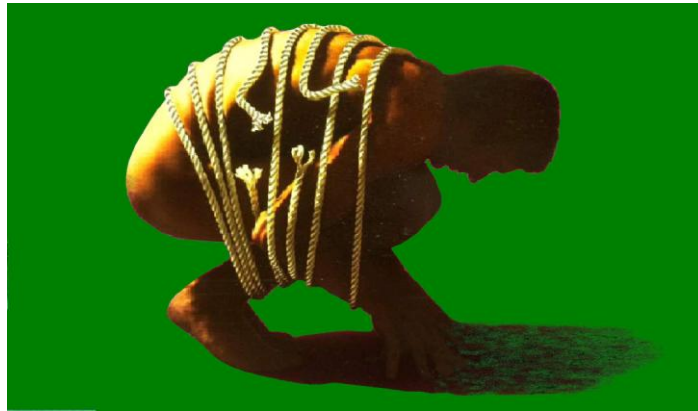


Kroniske uspecifikke lænderygsmarter



Christian Thrane-Rasmussen

Svendsgade 83, 7100 Vejle

lobbymann@gmail.com

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

Denne opgave foreligger ukommenteret og er udelukkende udtryk for forfatterens egne synspunkter.

14.04.2016

Indholdsfortegnelse

Resume	4
Summary	5
Baggrund	6
Formål	8
Metode.....	9
Design.....	9
Valg af patient	9
Kontekst	10
Reliabilitet og validitet af udvalgte undersøgelsesmetoder	10
Case beskrivelse	12
Anamnesen	12
Aktuelle kliniske fund	16
Behandlingsforløbet.....	19
Resultatmål for forløbet.....	20
Diskussion.....	23
Perspektivering.....	27
Referencer	28
Bilag 1 - Informeret samtykkeerklæring.....	33
Bilag 2 - Intervention ved 1. konsultation.....	35
Bilag 3 - 3. konsultation.....	36
Bilag 4 - 4. konsultation.....	37
Bilag 5 - 5. Konsultation.....	38
Bilag 6 - 6. konsultation.....	39
Bilag 7 - CAT 1.....	40
Bilag 8 - CAT 2.....	44

Vejleder

Inge Ris, fysioterapeut, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, MR, PhD.-studerende.

Resume

Baggrund: Forekomsten af lænderygmerter (LBP) på årsbasis er 880.000 mennesker i Danmark. Det medfører både samfundsøkonomiske og menneskelige omkostninger. Personer med LBP kan udvikle maladaptiv kognitiv adfærd som fear avoidance. Behandlingsstrategi i håndteringen af LBP kan indeholde en multi-dimensional tilgang. En måde er anvendelse af Mark Jones otte hypotesekategorier som er en multidimensional biopsykosocial klinisk ræsonneringsmodel. Der er ingen præference i behandlingskoncepter ved håndteringen af patienter med LBP, men klassifikationsbaseret kognitiv funktionel terapi (CB-CFT) viser forbedring af smerter og funktionsniveau for patienter med uspecifikke kroniske lænderygmerter (NSCLBP) sammenlignet med manuelbehandling og øvelser.

Formål: At beskrive samt diskutere et patientforløb med en 26-årig mandlig tømrer med NSCLBP med interventionen fokuseret på patientens smertemestringsevner og undgåelsesadfærd.

Casebeskrivelse og metode: Patienten er stoppet med arbejde og fritidsaktiviteter pga. smerterne. Patienten blev undersøgt ud fra en multidimensional biopsykosocial klinisk ræsonneringsmodel og blev klassificeret til at have fear avoidance adfærd og fleksionsdysfunktion. Der blev anvendt kognitivbaseret intervention for at ændre patientens negative overbevisning om at smerterne var skadelige for ryggen og for at muliggøre graduerede aktiviteter og livsstilsændringer. Målet med behandlingen var at få smerterne til at forsvinde og genvinde tidligere fritidsaktiviteter og genoptage arbejde. Fear Avoidance Belief Questionnaire er primære resultatmål og Numerisk Rang Skala, Roland Morris Questionnaire og Patient Specific Functional Scale er sekundær resultatmål.

Resultater: Interventionsforløbet strækker sig over 6 konsultationer på to måneder. Patienten havde reduceret fear avoidance adfærd, smerter og funktionsbegrænsninger efter endt interventionsforløbet. Patienten er påbegyndt tidligere fysisk aktivitet igen, men er stadigvæk ikke i arbejde. Subjektivt angav patienten at have de nødvendige værktøjer til den videre håndtering af rygsmerterne.

Diskussion: Hvilke faktorer kan forklare udeblivelsen af smertefrihed og hvilke faktorer kan forklare patientens bedring efter interventionsforløbet.

Perspektivering: Anvendelse af CB-CFT anvender en multidimensionel biopsykosocial klinisk ræsonneringsmodel og hvordan kan danske fysioterapeuter efteruddannes i denne håndteringstilgang for at sikre høj efteruddannelse af fysioterapeuter og behandlingskvalitet til patienter med NSCLBP.

Nøgleord: LBP, NSCLBP, multidimensional biopsykosocial klinisk ræsonneringsmodel, fear avoidance.

Summary

Background: The prevalence of low back pain (LBP) is on an annual basis 880,000 in Denmark. This results in both economic and human costs. People with LBP may develop maladaptive cognitive behavior as fear avoidance. Treatment strategy of LBP may include a multi-dimensional approach. One way of doing this is using Mark Jones eight hypothesis categories which is a multidimensional biopsychosocial clinical reasoning model. There is no preference in the treatment concepts of the management of patients with LBP, but classification based cognitive functional therapy (CB-CFT) shows improvement in pain and functional capacity of patients with nonspecific chronic low back pain (NSCLBP) compared with manual therapy and exercises.

Purpose: To describe and discuss a patient, a 26-year-old male carpenter with NSCLBP, with the intervention focused on the patient's pain coping skills and avoidance behavior.

Case Description and Methodology: As a consequence of NSCLBP the patient is on sick leave and has no leisure activities. Assessment of the patient was based on a multidimensional biopsychosocial clinical reasoning model and the patient was classified to have fear avoidance behavior and flexionsdysfunktion. Cognitive-based intervention was used to change the patient's negative belief that the pain was harmful to the back and to gradually resume activities and lifestyle changes. The goal of treatment was to getting the pain to disappear, resume leisure activities and work. Fear Avoidance Belief Questionnaire is primary outcome measure and Numerical Rank Scale, Roland Morris Questionnaire and Patient Specific Functional Scale is secondary outcome measures.

Results: The intervention process extended over 6 consultations during two months. The patient had reduced fear avoidance behavior, pain and functional limitations after intervention. The patient has returned to normal physical activity, but is still on sick leave. Subjectively the patient indicated to have the necessary tools for further managing his back pain.

Discussion: Factors that may explain the absence of pain relief and factors that may explain the patient's recovery after the intervention process.

Perspective: Using CB-CFT implies a multidimensional biopsychosocial clinical reasoning model and how can Danish physiotherapists be, trained in this approach to ensure a high level of training of physiotherapists and quality of treatment for patients with NSCLBP.

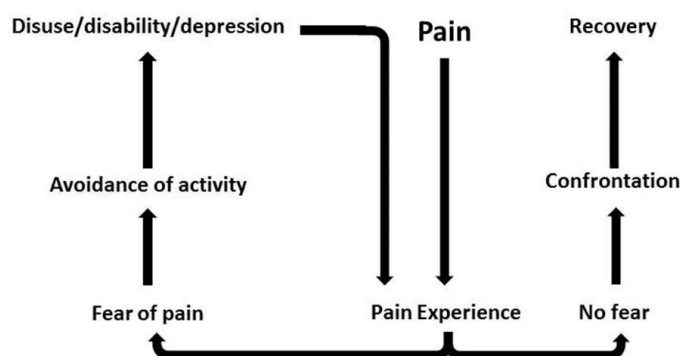
Keywords: LBP, NSCLBP, multidimensional biopsychosocial clinical reasoning model, fear avoidance.

Baggrund

I Danmark lever 880.000 personer med lænderygmerter(LBP). Personer med LBP har årligt 3,3 mio. besøg svarende til 10 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 2,3 mio. besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut, svarende til 30 % af alle besøg. Erhvervsaktive personer med LBP har årligt 5,5 mio. sygedage mere end erhvervsaktive personer uden LBP. Det svarer til at 20 % af alle sygedage er relateret til LBP. Ovenstående medfører, en årlig omkostning over 6 milliarder kr., 1.820 mio. kr. i behandling samt på 4.840 mio. kr. på produktionstab. (1) Udover den samfundsøkonomiske belastning, har LBP menneskelige omkostninger.

Eksempelvis er patientprofilen af en typisk patient i primærsektoren som beskriver en kvinde med symptomer fra lænden eller nakken, let til moderat funktionsbegrænsning, yderligere smerter fra andre kropsregioner, påvirkning af psykisk velbefindende og livskvalitet, længerevarende smerter, manglende evne til at håndtere smerterne, undgåelsesadfærd, søvnproblemer, kort/mellemlang uddannelse og i arbejde. (2)

Denne patientprofil beskriver, at patienter med kroniske smerter kan præsentere maladaptiv kognitiv adfærd (defineret som angst, frygt for bevægelse, katastrofe tanker, negative overbevisninger og overpåpasselighed) og mangler værktøjer til at mestre sin egen situation(3). Psykiske tilstande som angst og frygt for bevægelse kan være associeret med oplevelsen af smerte(4,5). Maladaptiv kognitiv adfærd kan udvikle funktionstab(3,5) og kan påvirke den enkelte patient på flere niveauer i form af ændrede fritid-, sociale- og erhvervsaktiviteter. Der kan opstå en selvforstærkende negativ spiral, som kan forårsage fear avoidance adfærd ifølge Fear Avoidance Modellen(FAM). FAM beskriver en reaktion efter en smerteoplevelse som kan medføre smerterelateret frygt. Denne frygt kan udvikle undgåelsesadfærd (overpåpasselighed) og medføre funktionstab og depression, som forstærker smerteoplevelsen negativt. Denne proces gentager sig selv og bliver en negativ spiral(6), se figur 1.



Figur 1. Illustration af Fear avoidance Model(7).

Kurser, med det sigte at kunne behandle kroniske lænderyg smerter (CLBP) patienterne har ofte fokus på den biomekaniske diagnostik og behandling af smerterne, dvs. en patoanatomisk tilgang. Men der er brug for en multi-dimensional tilgang(3,8–10) til CLBP også med fokus på psykologiske aspekter som tanker, følelser, overbevisninger, angst, frygt, fobier og smerteoplevelse. Disse punkter defineres i litteraturen som kognitiv og psykosocial adfærd(3,5,11–13) samt fysisk adaptiv adfærd eller fysisk maladaptiv adfærd(3,13). For at opnå den optimale håndtering af patienter med uspecifikke kroniske lænderygsmerter(NSCLBP), skal deres adfærdsstrategier (adaptiv eller maladaptiv) identificeres (3,13).

Identificering af psykosociale risiko faktorer i den kliniske undersøgelse er en udfordring(3) og der er behov for at anvende screeningsværktøjer(3,14,15). STarT Back Tool(SBT) anvendes til stratificering af LBP patienten i forskellige behandlingssubgrupper. SBT subgrupperer patienter med uspecifikke lændesmerter til risikogrupper lav-medium-høj (1-3). Lav risikogruppen (gruppe 1), er patienter med få negative prognostiske indikatorer, som anbefales behandling med analgesia, råd og vejledning. Medium risikogruppe (gruppe 2), er patienter med ringere prognose på grund af højt niveau af fysiske negative prognostiske indikatorer anbefales fysioterapeutisk behandling. Højrisikogruppen (gruppe 3), er patienter med dårlig prognose med høje niveauer af negative psykosociale prognostiske faktorer anbefales behandling, med både en fysisk- og en kognitivadfærdstilgang. (14)

Hypptigt anvendte koncepter (f.eks. Mekanisk Diagnostisk og Terapi og Maitland) til patienter med NSCLBP har en mere biomedicinsk tilgang og deres behandlingseffekten er begrænset (13,16). En mere patient centret behandling baseres på patientens overbevisning, kognitive tilstand, smerter, livsstil samt bevægelsesadfærd og derved håndtering af de underliggende faktorer, som forårsager smerterne vedligeholdes(3).

Ved anvendelse af en mere patient centreret tilgang(3,17) kan 1. konsultation indeholde: undersøgelse for røde flag, neurologiske udfald i forbindelse med LBP og psykosociale forhold; udelukkelse af specifikke diagnoser og diagnosticerer uspecifikke lænderygsmerter samt tilrettelæggelse af et behandlingsforløb målrettet den enkelte patient og dens præference(3,9,18). Til denne proces anvendes Mark Jones' otte hypotesekategorier, en multidimensionale kliniske ræsonneringsmodel som inkorporer ovenstående emner(9).

Der er endnu ikke udarbejdet danske nationale retningslinjer for håndtering af patienter med LBP(19), derfor skal klinikere orientere sig om den foreliggende evidens på emnerne.

Sammenligning af LBP behandlingskoncepter som Quebec Task Force Smerteklassifikation, Mekaniske Diagnostisk Terapi, Strukturbaseret Klassifikation, Neuromuskulær kontrol og Behandlings Rettet Klassifikation, viser ingen superioritet af en behandling i forhold til en anden(17). Dog er der enighed om at foretrække en mere aktiv tilgang end passiv i

håndteringen af patienter med LBP(20). Træning og motion som reducerer risikoen for recidiv af LBP mellem 25 og 40 procent(20), uanset hvilken form for motion, det drejer sig om(3,20,21).

Klassifikationsbaseret kognitiv funktionel terapi(CB-CFT) viser klinisk relevans for patienten med NSCLBP målt på smerter og funktionsniveau(22,23). CB-CFT anvender en multidimensional biopsykosocial klinisk ræsonneringsramme, baseret på den enkeltes patient patoanatomiske-, fysiske-, neurofysiologiske-, psykologiske- og sociale faktorer. Alle disse faktorer opleves individuelt og har indflydelse på NSCLBP. (13)

Der er vist moderat til høj inter-examiner reliabilitet af klassificering af patienter ved anvendelse af CB-CFT klassifikationssystem (24).

På baggrund af ovenstående er Critically Appraised Topics (CAT) 1 (Bilag 1) udarbejdet. Et studie af metodisk høj kvalitet konkludere at CB-CFT er superior i forhold til manuel terapi og øvelser(MT-EX), målt på smerter og funktion til gruppen med NSCLBP med fear avoidance adfærd.

Men på hvilke og hvor mange patient reported outcomes(PRO) measures anvendes dette? På baggrund af dette udarbejdes CAT2 (bilag 8) og konkluderer at, ved behandling med CB-CFT kan PRO effektmåleredskaber anvendes på alle tre ICF niveauer, dvs. kropsfunktion og anatomi, funktionsniveau og deltagelse.

Med baggrund i ovenstående er caserapportens(CR) formål at beskrive et forløb med en patient med NSCLBP med fokus på smertemestringsevne og patientens adfærd, samt diskutere den anvendte patient centrerede tilgang.

Formål

Formålet med denne case-rapport er at beskrive samt diskutere et patientforløb af en 26-årig mandlig tømrer med uspecifikke kroniske lænderygsmerter med interventionen fokuseret på patientens smertemestringsevner og undgåelsesadfærd, målt på effekten med Fear Avoidance Belief Questionnaire.

Metode

Dette afsnit beskriver design, valg af patient, kontekst af patientforløbet samt anvendte spørgeskemaer og resultatmål.

Efterfølgende beskrives patientforløbet: efter indledende afsnit med spørgeskemaer, anamnesen og den fysiske undersøgelse og opstart af intervention kommer de kliniske ræsonneringsafsnit, som omhandler kliniske overvejelser om relevante fund og videre håndtering af patienten.

Patienten er anonymiseret i hele forløbet. Forsidebillede(25) og Fear Avoidance illustration(7) er fundet på google.dk som kan anvendes frit.

Design

Opgaven er et prospektivt interventions forløb.

Valg af patient

På baggrund af udvælgelseskriterier(se nedenfor) vurderes det ud fra henvisningen, om patienten er relevant til CR. Via telefonisk kontakt er formålet forklaret med caserapporten. Patienten accepterede deltagelse både mundtligt og senere skriftligt (bilag 1).

Udvælgelseskriterier

Patienten skal have lokal NSCLBP uden udstråling, daglige smerter over 3 måneder og være mellem 18-65 år. Derudover må der ikke være:

1. Mistanke om røde flag som ikke er udredt(traumer/fraktur, cancer eller infektioner).
2. Specifikke diagnoser som radicular smerter, disc herniation, spondylolisthesis, stenosis, modic ændringer.
3. Operation i de sidste 3 måneder(i relation til ryggen eller benene/UE), graviditet, psykiske lidelser, widespread pain, reumatiske lidelser, progressive neurologiske lidelser eller udtalte hjerteproblemer samt andre medicinske sygdomme som er primær årsagen til at opsøge sundhedspersonale.

Kontekst

Der er sat 30 minutter af til 1. konsultation som bruges på anamnesen. Patienten informeres og accepterer dette.

De efterfølgende konsultationer med patienten varer op til 30 minutter. Det fysioterapeutiske forløb strækker sig over 2 måneder fra oktober til start december i 2015, 6 konsultationer i alt.

Reliabilitet og validitet af udvalgte undersøgelsesmetoder

De indledende spørgeskemaer anvendes til at stratificere interventionen. STarT Back Screening Tool skema(SBT) er valideret til subgruppering af lænderygpatienter med henblik på hvilken intervention der skal anvendes(14,15) og har en høj reliabilitet(14). Roland Morris-spørgeskemaet(RM) anvendes til vurdering af påvirkningen af funktionsniveauet og som er fundet reliabel og valid(26). Patient Specifik Funktionel Status (PSFS) benyttes som outcome measure og tilrettelæggelse af interventionen specifikt til patienten. PSFS har en god responsiveness og validitet til patienter med LBP(27).

Bech Depression Inventory-II (BDI-II) findes anvendelig og acceptabel til at vurdere om patienten har en underliggende depression. Der anvendes en cut-off under 8/9 og patienten har ingen depression(28).

Indledende spørgeskemaer

Inden 1. konsultation får patienten udleveret følgende spørgeskemaer.

- SBT(29)
- RM(30)
- PSFS(31)
- BDI-II(32)

Patienten score følgende på ovenstående skemaer. SBT 5/9 point, med 4 positive svar i de sidste 5 svar muligheder og kategorisere derved patienten i høj risiko for langvarige smerter. RM scores til 21/23 positive svar. PSFS aktiviteter er gymnastikscoring 0, fodboldscoring 1, arbejdsscore 0. BDI-II scorer patienten 7 point.

Klinisk ræsonnering efter udfyldelse af spørgeskemaer

SBT klassificerer patienten er i højrisikogruppen for udvikling af langvarige smerter og kognitiv terapi skal være en del af interventionen. Derudover har smerterne høj indflydelse på patientens funktionsniveau, vurderet fra scoren i RM og i PSFS, i det patienten er ophørt med at praktisere aktiviteter som følge af smerterne. Det kan hænge sammen med at, baseret på SBT klassifikationen, patienten muligvis er fear avoident og derved tilegnet sig adaptiv adfærd(3,13). Patienten scorer BDI-II lav og vurderer derfor med lav risiko for depression.

Case beskrivelse

Efter udfyldelsen af ovenstående indledende spørgeskemaer, vurderes disse inden optagelsen af anamnesen(1. konsultation). Anvendelsen af kursivskrift er patient udsagn.

Anamnesen

Persondata

Mand, 26 år og uddannet tømrer.

Henvisningsdiagnose

Henvist med lænderygmerter fra egen læge – udredt og afsluttet på Rygcenter i Region Syddanmark.

Patientens mål

At smerterne forsvinder, hvis de kan, og komme tilbage til de fysiske aktiviteter han tidligere har lavet i fritiden samt komme i arbejde igen.

Historik

Patienten har igennem 5 år haft LBP med varierende intensitet. For ca. 1 år siden, vågende patienten en morgen og kunne ikke bøje sig forover og nå fødderne. Derfor syntes patienten, det kunne være nok (*jeg får ikke noget klap på skulderen for at tage på arbejde med ondt i ryggen*). Patienten henvender sig til egen læge og oplever manglende seriøsitet angående hans situation. Patienten er igennem det sidste år blevet henvist til behandling hos kiropraktor(manipulationsbehandling) og fysioterapi (øvelser for lænden), samt et 6 ugers forløb igennem kommunen med træning, men oplever stadigvæk smerter fra lænden. Patienten udredt på Rygcenter og oplever at de ikke kan gøre mere for ham. Nu har patienten fået en henvisning til fysioterapi for at se om en ny fysioterapeut kan hjælpe ham.

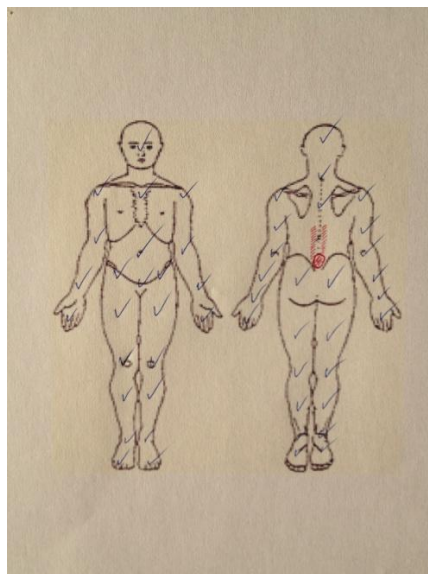
Symptomområde og beskrivelse af smerterne

Smerterne er lokaliseret til lavt i lænden. Numerisk Rang Skala(NRS) er, når det er værst 9, når det er bedst 3, det meste af tiden 6, da patienten svarede 5 og ved undersøgelse. Smerterne kan i perioder trække op langs rygsøjlen, ved provokation.

Smertekarakter: konstant irritation af ryggen.

Forværrende faktorer: for meget oppe og i gang, f.eks. handle. Lindrende faktorer: slappe af, dvs. ligge ned og støtte på benene i forbindelse med at handle og knække sig selv i lænden.

Ingen andre symptomområder, se figur 2.



Figur 2. kropsskema.

Andre relevante undersøgelser(røde flag)

Patienten tager ikke nogen medicin nu (afprøvet 3 måneders kur med Bonyl/NSAID), da han har en oplevelse af, at det kun tager toppen af smerterne. Han bruger smertestillende efter behov. Generelt helbred er selv vurderet til at være godt og patienten giver ikke udtryk for infektioner, virus, feber og har ikke morgenstivhed i forbindelse med lændesmerterne.

Der er ingen natlige smerter og intet uforklarligt væggtab.

Ingen kendte sygdomme og ingen arvelige sygdomme i familien (leddegigt, cancer, organsygdomme eller lignende lidelser).

Gangfunktionen er normal og urinveje samt tarm funktion er normal (ingen påvirkning med at tømme eller holde på vand og gas). Når patienten har provokeret smerterne, i forbindelse med aktivitet og bevægelse, kan det gøre ondt at hoste og nyse, mens bugpres er normal.

Intet traume i forbindelse med disse smerter, 1 år tilbage og ingen operationer. Fortæller at han for mange år siden (ca. 10 år) hang på hovedet op af et hæng (springgymnast udfordring) og mistede balancen og væltede bagover og overbøjede ryggen (hyper ekstenderede) og havde efterfølgende smerter, men lægen vurderede det umiddelbart ikke som noget alvorligt.

Billeddiagnostisk er patient udredt med røntgen, MR-scanning og der er taget blodprøver som er normale. Rygcenters samlede konklusion er, at de ikke finder nogen underliggende mekanismer, der forklarer hans smerter. Der er dog, i forbindelse med anden vurdering, fundet (meget lidt ifølge patienten og sandsynligvis ikke relevant ifølge samlede konklusion fra Rygcenter) mistanke om leddegigt. Patienten har fået af vide han ikke fejler noget alvorligt, men har måske lidt underliggende ledgigtssygdom (let artrit forandring i relation til SI-led, som kan indikere spondyloarthritis). Lænden vurderes normal(ingen prolaps eller listese). Derudover vurderes patienten til at have haft et tidligere brud, som sandsynligvis kan hænge sammen med traume for mange år siden.

Andet: den billeddiagnostiske afklaring har givet patienten psykisk ro, da det *har lukket munden på kommunen* i en periode i forhold til patientens økonomiske forhold, så han stadig kan få sygedagpenge. Derudover kan leddegigt årsagsforklare, hvorfor smerterne stadig er til stede i lænden.

Psykisk tilstand(gule flag)

Målsætningen for patienten er at komme ud af nuværende situation på en god måde(at smerterne forsvinder), begynde på tidligere aktiviteter, dvs. gymnastik, fodbold og løb, samt begynde at arbejde igen. Patienten forstår ikke egen situation, hvorfor smerterne bliver ved med at være der og håber, der kan gøres noget ved dem, da smerterne har stået på så længe. Han er dog i tvivl, om han bliver rask, dvs. om smerterne forsvinder.

Under anamnesen har patienten uddybet svarende i SBT, med følgende udsagn: Spørgsmål 5 svarer patienten ja til, da han er bange for at få ondt, altså provokere smerterne. Spørgsmål 6 svarer patienten ja til, da han er i tvivl om, hvad der skal ske med ham i fremtiden, dvs. kan smerterne gå i orden? Spørgsmål 7 svarer patienten ja til, da der er gået lang tid, siden smerterne opstod, og om han kan blive rask igen? Patienten svarer ja til spørgsmål 8 da han er meget hjemme, ligger meget ned og ikke laver aktivitet som tidligere. Dvs. de eneste aktivitet patienten laver på en dag er, at stå ind over køkkenbordet i forbindelse med at skulle lave mad og handle ind med kæresten.

Sociale situation

Patienten bor sammen med kæresten i lejlighed og er uddannet tømrer, men er aktuelt sygemeldt pga. rygsmerterne og har ikke været erhvervsaktiv siden november 2014. Patienten er stoppet med fritidsaktiviteter(gymnastik, fodbold, løb og styrketræning i fitnesscenter), pga. rygsmerterne, og har ikke lavet disse aktiviteter igennem det sidste år. *Jeg tør ikke at gøre dette, da jeg kan få ondt/mere ondt efterfølgende.*

Klinisk ræsonnering efter anamnese

I forbindelse med afdækning af patientens mål erkender patienten, at smerterne muligvis ikke forsvinder, og han accepterer sin nuværende situation med smerter. Derudover har han et ønske om og en parathed til at komme tilbage til tidligere fritidsaktiviteter og arbejde igen.

Ud fra patientens historik konkluderes oplevelse af manglende seriøsitet omkring patientens situation fra andre sundhedsfaglige personer. Patienten har både forsøgt sig med en passiv og en aktiv tilgang i behandlingen af hans smerteoplevelse, uden effekt.

Det kan konkluderes, ud fra symptomområdet og beskrivelsen af smerterne, at patienten har en oplevelse af konstante smerter. NRS er fundet valid og reliabel (33) og anvendes som sekundær outcome measure. Han har erfaret at passiv håndtering i form af hvile og mindst mulig aktivitet med ryggen er bedst, da aktiviteter med ryggen kan belaste ryggen. Denne tilgang er uhensigtsmæssig, når normal helingstid er passeret(3). Smerterne har yderligere medført, at patienten er socialt inaktiv i form af fritidsaktiviteter og arbejde.

Patienten vurderes til at have mekaniske smerter, da aktiviteter og belastninger kan forværre smerterne.

Ud fra patientens psykiske tilstand vurderes, at patienten mangler årsagsforklaring og håndteringsstrategier til at kunne mestre nuværende smerteoplevelse for at kunne komme videre i sit liv. Den billedediagnostiske afklaring har dog givet patienten psykisk ro, da det økonomiske fundament er sikret i en periode, og giver patienten en mulig årsagsforklaring på smerterne. Patienten anskuer sig selv som syg, når han oplever smerter og er først rask til at genoptage fritidsaktiviteter og arbejde, når smerterne er væk.

Ud fra henvisningsdiagnosen, manglende effekt af smertestillende medicin, generelt godt helbred, billede diagnostiske undersøgelser samt andre kliniske undersøgelser (blodprøver) og de mekanisk forværende faktorer i patienten samt at patienten ikke opfylder kriterierne for spondyloarthritis(34) eller andre uafklarede specifikke diagnoser i relation til lænden eller bækkenet vurderes patienten til at have NSCLBP.

Baseret på SBT vurderes, at patienten har tilegnet sig adaptiv adfærd i form af fear avoidance. Smerternes varighed har medført uvished om fremtiden som giver katastrofetanker om, at han altid skal være syg og derved ikke kan udføre de aktiviteter, som giver ham livsværdi i form af fysisk aktivitet og at kunne klare sig selv ved at arbejde.

Aktuelle kliniske fund

Anden konsultation bruges på den fysiske undersøgelse samt opstart af intervention.

På baggrund af 1. konsultation har jeg valgt, at patienten udfylder Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)(35), da jeg ud fra anamnesen og SBT, vurderer at patienten har fear avoidance adfærd. Den samlede score er 48 point (FABQ-PA 17 point + FABQ-W 31 point) og FABQ anvendes som primære outcome measure.

Da patienten er grundigt udredt på Rygcenter og patienten ikke har symptomer distalt for gluteal folden, vurderer jeg ikke nogen indikation for at lave neurologisk undersøgelse.

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i de aktive bevægelser for lænden – frontal- og sagittalplanet, dvs. fleksion, ekstension og sideglid i stående højre og venstre.

Baseline ved undersøgelsesstart: NRS 4. Ekstension i stående giver ERP i stående, den kendte smerte og virker restriktiv. Flexion i stående ERP og restriktiv (fortæller han bevidst spænder op i maven). SGIS hø. og ve. intet abnormt. Patienten viser i forbindelse med denne undersøgelse, at han til dagligt laver mange sideværts bevægelser (sidebøjning), da det ikke provokerer smerterne fra lænden, og han kan derved nemmere få ting op fra gulvet.

Derudover viser patienten, at hvis han skal samle noget op fra gulvet, så går ned i knæ med ret lænd, for at undgå smerteforværring i lænden. Jeg spørger patienten, om smerter er lig med skade og han svarer ja. Efterfølgende ændrer jeg udgangsstillingen for patienten og tester fleksioner i liggende og fleksioner i siddende som umiddelbart ikke provokerer ryggen, men det trækker i den. Der foretages ikke palpatorisk undersøgelse af patienten, da smerterne reproduceres med de aktive bevægelser.

På baggrund af ovenstående vurderes patienten til at have en underliggende fleksionsdysfunktion og have maladaptiv kognitiv adfærd i form af fear avoidance.

På baggrund af ovenstående fysiske undersøgelse, de indledende spørgeskemaer og de anamnestiske fund iværksættes følgende intervention.

En kognitiv intervention i form af; information om fear avoidance, ændre patient målet (genoptage aktiviteter før fokus på reduktion i smerterne), undervisning i hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig smertesvar (latens tiden) efter opstart af fysisk aktiviteter samt refleksionsøvelse over adaptiv adfærd og maladaptiv adfærd.

Den fysiske intervention består af: opstart af fleksionsregi, dagligt (gradueret aktivitet). For yderligere uddybelse af denne intervention se bilag 2.

Klinisk ræsonnering efter aktuelle kliniske undersøgelser og opstart af intervention

På baggrund af de fysiologiske bevægelser i undersøgelsen af lænden, provokeres kendte symptomer og fravælger manuelle undersøgelsesteknikker, da patienten selv bekræfter at disse bevægelser provokerer smerter i dagligdagsfunktioner. Disse smerter har medført adaptiv adfærd i form af at løfte ting op fra gulvet ved at bruge sidebøjning eller en high load strategi (løfte en kasse øl) til en low load opgave som at løfte en hat op fra gulvet. Biomekanisk vurderes det, at patientens vedvarende smerte kan vedligeholdes af den deconditionering af lænderyggen, som sker, ved manglende stimuli af bevægelse og træning (3), i patientens tilfælde ca. 1 år. Derudover vurderes underliggende lumbale dysfunktioner (primært fleksionsdysfunktion), som er karakteristiske ved at reproducere kendte smerter i yderstilling og være restriktive i yderstillingen (16). Da patienten er fear avoidant og tidligere har afprøvet manuel behandling, med manglende effekt, fravælges denne.

Information til patienten muliggør skifte af agenda i behandlingen, dvs. forbedrer funktionerne for at opnå smertereduktion, når eksponeringen af funktionerne praktiseres over tid.

Undervisningsdelen gives på baggrund af manglende mestringsevne af smerterne så patienten bedre kan navigere i passende smerteeksponering i forbindelse med opstart af fysiske øvelser. Undervisningsdelen bruges også til at afkræfte, at smerter er lig med skade, men et passende smerterespons er udtryk for, at ryggen belastes hensigtsmæssigt.

Refleksionsøvelsen bruges til at få patienten til at tænke over hans nuværende håndteringsstrategi i forhold til smerterne, og hvordan det kan fastholde ham i nuværende situation.

Den fysiske tilgang bruges til at eksponere patienten for bevægelser, som provokerer smerterne. Øvelserne modificeres til liggende udgangsstilling samt siddende (stammer og spænder i lænden) og i stående (smerter i lænden) for at give patienten en fornemmelse af han kan begynde at bøje ryggen. Patienten skal yderligere vurdere, hvor lang en gåtur han ville kunne udføre og prøve det af derhjemme. Derved opfordrer jeg patienten til egen erfaring jævnfør undervisningsdelen, eksponerer han tilstrækkeligt eller for meget. Jeg tillader patienten at få pauser i starten med opstart af eksponerende øvelser, for at afspænde lænden (introduceret til vejtrækningsøvelser), så patienten får en oplevelse af han godt kan gennemføre de udvalgte, øvelser uden smerterne blusser op.

På baggrund af den fysiske undersøgelse, de indledende spørgeskemaer, de anamnesticke fund samt den iværksatte intervention opsummeres de primære fund hos patienten i nedenstående tabel (1) som beskrives ud fra Mark Jones' otte hypotesekategorier.

Tabel 1. Mark Jones' otte hypotesekategorier.

Aktivitet og deltagelse	Stoppet med foroverbøjning, løb og styrketræning i fitnesscenter, gymnastik, arbejde og isoleret sig i hjemmet.
Patientens perspektiv på egen situation	Håber han kan komme af med smerterne, men tvivler da smerterne har stået på så længe.
Vævsheling og smertemekanismer	CLBP og perifert samt central sensitiveret.
Involverede symptomgivende struktur og funktionsændringer	NSCLBP med underliggende fleksionsdysfunktion.
Vedligeholdende og prædisponerende faktorer	Nuværende fysisk adaptiv adfærd (avoidance). Tidligere fysisk maladaptiv adfærd (confronter).
Særlige hensyn og kontraindikationer	Kan opleve flair up af NSCLBP, ved for megen aktivitet. Fysioterapeuten skal ikke skabe barriere, men muligheder for patienten.
Håndtering og behandling	Hands off og understøtte den aktive tilgang til erhvervelse af tidligere funktioner, som er patientens mål med behandlingen.
Prognose	Patienten vil forsat have NSCLBP i fremtiden. Patienten har accepteret kroniske smerter og er villig til at forsøge at genvinde funktion af ryggen og derfor ingen funktionsbegrænsning for patientens mål med fysioterapi.

Behandlingsforløbet

Selve behandlingsforløbet strækker sig over seks konsultationer. Tredje til sjette konsultation beskrives kort nedfor og udbydes i bilag (3, 4, 5 og 6).

Ved tredje konsultation har patienten udført hjemmeøvelser(fleksionsregi) og gåtur uden flair up af NSCLBP. Konsultation bruges til at give patienten viden om, hvordan sensitivering af det perifere og det centrale nervesystem påvirker NSCLBP og patienten finder dette lærerigt samt brugbart i forståelsen af vedvarende smerter i lænden. Patienten introduceres til progressionsøvelser i forbindelse med genoptagelse af træning i motionscenter og skal selv teste løb og gang svarende til 1 km (bilag 3).

Ved fjerde konsultation har patienten løbet 2-3 km uden flair up af NSCLBP. Konsultationen bruges til gennemgang af tidligere fitnessøvelser og introduktion af nye for mave- og rygøvelser. Patienten skal i den efterfølgende uge afprøve to gange fitnessstræning samt to gange løb på. Patienten føler at behandlingen er målrettet til ham (bilag 4).

Ved femte konsultation er fitnessstræning afprøvet samt løb samme dag og erfaret at træningen på nuværende tidspunkt skal separeres til forskellige dage grundet flair up af NSCLBP. Patienten introduceres til korrektionsøvelse i siddende, da han stadig oplever gener fra lænden i denne funktion. Patienten accepterer nuværende situation og skal forsætte genoptræningen selv igennem den næste måned (bilag 5).

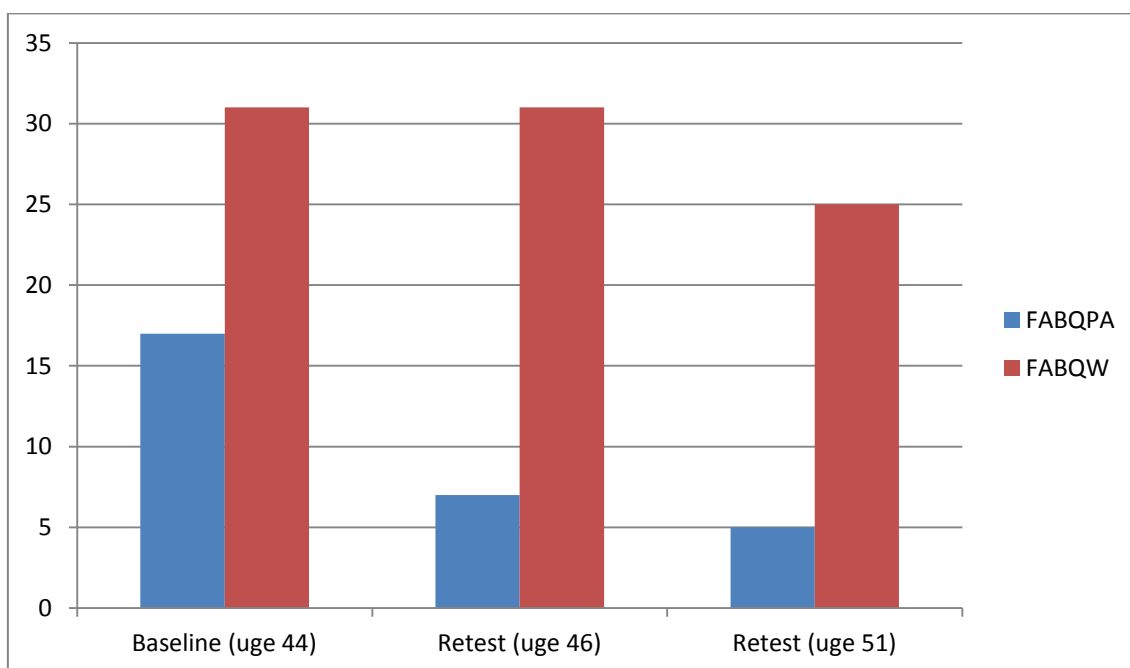
Ved sjette konsultation træner patienten 3-4 gange ugentligt af en varighed på 60-90 minutter med løb og fitness med dødløft svarende til 17,5 kg. Patienten kan sidde i 60-90 minutter og oplever perioder hvor smerterne er helt væk. Konsultationen anvendes til at give patienten viden om recidiv i fremtiden og hvordan disse skal håndteres. Patienten er bekræftet i at genoptræningen forsættes i eget regi uden fysioterapeut, da det vurderes at han har den nødvendige viden til at kunne gøre dette. Patienten afsluttes ved 6. konsultation og han beskriver behandlingsforløbet som værende spændende, lærerigt og opløftende. Patienten har fundet ud af at ryggen virker(patienten er påbegyndt aktiviteter igen som han tidligere tænkte var skadelige for ryggen) (bilag 6).

Resultatmål for forløbet

Forløbets resultater dokumenteres med primære resultatmål Fear Avoidance Beliefs Questionnaire Physical Activity (FABQPA) og Work (FABQW). Det er muligt at score maks 24 points i FABQPA og maks 42 points i FABQW. Jo lavere score, des lavere fear avoidance adfærd. Sekundære resultatmål er Roland Morris (0-23 points, højere scoring angiver dårligere funktionsniveau), Nummer Rating Scale (0-10, højere scoring angiver flere smerter) og Patient Specific Functioning Scale (0-10, højere scoring angiver bedre funktion). Resultat mål inddeles i Kropsfunktion og Anatomi (FABQ, NRS), Aktivitet (RMQ og PSFS) og Deltagelse (patient udsagn).

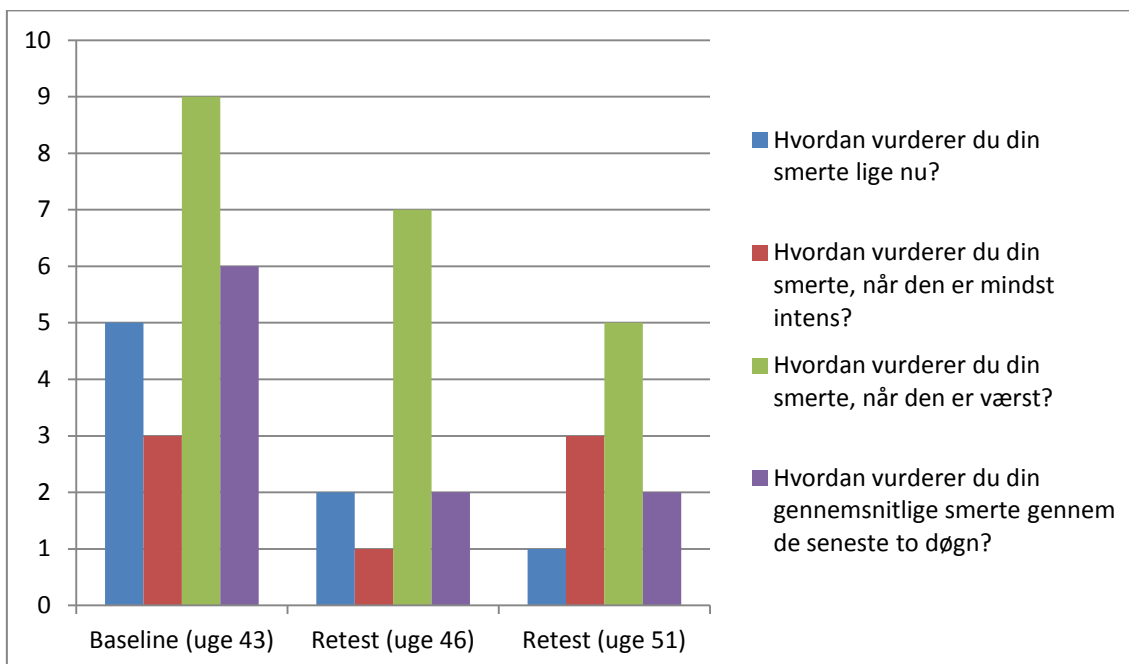
Kropsfunktioner og Anatomi

Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)



Figur 3. Patientens ændringer over tid målt med Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ).

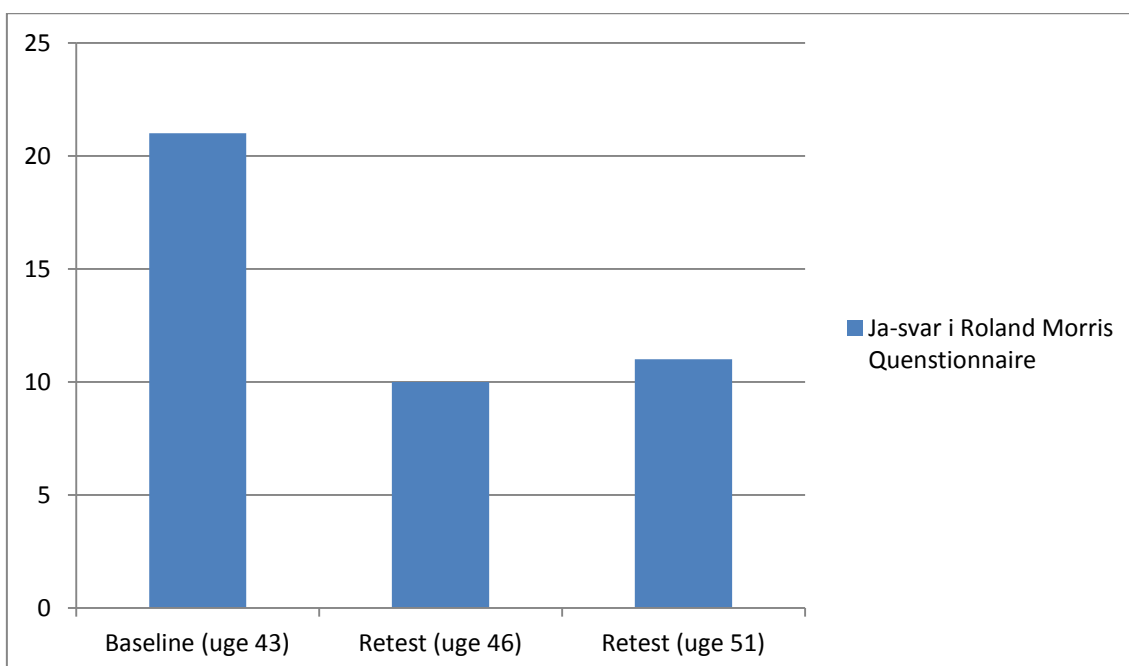
Numerisk rang skala(NRS)



Figur 4. Patientens ændringer over tid målt med NRS - patientens selvvaluerede oplevelse af smerter.

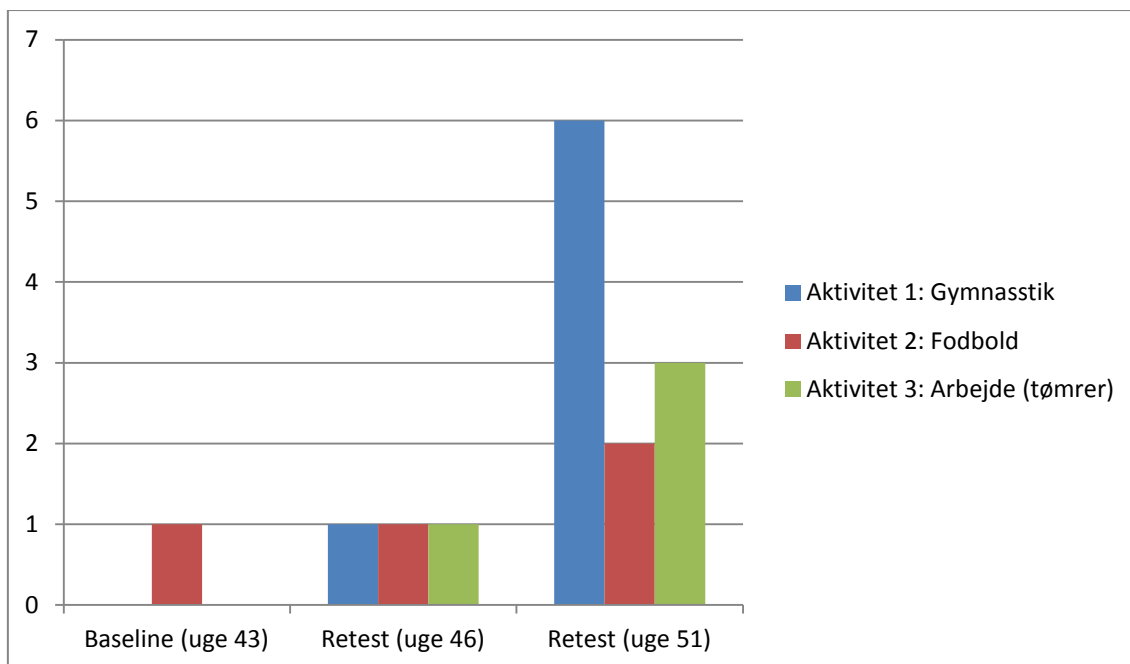
Aktivitet

Roland Morris Questionnaire(RMQ)



Figur 5. Patientens ændringer over tid målt med RMQ.

Patient Specific Functional Scale(PSFS)



Figur 6. Patientens ændringer over tid målt med PSFS beskriver på 3 forskellige aktiviteter: aktivitet 1. Gymnastik, aktivitet 2. Fodbold og aktivitet 3. Arbejde (tømrer).

Deltagelse

Patienten var ved afslutningen i stand til at varetage træning igen, i form af løb og styrketræning og følte ikke længere at fysisk aktivitet var skadeligt for ryggen(jævnfør anamneseafsnit). Patientens udsagn ændres fra opstart af behandlingsforløbet fra; *Jeg tør ikke at gøre dette, da jeg kan få ondt/mere ondt efterfølgende* (jævnfør anamneseafsnit, sociale situation), til afslutningsvis; *jeg er kommet igennem og tør bruge ryggen og stoler på den virker* (bilag 6).

Diskussion

Denne CR beskriver et behandlingsforløb af en 26-årig mand med NSCLBP ud fra en patientcentreret tilgang. Ved behandlingens start havde patienten konstante smerter, kognitiv adaptiv adfærd (fear avoidance og derved stoppet med fysisk aktivitet), samt underliggende fleksionsdysfunktion og interventionen er rettet imod disse. Patienten begynder at genoptage aktiviteter, som han har undladt grundet angsten for smerte forværring. Den patient målrettede interventionen er meningsfuld for patienten og ved afslutningen kan han selv varetage den videre fysiske genoptræning af ryggen. Patienten beskriver perioder uden smerter og er begyndt at løbetræne og styrketræning igen, men er endnu sygemeldt.

På baggrund af ovenstående findes det relevant at diskutere udarbejdelsen af CAT1 og 2, valg af spørgeskemaer, valg af patient, interventionsform og outcome measures.

Inden endelig søgning i CAT 1 og 2 er forskellige søgekonstellationer afprøvet for at opnå et optimalt resultat med søgningerne. Der er fravalgt at anvende flere databaser, da det er udover opgavens kriterier. Der er fundet et systematisk review(36) som ikke var med i litteratursøgningen i forbindelse med udarbejdelsen af CAT1, som vurderes brugbart til kritisk vurdering. Studie er ikke inkluderet i CAT1 søgningen pga. ukorrekte søgeord eller pga. fravalg af flere søgemaskiner. Fersum m.fl 2010 (36) konkluderer begrænset til ingen forskel i behandlingseffekt, ved manuel terapi samt øvelser sammenlignet med patient centreret behandling ud fra et klassifikationssystem. Studiet anbefaler yderligere forskning med fokus på specifik intervention til CLBP, samt anvendelse af valide og reliable subklassifikationssystem i en biopsykosocial klinisk ræsonneringsmodel og yderligere afgrænsning af inklusions- og eksklusionskriterier(36).

I forbindelse med udarbejdelsen af CAT 2 findes ingen synonymer for CB-CFT og behavior therapy og cognitiv therapy er ikke relevant for denne opgave, derfor undlades disse søgeord. En forfatter har udarbejdet CAT1 og 2 og kan derved have ekskluderet relevant litteratur i forbindelse med screening af overskrift og abstrakt som kunne have været relevant i den enkelte CAT's.

De udvalgte indledende skemaer(SBT, RMQ, PSFS og BDI-II) er udvalgt jævnfør baggrundsafsnittet og relevante core outcomes til patienten med kroniske smerter(37). Men kunne eventuelt have nøjes med PSFS frem for RMQ, da PSFS sandsynligvis har højere sensitivitet end RMQ(27).

Der er litteratur, som anbefaler 4 til 16 konsultationer, når kognitiv funktionel terapi anvendes som interventionsform (38). På baggrund af denne, samt patientens udsagn om, at han føler

sig klar til at håndtere den videre genoptræning selv(bilag 6), afsluttes patienten efter 6. konsultation. Opfølgende outcome measures(OM) er ikke udført og derfor kan det ikke vurderes om effekten er langvarig. Der er dog litteratur, som dokumenter en positiv effekt efter den enkelte konsultation(6) og op til 12 måneder efterfølgende(12). Der er ikke registreret outcome measures inden og efter behandlingsforløbet, dvs. en periode inden og efter interventionen, som kan indikere, at det er behandlingsforløbet, som har indflydelse på outcome measures. Der er studier, som dokumenter uændret outcome measures inden behandlingsforløb finder sted og den opnåede effekt vedbliver efter behandlingsforløbets afslutning (6,12). Denne litteratur er udarbejdet på enkeltstående cases(6) eller et studie(12) som kun inkluderer en begrænset mængde deltagere(n=26) for gruppen med NSCLPB.

Den anvendte kliniske praksis, patient centreret tilgang, anvender OM på alle ICF niveauer som anbefalet i forbindelse med håndteringen af patienter med kroniske smerter (37). Patienten har en kompleks diagnose, og det er nødvendigt at afklar de involverede biopsykosociale faktorer hos patienten for at kunne tilrettelægge hensigtsmæssig behandling og effektmåle på flere parametre(3,13). På baggrund af dette anvendes flere relevante core outcomes(37) i form af primære og sekundære OM for at monitorere behandlingsforløbet. På baggrund af 1. konsultation vurderes patienten til at have fysisk adaptiv adfærd i form af kinesiofobi og FABQ bekræfter dette. På baggrund af dette anvendes FABQ som primær OM og RM, PSFS og NRS som sekundær OM.

FABQ baseline registers ved 2. konsultation (dvs. en uge efter 1 konsultation) og hvis FABQ var registreret første gang kunne målingen have set anderledes ud, da interaktionen med patienten ved første konsultation har været intervention(39) og derved påvirket baselinescoren af FABQ, da behandlingsinterventionen er en uge gammel på daværende tidspunkt.

Der anvendes ikke OM på patienttilfredshedsundersøgelse, men konklusionen af CAT 2 viser, at ved anvendelse af CB-CFT, er dette et relevant parameter at effektmåle på, men da det ikke har været muligt at erhverve OM, som måler på patienttilfredshed undlades dette.

Patientens forhåbning inden behandlingsforløb var at blive symptomfri og derved opnå fuld helbredelse. Den manglende fulde helbredelse skal sandsynligvis årsagsforklares med en mangfoldighed af årsager. En høj scoring i SBT, intense smerter, høje FABQ scorer og kinesiofobi er alle prædiktive indikatorer for at fuld helbredelse ikke vil finde sted(40). Andre studier viser dog at høj Fear Avoidance ikke er prediktiv for outcome(5,11). Pincus m.fl. 2006(11) konkluderer lille sammenhæng mellem frygt tilstande og dårlig prognose, men argumenter at depression er indikator for dårligt outcome. George og Stryker 2011(5)

argumenterer at Fear Avoidance ikke kan anvendes som prædikator da interventionsformen i studiet er patientcenteret og kan sandsynligvis årsagsforklare effekten af behandlingen. George og Stryker 2011(5) argumenterer for, at anvendelsen af standardprotokoller til behandling ikke tager højde for individuelle behandlingshensyn, som kan forklare, hvorfor Fear Avoidance tidligere er anvendt som prædiktive for outcome. Andre studier beskriver at stress, kognitiv og fysisk adfærd, samt livsstilsfaktorer er mere prediktive for LBP end patoanatomiske fund ved billedediagnostisk udredning(3). Patienten i opgaven har kognitive (fear avoidance, angst, katastrofe tanker og passive håndteringsstrategier af egen situation) og livsstilsfaktorer(manglende fysisk aktivitet), som alle er indikatorer for LBP i fremtiden. Den tidligere maladaptive kognitive adfærd og den nuværende adaptive adfærd var vigtig at håndtere hos patienten, og evidensen bekræfter, at en patientcentreret tilgang med anvendelse af CB-CFT kan ændre patientens negative overbevisning(3,41). Patienten scorer 31 point i FABQ-W ved baseline og den mangelfulde helbredelse kan sandsynligvis også årsagsforklares med, at patienter med arbejdsrelateret LBP med en FABQ-W scorer over 29 kan være en indikation for dårligt outcome(42). FABQ-PA er dårlig til at til at identificere patienter med dårlig prognose og der er ikke angivet nogen cut-off value for denne subskala(42). Anden litteratur, definer FABQ-PA værende høj, når 15 point eller over(5) og patientens FAB-PA var høj(17 point) ved baseline og lav(under 15 point) ved afslutningen af behandlingsforløbet.

Nyere studie viser lovende resultater ved anvendelse af CB-CFT til patienter med NSCLBP og foreslår at denne behandlingstilgang sammenlignes med andre konservative interventionsformer (12). Studiet konkluder, at de fysiske outcome measures som holdning og fysisk aktivitet i løbet af dagen ikke var ændret, og det samme er fundet i tidligere studie (43), som anvendes i udarbejdelsen af CAT1 og CAT2. Dette kan indikere, at fysiske parametre ikke er følsomme som forandring ved denne intervention hos NSCLBP(12).

OM demonstrerer signifikant bedring efter interventionen(FABQ, NRS, RMQ og PSFS) og årsagsforklaringen skal sandsynligvis findes i, at CB-CFT har en tilgang som kombinerer både de fysiske og psykosociale parametre. Disse parametre er relevante ved håndteringen med en patient centeret intervention for at øge patientens indsigt og sammenhængen mellem smerterne og funktionstabet. (12)

Bunzli m.fl.2015(44) fremhæver 5 temaer (1. Intense smerter som uforudsigelige og svære at kontrollere, 2. Negative tidligere personlige erfaringer med smerter, 3. Indflydelse af samfundsmæssige overbevisninger om LBP, 4. Diagnostisk sikkerhed, 5. Gentagende erfaringer med manglende kontrol over smerterne), som kan være medvirkende årsag til, at NSCLBP opstår og konkluderer, at få smerterne til at give mening for patienten(44). Anden litteratur har tidligere anbefalet afdækning af disse områder(11), som temaerne omhandler. Patienten

har negative erfaringer med smerter (tema 2) igennem hans arbejde, som medførte konfrontation af smerterne, og blev ved med at ignorere disse, pga. af manglende kontrol over disse (tema 5), til smerterne blev uudholdelige. Derudover har patienten søgt diagnostisk sikkerhed ved sundhedspersonale (tema 4), som har givet ham en utvetydig diagnose (*du fejler ikke noget alvorligt, men har måske en underliggende leddegigt sygdom – jævnfør anamnese afsnit*) og patienten finder derved årsagsforklaring i, at smerterne forsat er til stede i lænden. Det er tidligere postuleret, at sundhedspersonale kan anvende uhensigtsmæssige beskrivelser, som skaber mere forvirring end gavn og kan derved være medvirkende årsag til at de maladaptive tanker forstærkes hos patienten(11). Dette er senere bekræftet af Bunzli m.fl. 2015(44). Det er essentielt, at sundhedspersonale forsøger at give indsigt i smerterne og give patienten en større forståelse for disse og derved give patienten de nødvendige værktøjer til at kunne agere med kroniske lændesmerter (12).

Den hensigtsmæssige udvikling, målt med OM, kan sandsynligvis også årsagsforklares med terapeut-patient relationen. Positiv påvirkning af resultaterne er associeret med anvendelse af positiv feedback fra terapeuten, besvare patientens spørgsmål og give tydelige instruktioner. Alle disse faktorer er positivt relateret til en god arbejdsalliance mellem terapeuten og patienten, samt øger tilfredsheden med behandlingen hos patienten. (45) Der er anden litteratur, som understøtter disse og andre faktorer (1. Fysioterapeutens interpersonlige og kommunikative færdigheder, 2. Fysioterapeutens praktiske egenskaber, 3. Anvende en patient centreret tilgang, 4. Organisationen og omgivelserne) som sundhedspersonale bør være bevidste om i forbindelse med interaktion og intervention med patienter (39).

Bunzli m.fl.2015(44) argumenter for anvendelsen af CFT frem for ACT, mens anden litteratur argumenter for fællesnævnerne i de enkelte behandlingskoncepter (Behaviour Therapy, Cognitive Behaviour Therapy og Acceptance and Commitment Therapy) i stedet for at modstrides (46). Min overbevisning til dags dato er at finde de underliggende vedligeholdende faktorer for NSCLBP og håndtere disse, sammen med patienten (3,12–14,22,23,43,44) ”and make them do”.

Perspektivering

Kompetenceudviklingen som CB-CFT fysioterapeut består af 106 timer kursus i form af undervisning, supervision, samt casearbejde. Fysioterapeuten er defineret som erfaren, inden erhvervelsen af denne kompetence kan finde sted (41). Har erhvervet litteratur, som definerer en erfaren fysioterapeut som Specialist i Muskuloskeletal fysioterapi og har 13 års erfaring(12). Vibe Fersum m.fl. 2009 (24) underviser fysioterapeuter i gennemsnit med 106,3 timer i CB-CFT og den enkelte fysioterapeut har gennemsnitligt 12 års erfaring og har yderligere en grad i "masters degree in manuel therapy". Hvis dette koncept skal implementeres i Danmark, kræver det at fysioterapeuter tilegner sig ny viden og adapterer, samt integrerer en ny behandlingstilgang, og det er nødvendigt at denne nye viden, samt færdigheder, erhverves ved eksamen i form af akademisk grad (3).

Hvis det danske sundhedssystem skal følge den Internationale udvikling og sikre høj efteruddannelseskvalitet til fysioterapeuter og sikre høj kvalitetsbehandling af patienter med NSCLBP, kan Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi ændres til en akademisk grad. Derved gøres diplom titlen i dette forum til en Master eller Kandidat på universitetsniveau. Der er litteratur, som argumenter for, at 10 års klinisk erfaring er nødvendig for at kunne erhverve sig en titel som doktorgrad (44). Det er relevant at overveje dette kriterium for at sikre klinisk erfaring i form af supervision, samt casearbejde, og derved sikre, at titlen ikke blot er en teoretisk titel efter endt fysioterapeutisk uddannelse.

Referencer

1. Sophie Lunde Pedersen E. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme.pdf [Internet]. Hentet fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>
2. Nils-Bo de Vos Andersen, Inger Qvist, Flemming Pedersen, Jesper Ottosen, Marianne Kongsgaard, Christine Ib, et al. Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark [Internet]. Et samarbejdsprojekt mellem praksiskonsulentfunktionen for fysioterapi i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden; 2014. Hentet fra: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/58845_patientprofil.pdf
3. O'Sullivan P. It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. Br J Sports Med. 1. Marts 2012;46(4):224-7.
4. Gatchel RJ, Neblett R, Kishino N, Ray CT. Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain. J Orthop Sports Phys Ther. Februar 2016;46(2):38-43.
5. George SZ, Stryker SE. Fear-Avoidance Beliefs and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain Conditions. J Orthop Sports Phys Ther. April 2011;41(4):249-59.
6. Johan W.S Vlaeyen, Stephen J. Morley, Steven J. Linton, Katja Boersma, Jeroen de Jong. Pain-Related Fear. Exposure-Based Treatment of Chronic Pain. Second printing, 2013. Bd. 2012. IASP; s. 1-183.
7. Illustration af Fear Avoidance Model. [citeret 14. April 2016]; Hentet fra: https://www.google.dk/search?hl=da&site=imghp&tbn=isch&source=hp&biw=1366&bih=643&q=fear+avoidance+cycle&oq=fear+avoidance&gs_l=img.1.2.012j0i3013j0i2415.48147.52298.0.55976.16.12.0.0.0.0.1115.2882.4-2j0j1j1.4.0....0...1ac.1.64.img..12.4.2872.WuHT49OSbAM#q=fear+avoidance+model&hl=da&tbn=isch&tbs=sur:fc&imgcr=MdoGiZ05uD0TVM%3A
8. Peter O'Sullivan,. A TARGETED COGNITIVE FUNCTIONAL APPROACH FOR THE MANAGEMENT OF BACK PAIN [Internet]. [citeret 19. November 2015]. Hentet fra: <http://www.aspetar.com/journal/upload/PDF/2015419164013.pdf>
9. INGE RIS, KRISTOFFER DALSGAARD OG, HANS KROMANN KNUDSEN. Fysioterapeuter, nr. 12, 2009 [Internet]. [citeret 24. Oktober 2015]. Hentet fra: <http://fysio.dk/Global/Fysioterapeuter/2009/2009-11.pdf>

10. Vibeke Pilmark, Lars Henrik Larsen. Vi har haft en middelmådig måde at håndtere rygsmærter på [Internet]. [citeret 19. November 2015]. Hentet fra: http://fysio.dk/Global/Fysioterapeuten/2015/FYS_20150220.pdf
11. Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain: A systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum.* December 2006;54(12):3999–4010.
12. Kieran O’Sullivan, Wim Dankaerts, Leonard O’Sullivan, Peter B. O’Sullivan. *Cognitive Functional Therapy for Disabling Nonspecific Chronic Low Back Pain: Multiple Case-Cohort Study.* American Physical Therapy Association; 2015.
13. O’Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther.* November 2005;10(4):242–55.
14. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 15. Maj 2008;59(5):632–41.
15. Morsø L. Oversættelse, validering og implimentering af STarT Back Tool [Internet]. [citeret 18. Januar 2016]. Hentet fra: <http://fysio.dk/Upload/Fafo/PDF/Manuskriptvejledning/Ph.d.pdf>
16. Gwendolen Jull, Ann Moore, Deborah Falla, Jeremy Lewis, Christopher McCarthy, Michele Sterling. *Grieve`s - Modern Musculoskeletal Physiotherapy. (The McKenzie method of mechanical diagnosis and therapy - an overview).* 2015, Fourth Edition. Bd. 2015. s. 460-464.
17. Kjøer P, Kongsted A, Petersen T, Larsen K, Skytte L, Ussing K, et al. Klassifikation af personer med uspecifikt lænderygsbesvær [Internet]. *Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi*; 2012 [citeret 20. September 2015]. Hentet fra: <http://forskningsbasen.deff.dk/Share.external?sp=Seead9774-100a-4d33-86fc-b4b71400e736&sp=Ssdu>
18. Infographic: Acute Low Back Pain [Internet]. *Physio Development.* [citeret 20. November 2015]. Hentet fra: <http://physiodevelopment.com/infographic-acute-low-back-pain/>
19. Nationale Kliniske Retningslinjer - kommende [Internet]. [citeret 14. Oktober 2015]. Hentet fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/kommende-retningslinjer>

20. Motion og træning virker på lændesmerter – det gør dyre højteknologiske løsninger ikke | Forskning | Nyheder [Internet]. [citeret 26. Februar 2016]. Hentet fra: <http://www.nikkb.dk/forskning/motion-og-traening-virker-pa-laendesmerter-det-gor-dyre-hojteknologiske-losninger-ikke>
21. Smith BE, Littlewood C, May S. An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014;15:416.
22. Meziat Filho N. Changing beliefs for changing movement and pain: Classification-based cognitive functional therapy (CB-CFT) for chronic non-specific low back pain. *Man Ther.* 16. April 2015;
23. Cañero JP, Ng L, Burnett A, Campbell A, O’Sullivan P. Cognitive Functional Therapy for the Management of Low Back Pain in an Adolescent Male Rower: A Case Report. *J Orthop Sports Phys Ther.* August 2013;43(8):542–54.
24. Vibe Fersum K, O’Sullivan PB, Kvåle A, Skouen JS. Inter-examiner reliability of a classification system for patients with non-specific low back pain. *Man Ther.* Oktober 2009;14(5):555–61.
25. Forsidebillede - illustration af en patient med NSCLBP. [citeret 14. April 2016]; Hentet fra: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/89/Low_back_pain.jpg
26. Maribo T. Vurdering af Roland Morris Spørgeskema til vurdering af funktionsniveau hos patienter med Low Back Pain [Internet]. [citeret 18. Januar 2016]. Hentet fra: http://fysio.dk/upload/graphics/PDF-filer/Maaleredskeer/RMQ_vurdering.pdf
27. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther.* 2002;69(2):84–94.
28. Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: A validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res.* Maj 2012;197(1-2):163–71.
29. Microsoft Word - STarT Skema April 2013 .doc - 52940_start-skema.pdf [Internet]. [citeret 2. Marts 2016]. Hentet fra: https://www.sundhed.dk/content/cms/40/52940_start-skema.pdf
30. Roland Morris spørgeskema på dansk - rmq_testmanual.pdf [Internet]. [citeret 2. Marts 2016]. Hentet fra: https://fysio.dk/globalassets/documents/fafo/maaleredskeer/rmq_testmanual.pdf

31. Patient Specifik Funktionel Status - psfs_skema.pdf [Internet]. [citeret 2. Marts 2016]. Hentet fra: https://fysio.dk/globalassets/documents/fafo/maaleredskaer/psfs_skema.pdf
32. BDI-II Spørgeskema [Internet]. [citeret 2. Marts 2016]. Hentet fra: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xAnkKDQ3OZkJ:pavi.dk/Libraries/angst/BDI-II-screeningsskema-hospicesoendergaard.sflb.ashx+&cd=1&hl=da&ct=clnk&gl=dk>
33. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs.* 2005;14(7):798–804.
34. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 1. Juni 2009;68(Suppl 2):ii1–44.
35. Fear Avoidance Beliefs Questionnaire - fabq-spørgeskema.pdf [Internet]. [citeret 2. Marts 2016]. Hentet fra: <https://fysio.dk/globalassets/documents/fafo/maaleredskaer/fabq-spørgeskema.pdf>
36. Fersum KV, Dankaerts W, O’Sullivan PB, Maes J, Skouen JS, Bjordal JM, et al. Integration of subclassification strategies in randomised controlled clinical trials evaluating manual therapy treatment and exercise therapy for non-specific chronic low back pain: a systematic review. *Br J Sports Med.* 1. November 2010;44(14):1054–62.
37. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations: Pain. *Januar 2005;113(1):9–19.*
38. O’Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, O’Sullivan P, Dankaerts W, Tighe A, et al. Individualised cognitive functional therapy compared with a combined exercise and pain education class for patients with non-specific chronic low back pain: study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2015;5(6):e007156.
39. What influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis <http://ptjournal.apta.org/content/early/2015/12/02/ptj.20150240.long>. *Physical Therapy.* :1–42.
40. George SZ, Beneciuk JM. Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2015;16(1):49.

41. Meziat Filho N. Changing beliefs for changing movement and pain: Classification-based cognitive functional therapy (CB-CFT) for chronic non-specific low back pain. *Man Ther.* Februar 2016;21:303–6.
42. Cleland JA, Fritz JM, Brennan GP. Predictive validity of initial fear avoidance beliefs in patients with low back pain receiving physical therapy: is the FABQ a useful screening tool for identifying patients at risk for a poor recovery? *Eur Spine J.* Januar 2008;17(1):70–9.
43. Vibe Fersum K, O’Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvale A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl.* Juli 2013;17(6):916–28.
44. Bunzli S, Smith A, Schütze R, O’Sullivan P. Beliefs underlying pain-related fear and how they evolve: a qualitative investigation in people with chronic back pain and high pain-related fear. *BMJ Open.* 2015;5(10):e008847.
45. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther [Internet].* 2010 [citeret 7. Marts 2016]; Hentet fra: <http://ptjournal.apta.org/content/early/2010/06/24/ptj.20090245.short>
46. De Houwer J, Barnes-Holmes Y, Barnes-Holmes D. Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy: PSYCHOTHERAPY. *Int J Psychol.* Februar 2016;51(1):40–4.
47. Gwendolen Jull, Ann Moore, Deborah Falla, Jeremy Lewis, Chridtopher McCarthy, Michele Sterling. *Grieve`s - Modern Musculoskeletal Psysiotherapy (Multidimensional approach for the targeted management of low back pain).* 2015, Fourth Edition. Bd. 2015. s. 465-470.
48. Checklister - Center for Kliniske Retningslinjer [Internet]. [citeret 27. Januar 2016]. Hentet fra: <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/manualer-og-skabeloner/checklister.aspx>

Bilag 1 - Informeret samtykkeerklæring

Informeret samtykkeerklæring

Dato:

Kære

Jeg henvender mig til Dem for at bede Dem om at medvirke som patient i en caserapport, der er en obligatorisk opgave på diplomuddannelsen i Muskuloskeletal Fysioterapi. En caserapport er en detaljeret beskrivelse af et behandlingsforløb. Formålet med en caserapport er at beskrive og diskutere et patientforløb, således at andre kolleger kan få indsigt i behandlingen af individuelle patienter ud fra nyeste viden. Herved er der mulighed for, at andre fysioterapeuter kan få uddybet deres viden om fysioterapeutisk behandling og patienters effekt på behandlingen.

Forløbet vil foregå på samme måde som et almindeligt behandlingsforløb. De vil i forløbet skulle bruge ca. 15 min yderligere på at besvare spørgsmål/og eller udfylde skemaer i starten, midtvejs og afslutningsvis i behandlingsforløbet. De vil på ingen måde få en ringere behandling end vanligt.

Alle informationer, i caserapporten, vil naturligvis blive behandlet fortroligt og under tavshedspligt. Når caserapporten foreligger i sin endelige form, vil man ikke kunne genkende Dem – De bevarer fuld anonymitet. Jeg har til hensigt at publicere caserapporten på Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapis hjemmeside, så andre fysioterapeuter kan lære af mine erfaringer. Opgaven forventes godkendt og publiceret 2016.

Jeg understreger, at deltagelse i dette caserapport forløb er frivillig, og at De på ethvert tidspunkt kan undlade at svare på spørgsmål og/eller afslutte deres deltagelse i caserapport forløbet. Behandlingen vil da fortsætte som vanligt. Dette gælder også, selvom De har underskrevet vedlagte informerede samtykkeerklæring. Ønsker De ikke at deltage i dette case rapport forløb, vil det på ingen måde få indflydelse på Deres videre behandling.

Giv Dem god tid til at læse beskrivelsen igen inden De endelig beslutter Dem for at skrive under. Hvis De har spørgsmål, er De velkommen til at henvende Dem til mig.

Med venlig hilsen

Christian Thrane-Rasmussen

Fysioterapeut, BPt, ExamMT, cert. MDT.

TLF: 75832212

E-mail: christian@fysiocenter-vejle.dk

Hvis du er interesseret i at deltage i case rapport forløbet, vil jeg bede dig underskrive vedlagte informerede samtykkeerklæring.

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget ovenstående information såvel mundtligt som skriftligt indvilger i den beskrevne undersøgelse.

Jeg giver hermed tilladelse til optagelse af foto/video under forudsætning af at disse optagelser i den endelige skriftlige caserapport fremstår anonyme.

Jeg er informeret om, at deltagelse er helt frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om at deltage i caserapport forløbet tilbage, uden at dette vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling.

Dato:

Underskrift patient _____ (Deltager)

Underskrift fysioterapeut _____ (Fysioterapeut)

Bilag 2 - Intervention ved 1. konsultation.

Den kognitive intervention

Information: informere patienten om at nogle mennesker med LBP kan opleve det fænomen, at smerterne forsætter, og at det er en naturlig reaktion at passe på sig selv, ved ikke at udsætte sig selv for smerter. Problematikken med denne tilgang er, at det vil hæmme ens livsførsel, da man vil tillade sig selv mindre og mindre idet smerterne styrer ens liv. Patientens mål er, at smerterne forsvinder, hvis de kan, og han kommer tilbage til de fysiske aktiviteter, han tidligere har lavet i fritiden og kommer i arbejde igen. Informerer patienten om at nogen gange er det nødvendigt at vende målet på hovedet. Man bliver nødt til at gøre de ting, som kan gøre ondt, for at vænne ryggen og kroppen til denne belastning og derved erfare, at smerterne muligvis kan reduceres.

Undervisning: introduceret patienten til at lade sig guide af det latente svar, dvs at smerterne er forøget i op til 30-60 minutter efter endt aktivitet. Små bump (op til 30-60 minutter) er hensigtsmæssig/acceptabel respons på aktiviteter som kan gøre ondt. Store bump (op til en dag eller flere) er uhensigtsmæssigt latent svar.

Refleksionsøvelse: introducere patienten til en lille illustration (se bilag) om to piger, der gerne vil lære at stå på rulleskøjter. Den ene prøver og er villig til at slå sig for at lære det, mens den anden pige ikke er villig til at slå sig for at lære at stå på rulleskøjter. Hvilken af pigerne er patienten? Patienten svarer, han har haft håndteringsstrategi, jævnfør hans smerter, som pigen der ikke er villig til at slå sig for at lære at stå på rulleskøjter.

Den fysiske tilgang

Graderet aktivitet: har introduceret patienten til fleksioner i liggende og siddende og i stående og han praktisere disse øvelser 2-3 gange dagligt 10 gentagelser pr. øvelse og efterfølgende en kort liggende pause, hvis patienten finder det nødvendigt.

Plan

Fleksionsregi tre gange dagligt og bedt patienten teste af, hvad der ville ske ved at gå en tur, selvvurderet til ca. 20 minutter.

Patient opsummering

Tre ord fra dagens konsultation: lys for enden af tunnel, positivt og skal ikke græde over spildt mælk (skal vænne kroppen til belastning igen).

Bilag 3 - 3. konsultation

Den kognitive intervention

Undervisning: hvad er kroniske smerter og hvad betyder sensitivering af nervesystemet (sat patientens kontekst ind i en cirkulær model, som repræsenterer interaktionen mellem de forskellige komponenter i sensitivering af nervesystemet).

Den fysiske tilgang

Siden sidst har patienten har været ude og gå en tur på 20-30 minutter og havde en god oplevelse med dette, umiddelbart ingen opblusning. Praktiseret bøjninger for lænden 3 gange dagligt uden opblusning.

Introduceret patienten til fleksioner i maskine i træningscenter, mens han slapper af og ikke spænder op i maven (eksponering uden unødvendig muskelspænding). Derudover eksponering af 30 sekunders løb, på løbebånd (ingen træningssko med).

Plan

Patienten afprøver selv løb/gå, løb/gå svarende til 1 kilometer (tidligere 13 km løb).

Patient opsummering

Lærerigt (forklaring af det sensitive nervesystem). Patienten har en oplevelse af mere motivation for at prøve at komme tilbage til tidligere aktiviteter end hos tidligere behandlere (*positivt du ikke sætter begrænsninger for mig*).

Starte fra bunden i genoptræningen (*Rydde op i rygsækken, dvs. smid gammel viden ud og bruge ny viden til noget brugbart*).

Bilag 4 - 4. konsultation

Den kognitive intervention

Anerkendende pædagogik: Understøtte patientens håndteringsstrategier og den aktive tilgang siden sidste konsultation og villigheden til at udsætte sig selv for tiltag som muligvis kan øge hans smerteoplevelse. Bekræfter hans egen erfaring med at mærke efter i kroppen, når tidligere træningsaktiviteter genoptages. Dvs. at pausen efter fysisk aktivitet praktiseres for at hvile benene, da det er lang tid siden 2-3 km løb/gang er praktiseret. Det er ikke ryggen, der er den begrænsende faktor længere.

Refleksionsøvelse: skal selv til at mærke efter egen kropsfornemmelse i forbindelse med nedregulering af tidligere praktiseret træning (se nedenstående gradueret aktivitet).

Den fysiske intervention

Gradueret aktivitet: gennemgang af 4 tidligere øvelser for overkroppen og ben-presmaskine, som ikke plejer at påvirke lænden(2x10 af hver øvelse og tidligere modstand reguleres svarende til 70 %). Derudover introduktion til fitnessmaskiner for mave og ryggen, dvs. mavebøjningsmaskine(20 kg), rotationsmaskine for torso(2,5 kg), ekstensionsmaskine(5 kg). De nye øvelser praktiseres 2x10.

Plan

I løbet af den næste uge afprøver patienten to træningssessioner med løb(2-3 km) og afprøver to træningssessioner i træningscenter, som patienten tidligere har praktiseret, samt de nye øvelser, som patienten er introduceret til i dag.

Patient opsummering

Dagens 3 ord - Målrettet træning(*passer til mig*), *gejst(bekræfter mig i det, jeg gør)* og *håbe på det bedste (skal prøve nye ting af, jeg ikke har gjort længe)*.

Bilag 5 - 5. Konsultation

Den kognitive intervention

Anerkendende pædagogik: siden sidst har patienten trænet løb og muskelstyrketræning i motionscenter samme dag og erfaret at smerterne kan mærkes lidt for meget. På baggrund af dette er patienten nået frem til at det er bedre at adskille træningen og træne de enkelte træningspas på de tidligere aftalte dage (4. konsultation). Jeg anerkender og bekræfter patienten i, at det er godt at patienten har gjort hans egne erfaringer, da det er disse erfaringer han skal bruge i fremtiden for at kunne strukturere og styre egen genoptræning fremover – han er villig til at stå på rulleskøjter og slå sig.

Information: forklarer patienten at ud fra de tidligere konsultationer og dagens konsultation har han de elementære værktøjer til at kunne håndtere genoptræningen på egen hånd ind til næste konsultation om 1 måned.

Undervisning:

Den fysiske intervention

Da patienten oplever smerter i den siddende stilling i bilen, introducer jeg holdningskorrektion (ikke ligge sædet helt med for at holde lænden ret) samt curve/reverse øvelse. Har bedt patienten teste på om det er holdningskorrektionen eller curve/reverse som aflaster lænden.

Plan

Patienten forsætter med træningen, dvs. (4xtræningspas pr. uge) 2 gange løb og 2 gange muskelstyrketræning og skal selv prøve at vurdere om træningen er tilpas eller om der skal op- eller nedjusteres for mængden ud fra smerternes latente svar.

Patient opsummering

Komme i gang (opstart/forsætte træningen), accepterer min situation og komme videre, det er acceptabelt at sige fra og skal lytte til kroppen.

Bilag 6 - 6. konsultation

Den kognitive intervention

Anerkendende pædagogik: patienten fortæller at han træner 3-4 gange ugentligt, af en varighed på 60-90 minutter. Løb og gang bruges til opvarmning, af en varighed på 20-25 minutter. Derudover kan han sidde i 60-90 minutter og oplever perioder, hvor smerterne er helt væk. Han oplever ikke længere behov for pauser, hvor han skal hen og ligge.

Han oplever smerter ved at dødløfte, men smerterne er der imens han laver øvelsen og så forsvinder de efterfølgende, uden efter reaktion. Mens patienten fortæller mig ovenstående, anerkender jeg hans aktive indsats og bekræfter alle de gode tiltag og initiativer som han har gjort for at genvinde hans funktion af ryggen og opmuntre ham til at forsætte.

Information: patienten er adspurgt, om han vil opleve tilbagefald med lænden? Han svarer umiddelbart at det vil han nok. Han snakket med patienten om at et tilbagefald med lænden tager statistisk 14 dage. Det er et normalt fænomen at lænden kan brokke sig i fremtiden og at han ikke skal være bange for eller behøver at opsøge hjælp, da kroppen heler sig selv.

Undervisning: har repeteret, hvordan hensigtsmæssig smerterepons ser ud på opstart af ny aktivitet, dødløft med stang (17,5 kg). Alt den kropslig viden han har fået i det fysioterapeutiske forløb, skal han bruge fremadrettet i forbindelse med genoptræningen af lænden til at lave tunge løft, når han skal være erhvervsaktiv igen.

Refleksionsøvelse: i forbindelse med opstart af dødløft, vil patienten forsøge at stå på rulleskøjter igen, og vil opleve smerter, men patienten skal igen vurdere ud fra smerteresponsen om træningsniveauet er passende.

Den fysiske intervention

Genintro til dødløft med stang (17,5 kg) – der er et punkt i lænden som giver smerter og efter 1x10 gentagelser, forsvinder smerterne igen, da øvelsen ophører.

Plan

Patienten forsætter med den aktive tilgang for at genopbygge ryggen tilstrækkelig, så han kan forsøge at genoptage et arbejde igen, når sygedage pengene sandsynligvis ophører inden for de næste par måneder. Kommunen og patienten har haft møde og han har fået tildelt ekstra tid til at kunne genoptræne sig selv. Da patienten føler han kan varetage den videre håndtering af hans lænderygmerter selv, afsluttes patienten pr. dags dato. Hvis han skulle opleve, at han ikke selv kan håndtere generne fra ryggen, kan han rette henvendelse igen.

Patient opsummering - Tre ord på det behandlingsforløbet

Spændende (*jeg kan ting og må gerne gøre dem – tak fordi du sagde jeg godt måtte gøre dem*), lærerigt (*fået værktøjer til at kunne klare mig*), opløftende (*jeg er kommet igennem og tør bruge ryggen og stoler på den virker*)

Bilag 7 - CAT 1

Titel

Effekten af klassifikationsbaseret kognitiv funktionel terapi, sammenlignet med manuelbehandling og øvelser, til patienter med uspecifikke kroniske lænderygmerter med fear avoidance adfærd, målt på Fear Avoidance Beliefs Questionnaire.

Speciale

Muskuloskeletale lidelser

Forfatter

Christian Thrane-Rasmussen

Publiceringsdato

14.04.2016

Baggrund for det kliniske spørgsmål

Patienter med lænderygmerter(LBP) er i risiko for at udvikle fear avoidance(2). Det kan medføre funktionsnedsættelse både fysisk og psykosocialt(47). Der er udarbejdet forskellige klassifikationssystemer, Quebec Task Force Smerteklassifikation, Mekaniske diagnostisk terapi, Strukturbaseret Klassifikation, Neuromuskulær kontrol og Behandlings Rettet Klassifikation til håndteringen af LBP patienter, men der er ikke beskrevet fordele ved at bruge det ene frem for et andet(17). I den evidensbaseret praksis, er det op til den enkelte behandler at træffe kliniske beslutninger om valg af klassifikationssystem og intervention på baggrund af en kombination af dokumenteret viden, egen viden og erfaringer, anamnesticke og kliniske fund ved undersøgelse af den enkelte patient samt patientens præferencer(17). En måde at gøre det er at anvende en klinisk ræsonneringsmodel, patient reported outcomes(PRO`s) og en behandlingstilgang som benytter en patient centreret tilgang. Klassifikations baserede kognitivterapi(CB-CFT) er sådan en tilgang (47)

Der foreligger ikke studier om evidensniveauet af denne tilgang. På baggrund af ovenstående er formålet med udarbejdelsen af denne CAT, at vurdere evidensniveauet af CB-CFT i denne patientgruppe med henblik på at styrke de kliniske beslutningsprocesser vedrørende behandlingen målt på Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ).

Dette kliniske spørgsmål

Effekten af klassifikationsbaseret kognitiv funktionel terapi, sammenlignet med manuelbehandling og øvelser, til uspecifikke kroniske lænderygmerter patienter med fear avoidance adfærd, målt på Fear Avoidance Beliefs Questionnaire.

Inklusionskriterier

Patientgruppe: uspecifikke kroniske lænderygmerter.

Intervention: kognitiv funktionel terapi eller klassifikationsbaseret kognitiv funktionel terapi.

Effekt mål: angst for bevægelse målt med patient reported outcome.

Studietype: Randomiserede kontrollerede studier (RCT), systematisk review eller meta-analyser.

Søgestrategi

Der blev søgt i følgende databaser i perioden 10.01.2016 kl. 21.00.

PubMed. Der er ikke anvendt limits eller publikationstidspunktlimits.

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
low back pain (28390)	Cognitive functional therapy OR classification based cognitive functional therapy (12452)		Fear avoidance OR behavioral therapy (177572)

Ovenstående søgning giver 46 hits og en forfatter screener efterfølgende titel og abstrakt. På baggrund af screeningen ekskluderes 45 studier, da disse studier ikke opfylder de opsatte inklusionskriterier. Derved inkluderes 1 studie: Vibe Fersum K et al. 2013 (43).

Kritisk bedømmelse

Til kvalitetsvurderingen af Vibe Fersum K et al. 2013 anvendes en tjekliste udarbejdet til RCT studier(48) og udarbejder nedenstående bedømmelse.

1. Internvaliditet

Interventionsgrupperne var ikke ens ved baseline, da der var signifikant forskel på outcome measures Hopkins Symptoms Checklist(HSCL) og FABQ. Der manglende concealment allocation og behandlere var ikke blindet. Der

anvendes "selektive outcome rapporting" på smerter og funktionsniveau hos deltagerne som måles som primære outcome. Der er også anvendt sekundære outcome measures og "total lumbar spine range of motion" vurderes ikke relevant for deltagerne og fortolkes derved som "selektive outcome bias". Alle rekrutterede deltager blev medtaget i analysen, men der var et markant større frafald i gruppen som fik manuelbehandling og øvelser(MT-EX) (27,1 %) kontra CB-CFT gruppen (17,7 %). Denne procentvise forskel kan have indflydelse på det endelige resultat trods anvendelse af intention to treat analyse. Der anvendes forskellige undersøgelsessteder, men antallet er ikke noteret og sammenligner ikke data fra de enkelte undersøgelsessteder.

2. Overordnet bedømmelse af undersøgelse

Den metodiske kvalitet vurderes til at være høj i dette studie, men nogle af kriterierne er ikke tilstrækkeligt opfyldt og derved nedgraderes scoren fra ++ til en endelig graduering svarende til +.

3. Sammenfatning af artiklen

Den evaluerede behandlingen er CB-CFT kontra MT-EX. Der anvendes primære(Oswestry Disability Index Questionnaire og Pain(PINRS)) og sekundære outcome measures ((HSCCL og FABQ) og total lumbar spine range of motion).

Deltager i studiet var 121 (=n) fordelt i to behandlingsgrupper (MT-EX n=59 og CB-CFT n=62) og som effektmål anvendes nævnte outcome measures. Resultat mellem behandlingsgrupper er statistisk samt klinisk signifikans i CB-CFT gruppen for alle outcomes med undtagelse af "total lumbar spine range of motion", hvor MT-EX outcome var bedre. Usikkerhedsberegninger anvendes.

Ekstern validitet

169 deltagere vurderes med henblik på at kunne inkluderes i studiet. 48 ekskluderes og baggrunden for dette er beskrevet. Karakteristika hos deltagerne er mand og kvinder mellem 18-65 år med NSCLBP, dog med flere kvinder i CB-CFT gruppen med smerter over 5 år. Ellers virker alder, køn, varighed af LBP, højde, vægt og BMI, work status til at være ligeligt fordelt. På baggrund af eksklusions- og inklusionskriterier samt karakteristika vurderes det at der er taget højde for heterogenitet i deltagergrupperne. Dette RCT-studie vurderes af høj kvalitet med god overførbare til referencegruppen.

Samlet vurdering samt konklusion

Der findes et studie af metodisk høj kvalitet til at konkludere at validiteten og anvendeligheden af CB-CFT er mere gavnlig end manuel terapi og øvelser (MT-EX), til befolkningsgruppen med NSCLBP, med fear avoidance adfærd.

Der er behov for yderligere forskning til dokumentation af bedre effekten ved anvendelse af CB-CFT frem for andre behandlingskoncepter til håndtering af NSCLBP.

Studiet anvender primære og sekundære PRO. FABQ anvendes som PRO på fear avoidance adfærd og der er signifikant og klinisk bedre outcome hos CB-CFT sammenlignet med MT-EX. Studiets interne validitet er tilstrækkeligt opfyldt og har høj ekstern validitet.

Reference

2. Nils-Bo de Vos Andersen, Inger Qvist, Flemming Pedersen, Jesper Ottosen, Marianne Kongsgaard, Christine Ib, et al. Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark [Internet]. Et samarbejdsprojekt mellem praksiskonsulentfunktionen for fysioterapi i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden; 2014. Hentet fra: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/58845_patientprofil.pdf
17. Kj\aa er P, Kongsted A, Petersen T, Larsen K, Skytte L, Ussing K, et al. Klassifikation af personer med uspecifikt l\aa enderygbesv\aa er [Internet]. Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi; 2012 [citeret 20. September 2015]. Hentet fra: <http://forskningbasen.deff.dk/Share.external?sp=Seead9774-100a-4d33-86fc-b4b71400e736&sp=Ssdu>
43. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvale A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl*. Juli 2013;17(6):916–28.
47. Gwendolen Jull, Ann Moore, Deborah Falla, Jeremy Lewis, Chridtopher McCarthy, Michele Sterling. *Grieve`s - Modern Musculoskeletal Psysiotherapy*. Fourth Edition. s. 465-470.
48. Checklister - Center for Kliniske Retningslinjer [Internet]. [citeret 27. Januar 2016]. Hentet fra: <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/manualer-og-skabeloner/checklister.aspx>

Erklæring om forfatterens uafhængighed

Ingen fagpolitiske eller økonomiske interessekonflikter.

Bilag 8 - CAT 2

Titel

Hvilke Patient Reported Outcomes kan anvendes til patienter med uspecifikke kroniske lænderygmerter behandlet med klassifikations baseret kognitiv funktionel terapi?

Speciale

Muskuloskeletale lidelser

Forfatter

Fysioterapeut Christian Thrane-Rasmussen

Publiceringsdato

14.04.2016

Baggrunden for det kliniske spørgsmål

I Danmark lever 880.000 personer med lænderygmerter(LBP), baseret på opgørelsen af Den Nationale Sundhedsprofil 2010(1) og 26 % af alle henviste patienter til primære sektoren i Danmark har kroniske lænderygmerter(CLBP)(2). I dette studie har 75 % af patienterne enten moderat til høj score i fear avoidance og 60 % oplevede det vanskeligt at kontrollere og håndtere deres smerter i dagligdagen(2). Det er derfor vigtigt at finde en effektiv behandling med fokus på at patienter med CLBP kan lære at mestre deres egen situation, målt på WHO`s international Classification of Functioning, Disability and Health(ICF). Klassifikations baseret kognitiv funktionel terapi (CB CFT) er en tilgang som forsøger at håndtere ovenstående problematik og en tilgang som vinder indpas i fysioterapi(10). Men virker denne behandling efter hensigten og hvordan måles dette hos patienten med patient reported outcome(PRO)? På baggrund af ovenstående vil jeg undersøge hvilke PRO effektmåleredskaber kan anvendes ved CB CFT.

Det kliniske spørgsmål

Hvilke Patient Reported Outcomes effektmåleredskaber kan anvendes til uspecifikke kroniske lænderygmerter ved klassifikations baseret kognitiv funktionel terapi?

Inklusionskriterier

Patientgruppe: kroniske uspecifikke lænderygmerter.

Intervention: klassifikationsbaseret kognitiv funktionel terapi.

Effektmål: outcome measures

Studietype: Randomiserede kontrollerede studier (RCT), systematisk review eller meta-analyser.

Søgestrategi

Der blev søgt i Medline i perioden 02.01.2016 kl. 21.00. Der er ikke anvendt limits, da der anvendes standardsøgning og ingen begrænsninger i publikationstidspunkt.

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Low back pain(MeSH) OR low back aches, OR lower back pains, OR lumbago OR non specific low back pain. (29224 hits)	Classifications based cognitive functional therapy OR cognitive functional therapy. (12430 hits)		Outcome measures(MeSH), OR measure, outcome OR measures, outcome OR outcome measure. (963349 hits)

Ovenstående hits kombineres og resulterer i 38 hit, som er det endelige resultat. En forfatter screenede titel og abstrakt i henhold til præspecificeret inklusionskriterier og på baggrund af denne gennemlæsning ekskluderes 37 artikler og derved inkluderes et studie: Efficacy of classification-bases cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial (43).

Kritisk bedømmelse

I dette RCT studie, af Vibe Fersum m.fl.(43) anvendes primære og sekundære outcome measures som effektmål.

Primære outcome measures

Der anvendes Oswestry Disability Index(ODI) og denne PRO er understøttet med en primære kilde som finder god "construct validity", acceptabel "inter-tester and test-retest reliability" og høj "responsiveness".

Derudover anvendes smerte intensitet over de sidste 2 uger(PINRS) som outcome measure, som understøttes med en primær kilde, og er fundet mere reliabelt end visual analogue scale(VAS).

Sekundære outcome measures

Til vurdering af angst og depression anvendes Hopkins Symptoms Checklist(HSCL-25) og der beskrives en optimal cut-off for mænd og kvinder baseret på 25 punkter. Første del anvender 10 punkter til undersøgelse af angst. Den anden del anvender 15 punkter til undersøgelse af depression. Der er ingen referencer til at understøtte validiteten eller reliabiliteten. Fear–Avoidance Beliefs Questionnaire(FABQ) benyttes til at afdække om patienten har underliggende undgåelsesadfærd. Reliabilitet og validitet understøttes med en primær kilde som tidligere er undersøgt, men beskriver ikke vurderingsgraden af referencen.

Fem punkts spørgeskema anvendes til at vurdere patienttilfredsheden i forbindelse med hele behandlingsforløbet, men understøttes ikke af litteratur som beskriver validiteten eller reliabiliteten af dette outcome measure.

Ørebro Screening Questionnaire (ØSQ) anvendes til at effektmåle på sygedage, men anvender ikke referencer. I diskussionsafsnittet forklarer forfatterne dog, at resultaterne er taget ud af en kontekst i ØSQ og at resultaterne skal fortolkes med skepsis og understøtter ikke deres fortolkning med referencer.

Der anvendes spørgeskema til information vedrørende antal behandling efter interventions afslutning, dvs. mellem 3 og 12 måneder. Forfatterne vurderer at patienterne i interventionen gruppen med CB-CFT er bedre til at håndtere deres situation, da disse har færre opfølgende behandlinger sammenlignet med gruppen der modtager manuel terapi og øvelser.

Samlet vurdering samt konklusion

Ved behandling med CB-CFT kan PRO effektmåleredskaber anvendes på alle tre niveauer jævnfør ICF, dvs. kropsfunktion og anatomi, funktionsniveau og deltagelse. De primære outcome measures, ODI og PINRS, findes valide og reliable, mens sekundære outcome measures er dokumenteret valide og reliable i begrænset omfang.

Kropsfunktion og anatomi: PINRS, HSCL-25.

Funktionsniveau: ODI.

Deltagelse: FABQ og ØSQ.

Andet: Patient tilfredsheds spørgeskema. Spørgeskema til at finde ud af, hvor mange der opsøger behandling efter interventions afslutning.

Reference

1. Sophie Lunde Pedersen E. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme.pdf [Internet]. Hentet fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>
2. Nils-Bo de Vos Andersen, Inger Qvist, Flemming Pedersen, Jesper Ottosen, Marianne Kongsgaard, Christine Ib, et al. Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark [Internet]. Et samarbejdsprojekt mellem praksiskonsulentfunktionen for fysioterapi i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden; 2014. Hentet fra: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/58845_patientprofil.pdf
10. Vibeke Pilmark, Lars Henrik Larsen. Vi har haft en middelmådig måde at håndtere rygsmerter på [Internet]. [citeret 19. November 2015]. Hentet fra: http://fysio.dk/Global/Fysioterapeuten/2015/FYS_20150220.pdf
43. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvale A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. Eur J Pain Lond Engl. Juli 2013;17(6):916–28.

Erklæring om forfatterens uafhængighed

Ingen fagpolitiske eller økonomiske interessekonflikter.