy- gemeldt (Sick leave, proporti- on not at work) <i>6-18 måneder efter endt be- handling</i>	Vigtigt out- come, ikke rapporteret.
Frafald, pga. bivirkninger (Drop out, due to adverse events) <i>Efter endt be- handling</i>	Vigtigt out- come, ikke rapporteret.
<p>*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.</p>	
<p>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.</p>	

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 mobiliserende øvelser og udstrækning til stabiliserende øvelser, øvelser for balance, koordination og muskelstyrke, samt general fysisk fitness eller kardiovaskulær træning⁽⁷⁰⁾. 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^(70,71), hvorfra der blev brugt syv randomiserede forsøg af rapporteret i otte artikler^(14,32,72-77). Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Flowcharts findes [på sst.dk](http://sst.dk).

6.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen bestod af generelle styrke-, konditions- og bevægelighedsøvelser i fire studier (fem artikler)^(14,32,72-74), retningsspecifikke øvelser i to studier^(75,77), samt udholdenhedstræning af rygmusklerne i et studie⁽⁷⁶⁾. 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 (fem artikler)^(72,73,75-77), standard behandling hos praktiserende læge (hvile, sygemelding, smertestillende medicin) i to studier^(32,74) og en enkelt dialogbaseret konsultation i et studie⁽¹⁴⁾. Fire⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾ af de otte studier fokuserede på patienter med smerter af under 6 ugers varighed, hvilket udgjorde 68 % af den samlede population.

Der blev ikke fundet effekt vedrørende de kritiske outcomes, smerteniveau^(14,72,74) og funktionsevne 6-18 måneder efter endt behandling^(14,74,75).

Der blev ikke fundet effekt vedrørende de vigtige outcomes, funktionsevne^(14,32,74-77) og smerteniveau^(14,32,72,74,76,77) målt i op til 12 uger, sygefravær målt i dage 6-18 måneder efter endt behandling^(73,74) eller frafald pga. bivirkninger efter endt behandling⁽¹⁴⁾. 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

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Det kan ikke udelukkes, at superviseret fysisk træning kan have en gavnlig effekt på smerter og funktionsevne. Der kan være forbigående bivirkninger i form af ømhed og smerter. Akut smertepåvirkede patienter kan have svært ved at udføre øvelser.
Patientpræferencer	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, at træningen kan have en forebyggende effekt på recidivraten af episoder, 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) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 23,0		MD 1,7 lavere (5,6 lavere til 2,1 højere)		554 (3 studier) (14,72,74)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimater.
Rygsmertelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24), Roland Questionnaire (0-23) og ODI (0-100) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)			SMD 0,19 lavere (0,46 lavere til 0,08 højere)		430 (3 studier) (14,74,75)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimater.
Smerteniveau (Pain intensity) NRS (0-10) <i>0-12 uger efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 20,2		MD 3,24 lavere (6,52 lavere til 0,04 højere)		802 (6 studier) (14,32,72,74,76,77)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater.
Rygsmertelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ (0-24), Roland Questionnaire (0-23) og ODI (0-100) <i>0-12 uger efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)			SMD 0,25 lavere (0,53 lavere til 0,02 højere)		678 (6 studier) (14,32,74-77)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, inkonsistente resultater, upræcist effektestimater.

Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)				MD 1,33 færre (13,44 færre til 10,79 flere)	327 (2 studier) (73,74)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie, risiko for bias.
Frafald pga. bivirkninger (Drop out, adverse events) <i>Efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	0	0	0	RR ej estimerbar	1 studie (14)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome, Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie, risiko for bias.
Livskvalitet (Quality of life) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Recidiv (Recurrence) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, proportion i arbejde (Sick leave, proportion at work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
*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; VAS: Visual Analogue Scale.							
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.							

7 Akupunktur

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

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

7.2 anbefaling

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

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Akupunktur bør ledsages af information om tilstandens 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^(78,79). Derfor fandt arbejdsgruppen det relevant at se nærmere på effekten af akupunktur i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygmerter.

7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er tre systematiske reviews⁽⁸⁰⁻⁸²⁾, hvorfra der blev brugt to randomiserede forsøg^(83,84). Der blev foretaget en opdaterende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Flowcharts findes på sst.dk.

Der blev yderligere identificeret et studie med lav risiko for bias, der afrapporterer funktionsevne på kort og lang sigt⁽⁸⁵⁾. 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 lænderygmerter i op til 12 ugers varighed. Interventionen bestod af traditionel kinesisk akupunktur i et studie⁽⁸³⁾, behandling i triggerpunkter i et studie⁽⁸⁴⁾. Dette blev sammenlignet med information og opfordring til vanlig aktivitet i begge studier^(83,84).

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^(83,84). 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⁽²⁰⁾. Der blev ikke fundet effekt på det kritiske outcome, funktionsevne i op til 12 uger^(83,84).

Der blev ikke fundet effekt vedrørende det vigtige outcome, sygefravær målt i antal dage 6-18 måneder efter endt behandling⁽⁸⁴⁾. 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

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<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>
Patientpræferencer	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 det, 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: Nyopståede lænderygmerter							
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)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Akupunktur	Forskel med akupunktur				
Smerteniveau (Pain intensity) VAS, 0-100 mm 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 22,4		MD 12.0 lavere (4,8 lavere til 19,1 lavere)		90 (2 studier) (83,84)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimater, få patienter.
Rygmerterrelateret funktions-evne (Activity limitation) RMDQ, 0-24 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 5,2		MD 1,16 lavere (4,08 lavere til 1,76 højere)		93 (2 studier) (83,84)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ ME-GET LAV	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimater, få patienter.
Smerteniveau (Pain intensity) VAS, 0-100 mm 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret
Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) 6-18 måneder efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 13,9		MD 3,00 flere (10,13 færre til 16,13 flere)		45 (1 studier) (84)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ ME-GET LAV	Vigtigt outcome. Ingen klinisk relevant forskel, risiko for bias, upræcist effektestimater, kun et studie, få patienter inkluderet.
Rygmerterrelateret funktions-evne (Activity limitation) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Livskvalitet (Quality of life)							Vigtigt outcome, ikke

6-18 måneder efter endt behandling	rapporteret.
Recidiv (Recurrence) 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.
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.
*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 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 gavnlige effekt målt 0-12 uger efter endt behandling (⊕⊕⊕○).**

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 Farmakoterapi's vejledninger for brug paracetamol⁽⁸⁶⁾.

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

Varighed af behandlingen bør aftales i dialog med patienten, der også bør informeres om 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⁽⁸⁷⁾. Tidligere guidelines vedrørende rygsmærter anbefaler næsten enslydende, at paracetamol anvendes som førstevalgspræparat^(88,89). 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 gavnlige effekt af paracetamol i tillæg til vanlig behandling.

8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét systematisk review⁽⁹⁰⁾, hvorfra der blev brugt ét randomiseret forsøg⁽⁹¹⁾. Den opdaterende litteratursøgning resulterede ikke i yderligere studier. Evidensgrundlaget er således ét randomiseret studie. Flow charts findes på sst.dk.

8.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det inkluderede studie⁽⁹¹⁾ 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 og funktionsevne målt 0 til 12 uger efter endt behandling eller alvorlige bivirkninger⁽⁹¹⁾. Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set moderat, da der kun var ét studie. Der sås ligeledes ingen forskel i effekt på det vigtige outcome frafald fra studiet på grund af bivirkninger⁽⁹¹⁾.

8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set moderat.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er en potentielt smertedæpende effekt af paracetamol, men en længerevarende effekt har ikke kunnet vises i forsøg omfattende patienter med nyopståede lænderygsmarter. Paracetamol kan give leverpåvirkning hos raske individer.
Patientpræferencer	Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om smertelindring gennem smertedæpende 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 målt 0-12 uger efter endt behandling. Behandling med paracetamol ser således ikke ud til at ændre forløbet for patienten. 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							
Population: Nyopståede lænderygsmarter							
Intervention: Paracetamol 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	Paracetamol	Forskel med paracetamol				
Smerteniveau (Pain intensity) NRS, 0-10 <i>0-12 uger efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 1,7		MD 0,00 lavere (0,28 lavere til 0,28 højere)		1008 (1 studie) (91)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Rygsmarterelateret funktionsevne (Activity limitation)	MEDIAN 3,2		MD 0,10 lavere (0,74 lavere til 0,54 højere)		1001 (1 studie) (91)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et

RMDQ, 0-24 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)			re)				studie.
Alvorlige bivirkninger (serious adverse events) 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	8 per 1000	8 per 1000	0 færre per 1000 (6 fær- re til 19 fle- re)	0,99 (0,29- 3,42)	1097 (1 studie) (⁹¹)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk out- come. Ingen kli- nisk relevant forskel, kun et studie.
Frafald, generelt (Drop out, all cause) Efter endt behand- ling (lavere værdi er bedre)	4 per 1000	6 per 1000	2 flere per 1000 (3 fær- re til 32 fle- re)	1,51 (0,25- 8,99)	1103 (1 studie) (⁹¹)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outco- me. Ingen kli- nisk relevant forskel, kun et studie.
Livskvalitet (Quality of life) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Recidiv (Recurrence) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Sygefravær, pro- portion sygemeldt (Sick leave, pro- portion not at work) 6-18 måneder efter endt behandling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
Frafald, pga. bi- virkninger (Drop out, due to adverse events) Efter endt behand- ling							Vigtigt outco- me, ikke rap- porteret.
**Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte ef- fekt 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). 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.							

9 Opioider

9.1 Fokuseret spørgsmål 9

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

9.2 anbefaling

↓ **Tilbyd kun opioider i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmerter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt målt 0 til 12 uger efter endt behandling (⊕⊕○○).**

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⁽⁹²⁾. 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.

Varighed af behandlingen skal aftales i dialog med patienten, der også bør informeres om, den forventede effekt, muligheden for tidligere seponering, 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⁽⁹³⁾. 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⁽⁹³⁾.

Institut for Rationel Farmakoterapi anbefaler som udgangspunkt ikke opioider i behandlingen af nyopståede lænderygsmerter på grund af misbrugspotentialet og bivirkningerne. På trods af disse anbefalinger, er det arbejdsgruppens opfattelse, at opioider bruges i større omfang end anbefalet, og at der efterfor er behov for at belyse, hvilken plads opioider kan spille i behandlingen af patienter med nyopståede lænderygsmerter.

9.5 Litteratur

Der blev identificeret to systematiske reviews^(93,94) om nyopståede lænderygsmerter og brugen af opioider, i hvilke der ikke blev identificeret relevante studier. Gennem den opdaterende litteratursøgning fandtes ét yderligere randomiseret studie⁽⁹⁵⁾. Evidensgrundlaget er således ét randomiseret studie. Flow charts findes på sst.dk.

9.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det inkluderede studie⁽⁹⁵⁾ bestod af 1-2 tabletter af oxycodon, 5 mg kombineret med acetaminofen, 325 mg indtaget oralt hver 8. time i tillæg til vanlig behand-

ling. Dette blev sammenlignet med placebo og vanlig behandling, hvor vanlig behandling bestod af naproxen (NSAID præparat), 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 lænderygsmærter af op til to ugers varighed, der besøgte en amerikansk skadestue.

Der blev ikke fundet forskel i effekt på det kritiske outcome funktionsevne målt 0 til 12 uger efter endt behandling⁽⁹⁵⁾. De kritiske outcomes, smerteniveau 0 til 12 uger efter endt behandling 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 ét kritisk outcome blev belyst.

9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er en potentielt smertedæmpende effekt af opioider, men denne har ikke været undersøgt i studier omfattende patienter med nyopståede lænderygsmærter. Opioider kan give kvalme, opkastninger, obstipation, urinretention, hudkløe, mundtørhed, svimmelhed, takykardi, konfusion, sedation, hallucinationer samt der ses et misbrugspotentiale.
Patientpræferencer	Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om smertelindring gennem smertedæmpende medicin, mens andre fraviger fra denne type behandling.
Andre overvejelser	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 maximalt hver 4. time for Morfin (tabl.) 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 målt 0 til 12 uger efter endt behandling. Behandling med oxycodon i kombination med paracetamol ser således ikke ud til at ændre forløbet for patienten. Øvrige effekter er ikke belyst. Der var ingen rapporterede skadevirkninger i studiet, men en lang række bivirkningerne af opioider er kendte. 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 deltagere (studier)	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Opioider	Forskel med opioider				
Rygmerterrelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ, 0-24 <i>0-12 uger efter endt behandling</i> (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 7,8		MD 1,10 lavere (3,36 lavere til 1,16 højere)		215 (1 studie) ⁽⁹⁵⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE-RAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Smerteniveau (Pain intensity) <i>0-12 uger efter endt behandling</i>							Kritisk outcome, ikke rapporteret.
Alvorlige bivirkninger (serious adverse events) <i>0-12 uger efter endt behandling</i>							Kritisk outcome, ikke rapporteret.
Frafald, generelt (Drop out, all cause) <i>Efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Livskvalitet (Quality of life) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Recidiv (Recurrence) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, antal sygedage (Sick leave, no. of days) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, tid tilbage til arbejde (Sick leave, time to return to work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Frafald, pga. bivirkninger (Drop							Vigtigt outcome, ikke

out, due to adverse events)

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). 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.

10 NSAID

10.1 Fokuseret spørgsmål 10

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

10.2 Anbefaling

↓ **Tilbyd kun NSAID i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygmerter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlige effekt målt 0 til 12 uger efter endt behandling (⊕⊕⊕○).**

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⁽⁹⁶⁾.

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

Varighed af behandlingen skal aftales i dialog med patienten, der også bør informeres om, den forventede effekt, muligheden for tidligere seponering, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) tilbydes hyppigt til patienter med nyopståede lænderygmerter. NSAID er den samlede betegnelse for gruppen af farmaka, der har antiinflammatorisk, analgetisk, antipyretisk og trombocytageragationshæmmende 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⁽⁹⁷⁾. I Danmark er de COX-1 selektive præparater ibuprofen og naproxen førstevalg⁽⁹⁸⁾. NSAID-præparater, som overvejende udviser COX-2 selektive egenskaber (såsom celecoxib, etoricoxib, etodolac, diclofenac, piroxicam, meloxicam), betragtes som havende en højere bivirkningsprofil, hvad angår kardiovaskulære risici, hvorfor de ikke rekommanderes⁽⁹⁶⁾.

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 lænderygmerter.

10.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét systematisk review⁽⁹⁹⁾, hvorfra der blev brugt ét randomiseret forsøg⁽⁶⁹⁾. Den opdaterende litteratursøgning resulterede ikke i fund af yderligere studier. Evidensgrundlaget er således et randomiseret studie. Flow charts findes på sst.dk.

10.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det inkluderede studie⁽⁶⁹⁾ bestod af 50 mg diclofenac indtaget to gange daglig til smertefrihed eller maksimalt i fire uger i tillæg til vanlig behandling. Dette blev sammenlignet med placebo og vanlig behandling defineret som rådgivning og 1 g paracetamol indtaget 4 gange dagligt. Begge grupper fik desuden placebo manipulation i form af deaktiveret ultralyd. Populationen var 120 patienter med uspecifikke lænderygsmærter af op til seks ugers varighed.

Der blev ikke fundet forskel i effekt på de kritiske outcomes smerteniveau eller funktionsevne målt 0 til 12 uger efter endt behandling⁽⁶⁹⁾. Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set moderat, da der kun var ét studie.

10.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set moderat.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er en potentielt smertedæmpende effekt af NSAID, men en længerevarende effekt har ikke kunnet vises i forsøg omfattende patienter med nyopståede lænderygsmærter. NSAID har en række velbeskrevne bivirkninger. Bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, f.eks. ældre og patienter med kendt hjertekarsygdom.
Patientpræferencer	Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har ønsket om smertelindring gennem smertedæmpende medicin, mens andre fravælger denne type behandling.

10.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at interventionen ingen effekt havde på smerteniveau eller funktionsevne i op til 12 uger efter endt behandling. Der var ligelig fordeling af selvrapporterede bivirkninger i de to grupper, men bivirkningsprofilen af NSAID er udtalt i udsatte grupper, som ikke var inkluderet i studiet. Kvaliteten af evidensen er moderat. Endvidere vægtes, at studiet var lille, og at kun et enkelt NSAID præparat er blevet vurderet.

10.9 Evidensprofil

PICO 10 NSAID i tillæg til vanlig behandling fremfor vanlig behandling							
Population: Nyopståede lænderygsmarter Intervention: NSAID 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	NSAID	Forskel med NSAID				
Smerteniveau (Pain intensity) NRS, 0-10 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 1,37		MD 0,08 lavere (0,75 lavere til 0,59 højere)		118 (1 studie) ⁽⁶⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Rygsmarterelateret funktionsevne (Activity limitation) RMDQ, 0-24 0-12 uger efter endt behandling (lavere værdi er bedre)	MEDIAN 3,6		MD 0,88 lavere (2,66 lavere til 0,90 højere)		117 (1 studie) ⁽⁶⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Ingen klinisk relevant forskel, kun et studie.
Alvorlige bivirkninger (serious adverse events) 0-12 uger efter endt behandling							Kritisk outcome, ikke rapporteret.
Frafald, generelt (Drop out, all cause) Efter endt behandling							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
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							Vigtigt outcome, ikke rapporteret.

<i>endt behandling</i>	
Sygefravær, proportion sygemeldt (Sick leave, proportion not at work) <i>6-18 måneder efter endt behandling</i>	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
Frafald, pga. bivirkninger (Drop out, due to adverse events) <i>Efter endt behandling</i>	Vigtigt outcome, ikke rapporteret.
*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: 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.	

11 Referencer

- (1) Jeffries LJ, Milanese SF, Grimmer-Somers KA. Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature. *Spine* 2007;32(23):2630-2637.
- (2) Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17(1):220.
- (3) 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;15(5):885-894.
- (4) Artus M, van der Windt DA, Jordan KP, Hay EM. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49(12):2346-2356.
- (5) Axen I, Leboeuf-Yde C. Trajectories of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2013;27(5):601-612.
- (6) National Collaborating Centre for Primary Care. Low back pain : early management of persistent non-specific low back pain (CG88). NICE National Institute for Health Care Excellence, 2009 (Clinical Guidelines 88).
- (7) Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ* 2013;347:f7095.
- (8) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af ny-lig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati). Version 1.0. Sundhedsstyrelsen, 2016. [Link](#)
- (9) Linton SJ, Boersma K, Traczyk M, Shaw W, Nicholas M. Early Workplace Communication and Problem Solving to Prevent Back Disability: Results of a Randomized Controlled Trial Among High-Risk Workers and Their Supervisors. *J Occup Rehabil* 2016;26(2):150-159.
- (10) Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Kliniske retningslinjer. Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening, 2013. [Link](#)
- (11) 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.
- (12) Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85(3):317-332.

- (13) Waddell G, 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;52(2):157-168.
- (14) 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.
- (15) 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):1487-1493.
- (16) Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskenniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain--bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332(6):351-355.
- (17) Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *J Pain* 2014;15(1):2-15.
- (18) Wilkinson MJ. Does 48 hours' bed rest influence the outcome of acute low back pain? *Br J Gen Pract* 1995;45(398):481-484.
- (19) 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 Sci Med Rehabil* 2015;7:19-015-0013-x. eCollection 2015.
- (20) Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine* 2008;33(1):90-94.
- (21) World Health Organization. Regional Office for Europe. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1998.
- (22) 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(5):351-363.
- (23) 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(12):2075-2094.
- (24) Haines T, Gross AR, Burnie S, Goldsmith CH, Perry L, Graham N, et al. A Cochrane review of patient education for neck pain. *Spine J* 2009;9(10):859-871.
- (25) Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering København : Sundhedsstyrelsen, 2009 (Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11(3)). [Link](#)

(26) Traeger AC, Hubscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH. 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.

(27) 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.

(28) Gohner 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;64(1-3):87-95.

(29) Hay EM, Mullis R, Lewis M, Vohora K, Main CJ, Watson P, 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.

(30) 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.

(31) Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, Hurri H, Mutanen P, Rissanen P, et al. Mini-intervention for subacute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 1976) 2003;28(6):533-40; discussion 540-1.

(32) Storheim K, Brox JJ, Holm I, Koller AK, Bo 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.

(33) Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 1995;20(4):473-477.

(34) Damush TM, Weinberger M, Perkins SM, Rao JK, Tierney WM, Qi R, 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(21):2632-2638.

(35) Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000;25(15):1973-1976.

(36) 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):2309-15; discussion 2316.

(37) Richmond H, Hall AM, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Hoxey-Thomas N, et al. The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2015;10(8):e0134192.

(38) Engers A, Jellema P, Wensing M, van der Windt DA, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD004057.

- (39) Foster NE, Hill JC, Hay EM. Subgrouping patients with low back pain in primary care: are we getting any better at it? *Man Ther* 2011;16(1):3-8.
- (40) Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, Irrgang JJ, Johnson KK, Majkowski GR, et al. 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.
- (41) Hicks GE, Fritz JM, Delitto A, McGill SM. Preliminary development of a clinical prediction rule for determining which patients with low back pain will respond to a stabilization exercise program. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(9):1753-1762.
- (42) Denison E, Asenlof P, Sandborgh M, Lindberg P. Musculoskeletal pain in primary health care: subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *J Pain* 2007;8(1):67-74.
- (43) Dionne CE, Bourbonnais R, Fremont P, Rossignol M, Stock SR, Larocque I. A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *CMAJ* 2005;172(12):1559-1567.
- (44) Duijts SF, Kant IJ, Landeweerd JA, Swaen GM. Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. *Occup Environ Med* 2006;63(8):564-569.
- (45) Hay EM, Dunn KM, Hill JC, Lewis M, Mason EE, Konstantinou K, 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;9:58-2474-9-58.
- (46) 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):83-89.
- (47) 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.
- (48) 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(7):936-943.
- (49) 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):1167-72; discussion 1173.
- (50) Rabin A, Shashua A, Pizem K, Dickstein R, Dar G. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain who are likely to experience short-term success following lumbar stabilization exercises: a randomized controlled validation study. *J Orthop Sports Phys Ther* 2014;44(1):6-B13.
- (51) Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378(9802):1560-1571.

- (52) Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, Williams C, Jensen TS, Latimer J. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain* 2014;18(6):755-765.
- (53) van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2:S169-91.
- (54) Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Røntgenundersøgelse af lænderyggen hos 20-49-årige henvist fra primærsektor: en medicinsk teknologivurdering. Version 1,0; versionsdato: 30. november 2006. København : Sundhedsstyrelsen, 2006 (Medicinsk Teknologivurdering 2006; 8 (4)).
- (55) Esundhed.dk : Radiologiske ydelser [2012 2013 2014]. Sundhedsdatastyrelsen. Senest hentet: 12.04.2016. Link: http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/LPR/Sider/LPR04_Tabel.aspx.
- (56) 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. *Spine* 2013;38(22):1939-1946.
- (57) Webster BS, 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* 2014;39(17):1433-1440.
- (58) Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011;154(3):181-189.
- (59) Ash LM, 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. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008;29(6):1098-1103.
- (60) Gilbert FJ, 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):iii, 1-131.
- (61) 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.
- (62) 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):469-474.
- (63) Hurwitz EL. Epidemiology: spinal manipulation utilization. *J Electromyogr Kinesiol* 2012;22(5):648-654.

- (64) Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD008880.
- (65) Hsieh CY, Adams AH, Tobis J, Hong CZ, Danielson C, Platt K, et al. Effectiveness of four conservative treatments for subacute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine* 2002;27(11):1142-1148.
- (66) Hurley DA, McDonough SM, Dempster M, Moore AP, Baxter GD. A randomized clinical trial of manipulative therapy and interferential therapy for acute low back pain. *Spine* 2004;29(20):2207-2216.
- (67) Morton JE. Manipulation in the Treatment of Acute Low Back Pain. *Man & Manip Ther* 1999;7(4):182-189.
- (68) Cruser d, 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 Man Manip Ther* 2012;20(1):5-15.
- (69) Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Cooper CW, Day RO, et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9599):1638-1643.
- (70) Oosterhuis T, IJzelenberg W, Rubinstein SM, Hayden JA, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for acute non-specific low back pain. *Cochrane Review - personlig kommunikation* [2016]. Gengivet med tilladelse fra forfatterne.
- (71) Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD000335.
- (72) Faas A, Chavannes AW, van Eijk JT, Gubbels JW. A randomized, placebo-controlled trial of exercise therapy in patients with acute low back pain. *Spine* 1993;18(11):1388-1395.
- (73) Faas A, van Eijk JT, Chavannes AW, Gubbels JW. A randomized trial of exercise therapy in patients with acute low back pain. Efficacy on sickness absence. *Spine* 1995;20(8):941-947.
- (74) Seferlis T, Nemeth G, Carlsson AM, Gillstrom P. Conservative treatment in patients sick-listed for acute low-back pain: a prospective randomised study with 12 months' follow-up. *Eur Spine J* 1998;7(6):461-470.
- (75) Cherkin DC, Deyo RA, Battie 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* 1998;339(15):1021-1029.
- (76) Chok B, Lee R, Latimer J, Tan SB. Endurance training of the trunk extensor muscles in people with subacute low back pain. *Phys Ther* 1999;79(11):1032-1042.

- (77) 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* 2010;8:10-7015-8-10.
- (78) Sherman KJ, Cherkin DC, Connelly MT, Erro J, Savetsky JB, Davis RB, et al. Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try? *BMC Complement Altern Med* 2004;4:9.
- (79) Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. *Fam Pract* 2003;20(5):575-577.
- (80) 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.
- (81) Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clin J Pain* 2013;29(2):172-185.
- (82) Manheimer E, White A, Berman B, Forsys K, Ernst E. Meta-analysis: acupuncture for low back pain. *Ann Intern Med* 2005;142(8):651-663.
- (83) 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.
- (84) 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. *Complement Ther Med* 2008;16(3):139-146.
- (85) Vas J, Aranda JM, Modesto M, Benitez-Parejo N, Herrera A, Martinez-Barquin DM, et al. Acupuncture in patients with acute low back pain: a multicentre randomised controlled clinical trial. *Pain* 2012;153(9):1883-1889.
- (86) Institut for Rationel Farmkoterapi (IRF). N02B Svage analgetika : Rekommandation. Opdateret: 2011. Senest hentet: 09.06.2016. Link: http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/n02b_svage_analgetika.htm.
- (87) Bertin P, Becquemont L, Corruble E, Derumeaux G, Falissard B, Hanon O, 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(8):681-686.
- (88) Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr, Shekelle P, 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(7):478-491.
- (89) Wise J. NICE keeps paracetamol in UK guidelines on osteoarthritis. *BMJ* 2014;348:g1545.

- (90) Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Pinheiro MB, Lin CW, Day RO, 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.
- (91) Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2014;384(9954):1586-1596.
- (92) Institut for Rationel Farmkoterapi (IRF). N02A Opioider : Rekommandation. Opdateret: 2011. Senest hentet: 09.06.2016. Link: http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/n02a_opioider.htm.
- (93) Deyo RA, Von Korff M, Duhkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ* 2015;350:g6380.
- (94) Chou R, Huffman LH, American Pain Society, American College of Physicians. 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(7):505-514.
- (95) Friedman BW, Dym AA, Davitt M, Holden L, Solorzano C, Esses D, et al. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2015;314(15):1572-1580.
- (96) Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). M01 og M09 NSAID, glukosamin og hyaluronsyre : Rekommandation. Opdateret: 27.10.2015. Senest hentet: 12.04.2016. Link: http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/nervesystemet_analgetika_og_psykofarmaka/m01_og_m09_nsaid_glukosamin_og_hyaluronsyre.htm.
- (97) OrthoInfo Editorial Board, American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). What Are NSAIDs?. Opdateret: January 2009. Senest hentet: 12.04.2016. Link: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00284>.
- (98) Lægemiddelstyrelsen. Endelig indstilling til tilskudsstatus for NSAID'er og medicin mod svage smerter. Opdateret: 10. december 2015. Senest hentet: 09.06.2016. Link: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/endelig-indstilling-til-tilskudsstatus-for-nsaider-og-medicin-mod-svage-smerter#>.
- (99) Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJPM, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;1:CD000396.
- (100) 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. Version 2.0. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)
- (101) Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2014. [Link](#)

- (102) Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2013;27(5):591-600.
- (103) Hartvigsen J, Natvig B, Ferreira M. Is it all about a pain in the back? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2013;27(5):613-623.
- (104) 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):180-191.
- (105) van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;2:CD007431.
- (106) 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;23:13-015-0054-y. eCollection 2015.
- (107) Lee H, Hubscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G, et al. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain* 2015;156(6):988-997.

Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelse og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 10:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

Ifølge den Nationale Sundhedsprofil lever 880.000 danskere med lænderygsmarter⁽¹⁰⁰⁾ og de fleste danskere vil opleve lænderygsmarter på et eller andet tidspunkt i løbet af deres levetid⁽¹⁰¹⁾. Har man først haft en episode af lænderygsmarter, vil de fleste opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere smertefrie episoder⁽¹⁰²⁾, og kun et fåtal oplever at blive fuldstændigt smertefri over en længere periode⁽³⁾. Samtidig har personer med lænderygsmarter også ofte smerter i andre dele af bevægeapparatet⁽¹⁰³⁾.

Lænderygsmarter har betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser i Danmark. Erhvervsaktive personer med lænderygsmarter har årligt 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lænderygsmarter⁽¹⁰⁰⁾. 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⁽¹⁰⁰⁾.

Lænderygsmarter er én af de hyppigste årsager til konsultationer hos praktiserende læger i Danmark, og ca. hver tiende besøg skyldes lænderygsmarter⁽¹⁰⁰⁾. 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⁽¹⁰⁰⁾.

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 perkussionsømheden af columna, bevægelighed, nervestrækkestes og undersøgelse af muskelstyrke, sene-reflekser og sensibilitet⁽¹⁰⁴⁾. De enkelte diagnostiske tests er behæftede med usikkerhed^(105,106), og den kliniske diagnose baseres på de samlede kliniske fund og symptombilledet. Billeddiagnostisk udredning anbefales kun ved specifik indikation⁽¹⁰⁾.

Gruppen af patienter med uspecifikke lænderygsmarter kan formodentlig inddeles i flere undergrupper med forskellige årsager til smerterne og forskellige risikofaktorer, der påvirker prognosen i et komplekst samspil⁽¹⁰⁷⁾. Disse årsager og faktorer kan ikke med sikkerhed bestemmes. Behandlingsplanen for den enkelte fastlægges på baggrund af den kliniske diagnose, hvilket betyder, at diagnosen således er 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. Indsatsen kan bestå af information om tilstandens 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 lænderygsmarter. Målsætningen med forløbsprogrammer for lænderygsmarter er at sikre høj og ensartet sund-

hedsfaglig 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 i forløbsprogrammerne, og dermed være et supplement hertil, samt give input til fremtidig forløbsprogrammer. 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 lænderygmerter.

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 lænderygmerter 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 sektoren indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for lænderygmerter. Således vil 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 samt kommunerne og de kommunale rehabiliteringscentre 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 samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her.

De faglige selskaber er vigtige aktører i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Særligt vigtige for denne retningslinje vedrørende patienter med nyopståede lænderygmerter 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, Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik samt Ergoterapeutforeningen. 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 kiropraktorernes 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 overenskomst mæssig 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 evidensgraduering og anbefalingens styrke.

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 lænderygmerter er den vigtigste årsag til funktionsnedsættelse, tab af livskvalitet og den næstvigtigste årsag til udstødelse fra arbejdsmarkedet, er forskningen inden for epidemiologi, diagnostik og behandling af tilstanden samt den forebyggende indsats underprioriteret i Danmark og internationalt. Arbejdsgruppen konkluderer derfor, at der er behov for en omfattende forskningsindsats inden for alle aspekter af nyopståede lænderygmerter. 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, patientoplevede 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) eller forebyggende tiltag.
- 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
- Udforskning af smertefysiologien hos patienter med rygsmerter, fx forhold vedrørende smertesensibilisering.
- Forskning i årsager og prognose 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 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
 - Studier der undersøger effekten af tiltag der understøtter patienters egenomsorg.

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](#).

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

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

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 gavnlige 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.

- Klinikeren 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.
- Klinikeren 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 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.

- Klinikerne 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: Søgebeskrivelsen og evidensvurderinger

SØGEBESKRIVELSEN

Litteratursøgning til denne kliniske retningslinje er foretaget i henhold til Metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i Metodehåndbogen.

Der er foretaget tre systematiske søgninger: 1) en søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen); 2) en opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og meta-analyser); 3) en opfølgende søgning efter supplerende primærlitteratur til og med januar 2016. Hvor der ikke er fundet sekundær litteratur, er der søgt primærstudier fra 2005 til januar 2016, hvis ikke andet er angivet. Søgningerne er foretaget ved Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Mette Stochkendahl Jensen. Søgeprotokollerne med søgestrategier for de enkelte databaser er tilgængelige [her](#).

Generelle søgetermer

Engelske: Low back pain, low back ache, low back disorder, lumbago, lumbalgia

Danske: Lænderygsmærter, lænderygbesvær, lumbago, lænderygssygdom, nedre rygsmærter, hold i ryggen

Norske: Korsryggsmerter, korsryggsbesvær, lumbago, korsryggsykdom, lave ryggsmerter, lænderyggsmerter

Svenske: Ländryggs smärtor, smärtor i ländryggen, korsryggs smärtor, ryggs kott, lumbago, korsryggs sjukdom

Tysk: Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen, Lendenschmerzen, Lumbago, Lumbalgie

For de opfølgende søgninger er der søgt med individuelle søgetermer for hvert PICO-spørgsmål (se søgeprotokoller for de opfølgende søgninger), der ligger på Sundhedsstyrelsens hjemmeside for denne guideline.

Generelle søgekriterier

Publikations år: 2005 – januar 2016

Sprog: Engelsk, tysk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, practical guidelines, MTV, systematiske reviews, metaanalyser, randomiserede studier

Guidelines søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget d. 28.9. – 2.10. 2015 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guide-

lines Network (SIGN), CRD/HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Helsebiblioteket (Norge), Center for Kliniske Retningslinjer (Danmark), NHMRC (Australien), Canada Medical Association (Canada) og AWMF (Tyskland), Work Loss Data (USA), de skandinaviske biblioteksdata-baser samt Medline, Embase, PsycInfo, Cinahl og Pedro. Se søgeprotokol for søgning efter guidelines [her](#).

Der blev identificeret 1255 guidelines og retningslinjer og MTV'er.

De opfølgende søgninger

Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og meta-analyser blev foretaget d. 16. december 2015 – 9. februar 2016. I søgningen indgik søgestrategier for hvert enkelt PICO-spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl, PsycInfo og Pedro. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter sekundærlitteratur [her](#).

Der blev identificeret 7855 systematiske reviews og metaanalyser.

Søgning efter primære studier

Den supplerende søgning efter primære studier blev foretaget d. 21. januar – 20. maj 2016 i databaserne Medline, Embase, Cinahl, PsycInfo og Pedro. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter primærlitteratur [her](#).

Der blev identificeret 5403 randomiserede studier samt anden primærlitteratur.

Søgeprotokoller og evidensvurderinger

Søgeprotokoller samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgeprotokoller kan tilgås [her](#)
- AGREE-vurderinger kan tilgås [her](#)
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#)
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås [her](#)
- Flowcharts kan tilgås [her](#)

Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af nyopståede lænderygmerter 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 Hvidkildevej.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](#).

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:

- Birgitta Öberg, professor, Department of Medical and Health Sciences, Linköping Universitet
- Jens Ivar Brox, professor, Institutt for klinisk medisin, UiO: Universitetet i Oslo

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.
Fluktuerende	Svingende frem og tilbage
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Værktøj til vurdering af evidensens kvalitet samt styrken af anbefalinger.
Heterogenitet	Forskellighed eller uensartethed
Incidente	Ny begivenhed eller hændelse. Forstås som optrædende for første gang.
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. rygsøjlestrukturer, 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 effektestimateret, hvilket vil sige, at det sande effektestimater 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 lænderysmerter	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
-----	---