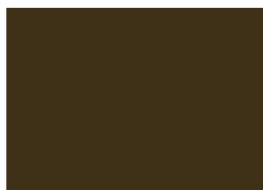


# Evaluering af "Udvidet fysioterapeutisk rygdredning" i Region Midtjylland



Evalueringen er udarbejdet af:



## **MARSELISBORGCENTRET**

MarselisborgCentret  
Folkesundhed og kvalitetsudvikling (CFK)  
Region Midtjylland

Seniorforsker, fysioterapeut, MPH, ph.d. Anne-Mette Momsen  
Projektmedarbejder, MPH Elinborg Thorsteinsson  
Forskningsleder, ph.d. Claus Vinther Nielsen

Dataindsamlingen er koordineret af:  
Praksiskonsulent Inger Fristrup Qvist og praksiskonsulent Nils-Bo Andersen  
Praksiskonsulentfunktionen i Region Midtjylland

ISBN 978-87-994537-3-3

Rapporten kan downloades på [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk) under publikationer

Forsidebilleder: Kommunikationsmedarbejder Søren Sander Rasmussen.

Korrektur og layout: Projektsekretær Inger Hornbech.

## Indholdsfortegnelse

Resumé .....	3
Baggrund .....	4
Beskrivelse af udvidet fysioterapeutisk udredning .....	4
Formål .....	5
Materiale og metode .....	5
Data og datakilder .....	5
De anvendte spørgeskemaer .....	6
Gule flag - Ørebro spørgeskema (ØS) .....	7
Funktionsevne - Roland Morris spørgeskema (RMS) .....	7
Smerte - Numerisk Smerteskala (NRS) .....	8
Relevant ændring af helbredsstatus .....	8
Grænseværdier .....	9
DREAM. Sygefravær og overførselsindkomst .....	10
Resultater .....	10
Deltagere .....	10
Ændringer i helbredsstatus .....	12
Ændringer i forsørgelsesgrundlag .....	15
Varighed af sygemelding .....	15
Diskussion .....	16
Begrænsninger i efterundersøgelsen .....	16
Metode .....	16
Datagrundlag .....	17
Risiko for udvikling af langvarig tilstand - Ørebro skemaet .....	17
Fordele ved ØS .....	18
Ulemper ved ØS .....	18
Funktionsevne – Roland Morris Skemaet .....	19
Fordele ved RMS .....	19
Ulemper ved RMS .....	19
Smerte - NRS .....	19
Ulemper ved NRS .....	19
Spørgeskemaer .....	20
Sygefravær og forsørgelsesgrundlag .....	20
Konklusion .....	21
Referenceliste .....	22
Bilagsfortegnelse .....	25

## Resumé

Denne rapport indeholder en evaluering af en ordning om "Udvidet fysioterapeutisk rygudredning" til patienter med lænderygbesvær. Regionsrådet besluttede i december 2009 at forlænge ordningen til medio 2011 med henblik på endelig stillingtagen til, hvorvidt ordningen skal gøres permanent. MarselisborgCentret har fået til opgave at foretage en evaluering af ordningen inden medio 2011.

"Udvidet fysioterapeutisk rygudredning" er som navnet antyder en undersøgelsesprocedure, som er sammensat af en række enkeltundersøgelser. Formålet med den udvidede rygudredning er at kunne yde patienter med lænderygbesvær en mere differentieret behandling, og dermed reducere risikoen for at lænderygbesvær udvikler sig til en kronisk tilstand. De enkelte undersøgelser er dokumenteret i to tidligere rapporter fra 2009. De enkelte undersøgelser blev da, hver især anbefalet som fysioterapeutiske undersøgelser

Formålet med denne evaluering har været i en efterundersøgelse at undersøge, i hvilket omfang patienternes helbredsstatus er forbedret 6 måneder efter den udvidede rygundersøgelse. Da der i evalueringen ikke indgår en kontrolgruppe, er en 30 % 's forbedring af funktionsevnen og smerteintensitet fastsat som succeskriterium. En 30 % forbedring i kontrollerede studier vurderes internationalt som en effekt, der er klinisk relevant. Andre formål har været at undersøge risiko for udvikling af en kronisk tilstand, at undersøge ændringer i sygefravær samt betydningen af eventuelle ændringer i funktionsevne og smerteintensitet i forhold til forsørgelsesgrundlag (ledighed, sygemelding, selvforsørgelse).

I undersøgelsen indgik 170 deltagere, der havde første møde med fysioterapeut i perioden 1. maj til 31. oktober 2010.

I rapporten anvendes patientens stamdata og besvarelser fra tre validerede spørgeskemaer om henholdsvis funktionsevne, smerteintensitet samt risiko for udvikling af kronisk tilstand. Med henblik på undersøgelse af sygefravær og forsørgelsesgrundlag er data indhentet via registeroplysninger (DREAM).

I alt indgik 66 personer af 170 mulige i undersøgelsen. En bortfaldsanalyse viste fraset, at der var flere selvforsørgende og færre sygemeldte i den første gruppe ikke forskelle mellem grupperne.

## Resultater

Resultaterne viser en gennemsnitlig forbedring på 43 %, hvad angår funktionsevne, og at deltagernes smerteintensitet faldt gennemsnitlig med 28 %.

Score for risiko for udvikling af kronisk tilstand faldt i gennemsnit med 16 %.

Der fandtes ikke ændringer i forhold til sygefravær, men tydelig sammenhæng mellem forsørgelsesgrundlag herunder sygefravær og selv vurderet helbredsstatus. Således vurderede sygemeldte deres helbredsstatus som dårligst og selvforsørgende som bedst i alle helbredsmaal.

Patienternes helbredsstatus fandtes at være tilfredsstillende forbedret i forhold til den anførte 30 % 's forbedring, der er klinisk relevant.

## Baggrund

Regionsrådet i Region Midtjylland har besluttet at videreføre en forsøgsordning vedrørende udvidet fysioterapeutisk rygudredning, som blev igangsat i de tidligere amter i 2003-2006. Ordningen blev i 2009 evalueret i to beskrivende rapporter udarbejdet af hhv. regionens praksiskonsulenter og fysioterapeut, ph.d. Tom Petersen (1;2). Ordningen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens MTV rapport "Ondt i ryggen" (2009), der anbefalede en grundig førstegangundersøgelse af personer med lænderygsmerte (3). Ordninger med "Udvidet rygudredning" er siden indført i Region Nord og Region Syd, hvor aftalerne fortsætter indtil videre. I Region Hovedstaden forløber projektet til medio 2012 med efterfølgende evaluering. I alle regioner er fysioterapeuterne uddannet ud fra de samme kriterier, og alle anvender samme database.

Formålene med den udvidede rygudredning er

- at sikre ressourcerne i praksissektoren udnyttes optimalt,
- at undgå patienter med lænderygsmerte udvikler kronisk tilstand,
- at sikre behandlingsstandarder følges og
- at sikre henvisende læge en hurtig tilbagemelding.

"Elementerne i ordningen er:

Implementering af en evidensbaseret klassifikationsmodel med henblik på udredning af patienter med uspecifikke lænderygsymptomer i praksissektoren, varetaget af specialuddannede fysioterapeuter i Region Midtjylland. Klassificerer patienter med lænderygtilstande med henblik på at udfærdige en rapport til brug for henvisende læge med opstilling af anbefalinger til relevant intervention" (1).

Baggrunden for denne rapport er, at Regionsrådet den 2/12 2009 besluttede, at ordningen "forlænges til medio 2011 med henblik på endelig stillingtagen til, hvorvidt projektet skal gøres permanent, idet der inden medio 2011 gennemføres en mere uddybende evaluering, herunder så vidt muligt en effektvurdering af forsøgsordningen vedrørende udvidet rygudredning." (Referat fra Regionsrådsmøde den 2/12-2009).

## Beskrivelse af udvidet fysioterapeutisk udredning

Rygudredningen retter sig mod hhv. subakutte (forløb <3 mdr.) og kroniske patienter (forløb >3 mdr.), som fortsat er i udredningsfasen. Det forudsættes, at forløbet har en kompleksitet, der fordrer en særlig indsats i udredningen, og at der lægefagligt er screenet for alvorlig patologi og progressivt nerverodtryk. Alle praktiserende læger kan henvise patienter til udvidet rygudredning. Epikrise tilsendes den henvisende læge indenfor 14 dage efter første fremmøde i klinikken.

Patienterne som indgår i ordningen er

- bosiddende i Region Midtjylland,
- blevet henvist til udvidet fysioterapeutisk rygudredning fra alment praktiserende læge og
- har efterfølgende modtaget behandling.

Fysioterapeuter, der kan foretage den udvidede udredning, skal have minimum fem års klinisk erfaring, et bredt efteruddannelsesniveaue og skal have gennemført et særligt seks ugers kursus tilrettelagt med henblik på gennemførelse af indsatsen.

Efter henvisning fra lægen får patienten indkaldelse af fysioterapeuten inden fire dage og udredes inden 14 dage, efter henvisning er modtaget. Patienten giver tilsagn om accept af deltagelse, og om at de er informerede om forløb og behandlingsplan.

Ved første konsultation registrerer fysioterapeuten i en kvalitetsdatabase FysDB fra 2008: henvisningsdato, debut-, køn, alder, symptom-fordeling og evt. sygdomsmeddelelse. Desuden registreres data fra den kliniske undersøgelse i et klassifikationskema, og en epikrise udfyldes til henvisende praktiserende læge.

Fysioterapeutens vurdering af patienten foretages på baggrund af patienternes besvarelser af tre spørgeskemaer samt den kliniske undersøgelse. Udredningen skal være foretaget og registreret i løbet af maksimalt tre konsultationer.

Ved fuldført udredning nedskriver fysioterapeuten mål for behandling og afkrydser forslag til behandlingsplan efter patientens behov, eksempelvis: information og vejledning, fysioterapeutisk intervention eller evt. udredning i andet regi.

## **Formål**

Formålet med efterundersøgelsen er:

- at sammenligne selvrapporterede funktionsevne, smerteniveau og score af risiko for udvikling af kronisk tilstand med mål for klinisk relevant ændring,
- at undersøge sygefravær,
- at undersøge betydning af evt. ændring i smerteniveau og funktionsevne i forhold til forsørgelsesgrundlag.

## **Materiale og metode**

I efterundersøgelsen indgår de deltagere, der har første møde med fysioterapeut i perioden 1. maj til 31. oktober 2010.

## **Data og datakilder**

Data, der indgår i efterundersøgelsen, stammer fra FysDB.

Rapporten anvender stamdata (CPR, dato for undersøgelser) og besvarelser på de tre spørgeskemaer Roland Morris Questionnaire (RMS), Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ØS) og Numeric Pain Rating Scale (NRS). Skemaerne er besvaret ved første fremmøde på klinikken (baseline) og på opfordring fra fysioterapeut-klinikken 6 måneder herefter (follow-up).

Dette danner mulighed for at beskrive ændringer i hhv. deltagernes funktionsevne, risiko for udvikling af kronisk tilstand og smerteniveau fra baseline til follow-up.

Idet der forventes variationer for tidspunktet med telefonisk kontakt til deltagerne og efterfølgende besvarelse, antages en periode fra baseline til follow-up mellem 150 og 240 dage som acceptabel. Det betyder deltagere inkluderet fra 15.9.2010-31.10.2010 har mindre chance for at komme med, idet data blev indsamlet pr. 15.5.2011.

Med henblik på undersøgelse af sygefravær er der indhentet data fra Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget (DREAM), der administreres af Arbejdsmarkedsstyrelsen. Siden d. 5. august 1991 er registreret oplysninger ugevis om alle personers overførselsindkomst, herunder sygedagpenge. Databasen giver mulighed for at beskrive sygefravær ved optælling af antal uger i året før første fremmøde i klinikken samt forsørgelsesgrundlaget ved baseline og fem måneder efter. Deadline for rapporten bestemmer tidsrummet for denne opfølgning. De data, der benyttes i efterundersøgelsen fra hhv. FysDB og DREAM-databasen fremgår af følgende tabel 1.

Tabel 1 Datakilder, -type og -indhold

<b>Datakilder</b>	<b>Datatype</b>	<b>Indhold</b>
FysDB	Stamdata	CPR
		Dato for første konsultation
		Alder
		Køn
	Selvrapporterede data ved baseline og follow-up	Dato for besvarelser
		Ørebro (risikofaktorer)
		Roland Morris (funktionsniveau)
		NRS (smerteintensitet)
DREAM	Registerdata	Civilstand
		Forsørgelsesgrundlag:
		Sygedagpenge
		Løntilskud
		Flexjob
		Ledighedsydelse
		Kontanthjælp
		Revalidering
		Uddannelse, SU
		Barselsdagpenge
		Førtidspension
		Folkepension
		Efterløn

Rapporten belyser ændringer i gennemsnitsscore i RMS, ØS og NRS fra baseline til 6 mdr. follow-up. Desuden kortlægges perioder med sygefravær og forskellige former for overførselsindkomster registreret i DREAM. Databehandlingen er foregået i STATA.

### **De anvendte spørgeskemaer**

I det følgende bliver de anvendte måleinstrumenter beskrevet herunder deres oprindelse, anvendelse, egnethed i forhold til patienter med lænderygsmerte, beregning af score samt vurdering af score.

### **Gule flag - Ørebro spørgeskema (ØS)**

ØS kan anvendes til vurdering af risiko for udvikling af langvarig smertetilstand og nedsat funktion (kronicitet). (Bilag 1). ØS kan anvendes som en del af screeningen for såkaldte gule flag, som er risikofaktorer ex depression, angst, somatisering, trivselsproblemer på arbejde, manglende tro på bedring. Det anbefales, at ØS bruges som et redskab til at skabe dialog med patienten om evt. risikofaktorer (4).

ØS indeholder 23 spørgsmål. De første 5 spørgsmål vedrører alder, køn, smerte udbredelse, antal dage med smerte hhv. sygefravær, og de sidste 18 spørgsmål vedrører smerte, funktionsevne, forventning og fear avoidance. Svarskalaen består af 11 punkter fra 0="slet ikke" til 11="i høj grad". ØS er udviklet af Linton og Boersma (5) og oversat til dansk af Jørgen Kilsgaard (6).

ØS score udregnes ved en særlig metode beskrevet af Linton og Hallden i 1998 (7). Maximum score er 210. Ifølge New Zealands "Acute low back pain guide" (8) og i Danmark vurderes, at sum-score over 105 point tyder på relativ høj risiko for udvikling af langvarig smertetilstand og nedsat funktionsevne, mellem 90-105 point tyder på moderat risiko, og patienten bør følges op, mens en sum-score under 90 point tyder på lav risiko.

Det anbefales, at ØS scoren sammenholdes med den øvrige undersøgelse, idet skemaet kun kan give en fornemmelse af risikofaktorerne betydning, og resultatet skal derfor tolkes med forsigtighed (4).

### **Funktionsevne - Roland Morris spørgeskema (RMS)**

RMS måler nedsat funktion og begrænsning af aktivitetsniveau hos personer som følge af lænderygsbesvær (Bilag 2). Måling af funktionsevne betragtes som væsentligt for patienter med rygsmerter, ekspertgrupper anbefaler blandt andet anvendelse af RMS som standard (9;10). Det anbefales, at smerte altid måles sammen med nedsat funktionsevne som følge af lænderygsmerter.

RMS består af 23 spørgsmål om beskrivelse af tilstanden i dag hos personer med lænderygsmerte og/eller iskias. Der besvares med enten "ja" eller "nej", et ja-svar giver 1 point, og der udregnes en samlet score (point) svarende til antal ja-svar. Kun spørgsmål, der besvares med ja, bruges i beregning af score, ubesvarede spørgsmål tæller som et nej.

For vurdering af point i forhold til nedsat funktionsevne gælder, at score 0-6 er ingen eller minimal, 7-12 let nedsat, 13-18 moderat og 19-23 svær nedsat funktionsevne.

RMS blev udviklet af Roland og Morris i 1983 til patienter med lænderygsmerter med udgangspunkt i "Sickness Impact Profile" (11;12). Udgaven, der i 1995 er modificeret og oversat til dansk af Patrick et al (RMQ-Patrick), er vurderet lige så valid som den originale, der i øvrigt bliver benævnt meget forskelligt i litteraturen, men alle refererer til samme spørgsmål (13).

RMS er hyppigt benyttet internationalt og er vurderet som et kriterievalidt instrument til måling af funktionsniveau hos patienter med lænderygsbesvær og tidligere lumbal diskusprolaps (14). RMS bliver anbefalet som supplement til den kliniske undersøgelse.

En oversigtsartikel vedrørende fire spørgeskemaer vurderer, at validiteten af RMS generelt er god for patienter med både akut, subakut og kronisk lænderygsmerte (15). RMS er også anvendt som kriterieredskab ved nye test (16).



Et review viser, at RMS har størst sensitivitet for patienter med mild til moderat nedsat funktionsevne, mens et andet spørgeskema "Oswestry disability index" er mest effektivt for patienter med vedvarende og svær nedsat funktionsevne samt efter operation (17). Validiteten af RMS er således bedst for patienter, der ved udredning ikke har voldsomt nedsat funktion (ex paralyse). Begge spørgeskemaer har vist tilfredsstillende respons rate.

### **Smerte - Numerisk Smerteskala (NRS)**

Smertemåling bør indeholde elementer af både smerteintensitet og -gener (9;18). Der er en række værktøjer til måling af smerte, fx visuel analog skalaer (VAS), numeriske rang skalaer (NRS) og verbale rang skalaer. Numeriske og kategoriske skalaer er lettest at håndtere og er fundet lige så anvendelig som VAS ved måling af ændring i smerte hos patienter med lænderygsmerter (19;20).

En konsensusrapport om standardisering anbefaler en 11-punkt skala (21). Typisk beskrives NRS som en 11-punkts skala fra 0-10, der findes dog også andre udgaver (fx 0-20), og anvendeligheden af den verbale udgave er på højde med udgaven på skrift (16). NRS er en udbredt skala til måling af smerte, men kan også anvendes som instrument til at få et gradueret svar af andet end smerte (22). NRS er beskrevet som anvendelig til smertevurdering hos voksne uden kognitive forstyrrelser og anbefales til brug i såvel forskning som daglig klinisk praksis. Der er dog ikke fundet evidens for, at NRS er bedre end VAS og Verbal Rang skala.

I FysDB forekommer NRS som en horisontal linje med talmarkeringerne "0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10". (Bilag 3). Smerteintensiteten måles fra 0-10, hvor 0 betyder "ingen smerte" (fuldstændig fravær af smerte), og 10 er "værste smerte" (så kraftig, at den svarer til, at din hånd holdes ind i ild mod din vilje). Patienten spørges om sin vurdering af intensitet af smerte den sidste uge ved markering fra 0-10 på tre spørgsmål: "Gennemsnitlige smerte" (der skal svare til den gennemsnitlige eller sædvanlige intensitet). "Værste smerte" (der skal svare til intensitet af den primære/dominante smerte). "Bedste smerte" (der skal svare til intensitet af den primære/dominante smerte, når den er bedst). Det er nødvendigt med en grundigere instruktion ved første måling med NRS, mens efterfølgende målinger vurderes at kunne foretages uden yderligere forklaring.

NRS scores som et gennemsnit af de registrerede værdier for "gennemsnitlige smerte" og "værste smerte".

### **Relevant ændring af helbredsstatus**

Et review viser, at der ikke er konsensus om hvad forbedring ("recovery") indbefatter, eller om hvilke kliniske effektmål, der er relevante (23). Et studie finder, at "fear avoidance" (angst for bevægelse og opståen af ny skade) i forhold til arbejde, nedsat funktionsevne og generel kondition var de mest betydningsfulde prognostiske faktorer i forhold til tilbagevenden til arbejde (24).

Et andet review finder, at udbredt og høj grad af smerte, katastrofetanker samt manglende arbejdsmarkedstilknytning er de stærkeste prognostiske risikofaktorer. I studiet angives angst for smerte ("fear of pain") som væsentligste faktor for nedsat funktionsevne efter 1 år (25).

Da måling af effekt af behandling er kompleks, anbefalede en international ekspertgruppe i 1998, at denne bør indeholde måling af: symptomer, funktion, livskvalitet, arbejdsevne og tilfredshed med behandling (15;18;26). I 2000 gentog en ny ekspertgruppe anbefalingen, herunder at RMS blev anvendt til måling af funktion, og at smerte (herunder -intensitet og -gener) altid måles sammen med nedsat funktionsevne som følge af lænderygsmærter (18;26;27).

Generelt anvendes en række selvrapporterede måleinstrumenter til patienter med lænderygsmærter, og de to mest almindelige kliniske måleparametre er smerte og rygspecifik funktion.

Et ekspertpanel angiver de mest almindeligt anvendte blandt en række hyppigt anvendte måleinstrumenter (28):

- Smerte: Numerisk rating skala (NRS)  
 Visuel analog skala (VAS)
- Funktion: Roland Morris disability spørgeskema  
 Oswestry disability spørgeskema  
 Quebec Back Pain disability spørgeskema

### Grænseværdier

Flere studier har undersøgt og valideret metoder til at vurdere effekt af behandling, herunder minimum grænsen for klinisk relevant ændring. I et internationalt forum var der konsensus om, at en minimum grænse på 30 % ændring fra baseline til follow-up vil være klinisk relevant forbedring for den enkelte lænderygpatient for en række almindelige kliniske måleparametre (28). Reviewet konkluderer, at 30 % "may be considered meaningful improvement when comparing before and after measures for individual patients". Værdierne gælder primært for patienter i primærsektoren og må anses for generelle nedre grænser (28). For absolutte grænseværdier og klinisk relevant ændring fra baseline blev følgende præsenteret (tabel 2) (28).

Tabel 2 Grænseværdier for relevant ændring af effektmål (29)

Instrument	Score	Absolut grænseværdi for mindste klinisk relevant ændring	Klinisk relevant ændring fra baseline (%)
Visuel analog skala (VAS)	0-100	15	30
Numerisk rating skala (NRS)	0-10	2	30
Roland Morris spørgeskema (RMS)	0-23	5	30
Oswestry disability indeks	0-100	10	30
Quebec Back Pain Disability Questionnaire	0-100	20	30

Der er ikke enighed om, hvor stor en ændring i RMS, der er nødvendig for at have betydning for patienten. Et review angiver 2-3 eller 5 point eller 10 % ændring, før det er klinisk relevant (18), andre angiver mellem 2 og 9,5 point, et studie angiver en individuel grænseværdi på 5 point, og nogle angiver mellem 20 og 28 % ændring i

forhold til baseline (16). Men der er enighed om, at ændringen bør ses i relation til udgangspunktet (10;30).

Et review finder forskel på patientens og behandlerens vurdering. Patienten vurderer, at ændringen er væsentlig ved 2-3 RMS-point, mens ændringen skal være 5 point, hvis både behandler og patient vurderer, at ændringen er væsentlig. En ændring på 10 % er vist væsentlig i forhold til betydning for ændring i jobstatus herunder sygefravær (18).

### **DREAM. Sygefravær og overførselsindkomst**

I resultaterne vedrørende overførselsindkomst antages, at personer er selvforsørgende i de perioder, hvor der ikke er registrering af modtaget ydelse i DREAM. Ugevis registrering betyder, at en dags sygefravær i en uge registreres som en uge. I de tilfælde hvor arbejdsgiveren er forpligtet til at udbetale løn under sygdom, registreres der først sygeuger i DREAM efter 3 uger, hvilket er det tidspunkt arbejdsgiveren søger om refusion af sygedagpenge.

I rapporten opgøres sygefravær i perioder på <6 uger, >6-12 uger og >12 uger, hvilket svarer til den afgrænsning, der traditionelt anvendes i forhold til varighed af lænderygsmerte (subakut >6-12 uger og kronisk >12 uger). Sygefravær er opgjort samlet for fuldtids- og delvis sygemelding.

### **Resultater**

Resultaterne i denne rapport baseres sig på de selvrapporterede svar på spørgeskemaer, som er foretaget dels ved første fremmøde på klinikken (baseline) og dels efter opringning fra behandlingsstedet til deltageren cirka 6 måneder herefter (follow-up). Deltageren modtager en e-mail med link til elektronisk spørgeskema. De som foretrækker papirskema får det tilsendt som post. Deltagerens indtastede data registreres direkte i FysDB, og i tilfælde af det er papirudgave af spørgeskemaer er disse indtastet af behandlingsstedet.

Der er ikke foretaget rykkerprocedure, og det fremgår ikke hvor mange patienter, der har takket nej.

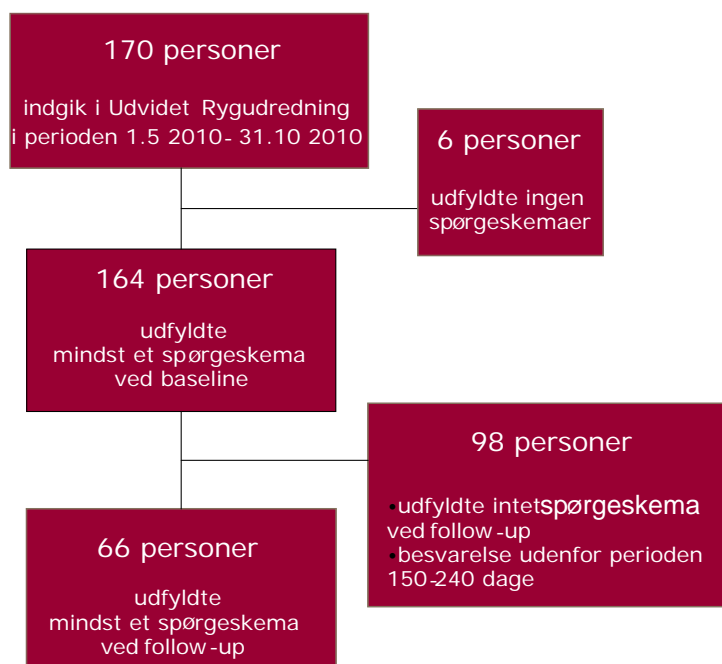
### **Deltagere**

Til opgørelse af hvilke personer, der indgår ved baseline, er anvendt datoen for første fremmøde i klinikken. I alt 170 deltagere indgik i "Udvidet rygudredning" i perioden 1.5.2010-31.10.2010. Figur 1 viser en oversigt over deltagerne, og at de tre spørgeskemaer er udfyldt i forskellig grad.

I efterundersøgelsen af selvrapporterede data (RMS, ØS, NRS) indgår de personer, som ved baseline har besvaret mindst et spørgeskema. Det gælder 164 deltagere, og heraf indgår 66 i follow-up med besvarelse indenfor perioden på 150-240 dage. Bilag 4 viser en fordeling af besvarelserne over tid.

Blandt de 98 deltagere, som ikke er med i follow-up, var der enkelte der udgik, fordi deres besvarelse var udenfor den acceptable svarperiode.

Figur 1 Deltagere i efterundersøgelsen



Svarprocenten var 39 % for de deltagere, som ved follow-up har udfyldt mindst et spørgeskema, beregnet ud fra de 170 personer, som indgik i ordningen. Af bilag 5 fremgår en oversigt over svarprocenten for de enkelte spørgeskemaer.

Fordeling på alder og køn blandt de 170 ses i tabel 3. Aldersspredningen er fra 15 til 76 år med den overvejende del i den erhvervsaktive alder (gennemsnitlig alder var 44 år, se aldersfordeling i bilag 6).

Tabel 3 Karakteristika af samtlige deltagere i "Udvidet udredning" i perioden

		N=170		N=66	
		Antal	%	Antal	%
Køn	Antal kvinder	83	49	35	53
	Antal mænd	87	51	31	47
Alder	Antal pers. <=44 år	85	49	33	50
	Antal pers. >44 år	85	51	33	50
Civilstand	Gift	111	65	49	74
	Ugift	59	35	17	26
Sygefravær året før	< 6uger	144	84	56	85
	6-12 uger	13	8	8	12
	>12	13	8	2	3

Med henblik på at undersøge hvorvidt follow-up gruppen adskiller sig fra samtlige 170 deltagere, er der ligeledes i tabel 3 sammenligning af gruppernes fordeling på køn, alder, civilstand og sygefravær året før (<6 uger, 6-12 uger, >12 uger). I bilag 7 og 8 ses sammenligning af henholdsvis forsørgelsesgrundlag og helbredsvariable.

Ved sammenligning mellem samtlige og de 66 personer, der besvarede ved follow-up, ses, at andelen af gifte er større, og andelen af langtidssygemeldte året før er mindre i follow-up gruppen, men forskellen er ikke signifikant.

Hvad forsørgelsesgrundlag angår, viser bilag 7, at hovedparten af deltagere er selvforsørgende, men andelen heraf er større i follow-up gruppen (64 %) end blandt samtlige 170 deltagere (54 %).

Vedrørende helbredsstatus (bilag 8) viser sammenligning af data nogle forskelle i besvarelse af ØS (risiko for udvikling af kronisk tilstand). Således angiver de 66 kvinder 10 point lavere score, og personer <44 år 9 point lavere score end samtlige, og er derved ikke i høj risiko for udvikling.

Der ses ved alle angivne værdier af helbredsstatus stor individuel variation, hvilket fremgår ved stor spredning (sd) på minimum og maximum værdier (bilag 8).

### Ændringer i helbredsstatus

Forskelle på deltagernes angivelse ved baseline og follow-up er opgjort for alle tre spørgeskemaer i tabel 4. I opgørelsen indgår kun deltagere udredt i perioden 1.5-31.10.2010 med opfølgning 150-240 dage efter.

Tabel 4 Ændringer i deltagernes selvvaluerede helbredsstatus

	Baseline mean (sd)	Follow-up mean (sd)	Ændringer	%
<b>Ørebro</b>				
Alle (n=63)	99,3 (26,1)	80,1 (36,4)	19,3 (31,4)	16
kvinder (n=33)	99,4 (26)	77,5 (35,3)	21,9 (31,5)	22
mænd (n=30)	99,1 (26,5)	82,8 (37,9)	16,3 (31,4)	16
Alder <=44 (32)	100,2 (22,9)	82,6 (34,4)	17,6 (32,3)	18
Alder >44 (31)	98,3 (29,3)	77,3 (38,6)	20,9 (30,8)	21
<b>Roland Morris</b>				
Alle (n=66)	12,6 (5,2)	7,2 (5,7)	5,4 (6,3)	43
kvinder (n=35)	13,8 (5,1)	7,5 (6,1)	6,3 (5,8)	46
mænd (n=31)	11,3 (5)	6,9 (5,4)	4,3 (6,7)	38
Alder <=44 (33)	12,8 (5)	7,5 (6,1)	5,2 (6,4)	41
Alder >44 (33)	12,4 (5,5)	6,9 (5,4)	5,5 (6,3)	44
<b>NPRS</b>				
Alle (n=62)	3,6 (1,6)	2,5 (1,8)	1 (2)	28
kvinder (n=33)	3,4 (1,6)	2,3 (1,7)	1,1 (1,7)	32
mænd (n=29)	3,8 (1,7)	2,8 (1,9)	0,9 (2,3)	24
Alder <=44 (31)	4 (1,6)	2,7 (1,7)	1,3 (1,9)	33
Alder >44 (31)	3,1 (1,6)	2,4 (1,9)	0,7 (2,1)	23

\*mean=gennemsnitsværdi, sd=spredning

Gennemsnitlig ændring for hele follow-up gruppen var 43 % forbedring i RMS (funktionsevne), 16 % i ØS (risiko for udvikling af kronisk tilstand) og 28 % i NRS (smerteintensitet). Sammenholdt med tabel 2 er forbedring målt med RMS over grænseværdien for klinisk relevant ændring, mens forbedring målt med NRS er 2 % mindre.

Der er store individuelle forskelle i ændringer, og en del deltagere oplever forværring. I forhold til funktionsevne (RMS) angiver 10 deltagere (15 %) en forværring (score 1-11). Med hensyn til risiko for udvikling af kronisk tilstand (ØS) angiver 15 deltagere (23 %) en forværring (score 2-59). I forhold til smerte (NRS) angiver 16 deltagere (26 %) en forværring (score 0,5-4,5). Den mindste og højeste værdi var 0 og 7,5 ved baseline hhv. 0 og 6,5 ved follow-up, hvor fem patienter angiver 0 ved follow-up.

Som tidligere beskrevet er der for ØS angivet grænseværdier for risikograder af udvikling af kronisk smertetilstand og nedsat funktionsevne. Ligeledes er der for RMS angivet grænseværdier for inddeling af nedsat funktionsevne i grupper. Fordelingen af deltagere i forhold til disse risikograder ses af tabel 5.

Tabel 5 Fordeling af deltagere efter risikograder for kronisk tilstand og nedsat funktionsevne

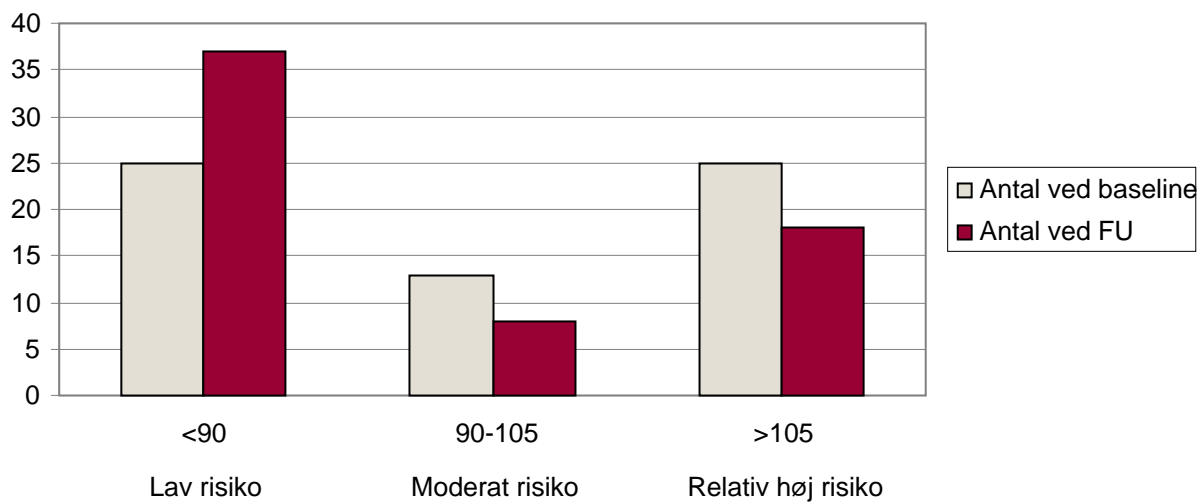
Ørebro (N=63)						
Risikograder	Grænseværdier	Baseline		Follow-up		
		Antal	%	Antal	%	
Lav risiko	<90	25	40	37 (59)	59	
Moderat risiko	90-105	13	21	8 (13)	13	
Relativ høj risiko	>105	25	39	18 (28)	28	

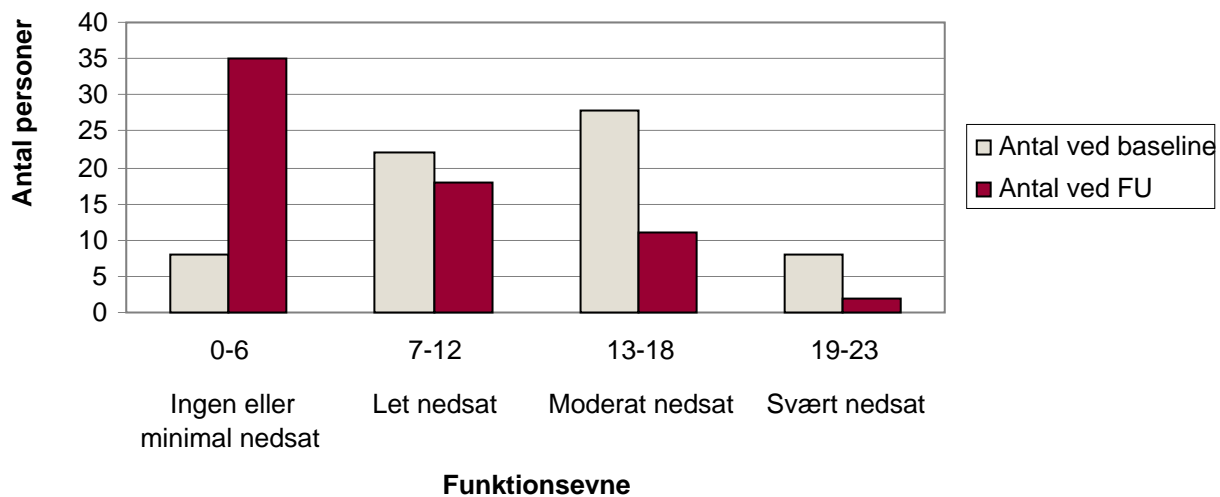
Roland Morris (N=66)						
Risikograder	Grænseværdier	Baseline		Follow-up		
		Antal	%	Antal	%	
Ingen eller minimal nedsat	0-6	8	12	35	53	
Let nedsat	7-12	22	33	18	27	
Moderat nedsat	13-18	28	42	11	17	
Svært nedsat	19-23	8	12	2	3	

Nedenstående figurer viser inddeling i de i tabel 5 omtalte risikograder af hhv. RMS og ØS ved baseline og follow-up. Det ses for både funktionsevne og risiko for udvikling af kronicitet, at deltagerne i gennemsnit scorer lavere ved follow-up, eks. falder andelen af deltagere med relativ høj risiko (ØS) fra 25 til 18.

Figur 2 Risiko for udvikling af kronisk tilstand (ØS)



Figur 3 Funktionsevne (RMS)



## Ændringer i forsørgelsesgrundlag

Forsørgelsesgrundlaget ved baseline og follow-up er vist i tabel 10. Der er flere selvforsørgende ved baseline end ved follow-up. Hvad angår sygefravær, er der flere sygemeldte ved follow-up end ved baseline.

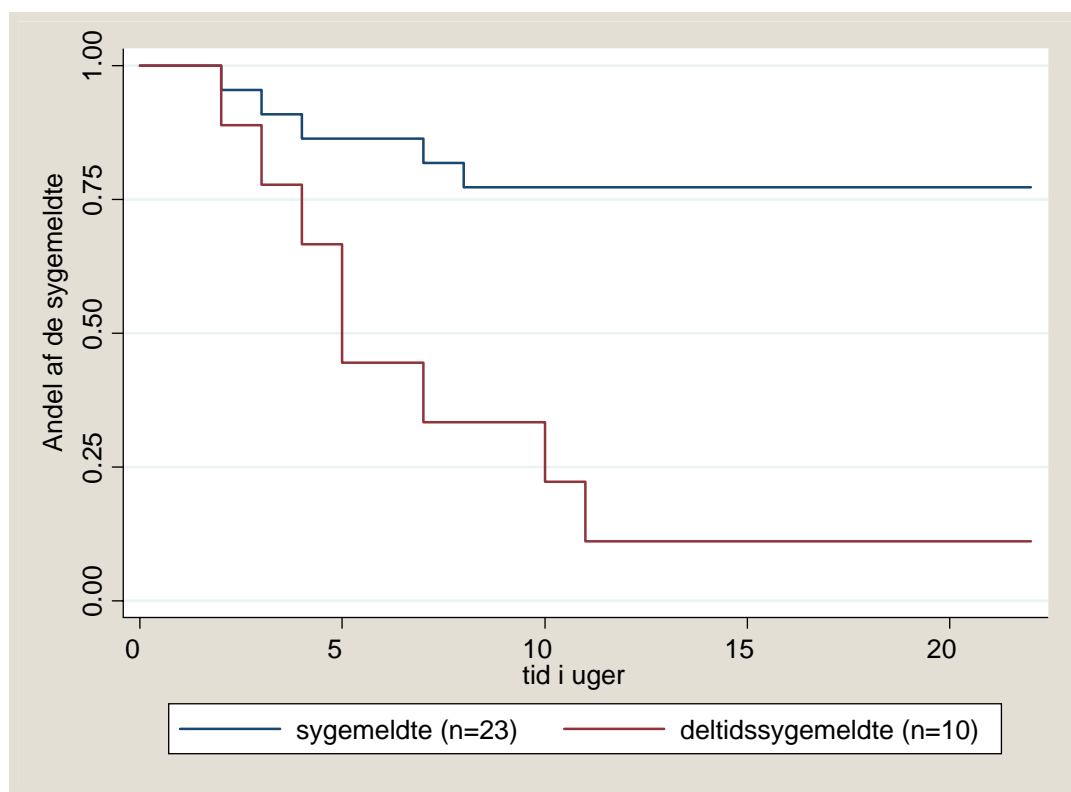
Tabel 6 Ændring i forsørgelsesgrundlag fra baseline til follow-up

Grupper	Baseline		Follow-up	
	n	%	n	%
Selvforsørgende	42	64	39	59
Arbejdssøgende	3	5	5	8
Barsel	1	2	1	2
Understøttede i arbejde (løntilskud, fleksjob)	2	3	2	3
Uddannelsessøgende (SU, revalidering)	2	3	1	2
På varig ydelse (førtidspension, folke-, efterløn)	9	14	8	12
Syge (samt delvis raske)	7	11	10	15

## Varighed af sygemelding

Blandt samtlige 170 inkluderede i efterundersøgelsen var der ved baseline 33 sygemeldte deltagere, heraf 10 deltidssygemeldte. Figur 4 er en såkaldt "overlevelseskurve" (Kaplan-Meier), som i denne sammenhæng er anvendt til at vise varighed fra første fremmøde i klinikken til første uge i DREAM uden registrering af udbetaling af sygedagpenge. De deltidssygemeldte viser en tendens til at blive hurtigere raskmeldt.

Figur 4 Varighed af sygemelding blandt alle 170 deltagere





For at sammenholde helbredstilstand (RMS, ØS, NRS) og forsørgelsesgrundlag er der i tabel 7 lavet en oversigt. På baggrund af forsørgelsesgrundlaget ved baseline for samtlige deltagere er der lavet fire grupper og udregnet en gennemsnitsscore for hvert af måleinstrumenterne i hver gruppe. (Se tabel 7).

Tabellen viser en tydelig tendens til, at de sygemeldte vurderer deres helbred som dårligere end de deltidssygemeldte og de øvrige grupper. Alle fuldtidssygemeldte (22) er over grænseværdien (ØS>105) for relativ høj risiko for udvikling af kronicitet. Endvidere vurderer de selvforsørgende deres helbred bedst med laveste score i samtlige helbredsmål.

Tabel 7 Helbredsstatus fordelt på baggrund af forsørgelsesgrundlag ved baseline

Helbredsstatus Grupper	RMS (N=162)		ØS (N=159)		NRS (N=157)	
	N	RM-score	N	ØS-score	n	NRS
Sygemeldte	22	16,7 (4,3)	22	123,7 (25,1)	19	4,4 (1,7)
Deltidssygem.	10	14,6 (6,1)	10	102,7 (17)	9	3,2 (1,2)
Andre ydelser*	43	13,9 (5,6)	42	112,5 (36,5)	42	4,0 (2,1)
Selvforsørgende	87	12,1 (5,7)	85	97,1 (26,5)	87	3,7 (1,7)

\* flexjob, kontanthjælp, uddannelse, efterløn og førtidspension

## Diskussion

Resultaterne i efterundersøgelsen viser, at de 66 deltagere i follow-up gruppen i "Udvidet rygudredning" oplever ændringer af klinisk relevans i forhold til både funktionsevne og risiko for udvikling af langvarig tilstand pga. lænderygbesvær.

Der ses ikke ændringer i forhold til sygefravær, men der ses sammenhæng mellem forsørgelsesgrundlag og selvvalgt helbredsstatus. Deltagere som er sygemeldte, vurderer deres helbredsstatus som dårligst og selvforsørgende som bedst.

## Begrænsninger i efterundersøgelsen

### Metode

Efterundersøgelsens største begrænsning er, at der ikke er en kontrolgruppe, som giver mulighed for at udtale sig om "Udvidet rygudredning" er bedre eller dårligere end en anden indsats.

Resultaterne viser, hvordan det er gået for samtlige 170 i udredningen, hvad angår sygefravær, og for follow-up gruppen ligeledes for sygefravær og udvalgte helbredsparametre. Hvorvidt ændringen, der forekommer over tid i follow-up gruppen, kan tilskrives indsatsen "Udvidet rygudredning" kan ikke siges med sikkerhed. For at skaffe en sådan evidens for effekt skal der gennemføres et randomiseret studie.

## **Datagrundlag**

Efterundersøgelsens datagrundlag er en del reduceret i forhold til de oprindelige forventninger om antallet af lænderygpatienter registreret i FysDB med follow-up test. Desuden besvarer en stor del ikke spørgeskemaerne 6 mdr. efter udredning, således er datagrundlaget ved follow-up begrænset på grund af en lav svarprocent. Formodentlig er proceduren ved indsamling af svar medvirkende faktor, ex er der ingen oplysninger om, i hvilket omfang deltagerne er blevet kontaktet, og der har ikke været gennemført en rykkerprocedure.

Mangel på dokumentation omkring proceduren ved indsamling af skemasvar medfører også usikkerhed i forhold til hvilke deltagere, der rent faktisk er blevet kontaktet. Det må formodes, at der blandt fysioterapeuterne er interesse for, at denne indsats fortsætter. Der er mulighed for at udvælge, hvem der kontaktes, med baggrund i hvor heldigt deres forløb har været på klinikken, og resultaterne vil i det tilfælde være overestimerede.

Resultaterne skal ses i lyset af, at den undersøgte gruppe er begrænset i forhold til at fremvise sikre estimater, hvilket fremgår af den store spredning, der forekommer. I efterundersøgelsen indgår kun de deltagere, der havde første fremmøde hos en fysioterapeut i perioden 1. maj til 31. oktober 2010. Baggrunden for dette er, at der siden oprettelsen af FysDB ikke er foregået en konsekvent indhentning af skemasvar efter 6 måneder, men først ved iværksættelse af denne efterundersøgelse påbegyndtes en mere systematisk indsamling.

Deltagere i efterundersøgelsen er et udsnit af alle, der har deltaget i "Udvidet rygudredning". Perioden, hvor inklusion til denne efterundersøgelse foregår, er overvejende sommer, og det er oplyst, at der i denne periode ikke henvises lige så mange deltagere som om vinteren. Undersøgelse af deltagere fra et helt år vil kunne give en større undersøgelsesgruppe og kunne afspejle eventuelle årstidsvariationer.

Bortfaldet på 98 personer, som ikke har besvaret spørgeskemaer ved opfølgning betyder som udgangspunkt høj grad af selektionsbias. Ved sammenligning mellem hele gruppen og de 66 personer, der besvarer spørgeskemaer ved follow-up ses der enkelte forskelle. Der er i follow-up gruppen flere selvforsørgende og færre sygemeldte. Kvinder og deltagere under 44 år har lavere sum-score i ØS end hele gruppen. Dette kan betyde, at resultaterne kunne se anderledes ud, hvis alle 170 inkluderede havde besvaret ved follow-up.

## **Risiko for udvikling af langvarig tilstand - Ørebro skemaet**

Deltagere i efterundersøgelsen havde i gennemsnit moderat risiko ved baseline, der forbedredes med 16 % til lav risiko for udvikling af kronicitet ved follow-up. Andel med score over grænseværdien for høj risiko faldt ligeledes fra 25 til 18 deltagere.

Angående grænseværdi ("cutoff point") og prædiktiv værdi af sum-scoren er der ikke enighed i litteraturen, idet forskellige forfattere anvender mellem 90 og 105 point som grænseværdi mellem hhv. høj og moderat risiko.

Et studie viser dog, at med de anvendte grænseværdier, kan skemaet med stor sikkerhed (75-86 %) fordele patienter i kategorierne lav risiko, moderat risiko og høj risiko for et langvarigt forløb med sygemelding (5).

Vedrørende den prognostiske værdi angiver et systematisk review, at score ved baseline har en moderat evne til at forudsige langvarig smerte, nedsat funktionsevne samt sygefravær (31), andre finder ingen sammenhæng med smerte (5).

Med de 66 deltageres besvarelse af spørgeskemaer ved follow-up kan der dog ikke påvises nogen ændring i forhold sygefravær. Men data bekræfter, at de sygemeldte har langt højere score (gennemsnit >124) og derved estimeret høj risiko for udvikling af langvarig tilstand.

I forhold til ØS er der ikke fastsat grænseværdier for mindste relevante ændring. Scoring af ØS kan anvendes i forhold til tilrettelæggelse af behandling, hvilket dog er forhold, rapporten ikke belyser. ØS er således et klinisk relevant instrument i behandling, og den anvendte opfølgningstid på 6 mdr. er anvendelig (5).

### **Fordele ved ØS**

Et review fra 2011 konkluderer, at psykologiske risikofaktorer (gule flag) er centrale i forhold til vurdering af prognose, men hvilke heraf der er de centrale kan diskuteres (32). På trods af mangler på konsistens mellem det store antal studier på området, kan det påvises, at klinisk screening for gule flag efterfulgt af en tidlig intervention overfor de fundne faktorer kan påvirke personens prognose positivt. Desuden beskrives fordele ved at inddrage såkaldte blå flag (arbejdsrelaterede faktorer).

Internationale guidelines anbefaler screening af de gule flag i udredningen og til planlægning af behandling, og nogle heraf anbefaler genundersøgelse efter 4 uger eller ved gentagen konsultation (8;33-36). Emotionelle problemer som stress, depression og angst kan påvirke varighed af forløbet (36), og generel helbredsstatus og tilstedeværelse af psykiatrisk komorbiditet udgør risici (37).

Et systematisk review og meta-analyse konkluderer, at flg. er risikofaktorer for udvikling af kronicitet (38):

- Psykiske stresssymptomer, helbredsangst og bekymring, depression
- Negative forestillinger (katastrofetanker)
- U hensigtsmæssig smerteadfærd (ex fear avoidance)
- Stor fysisk belastning i arbejdet
- Øget psykisk og psykosocial stress
- Dårlige relationer til kolleger
- Arbejdsskade- og/eller forsikrings sag

### **Ulemper ved ØS**

I forhold til psykosociale problemstillinger og arbejdsforhold af relevans for lænderygproblemer, er der grænser for fysioterapeutens handlemuligheder, men afdækning vha. ØS af disse forhold er relevant og kan anvendes ved teamsamarbejde med andre faggrupper.

Udover ØS findes et andet spørgeskema til screening i primærsektoren STarT Back Screening Tool (START), som er undersøgt i et prospektivt studie af effekt hos patienter i fysioterapi (39). Der er påbegyndt et arbejde med validering i Danmark.

START er kortere og vurderet lettere at anvende til identifikation af patienter med høj risiko (40).

## **Funktionsevne – Roland Morris Skemaet**

I gennemsnit ændres score for deltagere i efterundersøgelsen med 5,4 point, svarende til 43 %, som er højere end den anbefalede minimum grænse på 30 %.

Patienter med subakut lænderygsmerte, der henvender sig til fysioterapeutisk behandling har typisk en RMS score på 8-10 ved start og 3-5 ved behandlingens afslutning (41). I forhold hertil har deltagerne i udredningen en højere score både ved baseline og follow-up 6 mdr. efter. I resultater fra et randomiseret studie ved Center for Bevægeapparatlidelser havde patienterne med lænderygbesvær ved første fremmøde en score på 15,6 point og et halvt år efter hhv. 9,4 og 8,2 i de to interventionsgrupper, disse patienter havde alle været sygemeldte minimum 4 uger.

Deltagerne, der indgår i udredningen, har en tilsvarende højere score hos de sygemeldte (17/16 point) i forhold til personer i arbejde (12 point).

Resultaterne viser, at antallet af deltagere med nedsat funktionsevne mindskes betydeligt, og således angiver 53 % ingen eller minimal nedsat funktionsevne 6 mdr. efter udredningen.

## **Fordele ved RMS**

RMS er standardiseret, let at gennemføre og fortolke, kræver ingen uddannelse og udgifter, og er blandt flere andre spørgeskemaer fundet som det bedst tilgængelige. Det er selvadministreret og kan benyttes uddelt eller postomdelt, som interview evt. pr. tlf., og varer kun ca. 5 minutter at udfylde for patienten og under 1 minut for beregning af score (42).

## **Ulemper ved RMS**

Validiteten i yderpunkterne kan være problematisk, både i fht. score ved baseline og i fht. vurdering af klinisk relevant ændring. Antallet af svarkategorier (kun ja og nej) og udvælgelsen af spørgsmål er vurderet negativ. En vis bedring kan være opnået, uden patienten kan skifte fra "ja" til "nej", desuden er spørgsmålene udvalgt efter ekspertudsagn og ikke undersøgt tilstrækkeligt (15). Kritikken går også på, at RMS kun belyser fysisk funktion på aktivitetsniveau, men mangler kropsniveau og psykologiske aspekter, og undersøger derved ikke hele problematikken vedrørende lænderygsmerte (10).

## **Smerte - NRS**

Kategorier baseret på NRS vurderes at stemme bedre overens med patienternes egen vurdering af forbedring (43). Ved skelnen mellem om patientens tilstand er forbedret eller ikke, anbefaler et review ved NRS en grænseværdi på 0 (43). Dette opnår fem patienter ved follow-up.

## **Ulemper ved NRS**

NRS bliver ikke vurderet at være sensitiv i forhold til varigheden af lænderygsmerte. Resultaterne viser den gennemsnitlige score falder 1, men fortsat er på 2,5 ved follow-up.

## Spørgeskemaer

De tre anvendte måleinstrumenter i "Udvidet rygudredning" vurderes tilsammen at dække hovedparten af de væsentlige områder af problematikken vedrørende lænderygbesvær. Ved vurdering af resultater ved rehabilitering anbefales at anvende et standardiseret ICF "Core Set" med 5 områder: smerte, rygspecifik funktion, nedsat arbejdsevne, generel helbredsstatus og patienttilfredshed (44). Heraf er de mest anvendte kliniske effektmål smerte og funktion. Ny undersøgelse af fysioterapeutisk intervention viser, at ICF kan anvendes til registrering af patientens funktion under hospitalsophold (45).

## Sygefravær og forsørgelsesgrundlag

Antallet af sygemeldte falder ikke. Det kan undre, når der er tale om en forbedring i helbredstilstand, at der så forekommer flere sygemeldte og færre selvforsørgende ved follow-up end ved baseline. Det skal dog tages i betragtning, at oplysninger om sygefravær ved baseline hovedsagelig er fra sommerperioden, hvorimod tidspunktet for follow-up fortrinsvis er i vinterhalvåret, hvor der kan formodes at forekomme flere sygemeldinger med anden årsag end lænderygbesvær.

Figur 4 som baserer sig på DREAM-data for samtlige 170 deltagere viser, at både de fuldtidssygemeldte og de deltidssygemeldte i større grad bliver raskmeldte. Dette ser umiddelbart ud til at være i modstrid til tendensen til, at der forekommer flere syge ved follow-up end ved baseline (tabel 10). Varighedskurvens tidsvindue er 22 uger og baserer sig kun på data for de 33, der er sygemeldte ved baseline. I løbet af de 22 uger vil der højst sandsynligt forekomme nye sygemeldinger, hvilket muligvis forklarer fundene.

Data viser en tydelig tendens til, at helbredsstatus har sammenhæng med forsørgelsesgrundlag herunder sygedagpenge. Det er kun en mindre del af deltagerne, som er sygemeldte, men de har dårligst vurderede helbred målt med alle tre måleinstrumenter. Tendensen ses af laveste score i samtlige helbredsmål for de selvforsørgende deltagere.

## Konklusion

Resultaterne viser en klinisk relevant forbedring i de 66 deltageres selvrapporterede helbredsstatus seks måneder efter første fremmøde i klinikken til "Udvidet rygudredning". Antallet af personer med høj risiko for udvikling af kronisk tilstand faldt, og deltagernes funktionsevne forbedredes i gennemsnit over grænseværdien for klinisk relevant ændring.

Der kan ikke påvises nogen ændring i sygefravær og forsørgelsesgrundlag i efterundersøgelsen. Sygemeldte rapporterede dårligst helbred ved samtlige helbredsmål ved første fremmøde på klinikken, herunder høj risiko for udvikling af kronisk tilstand. Der sås sammenhæng mellem forsørgelsesgrundlag og selv vurderet helbredsstatus, hvor selvforsørgende vurderede deres helbred som bedst målt med de tre måleinstrumenter.

Undersøgelsen indeholder dog nogle metodiske problemer.

Antal deltagere er begrænset, og svarprocenten er lav, hvilket formentlig skyldes proceduren for indsamling. Men de personer, der svarer i follow-up ser dog ikke ud til på afgørende punkter at afvige fra samtlige deltagere i efterundersøgelsen.

Metoderne i "Udvidet rygudredning" mht. klassifikation og klinisk undersøgelse er vurderet i anden sammenhæng, og principperne er fundet egnede til patientgruppen. Ingen af de anvendte spørgeskemaer undersøger hele problematikken vedrørende lænderygsmerte, men dækker tilsammen en væsentlig del af de anbefalede områder: smerte, rygspecifik funktion, nedsat arbejdsevne, generel helbredsstatus og patienttilfredshed.

Man kan med en efterundersøgelse som denne dog ikke afgøre, om ændringerne kan tilskrives indsatsen, fx er der ingen kontrolgruppe. Man kan derfor ikke afvise, at de registrerede forbedringer også ville være sket uden denne indsats. Hvis der ønskes konklusioner vedrørende indsatsens effekt, bør man gennemføre et randomiseret, kontrolleret studie.

## Referenceliste

- (1) Evalueringsrapport: Forsøgsordning 2007-2009, Udvidet Rygdredning. Praksiskonsulenterne for fysioterapi, Region Midtjylland; 2009.
- (2) Petersen T. Kritisk evaluering af Udvidet Rygundersøgelse. 2009.
- (3) Ondt i ryggen : forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. København K.: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen; 1999.
- (4) Linton SJ. Örebromanualen för Screening av Patienter med Muskuloskeletale Besvär. 1999.
- (5) Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. Clin J Pain 2003 Mar; 19(2):80-6.
- (6) Kilsgaard J. Prædiktive faktorer for udvikling af erhvervshindrende lænderygbesvær. Master of Public Health, Aarhus Universitet; 2003.
- (7) Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain 1998 Sep; 14(3):209-15.
- (8) New Zealand Acute Low Back Pain Guide : incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. New Zealand Guidelines Group; 2004.
- (9) Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992 Aug 12; 268(6):760-5.
- (10) Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine (Phila Pa 1976 ) 2000 Dec 15; 25(24):3115-24.
- (11) Roland M, Morris R. A study of the natural history of low-back pain. Part II: development of guidelines for trials of treatment in primary care. Spine (Phila Pa 1976 ) 1983 Mar; 8(2):145-50.
- (12) Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. Spine (Phila Pa 1976 ) 1983 Mar; 8(2):141-4.
- (13) Patrick DL, Deyo RA, Atlas SJ, Singer DE, Chapin A, Keller RB. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. Spine (Phila Pa 1976 ) 1995 Sep 1; 20(17):1899-908.
- (14) Albert HB, Jensen AM, Dahl D, Rasmussen MN. [Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica]. Ugeskr Laeger 2003 Apr 28; 165(18):1875-80.
- (15) Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ. Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments. Pain 1996 Apr; 65(1):71-6.
- (16) Maribo T. Vurdering af Roland Morris Spørgeskema til vurdering af funktionsniveau hos patienter med Low Back Pain. Danske Fysioterapeuter, København; 2005.
- (17) Ostelo RW, de Vet HC, Knol DL, van den Brandt PA. 24-item Roland-Morris Disability Questionnaire was preferred out of six functional status questionnaires for post-lumbar disc surgery. J Clin Epidemiol 2004 Mar; 57(3):268-76.
- (18) Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. Spine (Phila Pa 1976 ) 2000 Dec 15; 25(24):3100-3.
- (19) Mannion AF, Balague F, Pellise F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. Nat Clin Pract Rheumatol 2007 Nov; 3(11):610-8.

- (20) Mannion AF, Caporaso F, Pulkovski N, Sprott H. Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic low back pain. *Rheumatology (Oxford)* 2010 Sep; 49(9):1734-8.
- (21) Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976 )* 2008 Jan 1; 33(1): 95-103.
- (22) Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986 Oct; 27(1): 117-26.
- (23) Kamper SJ, Stanton TR, Williams CM, Maher CG, Hush JM. How is recovery from low back pain measured? A systematic review of the literature. *Eur Spine J* 2011 Jan; 20(1):9-18.
- (24) Storheim K, Brox JI, Holm I, Bo K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. *J Rehabil Med* 2005 Nov; 37(6): 365-71.
- (25) Grotle M, Foster NE, Dunn KM, Croft P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain* 2010 Dec; 151(3): 790-7.
- (26) Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine (Phila Pa 1976 )* 1998 Sep 15; 23(18):2003-13.
- (27) Turner JA, Fulton-Kehoe D, Franklin G, Wickizer TM, Wu R. Comparison of the Roland-Morris Disability Questionnaire and generic health status measures: a population-based study of workers' compensation back injury claimants. *Spine (Phila Pa 1976 )* 2003 May 15; 28(10):1061-7.
- (28) Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von KM, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine (Phila Pa 1976 )* 2008 Jan 1; 33(1): 90-4.
- (29) Momsen A. Lænderygsmærter - litteraturstudie af bedste viden på området. Marselisborgcentret; 2010.
- (30) Stratford PW. Re: Grotle M, Brox JI, Vollestad NK. Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measures used for patients with low back pain. *Spine* 2004; 29:E492-E501. *Spine (Phila Pa 1976 )* 2005 Jun 1; 30(11):1341-2.
- (31) Hockings RL, McAuley JH, Maher CG. A systematic review of the predictive ability of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976 )* 2008 Jul 1; 33(15):E494-E500.
- (32) Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther* 2011 May; 91(5): 737-53.
- (33) Ont i rycken ont i nacken : en evidensbaserad kunskapsammanställning. Stockholm : Statens beredning för medicinsk utvärdering: 2000.
- (34) Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. National Collaborating Centre for Primary Care UK; 2010. Report No.: 88.
- (35) Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006 Mar; 15 Suppl 2:S192-S300.
- (36) Lærum E, Brox JI, Stoheim K, Espeland A, Haldorsen E, Munch-Ellingsen J, et al. Korsryggsmerter : med og uten nervertaffeksjon . Sosial- og helsedirektoratet, Oslo; 2007.
- (37) Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010 Apr 7; 303(13):1295-302.



- (38) Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol* 2009 Aug; 62(8): 781-96.
- (39) Fritz JM, Beneciuk JM, George SZ. Relationship Between Categorization With the STarT Back Screening Tool and Prognosis for People Receiving Physical Therapy for Low Back Pain. *Phys Ther* 2011 May; 91(5): 722-32.
- (40) Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain* 2010 Jan; 14(1): 83-9.
- (41) Johansson E, Lindberg P. Subacute and chronic low back pain. Reliability and validity of a Swedish version of the Roland and Morris Disability Questionnaire. *Scand J Rehabil Med* 1998 Sep; 30(3): 139-43.
- (42) Davidson M, Keating JL. A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Phys Ther* 2002 Jan; 82(1): 8-24.
- (43) Kamper SJ, Maher CG, Herbert RD, Hancock MJ, Hush JM, Smeets RJ. How little pain and disability do patients with low back pain have to experience to feel that they have recovered? *Eur Spine J* 2010 Sep; 19(9): 1495-501.
- (44) Roe C, Sveen U, Cieza A, Geyh S, Bautz-Holter E. Validation of the Brief ICF core set for low back pain from the Norwegian perspective. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009 Sep; 45(3): 403-14.
- (45) Huber EO, Tobler A, Gloor-Juzi T, Grill E, Gubler-Gut B. The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. *J Rehabil Med* 2011 Jan; 43(2): 174-7.

## **Bilagsfortegnelse**

Bilag 1 Roland Morris spørgeskema

Bilag 2 Ørebro spørgeskema

Bilag 3 NRS Smerteskala

Bilag 4 Follow-up tidspunkt for besvarelse

Bilag 5 Svarprocenter for besvarelse af spørgeskemaer

Bilag 6 Aldersfordeling

Bilag 7 Sammenligning af forsørgelsesgrundlag

Bilag 8 Sammenligning af helbredstilstand blandt deltagere ved baseline

## Bilag 1 Roland Morris - Spørgeskema vedr. dit helbred

Når du har ondt i ryggen eller benene, er nogle af de ting, du plejer at gøre måske blevet mere vanskelige. Dette skema indeholder nogle sætninger, som folk med rygsmerte eller besmerter (iskias) 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 ved **JA**. Hvis sætningen ikke beskriver din tilstand **i dag**, sætter du kryds ved **NEJ**.

Gem og luk

Annuller

1. Jeg bliver hjemme det meste af tiden på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
2. Jeg skifter ofte stilling i et forsøg på at gøre det behageligt for ryg eller ben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
3. Jeg går langsommere end sædvanligt på grund af rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
4. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) foretager jeg mig ikke nogen af de ting, jeg sædvanligvis gør i og omkring huset.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
5. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) bruger jeg gelænderet, når jeg skal op ad trapper.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
6. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) er jeg nødt til at holde ved noget, når jeg skal op fra en lænestol.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
7. Jeg kommer langsommere i tøjet end sædvanligt på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
8. Jeg står kun op i kort tid på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
9. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) prøver jeg at undgå at bukke mig eller at gå ned i knæ.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
10. Jeg synes, det er vanskeligt for mig at komme op fra en lænestol på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
11. Jeg har næsten hele tiden ondt i min ryg eller ben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
12. Jeg synes, det er svært at vende mig i sengen på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
13. Jeg har vanskeligt ved at tage mine sokker eller strømper på, på grund af smerterne i ryg eller ben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
14. Jeg spadserer kun korte afstande på grund af min ryg eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
15. Jeg sover mindre godt på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
16. Jeg undgår tungt arbejde i og omkring huset på grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

17. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) er jeg mere irriteret og i dårligt humør overfor folk end ellers.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
18. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) går jeg langsommere op ad trapper end ellers.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
19. Jeg bliver i sengen det meste af tiden på grund af mine ryg- eller bensmerter (iskias).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
20. På grund af mine ryg- eller bensmerter (iskias) er min seksuelle aktivitet nedsat.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
21. Jeg bliver ved med at gnide eller holde på de steder på min krop, hvor det gør ondt eller er ubehageligt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
22. På grund af mit rygproblem eller bensmerter (iskias) laver jeg mindre af det daglige arbejde i eller omkring huset, end jeg ellers ville gøre.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
23. Jeg giver overfor andre ofte udtryk for bekymring over, hvad der måske er ved at ske med mit helbred.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
<b>Sammenlagt antal JA svar:</b>		

Gem og luk Annuller

## Bilag 2 Ørebro Spørgeskema

Vælg patient

### Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

Gem og luk

Annuller

#### Personlige oplysninger

1. Fødselsdato:	
2. Køn	<input type="radio"/> mand <input type="radio"/> kvinde

De følgende spørgsmål omhandler symptomer (fx smerte, ubehag m.m.), som du kan opleve i forbindelse med dit smerteproblem. Læs venligst spørgsmål og svarmulighed omhyggeligt, men brug dog ikke for lang tid på hvert spørgsmål. Det er vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål så godt du kan. Vælg den svarmulighed, der passer bedst.

3. Hvorfra har du gener (smerte, ubehag m.m.)?	<input type="checkbox"/> nakke	<input type="checkbox"/> ryggens øvre del
	<input type="checkbox"/> skuldre	<input type="checkbox"/> ryggens nedre del
	<input type="checkbox"/> ben	

4. Hvor mange dage har du i alt været sygemeldt på grund af dit smerte-problem inden for de sidste 12 måneder?	Vælg <input type="button" value="v"/>
--	---------------------------------------

5. Hvor længe har du haft de nuværende symptomer? Ved nuværende forstås den episode du aktuelt har søgt behandling for.	Vælg <input type="button" value="v"/>
---	---------------------------------------

Neden for følger nogle forskellige udsagn om dit smerteproblem. Angiv på en skala fra 0 til 10, hvorvidt du er enig med udsagnet.

#### 6. Er dit arbejde tungt eller monotont?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slet ikke										I høj grad

#### 7. Hvor mange smerter har du haft i den sidste uge ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har slet ikke haft smerter								Har haft uudholdelige smerter		

#### 8. Hvor ondt har du i gennemsnit haft i den sidste måned?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har slet ikke haft smerter								Har haft uudholdelige smerter		

#### 9. Hvor ofte har du i gennemsnit haft ondt i den sidste måned?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aldrig										Hele tiden

10. Med tanke på en gennemsnitlig dag, hvor store er dine muligheder så for at håndtere eller kontrollere dine smerter?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingen mulighed					Kan kontrollere smerterne fuldstændigt					

11. Hvor anspændt eller stresset har du følt dig i den sidste uge?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helt rolig			Meget anspændt							

12. I hvilken udstrækning har du følt dig nedtrykt i den sidste uge?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slet ikke			Enormt meget							

13. Som du selv oplever det, hvor stor er risikoen så for, at dit nuværende besvær vil blive langvarigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingen risiko			Meget stor risiko							

14. Hvor stor tror du chancen er for, at du kan arbejde om 6 måneder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingen chance			Meget stor chance							

15. Hvis du samlet vurderer dine arbejdsopgaver, ledelsen, løn, udviklingsmuligheder og arbejdskolleger, hvor tilfreds er du så med dit arbejde?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikke tilfreds			Helt tilfreds							

Marker her, hvis du ikke er erhvervsaktiv? (fx pensionist, efterløn eller arbejdsledig)	<input type="checkbox"/> ikke-erhvervsaktiv
---	---

Neden for følger nogle forskellige udsagn omkring smerter som andre med smerteproblemer har fortalt os om. Angiv på en skala fra 0 til 10, hvorvidt du er enig med udsagnet.

16. Fysisk aktivitet forøger mine smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er slet ikke enig			Er helt enig							



17. Hvis mine smerter forværres, er det tegn på, at jeg bør holde op med det, jeg er i gang med, indtil smerterne mindskes

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er slet ikke enig					Er helt enig					

18. Jeg bør ikke udføre mine normale aktiviteter eller mit normale arbejde med de smerter, jeg har nu

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er slet ikke enig					Er helt enig					

Neden for følger en liste over fem aktiviteter. Marker det tal, der bedst beskriver din nuværende evne til at deltage i hver aktivitet.

19. Jeg kan udføre lettere arbejde under en times varighed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe					Kan gøre det uden smerte					

20. Jeg kan gå i en time

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe					Kan gøre det uden smerte					

21. Jeg kan udføre almindeligt husarbejde

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe					Kan gøre det uden smerte					

22. Jeg kan foretage de ugentlige indkøb

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan ikke gøre det pga. smerter eller må stoppe					Kan gøre det uden smerte					

23. Jeg kan sove om natten

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan ikke sove pga. smerter eller vågner					Kan sove uden smerte					

## Bilag 3 NRS Smerteskala

Vælg patient

### Smerteskala

På linien herunder betyder 0 = "ingen smerte" fuldstændig fravær af smerte. 10 = "værste smerte" betyder en smerte så kraftig, at den svarer til, at din hånd holdes ind i ild mod din vilje.

Marker et tal på skalaen herunder, det skal svare til den **gennemsnitlige eller sædvanlige** intensitet af din primære/dominante smerte, som du har mærket den i løbet af den sidste uge.

**Gennemsnitlige smerte**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerte										Værste smerte

Marker nu et tal på skalaen herunder, det skal svare til intensiteten af din primære/dominante smerte, som du har mærket den i løbet af den sidste uge, når den er **værst**. Vær opmærksom på, at der kan være perioder, hvor du ikke har nogen smerte.

**Værste smerte**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerte										Værste smerte

Marker nu et tal på skalaen herunder, det skal svare til intensiteten af din primære/dominante smerte, som du har mærket den i løbet af den sidste uge, når den er **bedst**. Vær opmærksom på, at der kan være perioder, hvor du ikke har nogen smerte.

**Bedste smerte**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerte										Værste smerte

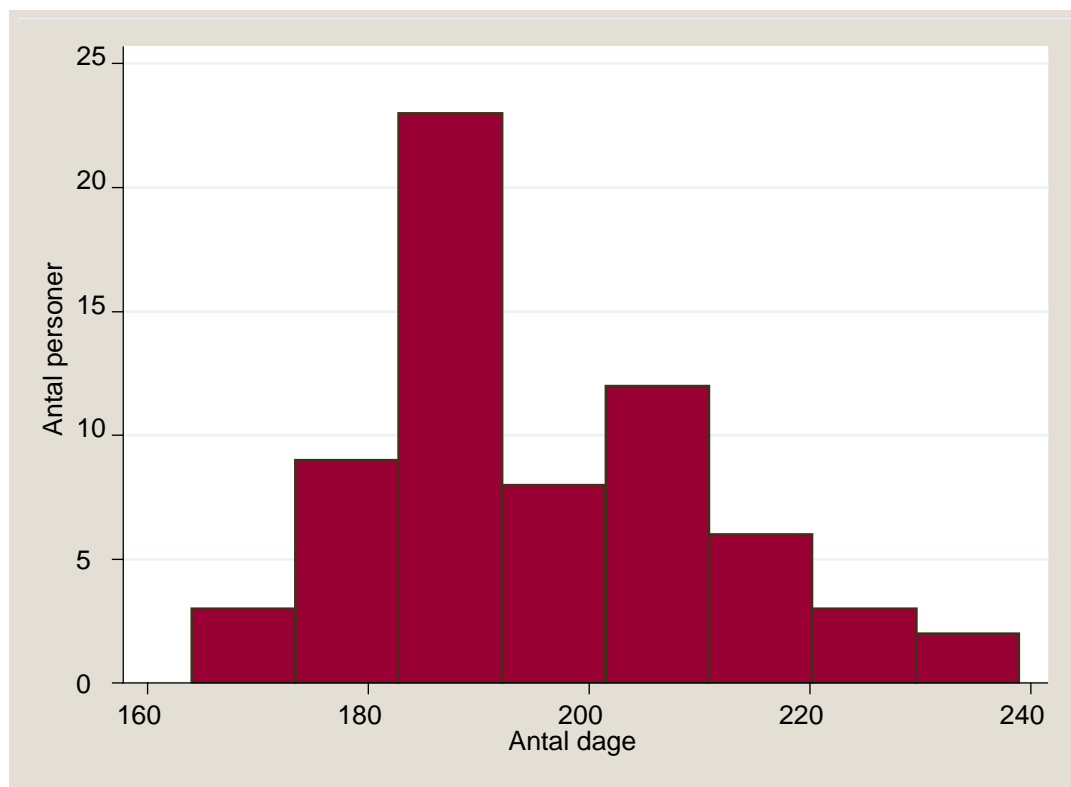


## Bilag 4 Follow-up tidspunkt for besvarelse

Oversigter og opgørelser over længden af periode fra baseline til skemasvar (Roland Morris, Ørebro spørgeskema og NRS) ved follow-up (FU) blandt personer, der har modtaget indsatsen "Udvidet rygudredning" i Region Midtjylland.

### Roland Morris (RM)

Histogram over perioden fra baseline til FU for 66 besvarelser

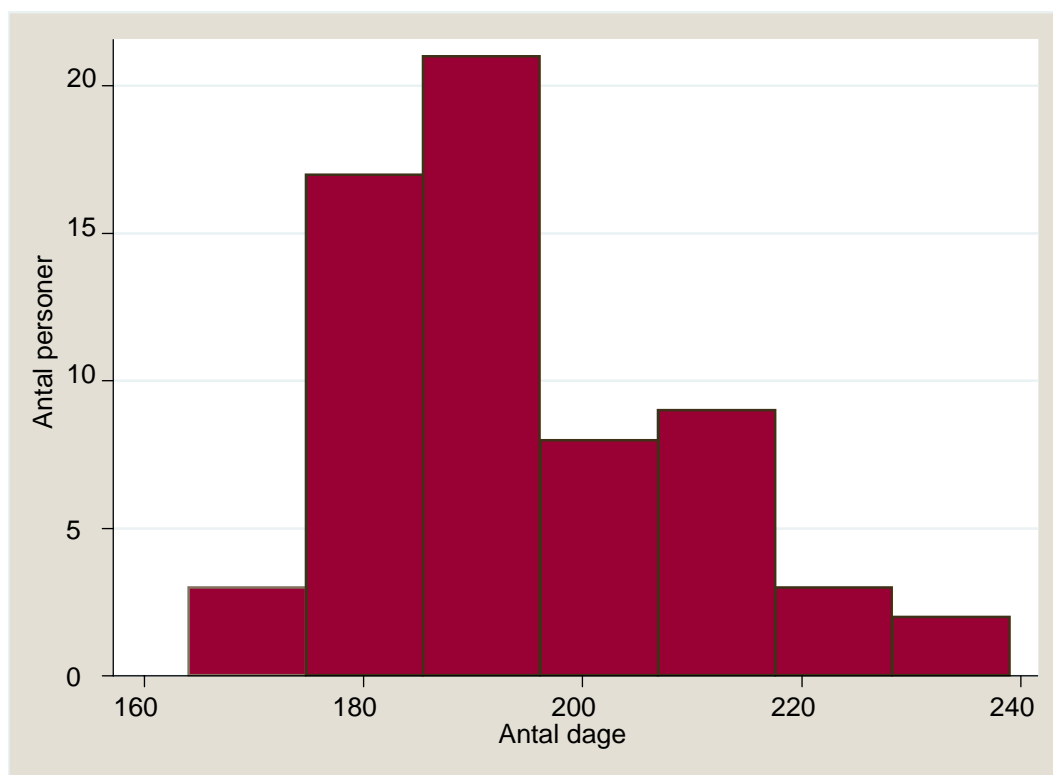


RM. Tabel over perioden fra baseline til skemasvar ved follow-up.

Periode fra baseline til FU	Antal FU-skemasvar (%)
< 6 mdr	8 (12)
6-7 mdr	53 (80)
> 7 mdr	5 (8)

## Ørebro spørgeskema (ØS)

Histogram over perioden fra baseline til FU for 63 besvarelser

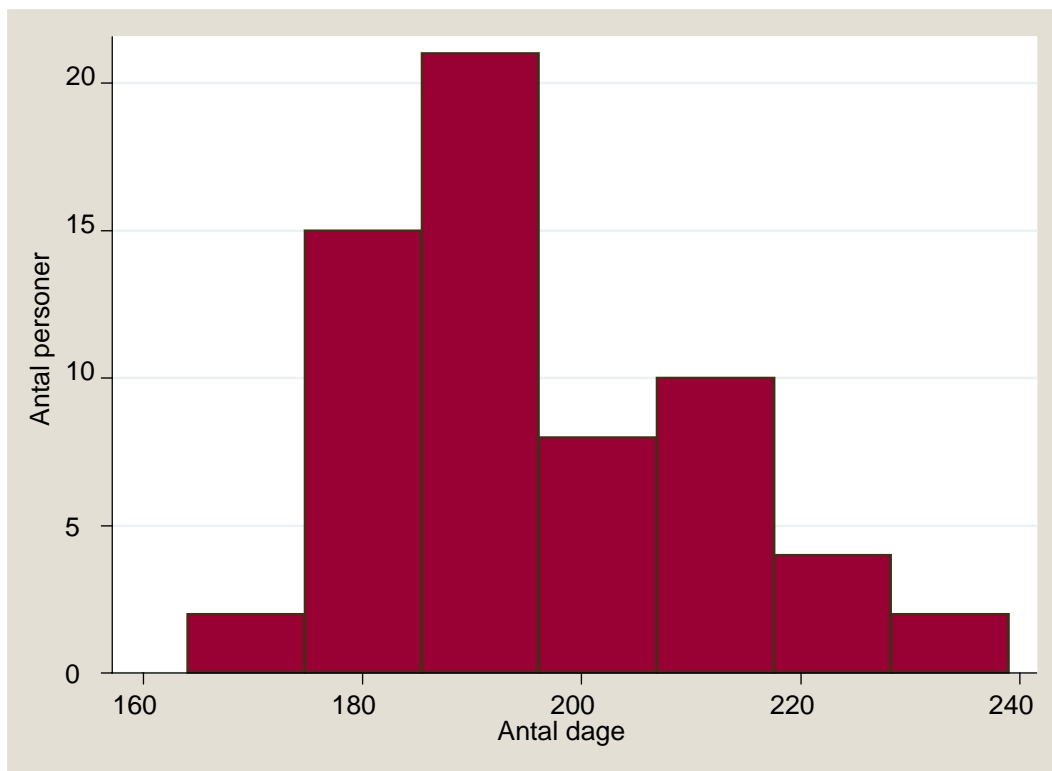


ØS. Tabel over perioden fra baseline til skemasvar ved follow-up.

Periode fra baseline til FU	Antal FU-skemasvar (%)
< 6 mdr.	7 (11)
6-7 mdr.	51 (81)
> 7 mdr.	5 (8)

## Smerte (NRS)

Histogram over perioden fra baseline til FU for 62 besvarelser



NRS. Tabel over perioden fra baseline til skemasvar ved follow-up

Periode fra baseline til FU	Antal FU-skemasvar (%)
< 6 mdr.	6 (10)
6-7 mdr.	50 (80)
> 7 mdr.	6 (10)

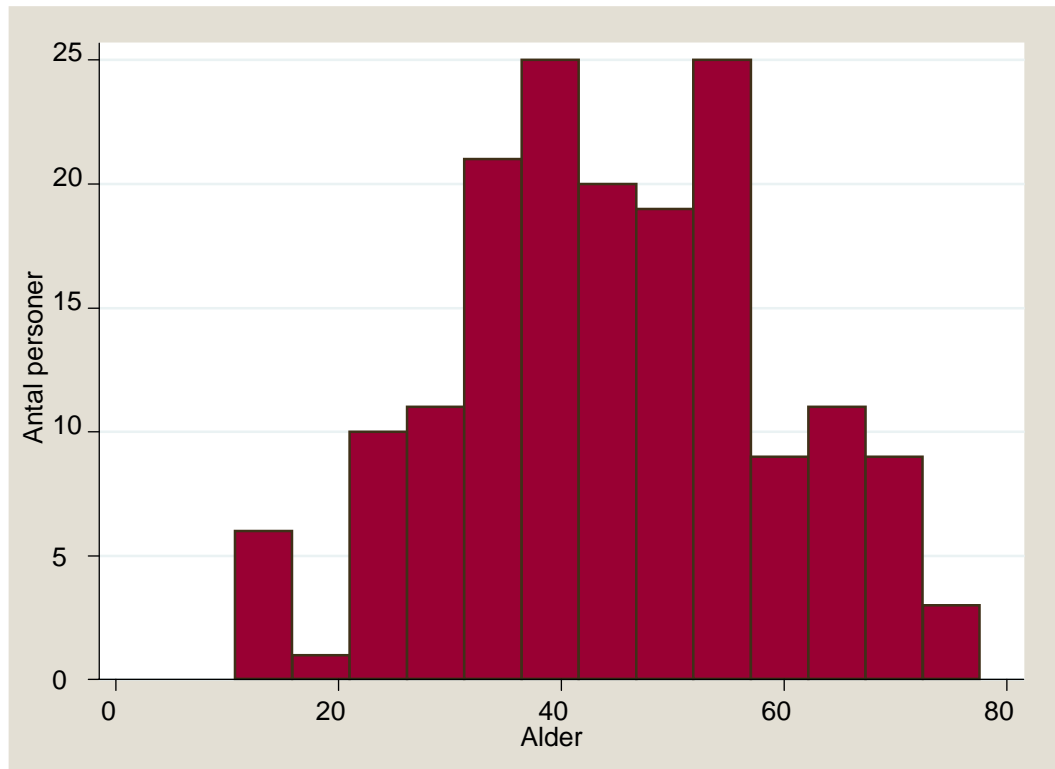
## Bilag 5 Svarprocenter for besvarelse af spørgeskemaer

Svarprocenter er udregnet i forhold til alle 170 deltagere, der deltog i indsatsen.

Spørgeskema	Baseline		Follow up	
	Antal svar	%	Antal svar	%
Ørebro	159	93,5	63	37,1
Roland Morris	162	95,3	66	38,8
NRS	157	92,4	62	36,5

## Bilag 6 Aldersfordeling

Histogram over alder for samtlige deltagere (170)



## Bilag 7 Sammenligning af forsørgelsesgrundlag

Grupper	Alle 170 fremmødt til 1. konsultation		Follow-up Gruppen 66	
	n	%	n	%
Selvforsørgende	91	54	42	64
Arbejdssøgende	10	6	3	5
Barsel	4	2	1	2
Understøttede i arbejde (løntilskud, fleksjob)	5	3	2	3
Uddannelsessøgende (SU, revalidering)	3	2	2	3
På varig ydelse (førtidspension, folkepension, efterløn)	24	14	9	14
Syge (samt delvis raske)	33	19	7	11

## Bilag 8 Sammenligning af helbredstilstand blandt deltagere ved baseline

		Alle inkluderede		Gruppen med Follow-up besvarelser	
		Antal personer	mean (sd)	Antal personer	mean (sd)
<b>Ørebro</b>					
Hele gruppen		159	105,2 (30,3)	63	99,3 (26,1)
Køn	Kvinder	79	109,7 (31)	33	99,4 (26)
	antal mænd	80	100,9 (29,1)	30	99,1 (26,5)
Alder	Antal pers. ≤44 år	79	109,4 (28,9)	32	100,2 (22,9)
	Antal pers. >44 år	80	101,1 (31,2)	31	98,3 (29,3)
<b>Roland Morris</b>					
Hele gruppen		162	13,3 (5,7)	66	12,6 (5,2)
Køn	Kvinder	81	14,6 (5,4)	35	13,8 (5,1)
	antal mænd	81	12,1 (5,8)	31	11,3 (5)
Alder	Antal pers. ≤44 år	81	13,5 (5,8)	33	12,8 (5)
	Antal pers. >44 år	81	13,2 (5,7)	33	12,4 (5,5)
<b>NRS</b>					
Hele gruppen		157	3,8 (1,8)	62	3,6 (1,6)
Køn	Kvinder	76	3,7 (1,7)	33	3,4 (1,6)
	antal mænd	81	3,8 (1,7)	29	3,8 (1,7)
Alder	Antal pers. ≤44 år	79	4,1 (1,7)	31	4 (1,6)
	Antal pers. >44 år	78	3,5 (1,7)	31	3,1 (1,6)

Minimum og maksimum værdier i spørgeskemaer

Spørgeskema	Blandt alle der ved start har	
	udfyldt mindst et skema	I Follow-up gruppen
	min-max	min-max
RM	0-23	1-23
ØS	41-176	43-140
NRS	0-9	0-7,5