



SUNDHEDSSTYRELSEN

Nationale kliniske anbefalinger

Brug af paracetamol, NSAID og opioider til behandling af akutte lænderygsmærter hos voksne

**Brug af paracetamol, NSAID og opioider til behandling af akutte
lænderygsmærter hos voksne**
Nationale kliniske anbefalinger

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-680-7

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: 18.09.2025
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2025

Resumé

Denne NKA indeholder fire anbefalinger for farmakologisk behandling af akutte lænderygsmærter hos voksne over 18 år:

- Anvend kun **paracetamol** efter nøje overvejelse til behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er påvist gavnlig effekt heraf.
- Anvend kun **NSAID** efter nøje overvejelse til behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er klinisk betydende gavnlig effekt heraf, og da skadevirkningerne ikke er velbeskrevet.
- Anvend kun efter nøje overvejelse **kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol** fremfor NSAID alene i tillæg til vanlig behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt og da skadevirkningerne ikke er velbeskrevet.
- Anvend kun efter nøje overvejelse **opioider** i tillæg til vanlig behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt og da skadevirkningerne ikke er velbeskrevet.

Alle anbefalinger er svage anbefalinger imod brugen af lægemidlerne, hvilket betyder, at de fleste voksne med akutte lænderygsmærter ikke bør tilbydes behandling, men der vil være tilfælde, hvor patienten vil have gavn af det.

Behandling af patienter med akutte lænderygsmærter bør som minimum omfatte information om tilstandens forløb, prognose og faresignaler. Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af vanlig aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved inaktivitet og bør opfordres til gradvist at øge aktivitetsniveauet. Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet bør indeholde råd om fortsættelse med daglige huslige gøremål (f.eks. madlavning og rengøring), deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og vanlig motion. Opfordringerne bør ligeledes indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være baseret på dialog med og tilrettet den enkelte patient, og der bør være fokus på at bevare patientens tilknytning til arbejdspladsen.

Hvis der ikke er mistanke om alvorlig lidelse bør billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmærter undgås.

Hvis en af de farmakologiske behandlinger alligevel overvejes, bør lægemidlerne anvendes i så kort tid som muligt og i så lav dosis som muligt.

Denne NKA er en opdatering, I 2016 udgav Sundhedsstyrelsen en national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter, hvor der også var tre svage anbefalinger imod brugen af paracetamol, NSAID og opioider til denne patientgruppe. Som noget nyt er der i denne NKA lavet en anbefaling vedrørende brug af kombinationsbehandling med paracetamol og NSAID.

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	3
Indholdsfortegnelse.....	4
Introduktion.....	5
1. Paracetamol.....	8
1.1. Rationale og kliniske overvejelser	8
1.2. Nøgleinformationer	9
1.3. Evidensgrundlag	10
1.4. Det fokuserede spørgsmål	11
2. NSAID.....	12
2.1. Rationale og kliniske overvejelser	12
2.2. Nøgleinformationer	13
2.3. Evidensgrundlag.....	15
2.4. Det fokuserede spørgsmål.....	16
3. Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol	17
3.1. Rationale og kliniske overvejelser	17
3.2. Nøgleinformationer	18
3.3. Evidensgrundlag.....	20
3.4. Det fokuserede spørgsmål.....	21
4. Opioider	22
4.1. Rationale og kliniske overvejelser	22
4.2. Nøgleinformationer	23
4.3. Evidensgrundlag.....	25
4.4. Det fokuserede spørgsmål.....	26
Patientcases.....	27
Perspektivering	29
Metode.....	31
Referenceliste.....	34
Bilagsfortegnelse	37

Introduktion

Formål og baggrund for de nationale kliniske anbefalinger

Formålet med de nationale kliniske anbefalinger (NKA) er at understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

En NKA indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Anbefalingerne udarbejdes efter en systematisk tilgang og graduering af evidensens kvalitet, hvor styrken af anbefalingen baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Arbejdsgruppen er forelagt evidensgrundlaget, nøgleinformationer er gennemgået, og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om, hvordan anbefalingen skulle formuleres. Der henvises desuden til kapitlet 'Metode' for en detaljeret metodebeskrivelse for denne NKA samt Sundhedsstyrelsens 'metodehåndbog: Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer⁽¹⁾ for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af NKA. Alle metodebilag til denne NKA kan findes på www.sst.dk.

I denne NKA er patientperspektivet repræsenteret ved, at anbefalingerne har været i bred offentlig høring, hvor der har været mulighed for at afgive høringssvar til udkastversionen. Udvalgte organisationer og foreninger er blevet opfordret til at afgive høringssvar, herunder Danske Patienter, Foreningen af Kroniske Smerteramte og Pårørende, Smertesagen, Danske Handicaporganisationer, Fibromyalgi- og Smerteforeningen. Patientperspektivet er også repræsenteret ved udpegning af en repræsentant fra henholdsvis Danske Patienter og Foreningen af Kroniske Smerteramte og Pårørende til arbejdsgruppen. Information om arbejdsgruppen findes i bilag 1.

Anbefalingerne kan anvendes af sundhedsprofessionelle, der er involveret i behandling af patienter med akutte lænderygsmærter. Anbefalingerne kan desuden være til gavn for patienter og pårørende eller andre, der ønsker viden på området.

Valg af emne

Målet med denne NKA er at undersøge farmakologisk behandling af voksne (≥ 18 år) med akutte lænderygsmærter. Afgrænsningen til denne population er baseret på, at personer med lænderygsmærter har mange kontakter til sundhedsvæsenet og har et stort fravær fra arbejdsmarkedet⁽²⁾.

Forekomsten af smerter eller ubehag er et andet vigtigt mål for sygelighed i befolkningen, adskilt fra langvarige sygdomme. Forskellige typer smerte og ubehag påvirker folks hverdagsliv forskelligt, og oplevelsen af hvornår smerter bliver bekymrende eller kræver behandling varierer. Smerter kan have stor indflydelse på livskvaliteten, reducere funktionsniveauet og medføre betydelige økonomiske omkostninger for samfundet gennem nedsat arbejdsevne, sygefravær, overførselsindkomster og behandlingsomkostninger.

Mere end hver femte dansker lever med smerter, og blandt personer med lænderygsmærter er der 3.571.907 ekstra kontakter til alment praktiserende læger, svarende til 8% af alle lægebesøg, sammenlignet med personer uden lænderygsmærter⁽²⁾. Derudover er der 1.035.510 ekstra kontakter til fysioterapeuter og kiropraktorer, hvilket svarer til 21% af alle besøg hos disse behandlere⁽²⁾. Forbruget af smertestillende medicin som paracetamol og NSAID er generelt højt, med næsten 15 millioner daglige doser solgt i tredje kvartal af 2023. Salget af paracetamol er desuden steget støt de sidste ti år, og selvom ikke al smertestillende medicin bruges til lænderygsmærter, er det sandsynligt, at en betydelig del bruges til dette formål⁽³⁾.

Samlet set indikerer dette, at smerter, specielt lænderygsmærter, og den farmakologiske behandling heraf, udgør en stor udfordring for både den enkelte og for samfundet.

I 2016 udgav Sundhedsstyrelsen en national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter⁽⁴⁾ med følgende anbefalinger for farmakologisk behandling:

- Tilbyd kun paracetamol i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt målt 0-12 uger efter endt behandling.
- Tilbyd kun NSAID i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt målt 0 til 12 uger efter endt behandling.
- Tilbyd kun opioider i tillæg til vanlig behandling til patienter med nyopståede lænderygsmærter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt målt 0 til 12 uger efter endt behandling.

Denne NKA er en opdatering af de ovenstående anbefalinger fra 2016 og erstatter den gamle NKR, som vil blive stemplet 'historisk'. Som noget nyt er der i denne NKA lavet en anbefaling vedrørende brug af kombinationsbehandling med paracetamol og NSAID.

De fokuserede spørgsmål

Akutte smerter forekommer hyppigt i både primær- og sekundærsektoren. Behandlingen af akutte smerter hos voksne har historisk baseret sig på WHO's analgetiske trappe, hvor paracetamol udgør basisbehandlingen og NSAID anbefales, når effekten af paracetamol er utilstrækkelig. Der er imidlertid variation i klinisk praksis i forhold til dosering, og den analgetiske effekt og bivirkningsprofilen er uafklaret. Endvidere er der usikkerhed omkring den kliniske betydning af de to lægemidlers bivirkninger, og om det ene eller andet lægemiddel på den baggrund primært bør anvendes. Ydermere er der tvivl om, hvorvidt kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol bør overvejes som basisbehandling.

I internationale kliniske retningslinjer er der uenighed om, hvorvidt der skal anbefales for eller imod udskrivning af opioider til patienter med akutte rygsmærter⁽⁵⁾. I oktober 2023 udkom et australsk studie i *Lancet*, der har undersøgt effekten af opioider i forhold til placebo for denne patientgruppe^(6, 7). Studiet fandt ingen forskel på smerteintensitet. Dette har givet anledning til at genbesøge evidensgrundlaget.

De fokuserede spørgsmål lyder derfor:

- PICO 1: Bør man anvende paracetamol til voksne patienter med akutte lænderygsmærter?

- PICO 2: Bør man anvende NSAID til voksne patienter med akutte lænderygsmærter?
- PICO 3: Bør man anvende kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol til voksne patienter med akutte lænderygsmærter?
- PICO 4: Bør patienter med nyopståede lænderygsmærter tilbydes opioider i tillæg til vanlig behandling?

Afgrænsning af patientgruppe

Anbefalingerne omfatter patienter ≥ 18 år med akutte, uspecifikke smerter lokaliseret i lænd med eller uden udstråling til ben. Med 'akutte' forstås smerter af op til 12 ugers varighed uanset om patienten tidligere har oplevet episoder med lænderygsmærter. Anbefalingerne fokuserer ikke på patienter med længerevarende lænderygsmærter (smerter over 12 ugers varighed).

Lænderygsmærter er en tilbagevendende tilstand, der ser ud til at starte tidligt i livet⁽⁸⁾ og ofte har episodisk karakter⁽⁹⁾, hvorfor nye tilfælde er svære at identificere. Hos personer med akutte lænderygsmærter falder smerteintensiteten markant over de første 6-12 uger, uanset hvilken behandling patienterne modtager^(10, 11). Bag disse gennemsnit gemmer sig store individuelle forskelle i forløb, både hvad angår smerteintensitet, samlede antal dage med smerter, og mønster i dage med og uden smerter⁽¹²⁾. Gruppen er heterogen, og der er formodentlig forskel mellem patienter, der oplever smerter af få dages varighed og patienter med længerevarende symptomer. Da tilstanden er fluktuerende, er afgrænsningen af varigheden derfor vanskelig, og beror i høj grad på konvention, hvor akutte lænderygsmærter adskiller sig arbitrært fra længerevarende (kroniske) lænderygsmærter (mere end 12 uger).

De præsenterede anbefalinger omfatter patienter med spændinger, ømhed, smerter og/eller bevægehæmning i lænden, hvor der ikke er et specifikt holdpunkt for årsagen til generne (dvs. uspecifikke lænderygsmærter). Smerterne kan endvidere opleves i benet, men typisk vil lænderygsmærterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv⁽¹³⁾, men de præcise smertemekanismer er uafklarede. Patientgruppen er heterogen ikke alene hvad angår udløsende årsag, men også i forhold til varighed af symptomer og tilstedeværelse af psykologiske og sociale faktorer, der potentielt har negativ indvirkning på patienternes prognose. Det må derfor formodes, at patientgruppen kan inddeles i flere undergrupper, der har forskelligartet prognose.

Udfordringen med at stille en specifik diagnose hos patienter med lænderygsmærter har givet anledning til betegnelsen "uspecifikke lænderygsmærter", hvilket dækker over en ufarlig tilstand, der langt overvejende kan håndteres i primærsektoren. Enkelte patienter præsenterer sig dog med tegn på alvorlig patologi, f.eks. spondylartropatier, cancer, infektioner, traumer med påvist eller mistænkt fraktur, cauda equina, pareser eller kredsløbsinsufficiens. Disse alvorlige tilstande findes hos 1-5 % af patienter med lænderygsmærter i primærsektoren. Den rette håndtering af disse patienter har selvsagt betydning for deres prognose, og der påhviler derfor enhver kliniker et ansvar om rettidig udredning ved mistanke om en specifik årsag til lænderygsmærterne, men yderligere beskrivelse af specifikke årsager og diagnostiske tiltag ligger uden for omfanget af disse anbefalinger.

Postoperative smerter og bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet omfattes ikke i anbefalingerne. Håndteringen af patienter med kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning (bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensibiliseringsændring, positiv nerve stræktest) pga. diskusprolaps eller facetledsartrose med eller uden fund ved MR-scanning er heller ikke omfattet af anbefalingerne.

1. Paracetamol

Svag anbefaling imod

Anvend kun paracetamol efter nøje overvejelse til behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er påvist gavnlig effekt heraf.

1.1. Rationale og kliniske overvejelser

Der er ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er påvist gavnlige effekter af paracetamol på fysisk funktionsevne, smerteintensitet og alvorlige hændelser, og at skadevirkningerne i denne population ikke er velbeskrevet. Tiltroen til evidensen er samlet set moderat. Samtidig forventes det, at patienterne vil have varierende præferencer i forhold til behandlingen.

Behandling af patienter med akutte lænderygsmærter bør som minimum omfatte information om tilstandens forløb, prognose og faresignaler. Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af vanlig aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved inaktivitet og bør opfordres til gradvist at øge aktivitetsniveauet. Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet bør indeholde råd om fortsættelse med daglige huslige gøremål (f.eks. madlavning og rengøring), deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og vanlig motion. Opfordringerne bør ligeledes indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være baseret på dialog med og tilrettet den enkelte patient, og der bør være fokus på at bevare patientens tilknytning til arbejdspladsen.

Hvis behandling med paracetamol iværksættes ved smerter i den akutte fase, bør der forsøges med fast dosering i en kortere periode. Behandling med paracetamol er symptomatisk, bør kun anvendes i en kortere periode, og behandlingen bør revurderes løbende. Tre dages behandling vil oftest være nok, og der er sjældent behov for mere end syv dages behandling. Ved manglende effekt bør behandlingen seponeres igen. Behandling med paracetamol er kontraindiceret hos patienter med svær leverinsufficiens. Beslutningen om at anvende paracetamol til patienter med akutte lænderygsmærter bør træffes under hensyntagen til de manglende dokumenterede gavnlige effekter, potentielle skadevirkninger, patientpræferencer, og andre tilgængelige farmakologiske- og non farmakologiske behandlinger. Patienten bør informeres om at fuldstændig smertefrihed sjældent kan opnås til trods for behandling.

Paracetamol kan seponeres uden aftrapning.

Undgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmærter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse.

1.2. Nøgleinformationer

Retning og styrke af en anbefaling afhænger af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Derudover vurderes ressourcer, lighed i sundhed, accept og gennemførlighed. Til sammen danner de forskellige domæner grundlaget for anbefalingens retning og styrke. I skemaet nedenfor ses den overordnede vurdering mens en uddybning kan ses under skemaet.

Domæne	Vurdering
Gavnlige og skadelige virkninger	☐ Overvejende fordele ved interventionen ☒ Lille gevinst ved interventionen eller små forskelle mellem alternativerne ☐ Væsentlige ulemper ved interventionen ☐ Ikke angivet
Tiltro til evidensen	☐ Høj ☒ Moderat ☐ Lav ☐ Meget lav ☐ Ikke angivet
Patientpræferencer	☐ Vi forventer, at de fleste patienter vil vælge interventionen ☒ Betydelig variation er forventet ☐ Vi forventer, at få patienter vil vælge interventionen ☐ Usikkert/ikke angivet
Ressourcer	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Lighed i sundhed	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Accept	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Gennemførlighed	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Gavnlig og skadelig virkning

Kritiske outcomes

- Paracetamol påvirker sandsynligvis ikke risikoen for alvorlige hændelser i betydelig grad (0 flere per 1.000).
- Paracetamol påvirker sandsynligvis ikke fysisk funktionsevne i betydelig grad.
- Paracetamol påvirker sandsynligvis ikke generel bedring i betydelig grad.
- Paracetamol påvirker sandsynligvis ikke smerteintensitet i betydelig grad.

Vigtige outcomes

Paracetamol påvirker muligvis ikke adherence, søvnkvalitet, uønskede hændelser, eller sygefravær i betydelig grad. Paracetamol påvirker sandsynligvis ikke livskvalitet eller psykiske funktionsevne i betydelig grad.

En detaljeret gennemgang af både de kritiske og vigtige outcomes kan ses i bilag 2.

Tiltro til evidensen

Tiltroen evidensen er samlet set moderat.

- Tiltroen til det kritiske outcome *alvorlige hændelser* er moderat på grund af alvorlig upræcist effekttestimat.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *fysisk funktionsevne* er moderat på grund af alvorlig upræcist effekttestimat.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *generel bedring* er moderat på grund af alvorlig upræcist effekttestimat.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *smerteintensitet* er moderat på grund af alvorlig upræcist effekttestimat.

Patientpræferencer: Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om farmakologisk smertelindring, mens andre fravælger dette.

Ressourcer: For den enkelte patient er paracetamol alment tilgængelig og billig. Den svage anbefaling imod brug af paracetamol forventes ikke at skabe udfordringer i forhold til ressourceforbrug for den enkelte.

Lighed i sundhed: Det skønnes ikke, at en anbefaling imod anvendelse af paracetamol kan give anledning til ulighed i sundhed.

Accept: Paracetamol i fast dosering anvendes rutinemæssigt til mange patienter med akutte lænderygsmærter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

Gennemførlighed: Paracetamol anvendes rutinemæssigt til mange patienter med akutte lænderygsmærter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

1.3. Evidensgrundlag

Anbefalingen er baseret på to kliniske forsøg^(14, 15). Begge inkluderede forsøg er flerarmede forsøg, hvor kun arme relevante for sammenligningen paracetamol vs. placebo er ekstraheret. Populationerne i de

inkluderede forsøg var voksne med akutte lænderygsmærter af mindst moderat smerteintensitet målt med adaptation af punkt syv på SF36⁽¹⁵⁾ eller mindst to point på en 6-punkts skala⁽¹⁶⁾. Interventionerne bestod af oral paracetamol, to tabletter fire gange dagligt med samlet daglig dosis på 4000 mg i to dage⁽¹⁶⁾ og oral paracetamol, to tabletter af 665 mg tre gange dagligt i op til fire uger eller indtil bedring⁽¹⁵⁾. Kontrolinterventionen i de to forsøg bestod af placebotabletter. Forsøgene inkluderede henholdsvis 1103 deltagere⁽¹⁵⁾ og 133 deltagere⁽¹⁶⁾. I det sidste studie⁽¹⁶⁾ udgjorde kontrolgruppen kun 20 deltagere. Opfølgningstiden var mellem 2-4 dage⁽¹⁶⁾ og 4-12 uger⁽¹⁵⁾ afhængigt af outcome.

Den fulde sammenfatning af evidensen og evidensprofiler kan ses i bilag 2.

1.4. Det fokuserede spørgsmål

Nedenfor er en oversigt over det fokuserede spørgsmål. For flere detaljer, se bilag 3.

PICO 1: Bør man anvende paracetamol til voksne patienter med akutte lænderygsmærter?	
Population	Voksne (≥ 18 år) med akutte smerter
Intervention	Paracetamol (alle administrationsformer, doser, virkningsvarigheder).
Comparator	Placebo eller ingen behandling
Outcomes	Kritiske: Fysisk funktionsevne, alvorlige hændelser, smerteintensitet, generel bedring. Vigtige: Livskvalitet, adherence, psykisk funktionsevne, søvnkvalitet, uønskede hændelser, sygefravær

2. NSAID

Svag anbefaling imod

Anvend kun NSAID efter nøje overvejelse til behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er klinisk betydelig gavnlig effekt heraf, og da skadevirkningerne ikke er velbeskrevet.

2.1. Rationale og kliniske overvejelser

Der er ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at NSAID sandsynligvis ikke medfører en bedring i fysisk funktionsevne, og samtidig er der ikke fundet en gavnlig effekt på smerteintensitet. NSAID medfører muligvis en generel bedring i tilstanden. Ydermere er skadevirkningerne ikke velbeskrevet i den inkluderede litteratur. Det er dog velkendt, at NSAID kan medføre alvorlige bivirkninger, hvorfor restriktiv anvendelse anbefales.

Behandling af patienter med akutte lænderygsmærter bør som minimum omfatte information om tilstandens forløb, prognose og faresignaler. Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af vanlig aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved inaktivitet og bør opfordres til gradvist at øge aktivitetsniveauet. Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet bør indeholde råd om fortsættelse med daglige huslige gøremål (f.eks. madlavning og rengøring), deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og vanlig motion. Opfordringerne bør ligeledes indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være baseret på dialog med og tilrettet den enkelte patient, og der bør være fokus på at bevare patientens tilknytning til arbejdspladsen.

Hvis behandling med NSAID iværksættes ved smerter i den akutte fase, kan der forsøges med fast dosering i en kortere periode. Behandling med NSAID bør kun anvendes i en kortere periode og bør revurderes løbende. Ved manglende effekt, bør behandlingen seponeres igen.

Beslutningen om at anvende NSAID til patienter med akutte lænderygsmærter bør træffes under hensyntagen til de manglende dokumenterede klinisk betydelig gavnlige effekter, potentielle skadevirkninger, patientpræferencer, og andre tilgængelige farmakologiske- og non-farmakologiske behandlinger. Patienten bør informeres om at fuldstændig smertefrihed sjældent kan opnås til trods for behandling.

Varighed af behandlingen bør fastsættes i samråd med patienten, der også bør informeres om den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder, herunder non-farmakologisk. Dosis bør reduceres i takt med, at smerterne aftager.

Følgende grupper af patienter er i forøget risiko for NSAID-relaterede bivirkninger: personer over 65 år, eksisterende antitrombotisk behandling, nedsat nyrefunktion, nedsat leverfunktion, hjertesygdom, og patienter i høj risiko for ulcus og hjertekarsygdom.

Behandling med NSAID hos personer over 65 år bør anvendes med særlig forsigtighed, grundet høj risiko for bivirkninger og interaktioner med andre lægemidler. Hos patienter med nedsat nyrefunktion eller nedsat leverfunktion bør symptomkontrol opnås med den lavest mulige dosis i så kort tid som mulig.

Generelt bør NSAID anvendes i lavest mulige effektive dosis og i kortest mulige behandlingsvarighed pga. risiko for alvorlige hændelser, blandt andet mavesår. Af andre bivirkninger kan nævnes forstoppelse eller diarré, hovedpine, svimmelhed, allergiske reaktioner, væskeophobning og muligvis let øget risiko for blodpropper.

Behandling med NSAID er kontraindiceret hos voksne med:

- Tilstande med øget blødningstendens eller risiko herfor (eks. svær trombocytopeni).
- Aktuelt eller tilbagevendende mavesår eller maveblødning samt tidl. mavesår eller maveblødning forbundet med NSAID behandling.
- Cerebrovaskulær eller anden aktiv blødning.
- Astma eller andre allergiske manifestationer, der er udløst af ASA eller andre NSAID.
- Nyligt AMI (inden for 6 måneder).
- Alvorlig hjerte-, lever- eller nyreinsufficiens.
- Graviditet især øget risiko i 3. trimester.

Udgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmærter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse.

2.2. Nøgleinformationer

Retning og styrke af en anbefaling afhænger af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Derudover vurderes ressourcer, lighed i sundhed, accept og gennemførlighed. Til sammen danner de forskellige domæner grundlaget for anbefalingens retning og styrke. I skemaet nedenfor ses den overordnede vurdering mens en uddybning kan ses under skemaet.

Domæne	Vurdering
Gavnlige og skadelige virkninger	☐ Overvejende fordele ved interventionen ☒ Lille gevinst ved interventionen eller små forskelle mellem alternativerne ☐ Væsentlige ulemper ved interventionen ☐ Ikke angivet
Tiltroen til evidensen	☐ Høj ☐ Moderat ☒ Lav ☐ Meget lav ☐ Ikke angivet
Patientpræferencer	☐ Vi forventer, at de fleste patienter vil vælge interventionen ☒ Betydelig variation er forventet ☐ Vi forventer, at få patienter vil vælge interventionen ☐ Usikkert/ikke angivet
Ressourcer	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer

	☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Lighed i sundhed	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Accept	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Gennemførlighed	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Gavnlig og skadelig virkning

Kritiske outcomes

- NSAID medfører muligvis en væsentlig generel bedring af tilstanden (opgjort som dikotomt outcome) (234 flere per 1000).
- NSAID påvirker sandsynligvis ikke fysisk funktionsevne i betydelig grad (malt med Roland Morris Disability Scale).
- NSAID påvirker muligvis ikke smerteintensitet i betydelig grad.
- NSAID påvirker sandsynligvis ikke risikoen for alvorlige hændelser i betydelig grad (0 flere per 1000).

Vigtige outcomes

NSAID påvirker muligvis ikke risikoen for uønskede hændelser eller brug af supplerende smertestillende i betydelig grad. Det er usikkert, om behandling med NSAID har en effekt på søvnkvalitet, livskvalitet psykisk funktionsevne og sygefravær på grund af manglende data.

Skadevirkningerne er ikke velbeskrevet i den inkluderede litteratur. Det er dog velkendt at NSAID kan medføre alvorlige bivirkninger som mavesår. Af andre bivirkninger kan nævnes forstoppelse eller diarré, hovedpine, svimmelhed, allergiske reaktioner, væskeophobning, og muligvis let øget risiko for blodpropper. Bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, f.eks. ældre over 65 år og patienter med kendt hjertekarsygdom.

En detaljeret gennemgang af både de kritiske og vigtige outcomes kan ses i bilag 2.

Tiltroen til evidensen

Tiltroen til evidensen er samlet set lav.

- Tiltroen til det kritiske outcome *alvorlige hændelser* er moderat på grund af risiko for bias og præcision.

- Tiltroen til det kritiske outcome *fysisk funktionsevne* er moderat til lav på grund af inkonsistente resultater og risiko for bias.
- Tiltroen til det kritiske outcome *generel bedring* er lav på grund af inkonsistente resultater og risiko for bias.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *smerteintensitet* er lav på grund af inkonsistente resultater og alvorlig risiko for bias.

Patientpræferencer: Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om farmakologisk smertelindring, mens andre fravælger dette.

Ressourcer: NSAID er alment tilgængelig og billig. Den svage anbefaling imod rutinemæssig brug af NSAID forventes ikke at skabe udfordringer i forhold til ressourceforbrug.

Lighed i sundhed: Det skønnes ikke, at anvendelse af NSAID kan give anledning til ulighed i sundhed, da præparaterne er udenfor patentbeskyttelse, relativt prisbillige og uden væsentlige prisforskelle.

Accept: NSAID i fast dosering anvendes rutinemæssigt til mange patienter med akutte lænderygsmærter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

Gennemførlighed: NSAID i fast dosering anvendes rutinemæssigt til mange patienter med akutte lænderygsmærter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

2.3. Evidensgrundlag

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål baserer sig på 15 kliniske forsøg^(14, 16-29) identificeret via en opdateret søgning fra to systematiske reviews^(30, 31).

Tre forsøg undersøgte flere arme med NSAID⁽¹⁸⁻²⁰⁾, mens de øvrige kun havde en NSAID vs placebo sammenligning^(14, 16, 17, 21-29). Populationerne i de inkluderede forsøg er voksne med akutte lænderygsmærter enten med eller uden smerter i benene. Interventionerne var heterogene både hvad angår dosis, administrationsform og behandlingsvarighed, og andelen af deltagere per forsøg var generelt lav.

Opfølgningstiden var mellem 6 timer og 4 uger afhængigt af outcome. Der er foretaget sensitivitetsanalyser, hvor forsøg med præparater som ikke forhandles i Danmark er ekskluderet. Effektestimaterne påvirkes ikke af eksklusion af forsøg, som undersøger effekten af præparater der ikke forhandles i Danmark, hvorfor anbefalingen er udarbejdet på baggrund af alle identificerede forsøg, som opfylder kriterierne defineret i de fokuserede spørgsmål.

Den fulde sammenfatning af evidensen og evidensprofiler kan ses i bilag 2.

2.4. Det fokuserede spørgsmål

Nedenfor er en oversigt over det fokuserede spørgsmål. For flere detaljer, se bilag 3.

PICO 2: Bør man anvende NSAID til voksne patienter med akutte lænderygsmærter?	
Population	Voksne (≥ 18 år) med akutte smerter
Intervention	NSAID (alle typer, alle administrationsformer, doser, virkningsvarigheder)
Comparator	Placebo eller ingen behandling
Outcomes	Kritiske: Fysisk funktionsevne, alvorlige hændelser, smerteintensitet Vigtige: Livskvalitet, adherence, psykisk funktionsevne, søvnkvalitet, uønskede hændelser, sygefravær

3. Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol

Svag anbefaling imod

Anvend kun efter nøje overvejelse kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol fremfor NSAID alene til behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt og da skadevirkningerne ikke er velbeskrevet.

3.1. Rationale og kliniske overvejelser

Der er ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er påvist gavnlige effekter af kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol på de kritiske outcomes, og at skadevirkningerne ikke er velbeskrevet i den inkluderede litteratur. Det er dog velkendt at NSAID kan medføre alvorlige bivirkninger. Tiltroen til evidensen er samlet set meget lav. Samtidig forventes det, at patienterne vil have varierende præferencer i forhold til behandlingen.

Behandling af patienter med akutte lænderygsmærter bør som minimum omfatte information om tilstandens forløb, prognose og faresignaler. Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af vanlig aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved aflastning og bør opfordres til gradvist at øge aktivitetsniveauet. Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet bør indeholde råd om fortsættelse med daglige huslige gøremål (f.eks. madlavning og rengøring), deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og vanlig motion. Opfordringerne bør ligeledes indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være baseret på dialog med og tilrettet den enkelte patient, og der bør være fokus på at bevare patientens tilknytning til arbejdspladsen.

Hvis kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol iværksættes ved smerter i den akutte fase, kan der forsøges med fast dosering i en kortere periode. Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol bør kun anvendes i en kortere periode og bør revurderes løbende. Ved manglende effekt, bør behandlingen seponeres igen.

Beslutningen om at anvende kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol til patienter med akutte lænderygsmærter bør træffes under hensyntagen til de manglende dokumenterede gavnlige effekter, potentielle skadevirkninger, patientpræferencer, og andre tilgængelige farmakologiske- og non-farmakologiske behandlinger.

Varighed af behandlingen bør fastsættes i samråd med patienten, der også bør informeres om den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder, herunder non-farmakologisk. Dosis bør reduceres i takt med, at smerterne aftager. Patienten bør informeres om at fuldstændig smertefrihed sjældent kan opnås til trods for behandling.

Følgende grupper af patienter er i forøget risiko for NSAID-relaterede bivirkninger: personer over 65 år, eksisterende antitrombotisk behandling, nedsat nyrefunktion, nedsat leverfunktion, hjertesygdom, og patienter i høj risiko for ulcus og hjertekarsygdom. Behandling med NSAID hos personer over 65 år bør

anvendes med særlig forsigtighed, grundet høj risiko for bivirkninger og interaktioner med andre lægemidler. Hos patienter med nedsat nyrefunktion eller nedsat leverfunktion bør symptomkontrol opnås med den lavest mulige dosis i så kort tid som mulig. Generelt bør NSAID anvendes i lavest mulige effektive dosis og i kortest mulige behandlingsvarighed pga. risiko for alvorlige hændelser, blandt andet mavesår. Af andre bivirkninger kan nævnes forstoppelse eller diarré, hovedpine, svimmelhed, allergiske reaktioner, væskeophobning, og muligvis let øget risiko for blodprop.

Behandling med NSAID'er kontraindiceret hos voksne med:

- Tilstande med øget blødningstendens eller risiko herfor (eks. svær trombocytopeni).
- Aktuelt eller tilbagevendende mavesår eller maveblødning samt tidl. mavesår eller maveblødning forbundet med NSAID behandling.
- Cerebrovaskulær eller anden aktiv blødning.
- Astma eller andre allergiske manifestationer, der er udløst af ASA eller andre NSAID.
- Nyligt AMI (inden for 6 måneder).
- Alvorlig hjerte-, lever- eller nyreinsufficiens.
- Graviditet især øget risiko i 3. trimester.

Behandling med paracetamol er kontraindiceret hos voksne med svær leverinsufficiens.

Undgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmærter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse.

3.2. Nøgleinformationer

Retning og styrke af en anbefaling afhænger af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Derudover vurderes ressourceforbrug, lighed i sundhed, accept og gennemførlighed. Til sammen danner de forskellige domæner grundlaget for anbefalingens retning og styrke. I skemaet nedenfor ses den overordnede vurdering mens en uddybning kan ses under skemaet.

Domæne	Vurdering
Gavnlige og skadelige virkninger	☐ Overvejende fordele ved interventionen ☒ Lille gevinst ved interventionen eller små forskelle mellem alternativerne ☐ Væsentlige ulemper ved interventionen ☐ Ikke angivet
Tiltroen til evidensen	☐ Høj ☐ Moderat ☐ Lav ☒ Meget lav ☐ Ikke angivet
Patientpræferencer	☐ Vi forventer, at de fleste patienter vil vælge interventionen ☒ Betydelig variation er forventet ☐ Vi forventer, at få patienter vil vælge interventionen ☐ Usikkert/ikke angivet
Ressourcer	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer

	☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Lighed i sundhed	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Accept	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Gennemførlighed	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Gavnlige og skadelige virkninger

Kritiske outcomes

- Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol påvirker muligvis ikke fysisk funktionsevne i betydelig grad.
- Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol påvirker muligvis ikke smerteintensitet i betydelig grad.
- Det er usikkert, om kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol øger risikoen for alvorlige hændelser (0 flere per 1000).

Vigtige outcomes

Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol påvirker muligvis ikke risikoen for uønskede hændelser i betydelig grad.

Det er usikkert, om kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol har effekt på brug for supplerende smertestillende. Ligeledes er det usikkert om kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol har effekt på søvnkvalitet, livskvalitet, psykisk funktionsevne eller sygefravær på grund af manglende data

Det er usikkert, om kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol medfører flere uønskede- eller alvorlige hændelser, da det ikke er belyst i den inkluderede litteratur. Det er dog velkendt, at NSAID kan medføre alvorlige bivirkninger som mavesår. Af andre bivirkninger kan navnes forstoppelse eller diarre, hovedpine, svimmelhed, allergiske reaktioner, vaskeophobning, og muligvis let øget risiko for blodprop- per. Bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, f.eks. ældre over 65 år og patienter med kendt hjerte- karsygdom.

En detaljeret gennemgang af både de kritiske og vigtige outcomes kan ses i bilag 2.

Tiltroen til evidensen

Tiltroen til evidensen er samlet set meget lav.

- Tiltroen til det kritiske outcome *alvorlige hændelser* meget lav på grund af meget alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig risiko for bias.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *fysisk funktionsevne* er meget lav på grund af meget alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig risiko for bias.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *smerteintensitet* er lav på grund af alvorlig upræcist effektestimat og alvorlig risiko for bias.

Patientpræferencer: Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om kombinationsbehandling, mens andre fravælger dette.

Ressourcer: NSAID og paracetamol er alment tilgængelige og billige. Den svage anbefaling imod rutinemæssig brug af kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol forventes ikke at skabe udfordringer i forhold til ressourceforbrug.

Lighed i sundhed: Det skønnes ikke, at anvendelse af kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol kan give anledning til ulighed i sundhed, da præparaterne er udenfor patentbeskyttelse, relativt prisbillige og uden væsentlige prisforskelle.

Accept: Både NSAID og paracetamol i fast dosering anvendes rutinemæssigt til mange patienter med akutte lænderygsmærter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

Gennemførlighed: Både NSAID og paracetamol i fast dosering anvendes rutinemæssigt til mange patienter med akutte lænderygsmærter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

3.3. Evidensgrundlag

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk reviews⁽³¹⁾, hvorfra der blev brugt 2 randomiserede forsøg^(32, 33). Den opdaterede litteratursøgning resulterede i ingen yderligere forsøg. Evidensgrundlaget er således 2 randomiserede forsøg publiceret i 2 artikler^(32, 33).

Det ene forsøg anvendte et parallelgruppe design⁽³³⁾ og det andet et flerarmet forsøg, hvor kun arme relevante for sammenligningen NSAID+paracetamol vs NSAID er ekstraheret⁽³²⁾. Populationerne i forsøgene var voksne med akutte lænderygsmærter defineret som funktionelt hæmmende rygsmærter med en score på >5 på RMDQ^(32, 33). Et forsøg definerede varighed af symptomer som værende <2 uger⁽³²⁾, mens det andet forsøg inkluderede forsøgsdeltager rekrutteret på skadestue med akut, ikke-traumatisk, ikke-radikulær, muskuloskeletal lændesmerter⁽³³⁾. Interventionerne bestod af kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol vs NSAID. Det ene forsøg sammenlignede NSAID (etodolac 400 mg to gange dagligt) + paracetamol (500 mg to gange dagligt) med NSAID (etodolac 400 mg to gange dagligt) i 10 dage - derudover var det tilladt at anvende topical smertestillende⁽³²⁾. Det andet forsøg sammenlignede NSAID (600 mg ibuprofen) + paracetamol (acetaminophen 500-1000 mg) hver 6 time med NSAID (ibuprofen 600 mg hver 6 time) i 7 dage⁽³³⁾. Forsøgene inkluderede henholdsvis 160 deltagere⁽³²⁾ og 120 deltagere⁽³³⁾. Opfølgningstiden var mellem 4-10 dage afhængigt af outcome.

Den fulde sammenfatning af evidensen og evidensprofiler kan ses i bilag 2.

3.4. Det fokuserede spørgsmål

Nedenfor er en oversigt over det fokuserede spørgsmål. For flere detaljer, se bilag 3.

PICO 3: Bør man anvende kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol til voksne patienter med akutte lænderygsmærter?	
Population	Voksne (≥ 18 år) med akutte smerter
Intervention	Kombinationsbehandling med NSAID og paracetamol NSAID og paracetamol (alle typer, alle administrationsformer, doser, virkningsvarigheder)
Comparator	NSAID eller paracetamol (alle typer, alle administrationsformer, doser, virkningsvarigheder)
Outcomes	Kritiske: Fysisk funktionsevne, alvorlige hændelser, smerteintensitet Vigtige: Livskvalitet, adherence, psykisk funktionsevne, søvnkvalitet, uønskede hændelser, sygefravær

4. Opioider

Svag anbefaling imod

Anvend kun efter nøje overvejelse opioider i tillæg til vanlig behandling af akutte lænderygsmærter, da der ikke er dokumenteret gavnlig effekt og da skadevirkningerne ikke er velbeskrevet.

4.1. Rationale og kliniske overvejelser

Der er ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er påvist veldokumenterede gavnlige effekter af opioider på de kritiske outcomes fysisk funktionsevne, smerteintensitet og alvorlige hændelser, og at skadevirkningerne ikke er velbeskrevet. Endvidere er der risiko for udvikling af afhængighed. Tiltroen til evidensen er samlet set meget lav. Samtidig forventes det, at patienterne vil have varierende præferencer i forhold til behandlingen, og anvendelse af opioider forventes at øge uligheden i sundhed.

Anbefalingen omhandler patienter med akutte spændinger, ømhed, smerter og/eller bevægehæmning i lænden, hvor der ikke er et specifikt holdepunkt for årsagen til generne - altså uspecifikke og formodede benigne smerter i under 12 uger. Den omhandler ikke patienter med tegn på alvorlig sygdom, fx spondylartropatier, cancer, infektioner, fraktur mv. Postoperative smerter og bækkensmerter relateret til graviditet eller post-partum forløbet samt patienter med ischiassmerter eller nerverodspåvirkning omfattes ligeledes ikke i anbefalingen.

Behandling af patienter med akutte lænderygsmærter bør som minimum omfatte information om tilstandens forløb, prognose og faresignaler. Patienten bør informeres om de gavnlige effekter af vanlig aktivitet, og de mulige skadevirkninger ved inaktivitet og bør opfordres til gradvist at øge aktivitetsniveauet. Opfordringer vedrørende vanlig aktivitet bør indeholde råd om fortsættelse med daglige huslige gøremål (f.eks. madlavning og rengøring), deltagelse i sociale aktiviteter samt fritidsaktiviteter og vanlig motion. Opfordringerne bør ligeledes indeholde råd vedrørende patientens arbejde, f.eks. muligheder for midlertidige ændringer i arbejdsfunktioner eller arbejdstid. Rådene bør være baseret på dialog med og tilrettet den enkelte patient, og der bør være fokus på at bevare patientens tilknytning til arbejdspladsen.

Opioidbehandling kan overvejes i meget kort varighed, fx i forbindelse med diagnostik eller ved intraktable smerter som led i vurdering af indikationen for kirurgi.

Beslutningen om afprøvning af opioidbehandling bør altid bero på en individuel vurdering af patientens samlede tilstand og under hensyntagen til skadevirkninger samt i fælles beslutning med patienten i forhold til dennes præferencer.

Generelt bør opioid anvendes i lavest mulige effektive dosis og i kortest mulige behandlingsvarighed pga. risiko for uønskede hændelser. Graden og forekomsten af bivirkninger er forskellig for de enkelte opioider.

Ordination bør ske i henhold til 'Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler'⁽³⁴⁾. Det betyder blandt andet at, receptudstedelsen skal ske ved personligt fremmøde hos lægen. Recepten bør udstedes på den mindste pakningsstørrelse, uanset behandlingsvarigheden, for at sikre opfølgning hos lægen, og undgå medicinrester i hjemmet. Opioidbehandling bør kun ske efter individuel vurdering og med en klar behandlingsplan, inkl. mål, varighed, lægekonsultation kort tid efter opioidopstart og løbende opfølgning samt en plan for aftrapning med en planlagt stopdato fra starten.

Oplever patienten fortsat smerter, bør yderligere udredning af årsag og det eventuelle behov for anden behandling overvejes. Sundhedsstyrelsen har udgivet folderen 'Vanedannende medicin skal tages med omtanke', som kan hjælpe patienter med viden og gode råd om brug af blandt andet opioider og alternativer til medicin⁽³⁵⁾.

Med afprøvning af opioider menes opstart, titrering samt vurdering af effekt og - såfremt der ikke opnås væsentlig reduktion af smerter og forbedring af funktionsniveau - efterfølgende seponering. Der er stor individuel forskel på, hvor svært det er at trappe ud af opioider. Derfor er det individuelt, hvor langsomt aftrapningen skal foregå, men en mulighed kan være at reducere døgndosis med 10-20 % hver 3.-5. dag⁽³⁶⁾. Indtag af opioider er forbundet med en øget risiko for udvikling af psykisk og fysisk afhængighed, hvilket har sociale og sundhedsmæssige konsekvenser. Vælg Klogt har udgivet en publikation med bud på konkrete løsninger til, hvordan man kan undgå overforbrug af opioider⁽³⁷⁾.

Morfin er førstevalg, når behandling med opioid er nødvendig. Der bør anvendes depotmorfin i stedet for hurtigtvirkende, da denne har bedre døgndækning og mindre euforiserende effekt. Laksantia bør tillægges behandlingen, og justeres ved seponering eller reduktion af dosis. Brug af opioider er forbundet med en trafiksikkerhedsmæssig risiko, og midlertidigt kørselsforbud bør udstedes ved behandlingsstart.

4.2. Nøgleinformationer

Retning og styrke af en anbefaling afhænger af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Derudover vurderes ressourceforbrug, lighed i sundhed, accept og gennemførlighed. Til sammen danner de forskellige domæner grundlaget for anbefalingens retning og styrke. I skemaet nedenfor ses den overordnede vurdering mens en uddybning kan ses under skemaet.

Domæne	Vurdering
Gavnlige og skadelige virkninger	☐ Overvejende fordele ved interventionen ☒ Lille gevinst ved interventionen eller små forskelle mellem alternativerne ☐ Væsentlige ulemper ved interventionen ☐ Ikke angivet
Tiltroen til evidensen	☐ Høj ☐ Moderat ☐ Lav ☒ Meget lav ☐ Ikke angivet

Patientpræferencer	☐ Vi forventer, at de fleste patienter vil vælge interventionen ☒ Betydelig variation er forventet ☐ Vi forventer, at få patienter vil vælge interventionen ☐ Usikkert/ikke angivet
Ressourcer	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Lighed i sundhed	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Accept	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Gennemførlighed	☐ Ingen væsentlige problemer ☒ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Gavnlig og skadelige virkninger

Kritiske outcomes

- Det er usikkert, om behandling med opioider medfører en reduktion i smerteintensitet efter 30 minutter.
- Behandling med opioider påvirker muligvis ikke smerteintensitet (hvile) i betydelig grad (1-2 uger).
- Behandling med opioider påvirker muligvis ikke smerteintensitet (hvile) i betydelig grad ved 4, 6 eller 12 uger.
- Det er usikkert, om behandling med opioider medfører en forbedring af fysisk funktionsevne.
- Det er usikkert, om behandling med opioider medfører øget risiko for alvorlige hændelser (0 flere per 1000).

Vigtige outcomes

Behandling med opioider kan muligvis øge risikoen for misbrug (118 flere per 1000). Det er usikkert, om behandling med opioider øger frafald alle årsager eller frafald grundet bivirkninger. Ligeledes er det usikkert, om det øger antallet af patienter der kan vende tilbage til arbejde. Behandling med opioider medfører muligvis nogen forbedring af livskvalitet (psykiske helbreds-komponent), men muligvis ikke livskvalitet (fysisk helbreds-komponent) i betydelig grad. Vi fandt ingen studier, der opgjorde recidiv af smerter.

Behandling med opioider kan give kvalme, opkastninger, obstipation, urinretention, hudkløe, mundtørhed, svimmelhed, takykardi, konfusion, sedation og hallucinationer.

En detaljeret gennemgang af både de kritiske og vigtige outcomes kan ses i bilag 2.

Tiltroen til evidensen

Tiltroen til evidensen er samlet set meget lav.

- Tiltroen til det kritiske outcome *alvorlige hændelser* er meget lav, da der er nedgraderet for alvorlig risiko for bias og meget alvorligt upræcist effektestimat.
- Tiltroen til evidensen for det kritiske outcome *fysisk funktionsevne* er meget lav, da der er nedgraderet på grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig inkonsistente resultater, alvorlig upræcist effektestimat og på grund af alvorlig manglende overførbarehed.
- Smerteintensitet blev i litteraturen opgjort på forskellige tidspunkter, og der er samlet set meget lav tiltro til evidensen for det kritiske outcome *smerteintensitet*.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter har et ønske om farmakologisk smertelindring med opioider, mens andre fravælger dette.

Patienter lægger stor vægt på opnåelse af smertelindring og forbedring af den fysiske funktion. Samtidig lægger patienter vægt på at undgå hyppige bivirkninger, inklusiv kvalme, opkastninger og forstoppelse. Nogle patienter foretrækker at undgå disse bivirkninger fremfor en beskeden smertelindrende effekt, mens andre accepterer disse bivirkninger for at opnå bedre smertelindring.

Både patienter og samfund lægger stor vægt på at undgå sjældne, men meget alvorlige komplikationer til smertebehandlingen med opioider, inklusiv død, psykisk og fysisk afhængighed, og illegalt videresalg af opioider.

Ressourcer: Opioider er billige og receptpligtige. Den svage anbefaling imod rutinemæssig brug af opioid forventes ikke at skabe udfordringer i forhold til ressourceforbrug.

Lighed i sundhed: Rutinemæssig behandling med opioider kan føre til øget ulighed i sundhed, da patienter med lavere socioøkonomisk status hyppigere får ordineret opioider og har et højere forbrug.

Accept: Opioider anvendes i en vis udstrækning til patienter med akutte lænderygsmerter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

Gennemførlighed: Opioider anvendes i en vis udstrækning til patienter med akutte lænderygsmerter, og det forventes at være udfordrende at ændre denne praksis.

4.3. Evidensgrundlag

Der blev identificeret fire relevante randomiserede forsøg^(6, 7, 38-40). Populationen i de inkluderede forsøg bestod af voksne med akutte lænderygsmerter, iskiassmerter eller nakkesmerter.

I forsøget af Friedman 2015⁽⁴⁰⁾ var populationen 215 voksne patienter med uspecifikke lænderygsmerter af op til to ugers varighed, der besøgte en amerikansk skadestue. Interventionen bestod af 1-2 tabletter af oxycodon, 5 mg kombineret med acetaminofen, 325 mg indtaget oralt hver 8. time i tillæg til vanlig behandling. Dette blev sammenlignet med placebo og vanlig behandling, hvor vanlig behandling bestod af

naproxen (NSAID præparat), 500 mg indtaget oralt hver 12. time samt rådgivning om at øvelser, varme, kulde, fysioterapi, massage og akupunktur muligvis hjælper nogle patienter.

I forsøget af Serinken 2016⁽³⁹⁾ indgik 200 voksne i alderen 21 til 65 år med iskiassmerter med en varighed på mindre end en uge. Interventionen bestod af 0.1 mg/kg morfin intravenøst én gang. Dette blev sammenlignet med placebo som var 100 ml saltvand. Ved behov blev der givet 1 µg/kg Fentanyl som "rescue medicin" efter 30 minutter.

I forsøget af Jones 2024^(6, 7) deltog 347 voksne patienter (174 i opioidgruppen og 173 i placebogruppen) med akutte nakke- eller lændesmerter rekrutteret hos praktiserende læge eller skadestue. Deltagerne blev randomiseret til 5 mg oxycodon samt 2.5 mg naloxon givet oralt 1-2 pr. dag (gennemsnitlig dosis var 10 mg/dag) eller placebobehandling i op til seks uger i tillæg til vanlig praksis.

I forsøget af Hung 2024⁽³⁸⁾ deltog voksne i alderen 18 til 65 år med akutte lænderygssmerter med under 6 ugers varighed. Deltagerne blev randomiseret til at indtage 50 mg tramadol eller placebo tablet hver 6 timer i 14 dage. I tillæg til tramadol eller placebo tablet fik deltagerne også en recept på diclofenac og famotidin (100 mg og 40 mg) til indtag to gange dagligt, samt acetaminophen som "rescue medicin".

Den fulde sammenfatning af evidensen og evidensprofiler kan ses i bilag 2.

4.4. Det fokuserede spørgsmål

Nedenfor er en oversigt over det fokuserede spørgsmål. For flere detaljer, se bilag 3.

PICO 4: Bør patienter med nyopståede lænderygssmerter tilbydes opioider i tillæg til vanlig behandling?

Population	Voksne (≥ 18 år) med akutte smerter
Intervention	Opioider indtaget oralt i tillæg til vanlig behandling i op til 12 uger.
Comparator	Ingen opioider/vanlig behandling
Outcomes	Kritiske: Smerteniveau, funktionsevne, alvorlige bivirkninger Vigtige: Opioidmisbrug, livskvalitet, recidiv af smerter, sygefravær, frafald

Patientcases

Eksempel på ordination af morfin til akutte lænderygsmærter

Martin på 50 år henvender sig i almen praksis, da han har smerter i lænden med vekslende udstråling til højre ben. Smerterne er ikke blevet bedre i ugens løb, der er ikke effekt af paracetamol og ibuprofen. Han sover stort set ikke om natten pga. smerterne og har ikke været på arbejde de sidste dage. Nu magter han det ikke længere. Martin er blevet bange for, at det kan være en diskusprolaps, som bør opereres inden han bliver lam i benet. Han havde lagt terrasse om, men det var overstået flere dage inden smerterne tog til, hvor han vågnede med de udstrålende smerter. Der er ingen alarmsymptomer.

Martin er ellers sund og rask, men har flere gange haft lignende smerter, dog med langt mindre intensitet. Han går i træningscenter, men det viser sig at være med flere ugers mellemrum.

Objektivt: Der er ikke tegn på fraktur eller rodtryk, derimod er der udtalt smerteforværring og øget udstråling ved stræk på piriformismusklerne i højre balle.

Martin oplyses om den godartede tilstand, at der ikke er tegn på diskusprolaps. Han orienteres om, at smerterne langsomt vil mindske, hvilket han ellers kender fra tidligere. Der instrueres i enkelt øvelse med blid udspænding af piriformismusklerne, som kan være direkte smertelindrende. Det kan med fordel forudgås af varmepude. Der laves henvisning til fysioterapeut med henblik på instruktion i specifikke øvelser. Martin er orienteret om, at massagebehandling stort set ikke hjælper. Han opfordres til at fastholde de normale daglige aktiviteter, og at gå i træningscenteret så snart han kan og at passe dette, da det nedsætter risikoen for tilbagefald, når musklerne er stærke.

Der gives recept på 10 stk. tablet morfin af 10 mg, 1 tablet 1 time inden sengetid, Martin skal ikke gå på arbejde den følgende dag, da han skal mærke efter, hvor meget morfinen påvirker ham. Der må ikke køres bil på dage efter morfinindtagelse. Han kan komme til arbejdspladsen uden at køre selv og betjener ikke maskiner eller lignende på arbejde, som kunne være problematisk i forhold morfinindtagelse. Han orienteres om, at han ikke vil kunne gøres helt smertefri uden morfindosering i doser, hvor bivirkningerne er uacceptable.

Martin orienteres om at henvende sig akut, hvis der mod forventning skulle dukke alarmsymptomer op. Hvis ingen bedring efter 14 dage, skal han komme til ny konsultation.

Eksempel på undladelse af morfinordination til akutte lænderygsmærter

Anne på 83 år henvender sig i almen praksis efter at være faldet og nu har akutte smerter i lænden. Anne har forsøgt med paracetamol 1g 4 gange dagligt uden effekt, smerterne har været i 14 dage og hun har svært ved at komme omkring pga. smerterne. Nu sidder hun hjemme, og som hun siger får mere og mere ondt af sig selv oveni rygsmerterne. Hun plejer at være særdeles aktiv som besøgsven, hun har faste vagter i den lokale genbrugsbutik, Anne går til gymnastik ugentligt, og der er få dage, hvor hun under normale omstændigheder ikke ser andre personer. Hun vil gerne have noget stærkt smertestillende og ved fra tidligere, at hun ikke tåler ibuprofen, idet det gav mavesyreproblematik. Hun trænger til at komme i gang igen.

Anne har dog lidt balanceproblemer og ortostatisme, men hun har foreløbigt klaret dette uden fald før aktuelle. Ellers er hun sund og rask.

Objektivt findes ingen fraktur sv.t. ryg, bækken eller hofter, ej heller tegn på rodtryk. Der er ikke tegn på hold i ryggen. Der er rester af hæmatom hen over lænden.

Anne orienteres om, at der kun er tegn på, at smerterne skyldes, at hun har slået sig uden brud eller andet alvorligt. Anne orienteres om, at smerterne vurderes at ville svinde langsomt af sig selv. Anne tilskyndes til nu at acceptere den rollator, som hun tidligere er blevet anbefalet. Anne må gerne gøre alt det hun kan af sine sædvanlige aktiviteter. Det kan hjælpe på de afledte muskelsmerter med varme. Det er ikke hensigtsmæssigt med morfin, da det kan forværre risikoen for at falde igen. Da i hvert fald en del af traumatet ligger tæt på overfladen, kan hun forsøge at smøre med Ibutop/Voltarengel til at tage toppen af smerterne.

Hvis ikke der er klar bedring efter 4 uger tilrådes ny lægelig vurdering.

Perspektivering

Monitorering

Monitorering af forbruget af paracetamol, NSAID og opioider til voksne med akutte lænderygssmerter i Danmark har til formål at sikre en systematisk og kontinuerlig overvågning af forbrugsmønstre, identificere potentielle misbrugstendenser samt understøtte folkesundheden ved at mindske risici forbundet med overforbrug. Monitoreringen sigter mod at tage højde for både nationale og regionale forskelle samt forskellige alders- og befolkningsgruppers forbrugsvaner.

Monitoreringen kan tage udgangspunkt i en eller flere af følgende initiativer: 1) Salgsdata fra apoteker og supermarkeder, som forhandler smertestillende medicin, 2) Indsamling af månedlige løbende undersøgelser blandt forbrugere om deres forbrugsmønstre, årsager til forbrug, og holdninger til smertestillende håndkøbsmedicin, 3) Brug af registre som Lægemiddelstatistikregisteret og Sundhedsdatastyrelsens eSundhed til at kortlægge medicinforbrug på nationalt niveau, og 4) Indsamling af data fra giftlinjen og hospitalernes akutte enheder for at kortlægge tilfælde af forgiftninger og overforbrug.

Monitoreringen/overvågningen forventes at kunne medvirke til: 1) Overvågning af de samlede salgstal for håndkøbsmedicin, fordelt på produkttyper og geografi og 2) Sammenligning af forbrugsmønstre over tid for at identificere eventuelle stigninger i forbrug, som kan være bekymrende.

Videre forskning

På trods af at lænderygssmerter er den vigtigste årsag til funktionsnedsættelse, tab af livskvalitet og en stor årsag til frafald fra arbejdsmarkedet, er forskningen inden for epidemiologi, diagnostik og behandling af tilstanden samt den forebyggende indsats underprioriteret i Danmark og internationalt. Arbejdsgruppen konkluderer derfor, at der er behov for en omfattende forskningsindsats inden for alle aspekter af akutte lænderygssmerter. Forskning, der evaluerer effekten, omkostningerne og mulige skadevirkninger af de behandlinger, som er omfattet i disse anbefalinger, er særligt påkrævet, men også forskning inden for epidemiologi, diagnostik, prognose, patientoplevede aspekter og barrierer for implementering af anbefalinger er ønskelig.

Følgende områder udgør vigtige forskningsprioriteter:

- Den tilgængelige viden vedr. paracetamol versus placebo til voksne patienter med akutte lænderygssmerter er yderst begrænset og både de gavnlige virkninger og skadevirkningerne er ikke velbeskrevet, hvorfor der er behov for velgennemførte kliniske forsøg af god kvalitet der undersøger dette.
- Den tilgængelige viden vedr. NSAID versus placebo til voksne patienter med akutte lænderygssmerter er begrænset, særligt hvad angår skadevirkningerne, og der er behov for velgennemførte kliniske forsøg af god kvalitet der afdækker dette.
- Anvendelse af NSAID til risikopatienter med akutte lænderygssmerter udgør ligeledes en forskningsprioritet.
- Den tilgængelige viden vedr. kombinationen af NSAID + paracetamol versus NSAID eller paracetamol alene til voksne patienter med akutte lænderygssmerter er begrænset.
- Det er u hensigtsmæssigt, at funktionsniveau måles og rapporteres forskelligt på tværs af forsøg. Der opfordres derfor til at bruge core outcome set ved opstart af klinisk randomiserede forsøg.
- Den tilgængelige viden vedr. opioider versus placebo til voksne patienter med akutte lænderygssmerter er begrænset, særligt hvad angår skadevirkningerne, og der er behov for velgennemførte kliniske forsøg af god kvalitet der afdækker dette.

Implementering

Regionerne, almen praksis og de faglige selskaber spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske anbefaling gennem formidling af anbefalingens indhold og ved at understøtte anbefalingens anvendelse i praksis. For at understøtte anbefalingens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at anbefalingerne samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes.

Særligt vigtige faglige selskaber for disse anbefalinger vedrørende patienter med akutte lænderygsmærter er Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Reumatologisk Selskab, Dansk Kiropraktor Forening, Danske Fysioterapeuter, Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin, Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, Dansk Selskab for Akutmedicin samt Ergoterapeutforeningen. Der foreslås, at de anbefalingerne omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside og at anbefalingerne præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage.

Øvrige anbefalinger og tiltag

Udover denne NKA findes en række andre indsatser man kan orientere sig i, som er relateret til emnet.

Sundhedsstyrelsen lancerer i anden halvdel af 2025 en borgerrettet **kommunikationsindsats** som omhandler, at man ved almindelige rygsmerter i udgangspunktet ikke skal behandle med medicin, men med vanlig aktivitet og bevægelse som passer den enkelte.

Region Syddanmark har udarbejdet et **forløbsprogram** for borgere med lænderygsmærter⁽⁴¹⁾ med fokus på både aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation og samarbejdet med borgeren og evt. pårørende. Omdrejningspunktet for programmet er, at borgere skal klædes på til i højere grad at kunne håndtere deres rygsmerter, og sundhedsprofessionelle har en vigtig opgave i at understøtte egenhåndtering. Forløbsprogrammet er tilgængeligt for andre regioner.

Når det kommer til **udredning** af lænderygsmærter anbefaler Vælg Klogt, at man undgår at lave MR-scanninger eller røntgenundersøgelser af patienter med nyopståede lænderygsmærter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse⁽⁴²⁾.

Hvis smerterne udvikler sig til at blive **kroniske**, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis⁽⁴³⁾.

Sundhedsstyrelsen har i juli 2025 udgivet en rapport **om tilrettelæggelse af indsatser og forløb** for mennesker med lænderygsmærter, som skal inspirere og sætte retning for sundhedsvæsenets aktører i det videre arbejde med at forbedre indsatsen for mennesker med lænderygsmærter^(44, 45).

Metode

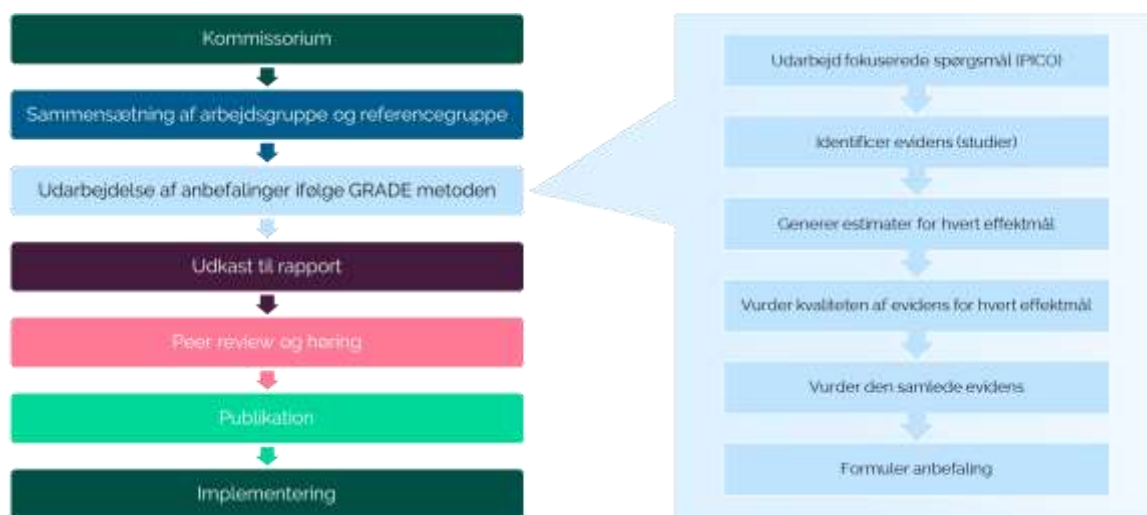
Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingers styrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også GRADE's hjemmeside⁽⁴⁶⁾.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer som kan tilgås via hjemmesiden. Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede anbefalinger⁽¹⁾.

Alle metodebilag for denne NKA kan findes på www.sst.dk.

Processen

Udarbejdelsen af en NKA følger i store træk nedenstående model.



Fokuserede spørgsmål

De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen, alternativet til interventionen og outcome. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcome). Outcome er valgt a priori sammen med arbejdsgruppen på baggrund af klinisk erfaring og ønsket om at få et specifikt outcome vurderet ved en specifik intervention.

Litteratursøgninger

For en NKA søger man generelt efter litteratur i tre trin: 1) eksisterende retningslinjer, 2) systematiske reviews og 3) primær litteratur.

Der er foretaget flere systematiske søgninger. For PICO 1 til 3 er der søgt efter guidelines og sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) i perioden 2013 til november 2023. Derefter er der søgt

efter supplerende primær litteratur (randomiseret kontrollerede forsøg/RCT), fra den dato hvor søgningerne er afsluttet i den relevante litteratur fundet i den sekundære litteratursøgning. I dette tilfælde er der søgt primær litteratur fra 2022 til marts 2024. Der er søgt på alle typer af akutte smerter hos voksne. I den efterfølgende screening af den fundne litteratur er fokus blevet afgrænset til lænderygsmærter. Derfor passer flowcharts ikke nødvendigvis med den endelige inkluderede litteratur.

For PICO 4 er der søgt primær litteratur for perioden januar 2016 til juni 2024. (Baseret på tidligere søgning foretaget for NKR for behandling af nyopståede lænderygsmærter fra 2016). Samt en supplerende søgning på sekundær litteratur uden tidsafgrænsning til oktober 2024.

Søgning for hvert PICO er foretaget i databaserne: Medline og Embase inklusiv The Cochrane library via OVID.

De fulde søgeprotokoller findes i bilag 4 og flow charts i bilag 5.

Evidensen

Udvælgelse af litteratur er baseret på det forudbestemte PICO spørgsmål. Studier ekskluderes, hvis de ikke matcher P, I og C. Efter udvælgelsen af litteratur kvalitetsvurderes evidensen. Til vurdering af systematiske reviews anvendes AMSTAR og til vurdering af randomiserede forsøg anvendes Cochrane's Risk of Bias værktøj. Resultater for de prædefinerede outcome ekstraheres og der udarbejdes metaanalyser. Effektestimater fra metaanalyserne indsættes i evidensprofilerne hvorefter tiltro til resultaterne vurderes og evidensen sammenfattes.

Vurdering af tiltro

Graderingen af evidensen sker i to etaper. Først graderes tiltroen til estimerne af effekten for de enkelte outcome. Herefter graderes det overordnede niveau af evidens for det fokuserede spørgsmål.

I evidensprofilerne fremgår det, hvordan tiltroen til evidensen er vurderet for hvert outcome. Hvis et outcomes estimat er baseret på randomiserede kontrollerede forsøg (og observationelle studier hvis de er vurderet til lav risiko for bias med ROBINS-I), starter vurderingen som udgangspunkt med høj tiltro. Tiltroen nedgraderes derefter ved vurdering af følgende faktorer:

- Risiko for bias
- Inkonsistens i resultaterne
- Unøjagtighed (f.eks. brede konfidensintervaller)
- Indirekte evidens (f.eks. forskelle i population, intervention eller outcome)
- Risiko for publikationsbias

Den overordnede tiltro for det fokuserede spørgsmål er baseret på tiltroen til evidensen for de kritiske outcome. Tiltroen til estimerne inddeles i fire niveauer:

- Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt
- Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes
- Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt
- Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Nøgleinformationer

Under nøgleinformationer giver vi en fyldestgørende beskrivelse af de domæner vi vurderer, når vi afvejer styrken og retningen af en anbefaling. Domænerne vi vurderer for at udarbejde anbefalingen er:

- Gavnlig og skadelige virkninger
- Den overordnede tiltro til evidensen
- Patienternes værdier og præferencer
- Ressourcer
- Lighed i sundhed
- Accept
- Gennemførlighed.

Anbefalingstyper ved brug af GRADE-metoden

Når evidensen er sammenfattet og nøgleinformationerne er udfyldt, kan der på baggrund af en samlet vurdering udarbejdes anbefalinger.

Vi har fire typer anbefalinger. Anbefalingen har en retning og en styrke. Anbefalingen er i udgangspunkt for eller imod en intervention eller diagnostisk test, og styrken af anbefalingen kan være stærk eller svag. Vurdering af anbefalingens retning og styrke giver på den måde mulighed for fire typer anbefalinger:

- Stærk anbefaling for
- Svag anbefaling for
- Svag anbefaling imod
- Stærk anbefaling imod.

Retning og styrke af en anbefaling afhænger i udgangspunktet af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Vi vurderer også om eventuelle ændringer i ressourceforbrug påvirker anbefalingen, om anbefalingen kan medføre ulighed i sundhed samt hvorvidt anbefalingen er acceptabel for patienter og klinikere. Til sidst vurderer vi, om der er udfordringer i forhold til implementering af anbefalingen i klinisk praksis (gennemførlighed).



God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus og ekspertise blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end både de stærke og svage evidensbaserede anbefalinger.

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbogen : Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen, 2018. Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Metodehaaandbogen-2018.ashx>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed (SDU). Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. Sundhedsstyrelse, SST, København, 2022. Link: https://www.sdu.dk/sif/-/media/im-ages/sif/udgivelser/2023/sygdomsbyrden_sygdomme.pdf
3. MedStat.dk ATC kode: N02BE01. Sundhedsdatastyrelsen. Opdateret: Løbende. Hentet: 17.08.2025. Tilgængelig fra: <https://medstat.dk/da/>
4. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter. Sundhedsstyrelsen, 2019. Link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-l%C3%A6nderygsmærter/National-klinisk-retningslinje-laenderygsmærter.ashx>
5. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot J, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018 Nov;27(11):2791–803
6. Jones C.M.P., Day R.O., Koes B.W., Latimer J., Maher C.G., McLachlan A.J., et al. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2023;402(10398):304–12
7. Jones C.M.P., Day R.O., Koes B.W. Erratum for Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial (Department of Error). Lancet. 2023 august 19;402(10402):p612
8. Jeffries LJ, Milanese SF, Grimmer-Somers KA. Epidemiology of adolescent spinal pain: a systematic overview of the research literature. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Nov 1;32(23):2630–7
9. Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? BMC Musculoskelet Disord. 2016 May 21;17:220–2
10. Artus M, van der Windt DA, Jordan KP, Hay EM. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. Rheumatology (Oxford). 2010 Dec;49(12):2346–56
11. Kongsted A, Kent P, Hestbaek L, Vach W. Patients with low back pain had distinct clinical course patterns that were typically neither complete recovery nor constant pain. A latent class analysis of longitudinal data. Spine J. 2015 May 1;15(5):885–94
12. Axén I, Leboeuf-Yde C. Trajectories of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2013 Oct;27(5):601–12
13. National Collaborating Centre for Primary Care (UK), Royal College of General Practitioners. Low back pain : early management of persistent non-specific low back pain (CG88). 2009 May
14. Nadler SF, Steiner DJ, Erasala GN, Hengehold DA, Hinkle RT, Beth Goodale M, et al. Continuous low-level heat wrap therapy provides more efficacy than Ibuprofen and acetaminophen for acute low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2002 May 15;27(10):1012–7
15. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2014 Nov 1;384(9954):1586–96
16. Nadler SF, Steiner DJ, Erasala GN, Hengehold DA, Abeln SB, Weingand KW. Continuous low-level heatwrap therapy for treating acute nonspecific low back pain. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Mar;84(3):329–34

17. Amlie E, Weber H, Holme I. Treatment of acute low-back pain with piroxicam: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1987 Jun;12(5):473–6
18. Babej-Dölle R, Freytag S, Eckmeyer J, Zerle G, Schinzel S, Schmeider G, et al. Parenteral dipyrrone versus diclofenac and placebo in patients with acute lumbago or sciatic pain: randomized observer-blind multicenter study. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 1994 Apr;32(4):204–9
19. Dreiser RL, Marty M, Ionescu E, Gold M, Liu JH. Relief of acute low back pain with diclofenac-K 12.5 mg tablets: a flexible dose, ibuprofen 200 mg and placebo-controlled clinical trial. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2003 Sep;41(9):375–85
20. EU Clinical Trials Register. Placebo and active controlled, double dummy phase III study to prove the efficacy of Aspirin® (1000 mg solid dose) in treatment of acute low back pain (IMP 11818). EudraCT number 2004-005079-40. EU Clinical Trials Register, 201614. dec. Link: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2004-005079-40/results>
21. Grevsten S, Johansson H. Phenylbutazone in treatment of acute lumbago-sciatica. *Z Rheumatol*. 1975;34(11-12):444–7
22. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Cooper CW, Day RO, et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 Nov 10;370(9599):1638–43
23. Jägemann V. Treatment of acute lumbago with diflunisal. Controlled double-blind study with placebos. *MMW Munch Med Wochenschr*. 1983 Jan 14;125(2):29–31
24. Lacey PH, Dodd GD, Shannon DJ. A double blind, placebo controlled study of piroxicam in the management of acute musculoskeletal disorders. *Eur J Rheumatol Inflamm*. 1984;7(3):95–104
25. Nadler SF, Steiner DJ, Petty SR, Erasala GN, Hengehold DA, Weingand KW. Overnight use of continuous low-level heatwrap therapy for relief of low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Mar;84(3):335–42
26. Postacchini, F, Facchini, M, Palieri, P. Efficacy of various forms of conservative treatment in low back pain: a comparative study. *Neuro-Orthopedics*. 1988;6:28–35
27. Predel H, Ebel-Bitoun C, Lange R, Weiser T. A randomized, placebo- and active-controlled, multi-country, multi-center parallel group trial to evaluate the efficacy and safety of a fixed-dose combination of 400 mg ibuprofen and 100 mg caffeine compared with ibuprofen 400 mg and placebo in patients with acute lower back or neck pain. *J Pain Res*. 2019 Sep 23;12:2771–83
28. Szpalski M, Hayez JP. Objective functional assessment of the efficacy of tenoxicam in the treatment of acute low back pain. A double-blind placebo-controlled study. *Br J Rheumatol*. 1994 Jan;33(1):74–8
29. von Heymann WJ, Schloemer P, Timm J, Muehlbauer B. Spinal high-velocity low amplitude manipulation in acute nonspecific low back pain: a double-blinded randomized controlled trial in comparison with diclofenac and placebo. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Apr 1;38(7):540–8
30. van der Gaag WH, Roelofs PDDM, Enthoven WTM, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(4):CD013581
31. Wewege MA, Bagg MK, Jones MD, Ferraro MC, Cashin AG, Rizzo RR, et al. Comparative effectiveness and safety of analgesic medicines for adults with acute non-specific low back pain: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2023;380:e072962
32. Bayram S, Şahin K, Anarat FB, Chousein CM, Kocazeybek E, Altan M, et al. The effect of oral magnesium supplementation on acute non-specific low back pain: Prospective randomized clinical trial. *Am J Emerg Med*. 2021 Sep;47:125–30
33. Friedman BW, Dym AA, Davitt M, Holden L, Solorzano C, Esses D, et al. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1572–80
34. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler : VEJ nr 9523 af 19/06/2019. Retsinformation, 2019. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523>

35. Sundhedsstyrelsen. Vanedannende medicin skal tages med omtanke : Gode råd om medicin mod smerter, angst eller søvnbesvær. Sundhedsstyrelsen, 2019. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Vanedannende_medicin_A5_folder_web.ashx
36. Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2025. Sundhedsstyrelsen, 2025. Link: https://www.sst.dk/-/media/Fagperson/Rationel-farmakoterapi/Laegemidler/Seponeringslisten/WEB_A4_SEPONE-RINGSLISTE_2025.ashx
37. Sundhedsstyrelsen. Planlæg et stop fra start : løsningsforslag til at undgå overforbrug af opioider. Sundhedsstyrelsen, 2024. Link: <https://vaelgklogt.dk/files/media/document/L%C3%B8sningsfor-slag%20-%20Opioider.pdf>
38. Hung K.K.C., Lam R.P.K., Lee H.K.H., Choi Y.F., Tenney J., Zuo Z., et al. Comparison of diclofenac with tramadol, tizanidine or placebo in the treatment of acute low back pain and sciatica: multi-center randomized controlled trial. Postgrad Med J. 2024 Sep 22;100(1188):741–50
39. Serinken M., Eken C., Gungor F., Emet M., Al B., Bird S.B. Comparison of Intravenous Morphine Versus Paracetamol in Sciatica: A Randomized Placebo Controlled Trial. Acad Emerg Med. 2016;23(6):674–8
40. Friedman BW, Irizarry E, Chertoff A, Feliciano C, Solorzano C, Zias E, et al. Ibuprofen Plus Acetaminophen Versus Ibuprofen Alone for Acute Low Back Pain: An Emergency Department-based Randomized Study. Acad Emerg Med. 2020 Mar;27(3):229–35
41. Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygsbesvær i Region Syddanmark : samarbejde og kommunikation. Region Syddanmark, 2023. Link: https://regionsyddanmark.dk/media/beracwgn/17891-forl%C3%B8bsprogram_borgere-m-l%C3%A6nderygsbesv%C3%A6r_a4-folder_jan2024_webtilg-a.pdf
42. Lænderyg. Vælg klogt. Opdateret: 2023. Hentet: 18.08.2025. Tilgængelig fra: <https://vaelgklogt.dk/files/media/document/Anbefaling%20-%20L%C3%A6nderyg.pdf>
43. Sundhedsstyrelsen. Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis. Sundhedsstyrelsen, 2023. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/NKA-Kroniske-smerter/Faglige-anbefalinger-for-udredning-af-behandlingsbehov-hos-patienter-med-kroniske-smerter-i-almen-pr.ashx?sc_lang=da&hash=49CA5EAA3DC2283DA022100128C5C2FD
44. Sundhedsstyrelsen. Notat om fremtidig tilrettelæggelse af indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter. Sundhedsstyrelsen, 2025. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Smerter/Notat-om-fremtidig-tilrettelaeggelse-af-indsatser-og-forloeb-for-mennesker-med-laenderygsmærter.ashx?sc_lang=da&hash=4C83DB484FE76BDB6766670EAE26A2E2
45. Sundhedsstyrelsen. Lænderygsmærter : Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter (Bilag 1). Sundhedsstyrelsen, 2025. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Smerter/Bilag-1_-Analyse-vedr_-indsatser-og-forloeb-for-mennesker-med-laenderygsmærter.ashx?sc_lang=da&hash=694F71C00928F55724F92ECAF66CC93F
46. GRADE : from evidence to recommendations - transparent and sensible. The GRADE Working Group. Opdateret: Løbende. Hentet: 18.08.2025. Tilgængelig fra: <https://www.gradeworkinggroup.org/>

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Arbejdsgruppe, høring mv.
- Bilag 2:** Sammenfatning af evidens og evidensprofiler
- Bilag 3:** Fokuserede spørgsmål
- Bilag 4:** Søgeprotokoller
- Bilag 5:** Flow charts
- Bilag 6:** AMSTAR vurderinger
- Bilag 7:** Metaanalyser og risk of bias vurderinger

Alle bilag kan findes på www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●