

Fysioterapi ved subakutte lænderygsmerter

7. januar 2015

Forskningstræning

Pernille Lund Mogensen

Stefan Bendtzen

Vejleder: Carsten Krogh Jørgensen

Indhold

| | |
|------------------------|----|
| <u>Baggrund</u> | 3 |
| <u>Formål</u> | 5 |
| <u>Metode</u> | 6 |
| <u>Resultater</u> | 8 |
| <u>Effekt smerte</u> | 9 |
| <u>Effekt RMDQ</u> | 10 |
| <u>Diskussion</u> | 11 |
| <u>Metode</u> | 11 |
| <u>Resultater</u> | 11 |
| <u>Konklusion</u> | 14 |
| <u>Litteraturliste</u> | 15 |

Baggrund

Rygsmærter er et stort problem i Danmark og årsag til mange henvendelser i almen praksis. Begrebet defineres som smerter, muskelspænding og stivhed nedenfor ribbensbuen og ovenfor nedre glutealfold, med eller uden udstråling til benene. Man kan opdele tilstanden i akutte tilfælde, med varighed op til 6 uger, subakutte med varighed fra 6 til 12 uger og langvarige rygsmærter med varighed over 12 uger.(1)

35% af den danske befolkning har oplevet lænderygsmærter indenfor det seneste år. Af disse vil 37% henvende sig til en behandler; i ca 2/3 af tilfældene vil det være patientens egen praktiserende læge, i 1/3 af tilfældene vil det være direkte hos en kiropraktor. Selv om der ved den praktiserende læge og hos evt. andre behandlere foretages grundig undersøgelse, vil 70-80% få diagnosen "uspecifik rygbesvær". Sikker diagnose med patoanatomiske forandringer ses kun hos 20-30%. (2)

Men betyder det noget? I 90% af nyopståede "ondt i ryggen"-tilfælde vil der ske en spontan bedring i løbet af 12 uger. Halvdelen er smertefri allerede indenfor 3 uger. Det anslås, at 60-80% opnår en hurtig spontan bedring uanset behandlingsindsats. (2)

Selvom mange opnår hurtig spontan bedring, har det store samfundsmæssige og menneskelige konsekvenser. Rygsmærter er den største enkeltdiagnose for social- og sygeudbetalinger og udgør 15% af langtidssygemeldinger og 10% af alle førtidspensioner. (1) Rygsmærter koster årligt samfundet 5,36 mia.kr. fordelt med 61% til indlæggelser, 17% til ambulante behandlinger, 7% til receptpligtig medicin, dvs medicintilskud, 15% til primær sektor. Udover de direkte omkostninger til undersøgelse og behandling er der omkostninger i f. m. sygemelding. Patienter med rygsmærter har 2,4 ekstra sygedage om året svarende til udgifter på 2,0 mia kr. Hvis man til dette kortsigtede produktionstab lægger de langsigtede, at patienter varigt trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet og de direkte omkostninger, ender man med samlede samfundsmæssige omkostninger ved rygsmærter på 12,1 mia.kr. Fysioterapi tegner sig for udgifter på 0,27 mia kr. årligt imod kun 0,02 mia kr. til kiropraktik. (3) Ud over de menneskelige omkostninger for den enkelte patient med sygemelding, smerter og risiko for varigt at falde uden for arbejdsmarkedet, har det store samfundsmæssige konsekvenser. Det er derfor vigtigt at vide, at de behandlinger, vi anbefaler og henviser til fra

primær sektor, er virksomme og ikke kun bidrager til yderligere udgifter for den enkelte patient og samfundet.

I almen praksis støtter vi os ofte op af vejledninger udarbejdet af vores faglige selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. I 2006 udkom vejledningen om "Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis". Her anbefales fysioterapi som en del af en behandling og særligt i de tilfælde, hvor en patient har behov for instruktion i øvelser. Altså fysioterapi med fokus på aktive øvelser og ikke passiv behandling. Der anbefales desuden en revurdering efter 5-8 behandlinger ved fysioterapeut for at undgå at fastholde en patient i et udsigtsløst behandlingsforløb. Afsnittet i vejledningen refererer ikke til nogen specifik litteratur på området.(4)

Der benyttes forskellige fysioterapeutiske tilgange til behandling af lændesmerter; udstrækkende øvelser, styrketræning, mobilisation, massage, manuel træk, holdningskorrektion, strøm, ultralyd og varme, men også kulde, og den såkaldte Mckenzie metode.(5) Sidstnævnte er siden den kom til Danmark i 1990'erne blevet mere udbredt. Principperne drejer sig om undersøgelse, behandling og forebyggelse gennem øvelser. (6)

Lændesmerter er, som det ses af de nævnte tal, en hyppig problematik i praksis. Når patienten ses med akutte smerter, får vi afklaret, om der er tale om discusprolaps eller anden alvorlig lidelse, og vi behandler i første omgang med smertestillende medicin. De mere kroniske smerter kræver i nogle tilfælde yderligere udredning. Men præcis patientgruppen med subakutte lændesmerter er dem, vi oftest ønsker at henvise til fysioterapi. Vi har derfor valgt at fokusere på dem.

Vi har valgt ikke at undersøge nogle specifikke fysioterapeutiske behandlingsformer, idet vi som regel i henvisningen, lader det være op til fysioterapeuten at tilrettelægge behandlingen.

Der bruges, som nævnt, store økonomiske midler i det danske samfund på tilskud til fysioterapi, derudover bruger patienten selv mange penge og tid på behandlingen. Hvis det ikke har effekt, kunne de penge spares. Hvis det har effekt, kunne flere måske hjælpes og komme hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet til glæde for både dem selv og samfundet generelt.

Formål

Formålet med denne opgave er således vha en litteraturgennemgang at undersøge om der i litteraturen findes holdepunkt for at fysioterapi har effekt på subakutte lændesmerter.

Metode

Vi foretog søgning i PubMed databasen med søgeord: "*low back pain AND physiotherapy*". Dette gav 3802 hits.

For at præcisere søgningen til opgavens formål foretog vi en søgning i MeSH databasen med henblik på at finde MeSH termer, således at vi mere omfattende kunne søge artikler indenfor både hele det fysioterapeutiske felt samt lænderygsmarter. Vi søgte derfor på *physiotherapy* og kom frem til at MeSH kategorien overordnet hed: "physical therapy modalities". Vi valgte at søge i denne overordnede kategori, da vi ikke ønskede at præcisere, hvilken fysioterapeutisk metode, der var tale om.

Vi lavede samme afsøgning i MeSH databasen på *low back pain*. Det viste sig, at der ikke var en mere præcis MeSH term.

En ny søgning i PubMed med MeSH termerne: "low back pain"[MeSH Terms] AND Physical Therapy Modalities[MeSH Terms]" gav 2356 hits.

For at indkredse søgningen yderligere skiftede vi til en søgning med samme termer men som MeSH Major Topics med henblik på at få de artikler, hvis hovedspørgsmål drejer sig om aktuelle forskningsspørgsmål: "low back pain"[MeSH Major Topic] AND "Physical Therapy Modalities"[MeSH Major Topic]. Hermed fik vi 1614 hits.

Vi ekskluderede artikler, som ikke er skrevet på enten engelsk eller dansk, hvilket gav 1490 hits.

Vi har valgt at fokusere på artikler, som omhandler subakutte lændesmerter, hvorfor vi tilføjede *Subacute* til søgningen og endte med i alt 69 artikler.

Ved gennemlæsning af abstracts og udvalgte hele artikler ekskluderede vi artikler, der ikke var relevante. Årsager til eksklusion kan ses i nedenstående tabel.

Ekskluderede artikler fordelt på årsag:

| | |
|---|----|
| Benytter surrogatmål (muskelstyrke, etc.) | 5 |
| Intervention ikke udført af fysioterapeut (f.eks. kiropraktor, læge) | 24 |
| Ikke et interventionsstudie | 9 |
| Undersøger specifikke fysioterapeutiske regimer i forhold til hinanden uden kontrolgrupper eller forskellige typer rygtræning | 18 |
| Kun protokol for forestående studie | 5 |
| Undersøger prediktorer for outcome | 4 |
| Kommentar til inkluderet artikel | 1 |
| | |
| Ekskluderede i alt | 66 |

Herved blev resultatet af søgningen 3 artikler, som kunne indgå til at undersøge vores formål.

Resultater

Pengel L, et. al, undersøger i deres randomiserede, placebo-kontrollerede interventionsstudie på 259 patienter (7) effekten af fysioterapeutisk behandling ved at sammenligne træning anvist af fysioterapeut med placebo "træning" (i form af UL behandling uden aktivt element) samt råd givet af fysioterapeut mod placebo (i form af samtale uden råd). De finder ved opfølgning efter 6 uger signifikant lavere smertescore (patientoplyst gennemsnit over sidste uge fra 0 til 10) med forskel på -0,8 point (-1,3 til -0,3) efter træning i forhold til ingen træning samt efter råd i forhold til ingen råd med forskel på -0,7 point (-1,2 til -0,2). Ved både træning og råd sammenlignet med ingen træning og ingen råd findes signifikant lavere smertescore efter 6 uger med forskel -1,5 (-2,2 til -0,7).

Ved opfølgning efter 12 mdr var effekten på smerte lavere og ikke længere signifikant for nogle af de 3 sammenligninger. Træning vs ingen træning -0,5 (-1,1 til 0,1); Råd vs ingen råd -0,4 (-1,0 til 0,3). Træning og råd vs ingen træning og ingen råd -0,8 (-1,7 til 0,1).

Ved sammenligning af samme grupper ud fra Patient-Specific Functional Scale var effekt af træning vs ingen træning ikke signifikant: 0,4 point forbedring (-0,2 til 1,0) efter 6 uger og 0,5 point forbedring (-0,1 til 1,0) efter 12 mdr. Råd vs ingen råd var derimod signifikant bedre i begge opfølgninger 0,7 (0,1 til 1,3) efter 6 uger og 0,6 point forbedring (0,1 til 1,2) efter 12 mdr. Træning og råd vs ingen træning og ingen råd var ligeledes signifikant bedre i begge opfølgninger 1,1 (0,3 til 1,9) efter 6 uger og 1,1 point forbedring (0,3 til 1,8) efter 12 mdr.

Ved sammenligning af Global Perceived Effect var effekt af træning vs ingen træning signifikant 0,5 point forbedring (0,1 til 1,0) efter 6 uger men ikke signifikant 0,4 point forbedring (-0,1 til 1,0) efter 12 mdr. Råd vs ingen råd var signifikant bedre 0,8 (0,3 til 1,2) efter 6 uger men ikke signifikant 0,3 point forbedring (-0,2 til 0,9) efter 12 mdr. Træning og råd vs ingen træning og ingen råd var ligeledes signifikant bedre 1,3 (0,7 til 1,9) efter 6 uger men kun grænsesignifikant 0,8 point forbedring (0,0 til 1,6) efter 12 mdr.

Ved sammenligning af de 3 grupper efter Roland-Morris Disability Questionnaire (se bilag 1) fandt man ingen signifikante forskelle, hverken efter 6 uger eller 12 mdr.

Hay EM, et al, sammenligner i deres randomiserede interventionsstudie på 402 patienter (8) et kortvarigt smertehåndteringskursus med råd og vejledning om aktivitet og træning givet af fysioterapeuter mod en pakke bestående af op til 6 manuelle behandlinger udført af

fysioterapeuter samt hjemmetræning. Forfatterne finder ingen signifikant forskel mellem de to grupper på Roland-Morris Disability Questionnaire efter 3 og 12 mdrs opfølgning.

Chok B, et al, sammenligner i deres randomiserede interventionsstudie på 54 patienter (9) en gruppe, som modtager et 6 ugers rygtræningsforløb ved fysioterapeut med en kontrolgruppe uden træningsforløb. Begge grupper undersøges med Sorensen Test ved start og slut, begge får varmpuder på ryg efter undersøgelsen og med hjem, samt modtager råd og vejledning vedr rygtræning mundtligt og skriftligt.

Ved sammenligning efter 3 uger findes signifikant lavere smertescore ($p < 0,5$) på VAS skalaen samt RMDQ score ($p < 0,5$) i forsøgsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Ved sammenligning af samme værdier efter 6 uger findes ingen signifikant forskel mellem de to grupper.

Effekt smerte

| Forfattere | Antal personer | Gruppe | Effekt smerte tidlig opfølgning | Effekt smerte sen opfølgning |
|---------------|----------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| Pengel, et al | 259 | Træning vs ingen træning | 6 uger: -0,8 point (-1,3 til -0,3) | 12 mdr: -0,5 (-1,1 til 0,1) |
| | | Råd vs ingen råd | 6 uger: -0,7 point (-1,2 til -0,2) | 12 mdr: -0,4 (-1,0 til 0,3) |
| | | Træning og råd vs ingen træning og ingen råd | 6 uger: -1,5 (-2,2 til -0,7) | 12 mdr: -0,8 (-1,7 til 0,1) |
| Chok, et all | 54 | Træning og råd vs ingen træning og råd | 3 uger: -5 VAS ($p < 0,5$) | 6 uger: -3 VAS ($p > 0,5$) |

Effekt RMDQ

| Forfattere | Antal personer | Gruppe | Effekt RMDQ tidlig opfølgning | Effekt RMDQ sen opfølgning |
|---------------|----------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Pengel, et al | 259 | Træning vs ingen træning | 6 uger: -0,8 (-1,8 til 0,3) | 12 mdr: -0,3 (-1,6 til 0,9) |
| | | Råd vs ingen råd | 6 uger: -0,5 (-1,6 til 0,5) | 12 mdr: -0,6 (-1,9 til 0,6) |
| | | Træning og råd vs ingen træning og ingen råd | 6 uger: -1,3 (-2,7 til 0,2) | 12 mdr: -0,9 (-2,7 til 0,8) |
| Chok, et all | 54 | Træning og råd vs ingen træning og råd | 3 uger: -5,4 (p<0,5) | 6 uger: -1 (p>0,5) |
| Hay, et al | 402 | Kort smertehåndteringskursus, råd og træning vs manuel behandling, råd og træning | 3 mdr: 0,8 (-0,5 til 2,1) | 12 mdr: 0,8 (-0,5 til 2,1) |

Diskussion

Metode

Vi brugte i vores søgning MeSH major termer i PubMed, da det hurtigt viste sig, at vores fokus på fysioterapi og lændesmerter var nævnt i en stor mængde artikler uden at handle om emnerne andet end i periferien. Denne måde at søge på kan dog naturligvis afskære en del ellers relevant litteratur, specielt den nyeste litteratur, som ikke er arkiveret i PubMed efter MeSH termer endnu.

Vores søgetermer viste sig dog også at indbefatte en væsentlig andel litteratur, som indbefattede mange andre typer terapi end specifik fysioterapi, f.eks. studier med kiropraktik og manuelle behandlinger af læge.

Andre søgetermer ville derfor muligvis have kunnet give et andet billede af litteraturen på området. For at finde nyere litteratur kunne vi have lavet en søgning på "citation match", og derved kunne vi have fundet nyere artikler, som refererer de artikler, vi har fundet egnede ud fra MeSH søgningen.

Resultater

Samlet fandt vi kun tre artikler, som var interessante for vores forskningsspørgsmål.

Undersøgelsen lavet af Pengel, et al,(7) er foretaget på fysioterapiklinikker i Australien og New Zealand og deltagerne udgøres af både patienter på ventelister til hospitalers fysioterapiklinikker (ca en tredjedel) samt patienter rekrutteret via avisannoncer (to tredjedele). Det kan dermed være svært at vurdere, om undersøgelsens patienter ville tilsvare den målgruppe, vi er interesserede i, altså patienter i almen praksis med første eller anden kontakt på baggrund af uspecifikke lænderygsmarter. Forholdene i Australien og New Zealand kunne sagtens være anderledes end i Danmark. Da vi søger på subakutte rygsmarter, burde patienterne på ventelisten dog ikke være mere kronificerede end vores målgruppe. Patienter rekrutteret via avisannoncer kunne man dog generelt forvente ville være mindre syge end patienter, der opsøger læge.

Undersøgelsen er den eneste af de tre udvalgte artikler, som gør et forsøg på at sammenligne med placebo. Dette gøres ved placebo træning ("sham-exercise") i form af ultralydsbehandling uden den aktive komponent, samt placebo råd ("sham-advice"), hvor terapeuten "lyttede empatisk, men uden at give råd". De evaluerer i artiklen troværdigheden af placebo ved et spørgeskema, og finder troværdigheden af placebo træning 1 point lavere end den rigtige træning, men troværdigheden af placebo rådgivning tæt på den rigtige rådgivning. Et muligt problem ved blinding af placebo træning var tidligere erfaring fra patienten med ultralydsbehandling, som ved aktivt komponent i udstyret kunne give en anden fornemmelse. Det kunne ikke lade sig gøre at blinde terapeuterne, men bedømmere er blindet.

Vi ser det som en styrke, at man har haft en placebo gruppe med, og måden, hvorpå man har givet dem placebo træning og placebo rådgivning, har virket efter hensigten.

Designet har en yderligere styrke i, at behandlere har været bedømt af en ekstern undersøger for at sikre, at behandlingerne var ens uanset hvilken behandler, der gav den.

Deltagerne var blevet bedt om ikke at modtage yderligere behandling, men en lille gruppe havde alligevel opsøgt anden behandling i form af massage, ultralyd, medicin, akupunktur, kiropraktik og andet. Der ses en større andel, som har søgt anden behandling, i de grupper, der har fået placebo råd. Selvom der er tale om en lille gruppe, kan det betyde, at grupperne kommer til at ligne hinanden mere, idet også placebo gruppen har fået en behandling der ligner interventionsgruppens.

Det kliniske forsøg udført af Hay et al.(8) har en styrke i, at rekruttering er foregået fra almen praksis, og således ligner vores kliniske hverdag. Opfølgning ved 3 måneder foregik ved selvudfyldt spørgeskema tilsendt deltagerne. Ved 12 måneder foregik opfølgningen ved at deltagerne fik besøg af en sygeplejerske. Vi ser dette som en styrke, idet der formentlig er en større opfølgingsrate, når sygeplejersken kommer hjem til folk, end hvis de skulle udfylde noget og sende ind.

Sygeplejersker og forskere var blindede. Deltagerne kendte ikke til forskernes hypoteser. Fysioterapeuterne var ikke blindede, da det ikke kunne lade sig gøre. Målemetoderne anvendt var RMDQ, et anerkendt redskab til vurdering af rygsmerter og funktion, flere andre spørgeskemaer og skalaer blev brugt til vurdering af smerte, somatisk og psykisk lidelse, coping strategier, og tilfredshed med behandlingen. Det var tilladt at benytte anden behandling og også medicin, brugen heraf blev rapporteret, men vi ser det som en svaghed i

forhold til studiets konklusioner, at nogle patienter kan have modtaget anden behandling samtidig.

Det er svært at se præcis, hvad kontrolgruppen har modtaget af behandling og rådgivning.

Der står i artiklen, at de har fået et kort smertehåndteringskursus, men varigheden er ikke nævnt. De har lavet noget træning, som er tilrettelagt individuelt, men det fremgår ikke tydeligt, hvordan de er blevet instrueret. Det er derfor svært at se, om kontrolgruppen svarer til konservativ behandling, som vi kunne have givet i almen praksis.

Det er en styrke, at der kun var 3 fysioterapeuter til at give behandlingen, da risikoen for interpersonelle forskelligheder i behandlingen således er reduceret.

Chok et al.(9) har en anden definition af subakutte lændesmerter end de øvrige artikler og definitionen i Lægehåndbogen. I artiklen definerer man subakutte lændesmerter som varende fra 7 dage til 7 uger. Det vanskeliggør sammenligningen med resultaterne fra de to øvrige artikler, idet patienterne her scores efter 3 uger og igen efter 6 uger, dvs. på tidspunkter, hvor man slet ikke har set patienterne endnu i de to andre studier. Der indgår formentlig en anden gruppe af patienter i dette studier, som ikke har haft smerter så længe. Patienterne er rekrutteret fra ortopædkirurgisk ambulatorium og skadestue i Singapore. Det kan være svært at drage direkte paralleller til vestlige forhold, idet vi ikke kender sundhedsvæsenets opbygning, og om der f.eks. findes en primær sektor. Vi kender heller ikke til de kulturelle forskelle; går man hurtigere eller senere til læge i Singapore end i Vesten.

Grupperne er ikke blinde. Kontrolgruppen modtager en varmpude og et hæfte med generel information om lænderygsmarter samt gode råd. Interventionsgruppen modtager desuden fysioterapeutisk træning over 6 uger. Deltagerne er derfor ikke tvivl om hvilken gruppe, de er kommet i.

Resultaterne er opgjort i figurer uden yderligere forklaring og sikkerhedsintervaller, hvilket gør det svært at gennemskue, hvorledes de har lavet beregningerne og kommet frem til hvilke resultater, der er signifikante, og hvilke, der ikke er. Samlet set er dette studie meget anderledes end de andre og resultatopgørelsen svær at læse.

Men overordnet set, virker fysioterapi så? Og har det en effekt i fht. hvornår patienterne vender tilbage til arbejdsmarkedet.

I følge de artikler vi har kigget på virker det på kort sigt, men på lang sigt er der ingen forskel. Måske er det helt andre faktorer, der spiller ind. Faktorer som negative forventninger i forhold

til bedring, forståelsen af smerte, undgåelses adfærd pga frygt. Et norsk studie peger på disse faktorer og er de første, der har påvist, at tidligere behandling af fysioterapeut er en risikofaktor i forhold til lang sygdomsperiode(10). En af teorierne til forklaring af dette er, at fysioterapi kan være med til at styrke patologiske tanker og kan kommunikere en advarsel om at starte på arbejde igen for tidligt. Det er således det norske studies konklusion, at det først og fremmest er individuelle og kognitive faktorer, der afgør, hvornår patienten kommer tilbage på arbejde. Også Hay, et al og Pengel, et al koncentrerer sig om psykosociale faktorer som frygt for, at smerter er lig med skade, coping strategier og forståelse af smerte, og benytter skalaer som DASS-21 og DRAM.

Den viste effekt af fysioterapi på kort sigt, men ikke på lang sigt, skyldes i en grad at lænderygsmærter er et selvlimiterende symptom. Dertil at patienterne formentlig hurtigt efter endt behandling falder tilbage i gamle vaner. Således kunne man forvente, at de patienter, der vanligvis går op i deres krop og træner og holder den ved lige, vil være de patienter, der vil have mest gavn af de råd og den vejledning, de får fra en fysioterapeut. Hvorimod de, der ikke vanligvis træner, vil falde tilbage til deres almindelige livsstil.

Konklusion

Formålet med denne litteraturgennemgang var at undersøge om fysioterapi har effekt på subakutte lændesmerter. De udvalgte studier finder en effekt på kort sigt, men ingen forskel på lang sigt. Det må derfor være op til en individuel vurdering i samarbejde med patienten at afgøre, om fysioterapi vil være det rigtige valg. Det er vigtigt at afdramatisere tilstanden og råde patienten til at holde sig igang. Er patienten ikke selv i stand til at udføre almindelige vedligeholdende rygøvelser, er det vores opfattelse at fysioterapi kan være gavnligt i forhold til instruktion i øvelser, der kan laves i hjemmet. Men det er samtidig vigtigt ikke at fastholde patienterne i lange fysioterapeutiske forløb med passive behandlingsformer.

Ud fra et samfundsøkonomisk synspunkt kan vi ikke se nogen gevinst ved fysioterapi, da der ikke ses nogen langvarig effekt. Man kan dermed ikke forvente at reducere i antallet af langvarige sygdomsperioder og førtidspensioner pga lændesmerter ved at henvise til fysioterapeutisk behandling.

Litteraturliste

- 1) Lægehåndbogen, lændesmerter - lave rygsmarter
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/fysmed-og-rehab/tilstande-og-sygdomme/ryg-nakke-og-bryst/laendesmerter-lave-rygsmarter/>
- 2) Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen - forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering serie B, 1999
- 3) M.B.Koch, M.Davidsen, K.Juel: De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmarter i Danmark. 2011, Statens Institut for Folkesundhed
- 4) Dansk Selskab for Almen Medicin: Klinisk Vejledning " Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis" 2006
- 5) Poitras S, Blais R, Swaine B, Rossignol M. : Management of work-related low back pain: a population-based survey of physical therapists. Phys Ther. 2005 Nov;85(11):1168-81.
- 6) www.mckenzie.dk Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi
- 7) 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 Jun 5;146(11):787-96.
- 8) Hay EM, Mullis R, Lewis M, Vohora K, Main CJ, Watson P, Dziedzic KS, Sim J, Minns Lowe C, Croft PR. 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 Jun 11-17;365(9476):2024-30.
- 9) 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 Nov;79(11):1032-42.
- 10) Reme SE, Hagen EM, Eriksen HR. Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. BMC Musculoskelet Disord. 2009 Nov 13;10:139. doi: 10.1186/1471-2474-10-139.

SPØRGESKEMA OM SMERTER I RYGGEN

Danish version of the Roland-Morris disability questionnaire. MAPI 2005

The translation process is described at the end of the questionnaire.

Note that an alternative Danish translation has also been published as Hanne A, Jensen A-M, Dahl D, Rasmussen MN. A Danish translation and validation of the Roland-Morris Questionnaire. Ugeskr Læger 2003;165:1875-80. However, this version includes a Yes/No response to each question, which is not recommended. If this version is used, items left blank should be scored as 'No'.

Når du har ondt i ryggen, er nogle af de ting du plejer at gøre, måske blevet mere vanskelige.

Denne liste indeholder nogle sætninger, som folk med smerter i ryggen har brugt til at beskrive sig selv. Nogle af sætningerne skiller sig måske ud, fordi de netop beskriver dig, som du har det *i dag*. Efterhånden som du læser listen, skal du tænke på dig selv *i dag*. Når du læser en sætning, der beskriver, hvordan du har det *i dag*, skal du sætte kryds i feltet. Hvis sætningen ikke beskriver dig *i dag*, lader du feltet være tomt og går videre til det næste sætning. **Husk kun at afkrydse ved sætningen hvis du er sikker på, at den beskriver dig, som du har det *i dag*.**

1. Jeg bliver hjemme det meste af tiden på grund af smerterne i min ryg.
2. Jeg skifter ofte stilling i et forsøg på at gøre det behageligt for min ryg.
3. Jeg går langsommere end sædvanligt på grund af smerterne i min ryg.
4. På grund af smerterne i min ryg foretager jeg mig ikke nogle af de ting, som jeg sædvanligvis gør derhjemme.
5. På grund af smerterne i min ryg bruger jeg gelænderet, når jeg skal op ad trapper.
6. På grund af smerterne i min ryg ligger jeg oftere og hviler mig.

7. På grund af smerterne i min ryg er jeg nødt til at holde ved noget, når jeg skal op fra en lænestol.
8. På grund af smerterne i min ryg prøver jeg at få andre til at gøre ting for mig.
9. Jeg kommer langsommere i tøjet end sædvanligt på grund af smerterne i min ryg.
10. Jeg står kun op i kort tid på grund af smerterne i min ryg.
11. På grund af smerterne i min ryg prøver jeg at undgå at bukke mig eller at gå ned i knæ.
12. Jeg har svært ved at komme op fra en stol på grund af smerterne i min ryg.
13. Jeg har smerter i ryggen det meste af tiden.
14. Jeg har svært ved at vende mig i sengen på grund af smerterne i min ryg.
15. Min appetit er ikke særlig god på grund af smerterne i min ryg.
16. Jeg har svært ved at tage mine sokker (eller strømper) på, på grund af smerterne i min ryg.
17. Jeg spadserer kun korte afstande på grund af smerterne i min ryg.
18. Jeg sover mindre på grund af smerterne i min ryg.
19. På grund af smerterne i min ryg kommer jeg i tøjet med hjælp fra en anden person.
20. Jeg sidder ned det meste af dagen på grund af smerterne i min ryg.
21. Jeg undgår tungt arbejde derhjemme på grund af smerterne i min ryg.
22. På grund af smerterne i min ryg er jeg mere irriteret og i dårligt humør over for folk end ellers.
23. På grund af smerterne i min ryg går jeg langsommere op ad trapper end ellers.
24. Jeg bliver i sengen det meste af tiden på grund af smerterne i min ryg.

The Original Sorensen Test (1)

- Safety: Have a chair placed in front of the patient for when the fatigue to hold on to
- Arms: arms bent across chest
- Hips: Fully extended
- Location of the edge of the table: ASIS placed at the end of the table
- Number of Straps: three straps with a pillow placed under the tibias
 - One at the pelvis
 - One behind the knees
 - One at the ankle
- Starting Position: patient performs a concentric contraction to place the spine in horizontal
- Method for Documenting Horizontal: Originally this was visually assessed by the clinician
- Criteria for Stopping the Test: The patient is no longer able to maintain the horizontal position, becomes too fatigued to continue, or experiences pain. If the test is not challenging for 240 seconds, the test is stopped.

