



Af Alice Kongsted, Inge Ris, Per Kjær, Jens Søndergaard og Jan Hartvigsen

Kontakt

a.kongsted@health.sdu.dk

Biografi

AK, IR, PK og JH har på SDU stået bag udviklingen af GLA:D® Ryg, der er patientuddannelse og træning for patienter med langvarigt rygbesvær. AK og JH var del af forfattergruppen bag The Lancet Low Back Pain Series i 2018. JS leder Forskningsenheden for Almen Praksis SDU.

Uspecifikke rygsmertter

– samt introduktion til GLA:D® Ryg



Den årsag, der får flest patienter til at søge praktiserende læge, er uspecifikke rygsmertter. På individniveau en kompleks tilstand med risiko for recidiv, ofte skyld i stor bekymring. På samfunds niveau en stor økonomisk belastning på grund af mange sygedage. Læs med her.

Lændesmerter er den hyppigste årsag til, at danskere søger praktiserende læge, og den tilstand, der forårsager flest dage med sygefravær (1). Mennesker med lændesmerter har generelt dårligt helbred, nedsat funktion og reduceret livskvalitet. Globalt er lændesmerter skyld i flere leveår med nedsat funktion end noget andet helbredsproblem, og problemet er steget markant i omfang gennem de seneste årtier på trods af en øget udrednings- og behandlingsindsats (2).

Forebyggelse og behandling af rygsmertter har hidtil taget udgangspunkt i, at de er forårsaget af en specifik strukturel årsag, som enten kan forebygges eller kureres gennem behandling. Imidlertid har forebyggende tiltag som fx ergonomiske møbler og tilretning af arbejdsstillinger ikke vist sig at være effektive, og kliniske diagnostiske tests og billeddiagnostik har kun ringe sammenhæng med symptomer. De hjælper hverken til at guide behandling eller til at informere om prognose for den enkelte patient (2, 3). Hos de fleste, der søger behandling for rygsmertter, er det en tilstand med gentagne episoder eller vedvarende smerter af varierende intensitet (4), og forventninger om en specifik diagnose og dertilhørende effektiv behandling kan oftest ikke indfries.

The Lancet udgav i 2018 *the Lancet Low Back Pain Series*, hvori en

række af verdens førende rygforskere konkluderede, at der er et behov for et stærkt øget fokus på oplysning og hjælp til egenhåndtering (2, 3, 5). Danske såvel som internationale kliniske retningslinjer anbefaler da også en tilgang, der fokuserer på at styrke patienters evne til egenhåndtering (6, 7). Den anbefalede førstelinjeindsats er information og patientuddannelse, der eventuelt suppleres med træningsterapi og/eller manuel behandling, mens rutinemæssig brug af medicinsk smertestillende behandling frarådes (6). Implementering af gældende anbefalinger er dog en stor udfordring, der vil kræve en samlet indsats fra en række aktører som beslutningstagere, arbejdspladser, forsikringselskaber og sundhedsprofessionelle (5).

I det følgende opsummerer vi de anbefalinger for håndtering af patienter med rygsmerter, der har direkte konsekvens for det daglige møde med patienter med lændesmerter og giver et bud på, hvordan de kan omsættes til praksis.

DIAGNOSTIK

Rygsmerter er et symptom, der kan have mange årsager men er sjældent tegn på alvorlig sygdom. Det anslås, at under 1 % af patienterne har en systemisk sygdom eller infektion, og at fraktur som årsag til lændesmerter forekommer hos 1-4 % af patienter med lændesmerter i primærsektoren (2). "Røde flag" har traditionelt været anvendt til at identificere patienter, hvor alvorlig sygdom skal mistænkes og udredes nærmere. De fleste røde flag har imidlertid ikke selvstændig diagnostisk værdi, da de er meget uspecifikke. Blandt >1.000 patienter, hvor færre end 1 % viste sig at have en alvorlig tilstand, havde 80 % således mindst ét rødt flag (2). Derfor bør billeddiagnostik og andre udredningstiltag ikke foretages alene på baggrund af et enkeltstående rødt flag, men ud fra en samlet klinisk vurdering og respons på initial behandling. Kun ved symptomer på cancer, infektion eller på cauda equina-påvirkning anbefales akut udredning inklusive billeddiagnostik.

Det er vigtigt i overvejelserne for og imod billeddiagnostik, at billedfund er vanskelige at tolke, fordi degenerative forandringer som fx diskusprotrusioner og -prolaps, spinalstenose, facetledsartrose og Modic-forandringer også er meget hyppigt forekommende hos mennesker, der ikke har rygsmerter. Allerede i 40-årsalderen er der degenerative forandringer hos minimum 50 % af dem, der ikke har smerter (8). Hvis ikke der er mistanke om fraktur eller alvorlig patologi eller overvejelse om operation for diskusprolaps, ændrer billeddiagnostik ikke den anbefalede behandling. For nogle patienter kan billeddiagnostik være

med til at skabe unødige bekymringer, frygt og undgåelse af aktiviteter, og patienter, der har fået foretaget skanninger, ender oftere med kirurgiske behandlinger, der ikke er dokumenteret effekt af end patienter med de samme symptomer, der ikke skannes (9).

ANBEFALEDE TILTAG VED USPECIFIKKE RYGSMERTER (boks 1)

Primært bør patienter tilbydes information om, at der ikke er mistanke om, at de fejler noget alvorligt. De bør have en forklaring på, hvad rygsmertter er, hvad de selv kan gøre, og hvordan det forventede forløb er. Mange mennesker har skræmmende forestillinger om, hvad rygsmertter skyldes, og hvordan de udvikler sig. Derfor er det vigtigt at få fjernet bekymrende misforståelser (5). Udgangspunktet for informationen er derfor de tanker, patienten selv gør sig om årsager og muligheder.

Hos patienter med behov for yderligere tiltag i relation til nyopståede lændesmerter anbefaler Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer at overveje manuel ledbehandling (mobilisering eller manipulation) og efter den indledende fase superviseret træning. Akupunktur anbefales ikke rutinemæssigt, da effekten er usikker (6).

Medicinsk behandling med paracetamol, NSAID og opioider bør kun anvendes efter nøje overvejelser. Paracetamol og opioider har ikke vist bedre effekter på rygsmertter end placebo, mens NSAID sammenlignet med paracetamol ikke er påvist mere effektivt. Da der samtidig er risiko for bivirkninger, er medicinsk smertestillende behandling ikke længere

Boks 1 /

Hvad er uspecifikke lændesmerter?

- Uspecifik betyder, at der ikke kan identificeres én specifik struktur, som smerterne stammer fra. Det vil sige, at systemisk patologi og nerverodspåvirkning er udelukket som årsag til smerterne.
- Uspecifik betyder IKKE, at der ikke er en smertekilde. Muskler og led (inklusive disci) er mulige smertekilder, og formentlig er mere end én struktur ofte involveret.
- Ved uspecifikke rygsmertter betyder smertegivende signaler fra muskler og led kun meget sjældent, at der er skade på vævet.

førstevalg i håndtering af patienter med lændesmerter (6). Danske kliniske retningslinjer forholder sig ikke til brug af antidepressiva eller anti-epileptika mod rygsmarter, mens internationale retningslinjer overvejende fraråder brugen pga. manglende effekt og hyppige bivirkninger (10).

Ved længerevarende, funktionsindskrænkende lændesmerter anbefaler Sundhedsstyrelsen tiltag, der understøtter patienters mulighed for at mestre rygsmarter i hverdagen (11). Dette vil primært omfatte uddannelse, træning, manuel behandling som behandling af recidiver og fokus på arbejdsmarkedstilknytning. Internationale kliniske retningslinjer anbefaler desuden behandling med en kognitiv terapeutisk tilgang (7). Den kognitive tilgang har de senere år vundet indpas også i den ikke-psykologiske behandling, da studier tyder på, at også fysiske behandlinger har større effekt, hvis de påvirker patienters tanker om deres rygproblem positivt (12).

Generelle anbefalinger om håndtering af patienter med rygsmarter er opsummeret i boks 2.

Boks 2 /

Den generelle tilgang til patienter med rygsmarter

- Hos minimum 90 % stammer rygsmarter ikke fra én specifik struktur. At søge en strukturspecifik diagnose eller strukturspecifik behandling er derfor uhensigtsmæssigt.
- Billediagnostik bør ikke foretages alene på baggrund af et enkeltstående rødt flag men ud fra en samlet klinisk vurdering og respons på den indledende behandling.
- Røntgen og MR-skanning bør forbeholdes patienter med en specifik klinisk mistanke om alvorlig bagvedliggende sygdom – i andre tilfælde ændrer skanningsfund ikke ved behandling og kan have negative konsekvenser for patienten.
- Behandling skal sigte mod smertelindring, genetablering af funktion og øget egenhåndtering.
- Den primære behandling er information (se boks 2).
- Øvrige behandlingstiltag omfatter patientuddannelse, manuel behandling og vejledt træning.
- Medicinsk behandling bør ikke anvendes rutinemæssigt.

HOVEDBUDSKABER I PATIENTINFORMATIONEN

Baseret på undersøgelser om patienters forestillinger om rygsmarter og den eksisterende viden om, hvordan utryghed, manglende oplevelse af kontrol og negative fejlopfattelser påvirker smerteoplevelsen af prognosen, foreslår vi i det følgende, hvilket konkret indhold patientuddannelse om rygsmarter kan indeholde (13) (boks 3).

Boks 3 /

Patienter skal vide ...

- At uspecifikke rygsmarter er ufarlige.
- At rygsmarter er meget almindelige.
- At smerter er en beskyttelsesmekanisme, der ikke nødvendigvis er tegn på vævsskade.
- At smerter er hjernens fortolkning af signaler fra ryggen – tærskelen for, om et signal bliver til smerte, afhænger blandt andet af tidligere erfaringer, forventninger og fysisk og mentalt overskud.
- At fund på en skanning ikke viser, hvor smerterne stammer fra, og at degenerative forandringer også er almindelige hos mennesker, der ikke har rygsmarter.
- At ryggen har godt af bevægelse – også når den gør ondt.

Smerter opleves i hjernen

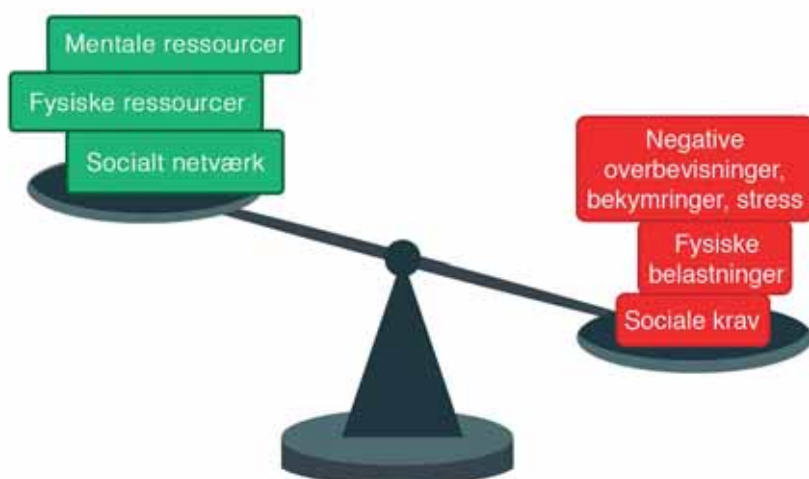
Rygsmarter er signaler fra muskler og led i ryggen, der i hjernen omsættes til en advarsel om, at ryggen har været udsat for noget, den potentielt kunne tage skade af (2). Signalerne fra ryggen bliver først til smerte, når hjernen har besluttet, at der kan være fare på færde. Smerterne fungerer som en beskyttelsesmekanisme, der opstår i god tid, inden ryggens strukturer tager skade. Hjernen advarer os – dvs. smerter opstår – baseret på alle de input, den får, og smerteforskning viser klare sammenhænge mellem smerteintensitet og erfaringer (fx tidligere oplevelser med rygsmarter) og forventninger (fx forestillinger om alvor af en skade eller tro på smertelindring) (14).

Balance mellem belastning og kapacitet

Hjernens tærskel for at fortolke et input som smerte påvirkes af de samlede fysiske og mentale belastninger hos et individ, og smerte

opstår, når belastningerne overstiger den samlede kapacitet, der er til rådighed. Smerter påvirkes derfor af både fysiske og mentale faktorer samt af tidligere erfaringer (14). Balancemodellen i figur 1 kan bruges til at hjælpe patienten med at identificere, hvad vedkommende har på hver side af vægten, og identificere muligheder for enten at øge kapacitet eller mindste belastninger. En væsentlig pointe er, at en fysisk belastning, der normalt ikke giver problemer, kan udløse smerter i perioder med dårlig søvn eller mange bekymringer (13).

Figur 1 /
Balancemodell, der illustrerer behov for at balancere fysiske, mentale og sociale belastninger med fysiske, mentale og sociale ressourcer.



Vend gradvis tilbage til normal aktivitet – også fremoverbøjning og vrid

I en akut fase med mange smerter må aktiviteter tilpasses, og det kan være nødvendigt at hvile sig, men det er ikke gavnligt at ligge stille lang tid ad gangen. Tilbagevenden til almindelig aktivitet er en del af behandlingen, og patienter skal derfor ikke afvente, at smerterne forsvinder, før de gradvist genoptager aktivitet. Der er heller ikke evidens for, at bestemte bevægelser som fleksion af ryggen er skadelig, eller at tilstræbt strakt ryg under løft er gavnligt. Tværtimod kan et stift og ensidigt bevægelsesmønster formentlig fremkalde og/eller vedligeholde smerter (15). Har patienten meget svært ved at bevæge sig i en akut fase, er bevægelse af lænden i liggende stilling en mulighed. For eksempel ved at svaje og runde lænden i rygliggende og bevæge benene fra side til side (figur 2). Der er ikke evidens for, at patienter med enkeltstående tilfælde af lændesmerter har gavn af at lave struktureret rygtræning, men muligheden for et træningsforløb bør drøftes med patienter, der

oplever gentagne episoder, da træning i efterforløbet af en episode, eventuelt kombineret med patientuddannelse, er de bedst dokumenterede forebyggelsestiltag (3).

Figur 2 /

Eksempel på øvelse, der kan anbefales ved akutte smerter.



Går det over igen?

Patienter skal vide, at de akutte episoder bedres markant de første uger, men også at det er almindeligt, at rygsmarter kommer igen. Rygsmarter er typisk en episodisk tilstand med smerter, der kommer og går. Det er derfor hverken uventet eller alarmerende, at patienter får gentagne episoder. Blandt danske patienter, der søgte praktiserende læge for lændesmerter, rapporterede kun omkring 10 %, at de ikke oplevede rygsmarter igennem et år efter en episode, ca. 25 % havde vedvarende moderate til svære smerter, ca. 15 % vedvarende milde smerter, mens de resterende 50 % havde rygsmarter, der kom og gik (4).

Patienter med kort uddannelse, hårdt fysisk arbejde og generelt dårligt helbred har overordnet størst risiko for langvarige, funktionsindskrænkende rygproblemer. Desuden er udstrålende smerter til benet, bekymring for, at rygsmarter er tegn på et alvorligt problem, utryghed ved bevægelse og en oplevelse af ikke at kunne gøre noget for at påvirke smerterne relateret til større grad af funktionsnedsættelse (2). Hos patienter, hvor de faktorer gør sig gældende, må tiltag ud over den basale information derfor overvejes.

GLA:D® RYG – ET STRUKTURERET TILBUD TIL PATIENTER MED BEHOV FOR BEDRE EGENHÅNDTERING

Efter model fra GLA:D -programmet for patienter med knæ- og hofte-smerter har SDU udviklet et struktureret forløb af patientuddannelse og vejledt træning, GL:AD Ryg, der har til formål at understøtte egenhånd-

GLA:D Ryg

- GLA:D Ryg er udviklet til patienter, der har langvarige eller gentagne lændesmerter, som påvirker daglige aktiviteter, og/eller gør patienten bekymret for fremtiden.
- Et GLA:D Ryg-kursus er et holdforløb, der består af 2 timers patientuddannelse og 8 ugers vejledt træning.
- Patientforløb monitoreres i et register, hvor patienter følges med spørgeskemaer ved start og efter 3, 6 og 12 måneder.
- GLA:D Ryg kan tilbydes af læger, fysioterapeuter og kiropraktorer, som har gennemgået SDU's kursus.
- Klinikeren vurderer sammen med patienten, om GLA:D Ryg er et relevant tilbud til den enkelte patient.
- Klinikere, der har gennemført GLAD Ryg-kurset, og information om tilbuddet findes på <https://gladryg.sdu.dk/>

tering hos patienter med langvarige eller tilbagevendende rygsmarter (boks 4) (13, 16).

GLA:D Ryg består af to holdsessioner af en times varighed med undervisning om ryggen, smerter og smertehåndtering efterfulgt af 8 uger med vejledt træning på hold to gange ugentligt. Som indledning og

Hovedbudskaberne i GLA:D Ryg

- En sund ryg har brug for balance mellem krav og kapacitet
- Smerte er ikke lig med skade
- Hjernen er i stand til at skrue op og ned for smerter
- Skæve rygge og dårlig holdning er almindeligt forekommende
- Handling kommer før bedring
- Bevægelse hæmmer smerter
- Træning styrker ryggen
- Ryggen er stærk og lavet til bevægelse



Figur 3 /

Eksempel på øvelse fra GLA:D Ryg-programmet med fire niveauer og variationsmuligheder inden for niveauerne.

afslutning er der en individuel session, hvor patienten gennemgår fysiske tests, og patientens personlige målsætninger drøftes. Deltagerne i forløbet besvarer spørgeskemaer ved start og efter 3, 6 og 12 måneder, så deres udbytte monitoreres og det bliver muligt at undersøge, hvilke patienter der har glæde af forløbet, og hvem der ikke har. Klinikere, der ønsker at udbyde GLA:D Ryg, deltager i et 2-dages kursus på SDU, hvor baggrunden for indholdet og den praktiske levering gennemgås.

GLA:D Ryg bygger på en kognitiv-adfærdstilgang til rygbehandling, der fokuserer på nøglebudskaber omkring smerteforståelse (boks 5).

Træningen består af otte øvelsesgrupper, der hver har fire niveauer (figur 3). Dermed kan niveauet tilpasses den enkelte patient, og patienter kan progrediere i programmet under forløbet. Øvelserne har elementer af styrke, udholdenhed og bevægelighedstræning. Traditionelt har øvelsesterapi for ryggen haft meget fokus på korrekt udførelse af den enkelte øvelse. Der er dog ikke evidens for, at øvelser udført på én bestemt måde er det mest effektive, og korrektion af bevægelse synes at modarbejde, at patienter får tillid til, at ryggen tåler mange forskellige typer af bevægelse og belastning. Derfor er det primære fokus at genvinde evnen til at bevæge sig med naturlig variation snarere end at bevæge sig "korrekt".

Klinikere, der har deltaget i de foreløbige evalueringer af GLA:D Ryg, oplever, at patientuddannelsen er den største forskel sammenlignet med deres øvrige tilbud. Patientinterviews fremhæver også betydningen af at ændre forståelse af rygsmertterne som et vigtigt redskab til at ændre adfærd, når smerterne kommer.

Ligesom for GLA:D-forløb for knæ- og hoftesmerter betales dele af eller hele forløbet gennem patienters egenbetaling afhængigt af klinikens overenskomst.

OPSUMMERING

Moderne behandling af rygsmertter bør understøtte patienters egenhåndtering og nedtone fokus på en strukturel forklaring. Information og patientuddannelse er den primære behandling. Til patienter med behov for yderligere overvejes manuel behandling eller superviseret

træning. GLA:D Ryg er udviklet på Syddansk Universitet som et bud på at omsætte kliniske retningslinjer til et veldefineret tilbud til patienter med langvarigt rygbesvær og behov for øget egenhåndtering. ●

Interessekonflikter: AK, IR, PK, JH står bag udvikling af GLA:D® Ryg, som SDU udbyder kurser i leveringen af. GLA:D® er et nonprofit-initiativ, og varemærket GLA:D® tilhører SDU. Forfatterne har ikke personlige økonomiske interesser i projektet.

Litteratur

1. Flachs EM, Erisen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark. Sygdomme. Copenhagen: Danish National Institute for Public Health; 2015
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018.
3. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018.
4. Kongsted A, Hestbaek L, Kent P. How can latent trajectories of back pain be translated into defined subgroups? *BMC Musculoskeletal Disord*. 2017;18(1):285.
5. Buchbinder R, van Tulder M, Oberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018.
6. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018;27(1):60-75.
7. (NICE) NiffHaCE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. 2016.
8. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811-6.
9. Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *Jama*. 2003;289(21):2810-8.
10. Schreyenbergh M, Koes BW, Lin CC. Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care - is there a need to change? *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2019;12(2):145-57.
11. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter. 2017.
12. 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):988-97.
13. Kjaer P, Kongsted A, Ris I, Abbott A, Rasmussen CDN, Roos EM, et al. GLA:D® Back group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain - development, theories and scientific evidence *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2018;19(1):418.
14. Carlino E, Frisaldi E, Benedetti F. Pain and the context. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10(6):348-55.
15. Geisser ME, Haig AJ, Wallbom AS, Wiggert EA. Pain-related fear, lumbar flexion, and dynamic EMG among persons with chronic musculoskeletal low back pain. *Clin J Pain*. 2004;20(2):61-9.
16. Kongsted A, Hartvigsen J, Boyle E, Ris I, Kjaer P, Thomassen L, et al. GLA:D(R) Back: group-based patient education integrated with exercises to support self-management of persistent back pain - feasibility of implementing standardised care by a course for clinicians. *Pilot Feasibility Stud*. 2019;5:65.