



# SYGEPLEJERSKEN

## ONDT I RYGGEN

SYGEPLEJERSKEN 2003 ; (14) : 14. FAGFÆLLEBEDØMT ARTIKEL



HANNE ELLEGAARD, SYGEPLEJERSKE

Mange patienter med ondt i ryggen befinder sig på svævende grund i det danske sundhedssystem. Informationen er ofte mangelfuld, og mange føler, at de ikke bliver taget alvorligt. Sygeplejersken kan have en afgørende rolle i at hjælpe patienten ud af en ofte meget kompleks situation med smerter, usikkerhed og en følelse af afmagt.

### Teori og praksis: Rygsmerter

[Ondt i ryggen](#)

[Ryggens anatomi og fysiologi](#)

[Behandling af ondt i ryggen](#)

[Sygepleje til rygpatienter](#)

### Artiklens mål

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der har kontakt med patienter med ondt i ryggen.

Målet med artiklen er, at læseren:

- 1 kan gøre rede for og forklare symptomer ved lumbago, iskias, diskusprolaps og cauda-equinasyndrom.
- 1 kan gøre rede for risikofaktorer og for højrisikoadfærd, der kan føre til kronisk lænderygsbesvær.
- 1 kan forklare, hvorfor information er en kerneydelse til patienter med lænderygsbesvær.
- 1 får forståelse for, hvilke elementer der bør indgå i dataindsamlingen for at kunne yde den rette sygepleje til patienter med lænderygsbesvær.
- 1 får forståelse for betydningen af sygeplejerskens rolle i et behandlerteam, og hvordan sygeplejersken gennem information og samtale kan medvirke til øget selvindsigt, forebyggelse af kronicitet og genopretning af fysisk, psykisk og social funktion.
- 1 kan gøre rede for den anbefalede behandlingsstrategi ved lænderygsbesvær, for MTV-rapportens generelle anbefalinger og for behandling, som kun undtagelsesvis anbefales.
- 1 genopfrisker sin viden om rygsøjlels makro- og mikroskopiske anatomi, fysiologi og funktion.

"Ondt i ryggen er et omfattende fænomen i deindustrialiserede lande og har været jævnt stigende de sidste 50 år. Årsagen er ikke entydig, men en kompleks sammenhæng af flere faktorer. Der er forsket meget på området, og især i de sidste 30 år har behandlingsindsatsen for patienter med ondt i ryggen været stor. I denne artikel defineres "ondt i ryggen" som træthed, gener eller smerter i lænderyggen, med eller uden udstrålende smerter til det ene eller begge ben. "Ondt i ryggen" vil i denne sammenhæng være synonymt med lænderygsbesvær.

Artiklen retter fokus på sygeplejen til patienter med akut og subakut lænderygsbesvær, hvor akut lænderygsbesvær defineres som besvær af mindre end tre måneders varighed og subakut mellem tre og seks måneders varighed. Lænderygsbesvær over seks måneders varighed defineres som kronisk lænderygsbesvær.

Lænderygsbesvær koster årligt det danske samfund over 10 mia. kr.

Der er ikke videnskabelig dokumentation for, at lænderygsbesvær som sygdom har ændret karakter. Stigningen i antallet af rygklager må formodes at skyldes ændrede arbejdsmæssige og/eller ændrede psykosociale forhold, samt at det moderne menneskes mestring af smerte har ændret sig.

Et biologisk set mere klart sygdomsbillede, diskusprolaps, har tilsyneladende ikke ændret hyppighed. Ikke engang de siddende (1) og ofte fastlåste arbejdsstillinger - som netop har været mistænkt som årsag til rygsmerter - spiller en nær så stor rolle, som man hidtil har troet.

En tværfaglig indsats har vist sig at være hensigtsmæssig i behandlingen af patienter med ondt i ryggen (2). Forskning viser, at aktivitet og træning kombineret med en personlig behandlingsstrategi er vejen frem til en sundere ryg (3).

En af de største fejltagelser ved behandling af lænderygsbesvær igennem mange årtier har uden tvivl været den kritikløse anvendelse af passive behandlingsmetoder, ofte iværksat hvor spontan bedring allerede var godt i gang. Ved passiv behandling risikerer man at fastholde patienten i en passiviserende sygerolle, hvilket kan resultere i et langvarigt kronisk smerteforløb (3).

Det er aldrig blevet dokumenteret, at kendte behandlingsmetoder som sengeleje eller mest muligt i ro er gavnlige.

De seneste 10 års forskning har entydigt dokumenteret, at valg af patientaktiverende behandlingsmetoder over for både den akutte, subakutte og den kroniske rygpatient er af stor betydning for en varig effekt af behandlingen.

Hvis behandlingen skal lykkes, er det desuden vigtigt, at patienten er motiveret for at deltage. Patientens aktive deltagelse sikres først og bedst ved, at han får en grundig information om diagnose, behandlingsmetoder og prognose. Endvidere bør der informeres om, at smerterne ofte er godartede.

Sygeplejerskens rolle i et tværfagligt team, f.eks. bestående af læge, fysioterapeut, kiropraktor og sygeplejerske, vil primært være opfølgning af information, smertestillende medicin, mestring af smerte og samtale om psykosociale belastninger (se "Sygepleje til rygpatienter" nedenfor).

### MTV-rapporten (i artiklen på side 20)

MTV-rapporten "Sundhedsstyrelsens MTV-rapport "Ondt i ryggen" (3) fra 1999 er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe bestående af læger fra forskellige specialer, fysioterapeut, kiropraktor, afspændingspædagog og en økonom. Rapporten er et resultat af en systematisk konsensusproces gennemført på baggrund af litteratur og klinisk eksperterfaring. Gruppen fremkom med anbefalinger til fremtidige behandlingsmetoder graderet efter, hvor stærk forskningsbaseret dokumentation der fandtes. Rapporten indeholder evidensbaserede anbefalinger i relation til diagnostisering, behandling og forebyggelse af ondt i ryggen.

[Hent rapporten](#)

Som part i et behandler-team bør sygeplejersken kende Sundhedsstyrelsens MTV-rapport (se boks side 20), så hun kan medvirke til at motivere patienten til evidensbaseret behandling og være med til at sikre grundig

Side 15

information. Ved endvidere at kende risikofaktorer og risikoadfærd for at udvikle kronicitet kan hun tilrettelægge sygeplejen med henblik på at undgå, at patientens tilstand bliver kronisk.

Kroniske rygsmerter fører ofte til årelang sygemelding og utallige behandlingsforsøg og ender måske med, at patienten må gå på førtidspension. Risikofaktorer af særlig betydning i denne sammenhæng er: Langvarig sygemelding, overdreven sygdomsadfærd, psykisk stress eller depression, ringe jobtilfredshed, storrygerstatus og skades-/erstatnings-/pensionssag under behandling (3).

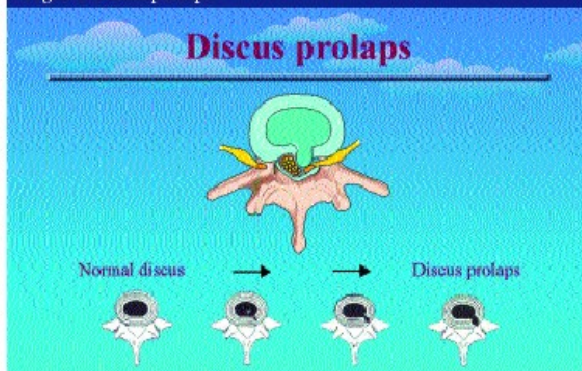
### Diagnostik

I 70-80 pct. af alle tilfælde med ondt i ryggen vil man ikke kunne stille en specifik diagnose.

"Ondt i ryggen" skyldes i disse tilfælde sammenfald af flere ikke let diagnosticerbare faktorer, f.eks. dårlig koordination af led og muskler, holdningsanomalier, ledlåsninger, slaphed af visse muskelgrupper og overbelastning af andre.

Specifikke diagnoser omfatter degenerative ryglidelser som diskusdegeneration/prolaps, spondylartrose og må opfattes som slidgigtsforandringer i rygsøjlen.

Figur 1. Diskusprolaps



Man bør normalt først overveje røntgenoptagelse af ryggen, hvis lænderygsbesværet fortsætter ud over fire uger. Ved akut opstået lænderygsbesvær vil røntgen af ryggen i langt de fleste tilfælde være normalt. Kun ved mistanke om infektion, andre inflammatoriske lidelser, knoglebrud eller kræft, vil en røntgenundersøgelse give diagnostikeren informationer, som har væsentlig betydning for videre udredning og behandling.

CT-scanning er sjældent indiceret ved akutte lænderygsmerter. Kun når fortsatte svære ryg- og bensmerter hæmmer patientens funktionsmuligheder i betydelig grad i mere end 1-2 måneder, og der er mistanke om en operationskrævende tilstand, kan scanning være indiceret (3).

Det vil være en fordel for rygpatienten at blive set af flere fagpersoner på samme tid og sted, og at behandlerteamet er enige om konklusion og behandling. Patienten vil opleve at blive taget alvorligt, blive sparet for at skulle fortælle det samme 3-4 gange og undgå forskelligt lydende informationer.

## Lumbago ischias

Lumbago er sammensat af lumbus, det latinske ord for lænd, og agon, det græske ord for udtalt vedvarende smerte. Ordet anvendes således som en deskriptiv diagnose, når man står over for en patient, som har smerter i lænden.

---

Side 16

Ischias er græsk og betyder egentlig lidelse i hoften, men anvendes i dag for tilstande med smerte strålende ned i en underekstremitet (5).

## Diskusprolaps

Ved en diskusprolaps bryder nucleus materialet fra det indre af en diskus ud gennem den bageste og tyndeste del af annulus og ind i hvirvelkanalen (se figur 1). Det kan medføre direkte tryk på en nerverod og forårsage smerter ud i benet, svarende til den berørte nerves forsyningsområde (dermatom). Kernematerialet er endvidere lokalirriterende og kan påvirke spinalnerven. Smerterne er ofte meget intense, kan være jagende, dybe, borende, kan føles brændende eller f.eks. føles som et jerngreb om anklen. Intensiteten afhænger af trykket på nerven, hvilket igen kan afhænge af kroppens position. Typisk vil siddende stilling forværre trykket på nerven. Lumbal diskusprolaps ses hos 1-3 pct. af befolkningen.

Ved cauda equina-syndrom forstås en kombination af blære- og evt. analsfinktersymptomer og nedsat følesans i ridebukseområdet. Sfincterpåvirkningen resulterer i enten urinretention - eller urininkontinens evt. kombineret med flatus- og fæcesinkontinens. Symptomerne er forårsaget af tryk på de nerverødder, der fører til områderne. Varige skader kan opstå, hvis tilstanden varer mere end 24 timer. Tilstanden giver således indikation for akut operation.

## Symptomer

Det er kendetegnende for en rygpatient, at smerten kan variere fra dag til dag, fra time til time, men oftest vil den være der konstant i større eller mindre styrke. En smerte, der varer ved over måneder, som det ofte er tilfældet ved lænderygsbesvær, kan ikke undgå at påvirke patientens mentale tilstand.

Det er derfor normalt, at humøret ofte daler, at afmagt, frustrationer og nedsat selvværd følger med. Det er velkendt, at smerteplagede rygpatienter kommer i krise eller udvikler en depression. Stærke smerter giver endvidere ofte en dårlig nattesøvn. Mangel på søvn gør det vanskeligere at mestre smerten i dagtimerne, patienten får problemer med at koncentrere sig, mister energi og får svært ved at overskue sin egen situation og tro på, at det nogensinde bliver bedre. Oftest skal patienten have professionel hjælp for at komme videre, medmindre smerterne aftager af sig selv.

## Kronicitet

Et af de store spørgsmål i behandlingen og plejen af rygpatienten er: Hvorfor bliver nogle personer ved med at have ondt, mens andre med tilsyneladende samme diagnose og samme symptomer formår at komme i gang igen med det liv, de gerne vil leve?

Epidemiologiske studier har vist, at næsten 35 pct. af patienter, der behandles for akut lænderygsbesvær (1-3 måneder), vil udvikle persisterende smerter (6).

De fleste undersøgelser er baseret på objektive data, men svaret på, hvordan kronicitet kan undgås, er endnu ikke fundet. Det understøtter hypotesen om, at andre faktorer end objektive fund må være årsag til forskellige udfald.

## Sammenhæng vigtig

Sociolog Aron Antonowsky (1923-1994) forskede i begrebet "psykisk sundhed," som han forbandt med en oplevelse af sammenhæng (OAS), eller mere korrekt: "Sence of coherence" (SOC), hvor sence ikke blot skal forstås som oplevelse, men som en vekslen mellem oplevelse, følelse og fornemmelser.

De, der kan sætte påvirkninger af utallige stressfaktorer ind i en meningsfuld sammenhæng og gang på gang gør sådanne erfaringer, får en stærk oplevelse af sammenhæng (7).

Viden om oplevelse af sammenhæng kan bruges i relation til den enkelte rygpatient. Under en samtale kan sygeplejersken støtte den enkelte patient i at fortsætte sin adfærd, tankemåde og opfattelse, eller hun kan konstatere, at en patient slet ikke har sammenhæng. Dvs. at patienten er opgivende, synes situationen er håbløs, har tidligere dårlige oplevelser og erfaringer. Hos en sådan patient ligger der en stor opgave i først og fremmest at skabe tryghed og tillid, primært ved at lytte. Dernæst eventuelt finde positive egenskaber hos patienten, der kan fremhæves og bygges videre på, så patienten opnår øget selvværd.

Aage Indahl, norsk reumatolog, har vist, at hvis patienter med ondt i ryggen får information

---

Side 17

på en sådan måde, at han/hun forstår, at ryglidelsen er ufarlig, dvs. godartet og ofte med begrænsede gener, og samtidig opfordres til almindelige daglige aktiviteter, da reduceres sygemelding og langtidsgener, hvormed kronicitet mindskes (8).

### Risikoadfærd

Den tyske psykolog Monica Hasenbring har siden de tidlige 1970'ere forsket i risikofaktorer og risikoadfærd i relation til udbytte af behandling af akut, subakut og kronisk lænderygsbesvær.

Adskillige velkontrollerede prospektive studier har bekræftet, at flere risikofaktorer har indflydelse på, om patientens rygsmerter bliver kroniske.

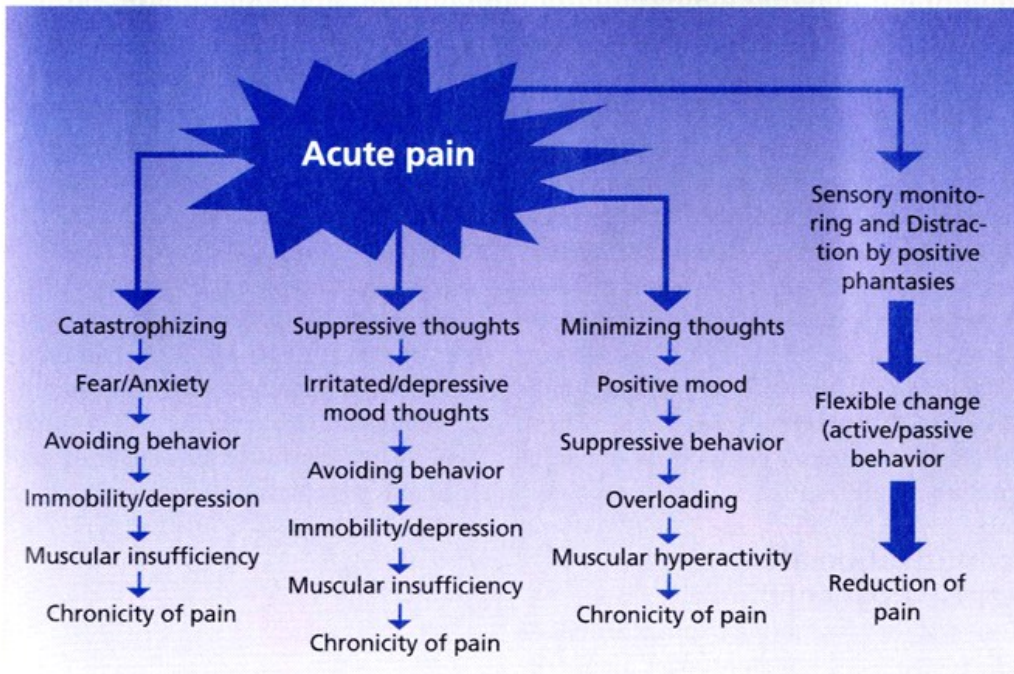
En af de mest betydningsfulde risikofaktorer er en negativ måde at håndtere sine smerter på, såsom katastrofering, angst, håbløshed, hjælpeløshed og frygt for smerte.

Katastrofering, dvs. tanker om, at det er ondartet, farligt, eller at det er en trussel mod f.eks. førligheden, er højrisikoadfærd. Frygt og undgåelse - Fear avoidance beliefs - f.eks. "jeg er bange for at starte på arbejde igen, fordi jeg ikke tror, jeg kan klare det," er højrisikoadfærd (9).

Almindeligvis beskrives depression som en relevant risikofaktor, men ophører depressionen under behandlingen, kan den ikke regnes som en risikofaktor. Patientens individuelle tro på succes eller fiasko af behandlingen har ligeledes vist sig at være en medvirkende faktor.

## Figur 2. Hasenbrings kategorisering af adfærd

Tre højrisikogrupper og en lavrisikogruppe.



The avoidance-endurance model of chronicity of pain developed by Hasenbring. (Figuren er ikke oversat til dansk).

Af andre risikofaktorer kan nævnes permanente hverdagsbelastninger, graden af tilfredshed med arbejdspladsen og sociale belastninger.

### Adfærdstyper

Monica Hasenbring har fokuseret på adfærd og skematiseret individuel risiko for at udvikle kronicitet i tre højrisikogrupper (6) (se figur 2).

Til kategorisering af den enkelte patient findes omfattende spørgeskemaer.

#### Højrisikogruppe 1 (katastroferer)

Patienten katastroferer, har undgåelsesadfærd og frygt for smerte, ofte kombineret med ensidig belastning, dvs. han ligger eller sidder, og det fører til dårlig kondition og

insufficente muskler. Efterhånden vil selv en almindelig fysisk belastning forårsage rygsmerter. Langtidskonsekvenser er tiltagende social tilbagetrækning og eventuelt depression. Risiko for kronisk smerte.

#### Højrisikogruppe 2 (undertrykker)

Patienten undertrykker fornemmelser og oplevelser i modsætning til patienter i højrisikogruppe 1. Patienten prøver helt at

undertrykke ryg- eller bensmerter. Lever med en gentagen vekslen mellem at opleve smerte og alligevel bestræbe sig på at klare almindelige daglige aktiviteter. Disse patienter bliver irriterede og tiltagende stressede, fordi de ikke kan håndtere smerte. De har som i gruppe 1 undgåelsesadfærd og udvikler immobilitet. Langtidskonsekvensen er følelser som hjælpeløshed, håbløshed og eventuelt depression. De risikerer muskulær insufficiens og kronisk smerte.

#### Højrisikogruppe 3 (ignorerer)

Patienterne ignorerer smerten og koncentrerer sig fuldt ud om deres daglige aktiviteter. De har et godt humør. Det er sandsynligt, at de vil anvende fysisk overbelastning - f.eks. stå eller gå hele tiden, dvs. at de overbelaster muskler, led og diskus. Konsekvensen er stadigt stigende smerter. Risiko for kronisk smerte.

#### Lavrisikogruppen (mestrer smerten hensigtsmæssigt)

Disse patienter scorer (på Hasenbrings skemaer) lavt på katastrofering, undertrykkende fornemmelser og ignorering. I deres erkendelse udvikler de flere former for adspredelse, som er med til at give dem positive fantasier (se næste afsnit) og afslapning. Det er Hasenbrings hypotese, at denne gruppe tilpasser sig og skifter mellem belastning og afslapning i relation til deres smerte, og at de er i stand til at bruge deres sunde fornuft. De håndterer smerte godt, og de opnår, at smerten reduceres (9).

#### Identifikation af højrisikopatienter

Kendskab til Hasenbrings fire kategorier af adfærdstyper vil medføre øget opmærksomhed på den enkelte smerteplagede patients adfærd, hvorved muligheden for at rette fokus på den formodede højrisikopatient øges.

Ved at fokusere på, hvad patienten fortæller om sine tanker, f.eks. "jeg tror aldrig, jeg bliver rask," og om sine opfattelser, f.eks. "jeg går helst ikke i Brugsen og handler, for hvad tænker naboerne ikke, når jeg nu er sygemeldt," om sine handlinger, f.eks. "jeg er den type, der kører med 180 i timen," kan sygeplejersken være med til at identificere patienter med højrisikoadfærd.

Ved at konfrontere patienten med negativ måde at håndtere smerte på vil den patient, der er i stand til at tage imod, og som er fleksibel, have en betydelig bedre mulighed for at opnå reduktion af smerte og dermed undgå kronicitet.

#### Adspredelse reducerer smerten

Hasenbrings teori og forskning bygger endvidere på, at adspredelse har vist sig at være effektivt til at mindske smerten.

Adspredelse defineres som: At diktere ens opmærksomhed væk fra sensationerne eller de følelsesmæssige reaktioner forårsaget af usunde stimuli (nociceptive smertebeskeder)

Teorien bag den analgetiske effekt af adspredelse bygger på hjernens begrænsede kapacitet for opmærksomhed.

Man har i kontrollerede forsøg flyttet patienters opmærksomhed væk fra smerten ved at vise flotte lysbilleder eller ved at guide patienterne til positive fantasier. Begge situationer ledte til smertereduktion.

Målet med adspredelsen er at erstatte en tanke med en anden. Adspredelse giver en konkret og levende mental oplevelse og medfører nye tanker (6).

Sygeplejersken kan opfordre den enkelte patient til at komme med forslag til, hvilken adspredelse han/hun selv kunne forestille sig, og opfordre patienten til at afprøve dette. Ved at forklare om hjernens begrænsede opmærksomhedskapacitet i forhold til smerte og oplevelse, bliver det endvidere legalt at have oplevelser, hvor smerten glemmes.

#### Blå bog

Hanne Ellegaard er uddannet i 1978 fra Svendborg Sygeplejeskole.

Hun har en bred faglig klinisk erfaring inden for sekundærsektoren i medicin og kirurgi.

Var fra 1985-98 ansat på intern medicinsk afdeling på Faaborg Sygehus, hvor hun var medansvarlig sygeplejerske i to tværfaglige projekter om kronisk bronkitis: "PASTMA" og "Rygerlunger." Medforfatter til artikler om projekterne i The Lancet og i Sygeplejersken.

Har siden 1998 været ansat på Rygcenter Fyn, Ringe. Har fra begyndelsen været med til at etablere rygambulatoriet og således været medansvarlig for opbygning af sygeplejen. Ambulatoriet bygger på tværfaglighed og er organiseret efter principperne i "den lærende organisation."

#### Spørgsmål

##### Opgave 1

Prøv i din egen praksis over 14 dage at registrere, hvilke behandlinger der lever op til MTV-rapportens anbefalinger, og hvilke der ikke gør. Tag derefter en tværfaglig diskussion med henblik på det hensigtsmæssige i nuværende behandling og pleje, og om der bør ændres noget.

##### Opgave 2

Har du mødt en patient, som ignorerer sit lænderygbesvær? Noter, hvilke andre symptomer hos denne patient, der

tyder på, at det mest sandsynlige er i højrisikogruppe.

### Opgave 3

Lad fem patienter genfortælle den forklaring, de har fået som mulig årsag til deres lænderygsbesvær, og hvordan de har opfattet at skulle forholde sig. Registrer i hvert enkelt tilfælde, om det voldte patienten besvær at forholde sig som anvist, og i hvilken sammenhæng patienten eventuelt måtte have behov for støtte og gentaget information.

### Opgave 4

Sæt mål for en planlagt telefonsamtale, noter hovedpunkterne i samtalen før kontakten og referer derefter samtalen i sygeplejersjournalen/fællesjournalen.

## Litteratur

1. Hartvigsen J, et al. The Association Between Physical Workload and Low back Pain Clouded by the "Healthy Worker" effect. Spine 2001; 26: 1788-93.
2. Manniche C, Thomsen B. Rygambulatoriet, Sygehus Fyn Ringe. 2-års status med fokus på den konkrete erfaring i teamdannelse og tværfaglighed. Ugeskr Læger 2001;163:2270-3.
3. Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering; 1999.
4. Bojsen-Møller F. Bevægeapparatets anatomi. København: Gyldendal undervisning; 2001. p. 87-119.
5. Friis J, Junker P, Manniche C, Petersen J, Steensgaard-Pedersen K. Reumatologi. FADL's Forlag A/S Kbh. 2001, s.59-63, 171-93.
6. Hasenbring M. Attentional control of pain and the process of chronification. Progress in brain Research 2000;129:525-34.
7. Antonowsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
8. Indahl A, et al. Five-Year Follow-Up of a Controlled Clinical Trial using Light Mobilization and an Informative Approach to Low Back Pain. Spine 1998;23:2625-30.
9. Hasenbring M. Predictors of efficacy in treatment of chronic low back pain. Current Opinion in Anaesthesiology 1998;11:553-8.
10. Skiveren J, Frandsen J. Vurdering af smertens intensitet hos den smertepåvirkede patient. Sygeplejersken 2001 (19):28-35.
11. Manniche C, et al. Low Back Pain Rating Scale: Validation of a tool for assessment of low back pain. Pain 1994;57:317-26.
12. Madsen KH. Når det gør ondt. Sygeplejersken 1988(13/14):7-11.
13. Becker N, Højsted J, Sjøgren P, Eriksen J. Sociodemografiske prædiktorer for behandlingsresultat hos patienter med kroniske, ikke maligne smertetilstande. Ugeskr Læger 2001;163:3073-7.
14. Waddell G. The Back Pain Revolution. Edinburgh London New York Philadelphia Sydney Toronto: Churchill Livingstone; 1998. p. 161-6.
15. Olesen BR. Formidling er mere end ord. Sygeplejersken 1999(19):26-32.
16. Samuelsen S. Sygeplejefaglig telefonopfølgning af patienter med kroniske smerter. Vård i Norden 2001(2):52-5.
17. Rossignol M, et al. Coordination of Primary Health Care for Back Pain. Spine 2000;25:251-9.

## Læsertest

### 1. Hvilke to former for behandling har beviseligt effekt på lænderygsbesvær?

- a. Fast sengeleje
- b. Øvelsesterapi
- c. Massage
- d. Manuel behandling
- e. Ultralyd

### 2. Hvilke to undersøgelser er de primære i diagnosticeringen af lænderygsbesvær?

- a. Røntgenundersøgelse af columna
- b. Anamneseoptagelse
- c. Klinisk undersøgelse
- d. CT-scanning
- e. Lumbalpunktur

### 3. I hvilke to tilfælde skal en person med ondt i ryggen straks henvende sig til en læge?

- a. Ved smerter ud i benet

- b. Ved stærke smerter i ryggen
- c. Ved påvirket blærefunktion
- d. Ved skævhed af ryggen
- e. Ved svær kraftnedsættelse af benet

**4. Hvad er afgørende i samtalen med en rygpatient?**

- a. At lytte til patientens trængsler og give han/hun medhold
- b. At give gode råd
- c. At tage patienten alvorligt
- d. At foranstalte hjælpemidler, såsom krykke stok og korset
- e. At sørge for, at patienten får ordineret muskelafslappende medicin

**5. Hvad er lavrisikoadfærd i relation til at undgå kronicitet?**

- a. At holde sig mest muligt hjemme
- b. At være i konstant aktivitet
- c. At passe på ryggen ved alle bevægelser
- d. At ligge i sengen
- e. At adspredde sig

**6. Hvilke patienter har hverken glæde af mono- eller tværfaglig behandling?**

- a. Patienter med en uspecifik diagnose
- b. Patienter med non-organiske tegn
- c. Patienter, der er arbejdsløse
- d. Patienter, der søger pension
- e. Patienter, der er delvis raskmeldte

**7. Hvordan behandles akut diskusprolaps?**

- a. Akut scanning
- b. Indlæggelse
- c. Strækbehandling og ultralyd
- d. Information, aflastning, evt. individuelle øvelser, smertestillende medicin, telefonkontakt
- e. Akut operation

**8. Hvad er faresignaler (red flags)?**

- a. Cauda-equina-syndrom eller kraftnedsættelse i underekstremiteterne
- b. Ondt i columna cervicalis
- c. Blod i urinen
- d. Højrisikoadfærd
- e. Psykosocial belastning

**9. Hvad kan anvendes til smertemåling?**

- a. ADL-skala
- b. MTV-rapporten
- c. Red and yellow flags
- d. Non-organiske tegn

e. Numerisk rangskala

**10. Hvad er fakta om ondt i ryggen?**

- a. Kvinder har hyppigere ondt i ryggen end mænd
- b. Lang tids sygemelding øger risikoen for aldrig at vende tilbage til job
- c. Inaktivitet skåner ryggen
- d. Tunge løft er værst for udvikling af lænderygbesvær
- e. En diagnose kan altid forudsige forløbet hos den enkelte patient

**11. Hvilke tre behandlingsmetoder anbefales ikke ifølge MTV-rapporten?**

- a. Smertestillende medicin
- b. Muskelafslappende medicin
- c. Ultralyd
- d. Korsetbehandling
- e. Manipulation.

**Svar på læsertesten (side 28)**

1. b+d

2. b+c

3. c+e

4. c

5. e

6. d

7. d

8. a

9. e

10. b

11. b+c+d