



Ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter



National klinisk retningslinje



© Sundhedsstyrelsen, 2020. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.1

Format: PDF

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-336-3

Kontaktperson

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
nkrsekretariat@sst.dk
+4572227400

Ansvarsfraskrivelse

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, således at borgere og patienter også kan orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-336-3

Version: 1.1

Indhold

Centrale budskaber	4
1. Læsevejledning	11
2. Indledning	13
3. Tryghedsskabende information.....	15
4. Superviseret øvelsesterapi	23
5. Ledmobiliserende teknikker.....	27
6. Øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker.....	31
7. Ledmobiliserende teknikker i kombination med øvelsesterapi.....	35
8. Akupunktur.....	40
9. Massage.....	45
10. Medicinsk behandling med NSAID	49
11. Medicinsk behandling med Tramadol.....	56
12. Øvelsesterapi/ledmobiliserende teknikker frem for peroral smertestillede medicin.....	58
13. Baggrund.....	63
14. Implementering	64
15. Monitorering.....	65
16. Opdatering og videre forskning.....	66
17. Beskrivelse af anvendt metode	67
18. Fokuserede spørgsmål	68
19. Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer.....	69
20. Søgebeskrivelser og evidensvurderinger.....	71
21. Arbejdsgruppen og referencegruppen.....	72
22. Forkortelser og begreber	74
23. Referenceliste	75
Referencer	78

Centrale budskaber

1. Læsevejledning

2. Indledning

3. Tryghedsskabende information

God praksis (konsensus)

Det er god praksis at fokusere på tryghedsskabende information i rådgivning af patienter med nyopståede nakkesmerter.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: **Praktiske råd og særlige patientovervejelser**

En tryghedsskabende tilgang bør være gennemgående i information om sygdommens forløb, prognose samt faresignaler og omfatte opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt.

Hvis der anvendes skriftlig information, bør denne være i overensstemmelse med den mundtlige information.

Der bør være særligt fokus på en tryghedsskabende information hos patienter, der er bekymrede for deres nakkesmerter, eller som bliver uhensigtsmæssigt inaktive i forbindelse med smerterne. Ved en tryghedsskabende tilgang forstås, at patienter med nakkesmerter får viden om tilstanden, herunder at smerte ikke er lig med vævsskade, at nakkesmerterne ikke er tegn på en alvorlig eller progredierende sygdom, og at der typisk sker hurtig bedring af de akutte symptomer. Opretholdelse af en normal social og aktiv livsstil bør understøttes, herunder opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet i hverdagen som muligt. Denne information bør gives i dialog med patienten, så individuelle spørgsmål og bekymringer kan afklares.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den tryghedsskabende information alene, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Svag anbefaling mod

Anvend kun skriftlig rådgivning med fokus på tryghedsskabende information efter nøje overvejelse, hvis skriftlig information står alene.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: **Praktiske råd og særlige patientovervejelser**

En tryghedsskabende tilgang bør være gennemgående i information om sygdommens forløb, prognose samt faresignaler og omfatte opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt.

Hvis der anvendes skriftlig information, bør denne være i overensstemmelse med den mundtlige information.

Der bør være særligt fokus på en tryghedsskabende information hos patienter, der er bekymrede for deres nakkesmerter, eller som bliver uhensigtsmæssigt inaktive i forbindelse med smerterne. Ved en tryghedsskabende tilgang forstås, at patienter med nakkesmerter får viden om tilstanden, herunder at smerte ikke er lig med vævsskade, at nakkesmerterne ikke er tegn på en alvorlig eller progredierende sygdom, og at der typisk sker hurtig bedring af de akutte symptomer. Opretholdelse af en normal social og aktiv livsstil bør understøttes, herunder opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet i hverdagen som muligt. Denne information bør gives i dialog med patienten, så individuelle spørgsmål og bekymringer kan afklares.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den tryghedsskabende information alene, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

4. Superviseret øvelsesterapi

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Superviseret øvelsesterapi bør anvendes i kombination med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Da der ikke er påvist store effekter af superviseret øvelsesterapi ved nyopståede nakkesmerter, kan det i dialogen med patienten overvejes, om andre former for fysisk træning giver mere mening for den enkelte.

Superviseret øvelsesterapi kan foregå som individuel vejledning eller på hold. Øvelsesforløb vil ofte bestå i en kombination af direkte supervisering og vejledning i, hvordan øvelser kan foregå på egen hånd. Patienters individuelle behov, evner og præferencer tages i betragtning ved valg af øvelsestype og -form.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlige effekt af en øvelsestilgang, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

5. Ledmobiliserende teknikker

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ledmobiliserende teknikker bør anvendes i kombination med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Valget af teknik bør ske under hensyntagen til patientens præferencer, tilstandens karakter, tolerancen hos patienten samt behandlerens færdigheder og erfaring.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlige effekt af ledmobiliserende behandling, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter samt funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

6. Øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopståede nakkesmerter frem for øvelsesterapi alene.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Kombinationen af øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Kombinationen af øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker er efter arbejdsgruppens opfattelse primært relevant, hvor dette kan iværksættes i ét samlet forløb, således at forløb, der er unødvendigt langstrakte eller praktisk besværlige for patienten, undgås. Patienters individuelle behov, evner og præferencer bør tages i betragtning ved valg af øvelser og teknikker.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den kombinerede behandling, kan andre tiltag end øvelsesterapi og ledmobilisering som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, således at unødigt langstrakte forløb undgås.

7. Ledmobiliserende teknikker i kombination med øvelsesterapi

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde ledmobiliserende teknikker i kombination med øvelsesterapi til patienter med nyopståede nakkesmerter frem for ledmobiliserende teknikker alene.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Kombinationen af ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Kombinationen af ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi er efter arbejdsgruppens opfattelse primært relevant, hvor dette kan iværksættes i ét samlet forløb, således at forløb, der er unødvendigt langstrakte eller praktisk besværlige for patienten, undgås. Ledmobiliserende teknikker og øvelser kan iværksættes parallelt, eller vejledning i øvelser kan ske som opfølgning på den ledmobiliserende behandling. Patienters individuelle behov, evner og præferencer tages i betragtning ved valg af øvelser og teknikker.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den kombinerede behandling, kan andre tiltag end øvelsesterapi og ledmobilisering som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, således at unødigt langstrakte forløb undgås.

8. Akupunktur

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde akupunktur som behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Akupunktur bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Beslutning om anvendelse af akupunktur skal ske på baggrund af en dialog med patienten om mulige gavnlige og skadelige virkninger.

Arbejdsgruppen anbefaler, at akupunktur kun udføres af personer, der har den fornødne uddannelse heri. I Danmark kræves der ikke autorisation for at udføre akupunktur.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af akupunktur, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

9. Massage

Svag anbefaling mod

Anvend kun massage som behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret længerevarende effekt selv ved et meget stort behandlingsomfang.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Massage bør ikke anvendes rutinemæssigt som behandling ved nyopståede nakkesmerter, da der alene er påvist effekt ved meget intensive behandlingsforløb, der ikke på det eksisterende grundlag synes at stå i rimeligt forhold til effekten. Hvis massage anvendes, bør det tilbydes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Risikoen for, at massage tilskynder patienten til en passiv smertehåndtering, bør indgå i overvejelsen om at tilbyde massage.

Frem for massage som behandling ved nyopståede nakkesmerter bør andre behandlinger som foreslået i denne retningslinje som udgangspunkt forsøges. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, således at unødigt langstrakte forløb undgås. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

10. Medicinsk behandling med NSAID

God praksis (konsensus)

Det er god praksis kun at tilbyde perorale NSAID til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse. Behandlingen bør være kortvarig og under nøje hensyntagen til bivirkninger, kontraindikationer og patientpræferencer.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Topikalt appliceret NSAID bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Hvis der ikke er gavnlig effekt af topikale NSAID, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveaue af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om peroral NSAID vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Valget af NSAID træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jf. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRFs) vejledninger for NSAID (45). Der skal i den forbindelse tages særlig hensyn til, at bivirkningsprofilen af perorale NSAID er udtalt i udsatte grupper så som ældre og patienter med hjertekarsygdom. Behandling med perorale NSAID bør kun ordineres for en kortere periode og revurderes løbende. Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde topikale NSAID behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling med henblik på umiddelbar smertelindring.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Topikalt appliceret NSAID bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Hvis der ikke er gavnlig effekt af topikale NSAID, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveaue af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om peroral NSAID vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Valget af NSAID træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jf. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRFs) vejledninger for NSAID (45). Der skal i den forbindelse tages særlig hensyn til, at bivirkningsprofilen af perorale NSAID er udtalt i udsatte grupper så som ældre og patienter med hjertekarsygdom. Behandling med perorale NSAID bør kun ordineres for en kortere periode og revurderes løbende. Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

11. Medicinsk behandling med Tramadol

God praksis (konsensus)

Det er god praksis kun at tilbyde tramadol til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse. Behandlingen bør være kortvarig og under nøje hensyntagen til bivirkninger, kontraindikationer og patientpræferencer.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om tramadol vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Patientens accept af eventuelle kognitive bivirkninger, herunder sedering, bør indgå i dialogen om behandlingen. Tramadol bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Valget træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jf. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRFs) vejledninger(48,49). Behandling med tramadol bør kun ordineres for en kortere periode. Hvis der i særlige tilfælde sker ordination af længerevarende behandling, kræver det tæt opfølgning af den ordinerende læge. Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

12. Øvelsesterapi/ledmobiliserende teknikker frem for peroral smertestillede medicin

Svag anbefaling

Overvej øvelsesterapi eller ledmobiliserende teknikker frem for peroral smertestillende medicin som tilbud til patienter med nyopståede nakkesmerter ved behov for behandling ud over rådgivning og information.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ledmobiliserende teknikker eller øvelsesterapi bør overvejes frem for peroral medicinsk smertebehandling, når der er behov for behandling ud over en minimumsintervention. Minimumsinterventionen vil bestå af information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Valget mellem interventionerne foretages under hensyntagen til patientens præferencer, risikofaktorer i relation til medicinsk behandling, og hvilke muligheder der er tilgængelige for patienten. Hvis smertestillende medicin tilbydes, bør denne følge gældende retningslinjer for medicinsk smertebehandling(48).

Både patienter og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den indledende behandling, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

13. Baggrund

14. Implementering

15. Monitorering

16. Opdatering og videre forskning

17. Beskrivelse af anvendt metode

18. Fokuserede spørgsmål

19. Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

20. Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

21. Arbejdsgruppen og referencegruppen

22. Forkortelser og begreber

23. Referenceliste

IKKYE GÆLDENDE

1. Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Stærk anbefaling imod (Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Svag/betinget anbefaling for (Gul)

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod (Orange)

Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis (Grå)

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

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information

2. Lag - Grundlaget for anbefalingen

Klik på anbefalingen, hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:

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.

Nøgleinformation: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Diskussion: Hvis du er logget ind som bruger, kan du her komme med kommentarer til specifikke anbefalinger.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. <http://www.gradeworkinggroup.org>

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens [metodehåndbog](#) for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

IKKYE GÆLDENDE

2. Indledning

Formål

Den nationale kliniske retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter skal understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og til vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres, og hvem det er relevant for). Den har ikke som formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvornår indsatsen skal tilbydes, og hvem der skal udføre den) 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, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Afgrænsning af patientgruppe

Denne retningslinje vedrører ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter hos voksne patienter. Med patienter med nyopståede smerter forstås patienter med symptomer af op til 12 ugers varighed, hvilket omfatter såvel patienter der ikke tidligere har haft nakkesmerter som patienter med gentagne episoder. Uspecifikke nakkesmerter betegner spændinger, ømhed, smerter og/eller nedsat bevægelighed i nakken, hvor der ikke kan identificeres en specifik smertegivende struktur som årsag til generne.

Denne retningslinje omhandler ikke patienter med mistænkt nerverodspåvirkning (radiculopati). Der henvises til "National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopstået rodpåvirkning i nakken" (1), som er udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2015.

Denne retningslinje omhandler heller ikke traumatisk betingede nakkesmerter eller specifikke årsager til nakkesmerter, herunder cancer, inflammatoriske muskel- og ledsygdomme, infektioner, kredsløbsinsufficiens og osteoporose.

Uspecifikke nakkesmerter optræder ofte som en episodisk eller fluktuerende tilstand, og nyopståede nakkesmerter omfatter såvel førstegangsepisoder som nye episoder efter en periode med smertefrihed eller mildere gener(2,3). Den enkelte episode bedres typisk væsentligt over de første uger, men en betydelig andel af personer med nakkesmerter vil opleve vedvarende smerter eller gentagne episoder af nakkesmerter(2,3). Nakkesmerter har traditionelt været inddelt i akutte (12 uger) smerter. Sundhedsstyrelsen har anvendt denne inddeling i afgrænsning af patientgruppen trods erkendelse af, at smerter af få dages varighed kan forløbe markant forskelligt fra smerter af flere ugers varighed, og at kroniske nakkesmerter ofte optræder som gentagne episoder frem for som kontinuerlige smerter. Dette betyder, at skellet mellem akutte og kroniske patienter er flydende og ikke markerer klart adskilte patientgrupper.

Målgruppe/brugere

Målgruppen for denne retningslinje er fysioterapeuter, kiropraktorer og speciallæger i almen medicin, reumatologi, ortopædkirurgi, neurologi, neurokirurgi og anæstesiologi. Øvrigt sundhedspersonale, som i den kliniske hverdag medvirker til behandling af patienter med nakkesmerter, fx ergoterapeuter, sygeplejersker, radiografer og radiologer, kan også drage nytte af retningslinjen. Patienter og pårørende kan ligeledes orientere sig i retningslinjen. Derudover henvender retningslinjen sig til beslutningstagere på området og kan tjene som information til andre involverede parter.

Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede interventioner ('punktnedslag i patientforløbet'). Retningslinjen beskæftiger sig således med udvalgte dele af behandlingsindsatsen. De undersøgte problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som områder, hvor det er vigtigt at få afklaret evidensen. Interventionerne er valgt med baggrund i arbejdsgruppens kliniske erfaringer som værende almindelige behandlingsformer til patienter med nyopståede uspecifikke nakkesmerter.

De valgte interventioner omhandler tryghedsskabende information, øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker hver for sig og i kombination, akupunktur, massage samt farmakologisk behandling. De farmakologiske behandlinger omfatter smertestillende medicin i form af NSAID og tramadol.

Antallet af undersøgte interventioner begrænses af, at Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er afgrænset til maks. 10 fokuserede spørgsmål.

Arbejdsgruppen har valgt, at smerte og funktion 4 til 12 uger efter behandlingsafslutning generelt er de højest prioriterede effektmål (kritiske outcomes), mens effekten på smerte målt umiddelbart ved behandlingsafslutning er et vigtigt outcome. Dette er gjort for at vægte behandlingseffekter med potentiel positiv effekt på forløbet højere end effekter i form af umiddelbar smertelindring. Den umiddelbare smertelindring er dog højest prioriteret for smertestillende medicinsk behandling. For de udvalgte interventioner er det ikke vurderet relevant at undersøge langtidseffekter, da interventionerne generelt har til hensigt at afhjælpe den pågældende nyopståede episode.

Retningslinjen bygger på systematiske litteratursøgninger samt en standardiseret kvalitetsvurdering og sammenfatning af evidens fra kontrollerede randomiserede studier. Da nakkesmerter over og under 12 ugers varighed ikke er klart adskilte tilstande, er det fundet relevant at inddrage indirekte evidens fra studier udført på patienter med nakkesmerter af mere end 12 ugers varighed for de fokuserede spørgsmål, hvor der var begrænset direkte evidens fra studier udført på patienter med nyopståede nakkesmerter. I så fald er tiltroen til evidensen nedgraderet, da overførbare til patienter med nyopståede smerter er usikker. Der blev ikke på forhånd fastlagt et kriterie for, hvilken andel af studiepopulationen med en varighed af nakkesmerter på over 12 uger, der førte til, at et studie blev betragtet som indirekte evidens. Arbejdsgruppen har i de enkelte tilfælde taget stilling til dette.

Det forudsættes, at en kvalificeret sundhedsprofessionel har foretaget en diagnostisk stillingtagen baseret på anamnese og klinisk undersøgelse, jf. bilag 1.

Sundhedsstyrelsen tager som udgangspunkt, at patienter i alle tilfælde tilbydes en minimumsbehandling bestående af information om tilstanden, råd om hurtigst mulig tilbagevenden til vanligt aktivitetsniveau og udførelse af normale hverdagsaktiviteter samt eventuel vejledning omkring smertestillende behandling i henhold til gældende retningslinjer. Nakkesmerter vil typisk bedres markant inden for de første uger uanset behandling, og hos mange mennesker giver nakkesmerter ikke anledning til at søge behandling(4). Dette bør holdes for øje ved planlægning af en behandlingsindsats, så omfattende interventioner med risiko for skadesvirkninger ikke iværksættes på et tidspunkt, hvor naturforløbet sandsynliggør spontan bedring. Samtidigt bør det i enhver konsultation respekteres, at patienter søger hjælp på grund af et oplevet behov. Det er vigtigt, at patientens forventninger, værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

Givet at alle patienter forventeligt tilbydes en minimumsbehandling, har arbejdsgruppen ved gennemgang af evidensen primært søgt efter studier, hvor den undersøgte intervention bliver givet som tillæg til en anden behandling. Sundhedsstyrelsen har således primært ønsket at inddrage evidens, der belyser, i hvilken grad der opnås yderligere effekt ved at lægge den undersøgte intervention til noget eksisterende. Der er derfor søgt efter studier, der har sammenlignet effekten af en basisbehandling "A" (fx rådgivning) med effekten af "A" plus den undersøgte intervention "B" (fx øvelser). "A" kan variere fra studie til studie og er derfor ikke nøje defineret på forhånd. Denne strategi blev valgt for at kunne inddrage flest mulige af de eksisterende studier, hvor de undersøgte interventioner er givet som tillæg til anden behandling. Hvis evidensen fra sådanne studier var meget sparsom, accepteredes studier, hvor den undersøgte behandling er sammenlignet med en placebo-intervention eller med ingen behandling. I de fokuserede spørgsmål 3, 4 og 10 er effekten af to interventioner sammenlignet. Der er ikke inddraget parallelgruppetudier, der sammenligner eksempelvis to typer øvelsesterapi eller to former for akupunktur.

Patientperspektivet

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via Danske Patienter, som har udpeget et medlem i den nedsatte referencegruppe. Derudover har patientforeninger såvel som enkeltpersoner haft mulighed for at afgive hørings svar til udkastet til retningslinjen. Se medlemmerne af referencegruppen og høringsparter i bilag 9

Rationale for ikke at opdatere i 2020

SST har på baggrund af tilbagemeldinger fra faglige selskaber, samt en overordnet litteratursøgning, besluttet ikke at opdatere retningslinjen i 2020. Som udgangspunkt vil der tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år.

3. Tryghedsskabende information

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes rådgivning med fokus på tryghedsskabende information i tillæg til anden behandling?

Information og rådgivning betragtes som en fast del af behandlingen af nyopståede nakkesmerter. Der er dog usikkerhed om den gavnlige effekt og eventuelle skadevirkninger af at anvende en standardiseret, velbeskrevet informationsindsats med fokus på tryghedsskabende elementer.

Rådgivning med fokus på tryghedsskabende information forstås i denne sammenhæng som inddragelse af fastlagte elementer af tryghedsskabende information ('reassurance') som del af basisinterventionen eller som tillæg til andre behandlingsmodaliteter. Spørgs-15 / 77 målet omfatter således ikke længerevarende eller multimodale patientuddannelsesforløb eller forløb med kognitiv terapi. Denne afgrænsning er foretaget, da det er arbejdsgruppens opfattelse, at sådanne mere omfattende patientuddannelsesprogrammer oftest ikke er relevant ved nyopståede smerter.

'Reassurance' retter sig mod patientens angst og bekymring for alvorlig sygdom(5) og kan forstås som den proces, der foregår i interaktionen mellem patient og behandler for at opnå tryghed gennem en forståelse af nakkesmerter som en godartet tilstand, hvor nakken ikke skades ved daglige aktiviteter, arbejde og træning(6). Sigtet er herigennem at dæmpe smerteoplevelsen og fremme opretholdelse af fysisk aktivitet, sociale relationer og kontakt til arbejdsmarkedet.

God praksis (konsensus)

Det er god praksis at fokusere på tryghedsskabende information i rådgivning af patienter med nyopståede nakkesmerter.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

En tryghedsskabende tilgang bør være gennemgående i information om sygdommens forløb, prognose samt faresignaler og omfatte opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt.

Hvis der anvendes skriftlig information, bør denne være i overensstemmelse med den mundtlige information.

Der bør være særligt fokus på en tryghedsskabende information hos patienter, der er bekymrede for deres nakkesmerter, eller som bliver uhensigtsmæssigt inaktive i forbindelse med smerterne. Ved en tryghedsskabende tilgang forstås, at patienter med nakkesmerter får viden om tilstanden, herunder at smerte ikke er lig med vævsskade, at nakkesmerterne ikke er tegn på en alvorlig eller progredierende sygdom, og at der typisk sker hurtig bedring af de akutte symptomer. Opretholdelse af en normal social og aktiv livsstil bør understøttes, herunder opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet i hverdagen som muligt. Denne information bør gives i dialog med patienten, så individuelle spørgsmål og bekymringer kan afklares.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den tryghedsskabende information alene, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er ikke tilstrækkelig evidens for eller imod brug af en velbeskrevet informationsindsats med fokus på tryghedsskabende elementer. Arbejdsgruppen finder ikke, at der er risiko for skadelige effekter af en tryghedsskabende, realistisk tilgang til information til patienter med sygdomsbekymring. For at undgå forvirring og utryghed foranlediget af modsatrettede budskaber bør oplysninger i en eventuel skriftlig information være i overensstemmelse med den mundtlige information.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at de fleste patienter har et ønske om at få information om deres tilstand. Patienter kan have en betydelig sygdomsbekymring, hvilket er vigtigt at afklare i forbindelse med undersøgelse og behandling.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der er ikke tilstrækkelig evidens for eller imod brug af en velbeskrevet informationsindsats med fokus på tryghedsskabende elementer. Ét identificeret studie var af meget lav kvalitet og undersøgte alene skriftlig information, og det er uklart, hvorvidt denne skriftlige information var systematisk underbygget i kontakten med patienten. Arbejdsgruppen fandt ikke, at det identificerede studie svarede tilstrækkeligt præcist på det fokuserede spørgsmål og har på den baggrund formuleret en svag anbefaling imod brug af skriftlig information alene på baggrund af den eksisterende evidens og i tillæg en god praksis anbefaling, der omhandler generel information som en del af den sædvanlige patientkontakt. Arbejdsgruppen har i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at stor sygdomsbekymring generelt er relateret til en dårlig prognose, og at det på den baggrund er relevant at afhjælpe eventuel utryghed i relation til tilstanden.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Tryghedsskabende rådgivning i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Anden behandling (ingen tryghedsskabende rådgivning)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét randomiseret studie(7) fra ét systematisk review(8). Der blev foretaget en opdateret litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere relevante randomiserede studier. Der blev søgt efter indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter, fordi der ikke var fundet resultater vedrørende de kritiske outcomes, men ikke identificeret yderligere studier. Flow charts findes på [sst.dk](#)

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie(7) omhandler 117 patienter (32 % af 361 inkluderede, der deltog i follow-up) med førstegangs arbejdsrelaterede nakkesmerter af blandet varighed (gennemsnitligt ca. 3 uger). Skriftlig information med fokus på beroligende budskaber i tillæg til sædvanlig behandling blev sammenlignet med sædvanlig behandling uden denne information. Der blev i informationen lagt vægt på, at prognosen er god, at nakkesmerterne er ufarlige af natur samt på værdien af almindelig fysisk aktivitet. Den sædvanlige behandling til begge grupper bestod i individuelt tilrettelagte forløb, der kunne inkludere henvisning til fysioterapeut og medicinsk smertebehandling. Der er ingen beskrivelse af, om tilgangen i dette forløb var i overensstemmelse med budskaberne i den skriftlige information.

Studiet viser en negativ effekt af den skriftlige information på det vigtige outcome forbrug af smertestillende medicin – det vil sige, at deltagerne, som fik den skriftlige information, havde et større gennemsnitligt forbrug af smertestillende medicin end kontrolgruppen. Det var ikke muligt at udtrække data på outcome vedrørende smerte, men studiet påviste ingen sikker forskel mellem grupperne ($p=0.48$). Der var endvidere ingen effekt af interventionen på de vigtige outcomes tilbagevenden til arbejde og frafald. Der var ikke resultater for øvrige outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den baseres på ét studie med alvorlig risiko for bias og usikre effektestimater. Tiltroen til evidensen er endvidere nedgraderet, da overførbareheden af skriftlig information anvendt i studiet til information givet som del af den almindelige konsultation er uvis, og fordi studiet omhandler patienter med arbejdsrelaterede nakkesmerter.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>Forbrug af smertestillende medicin (use of pain killers) ¹ Follow-up: 2 uger</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.65 (CI 95% 1.03 – 2.63) Baseret på data fra 123 patienter i 1 studier. ² (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 12 uger.</p>	<p>288 per 1.000</p>	<p>475 per 1.000</p>	<p>Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ³</p>	
<p>Tilbage til arbejde (return to work) ⁴ Follow-up: 2 uger</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.92 – 1.17) Baseret på data fra 123 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 12 uger.</p>	<p>394 per 1.000</p>	<p>410 per 1.000</p>	<p>Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁶</p>	
<p>Frafald (dropout) Behandlingsafslutning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.03 (CI 95% 0.89 – 1.19) Baseret på data fra 361 patienter i 1 studier. ⁷ (Randomiserede studier)</p>	<p>651 per 1.000</p>	<p>671 per 1.000</p>	<p>Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁸</p>	
<p>Smerte (pain) 4-12 ugers follow-up</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>				Vi fandt ingen studier, der opgjorde smerte
<p>Funktionsevne (level of function) 4-12 ugers follow-up</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>				Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne
<p>Smerte (pain) Behandlingsafslutning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>				Vi fandt ingen studier, der opgjorde smerte
<p>Sygefravær</p>					Vi fandt ingen studier, der

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
(sickleave) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				opgjorde sygefravær
Livskvalitet (Quality of life) 1 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

- andel af personer, der svarer bekræftende på spørgsmålet: "Are you still taking medication"?
- PrimærstudieDerebery 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Meget alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** arbejdsrelaterede nakkesmerter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie/bredt konfidensinterval.
- andel der svarer ja på spørgsmålet: "missed any work in the last month"?
- PrimærstudieDerebery 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Meget alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Arbejdsrelaterede nakkesmerter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie, Bredt konfidensinterval. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
- PrimærstudieDerebery 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Meget alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Arbejdsrelaterede nakkesmerter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie, bredt konfidensinterval.

WIKKE

Svag anbefaling mod

Anvend kun skriftlig rådgivning med fokus på tryghedsskabende information efter nøje overvejelse, hvis skriftlig information står alene.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

En tryghedsskabende tilgang bør være gennemgående i information om sygdommens forløb, prognose samt faresignaler og omfatte opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt.

Hvis der anvendes skriftlig information, bør denne være i overensstemmelse med den mundtlige information.

Der bør være særligt fokus på en tryghedsskabende information hos patienter, der er bekymrede for deres nakkesmerter, eller som bliver uhensigtsmæssigt inaktive i forbindelse med smerterne. Ved en tryghedsskabende tilgang forstås, at patienter med nakkesmerter får viden om tilstanden, herunder at smerte ikke er lig med vævsskade, at nakkesmerterne ikke er tegn på en alvorlig eller progredierende sygdom, og at der typisk sker hurtig bedring af de akutte symptomer. Opretholdelse af en normal social og aktiv livsstil bør understøttes, herunder opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet i hverdagen som muligt. Denne information bør gives i dialog med patienten, så individuelle spørgsmål og bekymringer kan afklares.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den tryghedsskabende information alene, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer**Gavnlige og skadelige virkninger**

Der er ikke tilstrækkelig evidens for eller imod brug af en velbeskrevet informationsindsats med fokus på tryghedsskabende elementer. Arbejdsgruppen finder ikke, at der er risiko for skadelige effekter af en tryghedsskabende, realistisk tilgang til information til patienter med sygdomsbekymring. For at undgå forvirring og utryghed foranlediget af modsatrettede budskaber bør oplysninger i en eventuel skriftlig information være i overensstemmelse med den mundtlige information.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at de fleste patienter har et ønske om at få information om deres tilstand. Patienter kan have en betydelig sygdomsbekymring, hvilket er vigtigt at afklare i forbindelse med undersøgelse og behandling.

Rationale**Rationale for anbefaling**

Der er ikke tilstrækkelig evidens for eller imod brug af en velbeskrevet informationsindsats med fokus på tryghedsskabende elementer. Ét identificeret studie var af meget lav kvalitet og undersøgte alene skriftlig information, og det er uklart, hvorvidt denne skriftlige information var systematisk underbygget i kontakten med patienten. Arbejdsgruppen fandt ikke, at det identificerede studie svarede tilstrækkeligt præcist på det fokuserede spørgsmål og har på den baggrund formuleret en svag anbefaling imod brug af skriftlig information alene på baggrund af den eksisterende evidens og i tillæg en god praksis anbefaling, der omhandler generel information som en del af den sædvanlige patientkontakt. Arbejdsgruppen har i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at stor sygdomsbekymring generelt er relateret til en dårlig prognose, og at det på den baggrund er relevant at afhjælpe eventuel utryghed i relation til tilstanden.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Tryghedsskabende rådgivning i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Anden behandling (ingen tryghedsskabende rådgivning)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét randomiseret studie(7) fra ét systematisk review(8). Der blev foretaget en opdateret litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere relevante randomiserede studier. Der blev søgt efter indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter, fordi der ikke var fundet resultater vedrørende de kritiske outcomes, men ikke identificeret yderligere studier. Flow charts findes på sst.dk

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie(7) omhandler 117 patienter (32 % af 361 inkluderede, der deltog i follow-up) med førstegangs arbejdsrelaterede nakkesmerter af blandet varighed (gennemsnitligt ca. 3 uger). Skriftlig information med fokus på beroligende budskaber i tillæg til sædvanlig behandling blev sammenlignet med sædvanlig behandling uden denne information. Der blev i informationen lagt vægt på, at prognosen er god, at nakkesmerterne er ufarlige af natur samt på værdien af almindelig fysisk aktivitet. Den sædvanlige behandling til begge grupper bestod i individuelt tilrettelagte forløb, der kunne inkludere henvisning til fysioterapeut og medicinsk smertebehandling. Der er ingen beskrivelse af, om tilgangen i dette forløb var i overensstemmelse med budskaberne i den skriftlige information.

Studiet viser en negativ effekt af den skriftlige information på det vigtige outcome forbrug af smertestillende medicin – det vil sige, at deltagerne, som fik den skriftlige information, havde et større gennemsnitligt forbrug af smertestillende medicin end kontrolgruppen. Det var ikke muligt at udtrække data på outcome vedrørende smerte, men studiet påviste ingen sikker forskel mellem grupperne ($p=0.48$). Der var endvidere ingen effekt af interventionen på de vigtige outcomes tilbagevenden til arbejde og frafald. Der var ikke resultater for øvrige outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den baseres på ét studie med alvorlig risiko for bias og usikre effektestimater. Tiltroen til evidensen er endvidere nedgraderet, da overførbareheden af skriftlig information anvendt i studiet til information givet som del af den almindelige konsultation er uvis, og fordi studiet omhandler patienter med arbejdsrelaterede nakkesmerter.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Forbrug af smertestillende medicin (use of pain killers) ¹ Follow-up: 2 uger 6 Vigtig	Relative risiko 1.65 (CI 95% 1.03 – 2.63) Baseret på data fra 123 patienter i 1 studier. ² (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 12 uger.	288 per 1.000	475 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ³	
Tilbage til arbejde (return to work) ⁴ Follow-up: 2 uger 6 Vigtig	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.92 – 1.17) Baseret på data fra 123 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 12 uger.	394 per 1.000	410 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁶	

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Frafald (dropout) Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Relative risiko 1.03 (CI 95% 0.89 – 1.19) Baseret på data fra 361 patienter i 1 studier. ⁷ (Randomiserede studier)	651 per 1.000	671 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁸	
Smerte (pain) 4-12 ugers follow-up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde smerte
Funktionsevne (level of function) 4-12 ugers follow-up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne
Smerte (pain) Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde smerte
Sygefravær (sickleave) 4-12 ugers follow-up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær
Livskvalitet (Quality of life) 1 4-12 ugers follow-up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet
		Forskel: 20 flere per 1.000 (CI 95% 72 færre – 124 flere)			

- andel af personer, der svarer bekræftende på spørgsmålet: "Are you still taking medication"?
- PrimærstudieDerebery 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Meget alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** arbejdsrelaterede nakkesmerter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie/bredt konfidensinterval.
- andel der svarer ja på spørgsmålet: "missed any work in the last month"?

5. PrimærstudieDerebery 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Arbejdsrelaterede nakkesmerter. **Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie, Bredt konfidensinterval. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
7. PrimærstudieDerebery 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Arbejdsrelaterede nakkesmerter. **Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie, bredt konfidensinterval.

IKKYE GÆLDENDE

4. Superviseret øvelsesterapi

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes superviseret øvelsesterapi i tillæg til anden behandling?

Superviseret øvelsesterapi er udbredt som led i behandlingen af nakkesmerter, og det er arbejdsgruppens vurdering, at der er usikkerhed om gavnlig effekt og eventuelle skadevirkninger heraf.

Ved superviseret øvelsesterapi forstås i denne sammenhæng øvelser eller træning, der gives ved instruktion af en autoriseret sundhedsprofessionel som et led i behandlingen. Øvelsesforløbet vil ofte indeholde elementer, der gennemføres på egen hånd. Øvelserne omfatter alle typer af øvelsesterapi rettet mod nakken og skulderåget, herunder retningspecifikke øvelser samt øvelser til træning af neuromuskulær kontrol, muskeludholdenhed og muskelstyrke.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Superviseret øvelsesterapi bør anvendes i kombination med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Da der ikke er påvist store effekter af superviseret øvelsesterapi ved nyopståede nakkesmerter, kan det i dialogen med patienten overvejes, om andre former for fysisk træning giver mere mening for den enkelte.

Superviseret øvelsesterapi kan foregå som individuel vejledning eller på hold. Øvelsesforløb vil ofte bestå i en kombination af direkte supervisering og vejledning i, hvordan øvelser kan foregå på egen hånd. Patienters individuelle behov, evner og præferencer tages i betragtning ved valg af øvelsestype og -form.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af en øvelsестilgang, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Superviseret øvelsesterapi vurderes at kunne have gavnlig effekt på smerter og funktion. Effekten er dog gennemsnitligt af beskeden størrelse, og overførbareheden af resultater fra patienter med langvarige nakkesmerter til patienter med nyopståede nakkesmerter er uvis. Risiko for sjældne alvorlige skadevirkninger kan ikke belyses ved hjælp af de gennemgåede studier. Arbejdsgruppen vurderer, at alvorlige skadevirkninger er sjældne, mens forbigående symptomforværring er relativt hyppigt forekommende.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Der er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienter ønsker superviseret øvelsesterapi eller ikke, det vurderes dog, at de fleste patienter vil tage imod tilbud om superviseret øvelsesterapi.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at superviseret øvelsesterapi har en mulig gavnlig effekt på smerte og funktion. Der er en forventning om, at de fleste patienter med nakkesmerter vil tage imod tilbud om superviseret øvelsesterapi, men det er uvist, i hvor høj grad patienter med nyopståede nakkesmerter vil gennemføre et forløb med øvelser. Det vurderes, at risiko for skadevirkninger opvejes af de gavnlige effekter. Det bemærkes, at evidensgrundlaget overvejende er baseret på patienter med nakkesmerter af mere end tre måneders varighed, og arbejdsgruppen vurderer, at anbefalingen kan have mindre relevans for patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger). Anbefalingen er svag, idet de estimerede effekter er små, og kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Superviseret øvelsesterapi i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Ingen superviseret øvelsesterapi

Sammenfatning

Litteratur

Der blev fundet ét studie(9) identificeret i et systematisk review(10) . Da dette studie omfattede både patienter med nyopståede nakkesmerter (76 % af kohorten) og en andel med længerevarende nakkesmerter, inkluderes også indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Den indirekte evidens omfattede seks randomiserede studier(11-16) identificeret i to systematiske reviews(10,17) . Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

De inkluderede randomiserede studier omfatter ét studie omhandlende hovedsageligt patienter med nyopståede nakkesmerter(9) , ét studie omhandlende patienter med blandet varighed af nakkesmerter, hvor alle havde haft minimum 30 dage med nakkesmerter det foregående år(11) , og fem studier, hvor alle patienter havde nakkesmerter af mere end tre måneders varighed(12-16) . Samlet omfatter studierne ni gruppesammenligninger på i alt 600 patienter. Øvelsesterapi omfattede en styrkeøvelse for skulderåget instrueret i én session og derefter udført på egen hånd fem gange ugentligt i ét sæt(11) eller fem gange ugentligt i 5-6 sæt(11); øvelser for neuromuskulær kontrol(15); isometriske øvelser(15); øvelser for øjennakke koordination(14); styrkeøvelser(16); et program, der kombinerede øvelser for styrke, smidighed og holdningskorrektur(9); styrke- og udspændingsøvelser inklusiv træning af dybe nakkeflexorer(12) og isometriske øvelser kombineret med holdningskorrektur(13) . Øvelsesinterventionerne blev sammenlignet med "minimal-interventioner" i form af emails med helbredsinformation(11) , venteliste(16) og sædvanlig håndtering i almen praksis(9). Effekten af øvelsesinterventioner givet i tillæg til anden behandling blev undersøgt med øvelser i tillæg til transkutan elektrisk nervestimulation og infrarødt lys(15) , til medicinsk behandling(14) , til varme/kulde behandling og massage(13) og til akupunktur(12) .

Samlet viste de ni sammenligninger en gavnlig effekt af øvelsesterapi på de kritiske outcomes smerte og funktion ved 4-12 ugers follow-up og på de vigtige outcomes smerte ved endt behandling og forbrug af smertestillende medicin. Der blev ikke påvist sikker effekt på de vigtige outcomes livskvalitet og frafald. Der blev ikke rapporteret skader i nogen af studierne. Der var ingen resultater for øvrige outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav på grund af risiko for bias i studierne og usikre effektestimater, og da der hovedsageligt er tale om indirekte evidens.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Ingen superviseret træning	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenlægning
Tilbage til arbejde (return to work) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbage til arbejde

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Ingen superviseret træning	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>Skader under træning (injuries during intervention) Behandlingsafslutning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra 360 patienter i 4 studier. ¹ (Randomiserede studier)</p>	<p>0 per 1.000</p>	<p>0 per 1.000</p>	<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ²</p>	<p>Ingen af de fem studier havde fundet skadevirkning under træning</p>
<p>Sygefravær (Sick leave) 4-12 ugers follow-up</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 0 studier.</p>				<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefraværet</p>
<p>Frafald (dropouts) behandlingsafslutning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 0.96 (CI 95% 0.25 – 3.6) Baseret på data fra 482 patienter i 5 studier. ³ (Randomiserede studier)</p>	<p>53 per 1.000</p>	<p>51 per 1.000</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁴</p>	
<p>Smerte (Pain) Follow up: 6 - 14 uger</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 344 patienter i 5 studier. ⁵ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 6 - 14 uger.</p>	<p>1.9 points (Median)</p>		<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ⁶</p>	
<p>Funktionsevne (Level of function) Follow up: 6 - 14 uger</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: NDI, NPQ Lavere bedre Baseret på data fra: 345 patienter i 5 studier. ⁷ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 6 - 14 uger.</p>			<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ⁸</p>	
<p>Smerte (Pain) Behandlingsafslutning</p>	<p>Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 600</p>	<p>3.5 points (Median)</p>		<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af</p>	

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Ingen superviseret træning	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
6 Vigtig	patienter i 7 studier. ⁹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 6 -14 uger.	Forskel: MD 1.17 lavere (CI 95% 1.58 lavere – 0.77 lavere)		alvorlig manglende overførbare ¹⁰	
Livskvalitet (Quality of life) 4 - 12 ugers follow up	Målt med: SF 36 Skala: 0 – 100 Højere bedre Baseret på data fra: 74 patienter i 1 studier. ¹¹ (Randomiserede studier)	43 (gennemsnit)	45 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbare, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹²	
Brug af smertestillende medicin (use of pain killers) Follow-up: 12 uger	Målt med: Smertestillende gram pr. uge (use of medicin gr.pr.week) Baseret på data fra: 72 patienter i 1 studier. ¹³ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 12 uger.	11.6 (gennemsnit)	4.35 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbare, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹⁴	
6 Vigtig		Forskel: MD 7.3 lavere (CI 95% 10.1 lavere – 4.4 lavere)			

- Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: Franca 2008, Andersen 2011(a), Andersen 2011 (b), Lange 2013, Helewa 2007. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter.
- Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderede studier: Hoving 2002, Helewa 2007, Franca 2008, Evans 2012, Andersen 2011(a), Andersen 2011 (b), Lange 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.**
- Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderede studier: Hoving 2002, Helewa 2007, Franca 2008, Evans 2012, Evans 2002. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter.
- Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderede studier: Evans 2002, Hoving 2002, Helewa 2007, Franca 2008, Evans 2012. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
- Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderede studier: Hoving 2002, Helewa 2007, Evans 2002, Andersen 2011(a), Andersen 2011 (b), Revel 1994, Franca 2008, Evans 2012, Lundblad 1999a, Lange 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter.
- Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: Evans 2012. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [2] med inkluderede studier: Revel 1994. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbare: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.

5. Ledmobiliserende teknikker

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes ledmobiliserende teknikker i tillæg til anden behandling?

Ledmobiliserende teknikker er udbredte som en del af behandlingen af nakkesmerter, og det er arbejdsgruppens vurdering, at der er usikkerhed om gavnlig effekt og eventuelle skadevirkninger heraf.

I denne sammenhæng defineres ledmobiliserende teknikker som alle manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led i nakke eller thorakalcolumna. Det vil sige såvel mobilisering inden for leddets normale bevægeområde, herunder oscillerende bevægelser fra lav til høj kraftpåvirkning, som hurtige 'high-velocity, low-amplitude' teknikker (manipulation), hvor der forekommer kavitation i leddet (typisk med en lyd: knæk eller pop).

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ledmobiliserende teknikker bør anvendes i kombination med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Valget af teknik bør ske under hensyntagen til patientens præferencer, tilstandens karakter, tolerancen hos patienten samt behandlerens færdigheder og erfaring.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af ledmobiliserende behandling, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveaet af patientens smerter samt funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Ledmobiliserende teknikker vurderes at kunne have gavnlig effekt på smerter. Effekten er dog gennemsnitligt af beskeden størrelse. Risiko for sjældne alvorlige skadevirkninger kan ikke belyses ved hjælp af de gennemgåede studier. Arbejdsgruppen vurderer, at alvorlige skadevirkninger er sjældne, mens forbigående symptomforværring forekommer relativt hyppigt.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienter ønsker behandling med ledmobiliserende teknikker eller ikke. Patientens tidligere erfaring med behandlingsformen vil formentlig være afgørende for patientens præferencer.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at ledmobiliserende behandling kan have gavnlig effekt på smerter. Der er en forventning om, at de fleste patienter med nakkesmerter vil tage imod tilbud om ledmobiliserende teknikker, idet nogle dog forventes at have forbehold over for manipulationsbehandling. Det vurderes, at risiko for skadevirkninger opvejes af de gavnlige effekter. Anbefalingen er svag, idet de estimerede effekter er små, og kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Ledmobiliserende teknikker i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Ingen ledmobiliserende teknikker

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget til besvarelse af det fokuserede spørgsmål består af fem randomiserede studier(9,18-21) fra fire systematiske reviews(10,22-24) , hvor flere omfattede de samme primærstudier. Der blev foretaget en opfølgende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere relevante randomiserede studier. Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

De inkluderede randomiserede studier omfatter tre studier, der i alt inkluderede 134 patienter med nyopståede nakkesmerter (henholdsvis op til to ugers varighed(18) og gennemsnitligt ca. tre ugers varighed(19,20)) samt to studier, der inkluderede 160 patienter med nakkesmerter af blandet varighed, hvor størstedelen af deltagerne havde haft nakkesmerter i mindre end 12 uger (henholdsvis 76 % med under 12 ugers varighed og gennemsnitlig varighed på 12,7 uger) (9,21).

Ledmobiliserende teknikker i form af cervikal manipulation(18), thorakal manipulation(21) og mobilisering(9) blev sammenlignet med henholdsvis placebo-ultralyd, placebomanipulation og sædvanlig håndtering hos praktiserende læge. I to studier blev thorakal manipulation i kombination med varme og elektroterapi sammenlignet med varme og elektroterapi alene(19,20). En sammenligning mellem cervikal manipulation udført på modsatte side af nakkesmerterne og placebo-ultralyd(18) blev vurderet at være af lille klinisk relevans, og resultater fra de pågældende 12 patienter indgår derfor ikke i evidensgrundlaget. Der blev ikke påvist effekt af manipulation udført på den smertefri side.

Samlet demonstrerer de fem studier en gavnlig effekt af ledmobiliserende teknikker på det vigtige outcome nakkesmerter ved behandlingsafslutning og det kritiske outcome smerte ved 4-12 ugers follow-up. Det var ikke muligt at beregne et meningsfyldt estimat for det vigtige outcome frafald. Der var ingen resultater for øvrige outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav på grund af risiko for bias i studierne, usikre effektestimater og delvis indirekte evidens fra ét af to studier(9), der undersøgte de kritiske outcomes.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenlægning
Forbrug af smertestillende medicin (use of pain killers) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde forbrug af smertestillende medicin
Tilbage til arbejde (Return to work) Efter behandlingsafslut- ning 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomst af tilbage til arbejde

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Frafald (drop outs) Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Relative risiko 3.2 (CI 95% 0.13 – 76.98) Baseret på data fra 124 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	0 per 1.000	17 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbare, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹	I
Skade på a.vertebralis (Injury on a.vertebralis) under behandling 9 Kritisk	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde skade på a.vertebralis
Smerte (Pain) Longest follow-up 4- 7 uger 9 Kritisk	Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 169 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)	4.22 Points (Median)	4.22 Points (Median)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig manglende overførbare ²	
Funktionsevne (level of function) 4-12 ugers follow- up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne
Smerte (pain) ³ Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 274 patienter i 5 studier. (Randomiserede studier)	4.3 point (Median)	4.3 point (Median)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig manglende overførbare- Hoving studiet har en blandet population hvor størstedelen har varighed < 12 uger ⁴	
		Forskel: 17 flere per 1.000			
		Forskel: MD 1.44 lavere (CI 95% 2.78 lavere – 0.1 lavere)			
		Forskel: MD 1.7 lavere (CI 95% 2.25 lavere – 1.15 lavere)			

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Control	Intervention Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Sygefravær - dage (Sickleave) 4-12 ugers follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.	CI 95%			Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær
Livskvalitet (Quality of life) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Hoving studiet har en blandet population hvor størstedelen har varighed < 12 uger. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
- Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Hoving studiet har en blandet population hvor størstedelen har varighed < 12 uger. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
- Hoving: 7 ugers follow-up,
- Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen. **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Den statistiske heterogenicitet er høj, . **Manglende overførbarehed: Alvorligt.** på grund af alvorlig manglende overførbarehed-Hoving studiet har en blandet population hvor størstedelen har varighed < 12 uger. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig. Publikationsbias: Ingen betydelig.**

IKKE

6. Øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker frem for øvelsesterapi alene?

Kombinationen af øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker er udbredt i behandlingen af nakkesmerter. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er usikkerhed om gavnlig effekt og eventuelle skadevirkninger af at iværksætte ledmobiliserende behandling sammen med øvelsesterapi frem for øvelsesterapi alene.

I denne sammenhæng defineres øvelsesterapi som alle former for øvelser eller træning, der er iværksat gennem instruktion af en autoriseret sundhedsprofessionel som et led i behandlingen.

Ved ledmobiliserende teknikker forstås manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led mellem ryghvirvlerne i nakke eller thorakalcolumna. Det vil sige såvel mobilisering inden for leddets normale bevægeområde som manipulation, hvor der forekommer kavitation i leddet (typisk med en lyd: knæk eller pop).

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopståede nakkesmerter frem for øvelsesterapi alene.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Kombinationen af øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Kombinationen af øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker er efter arbejdsgruppens opfattelse primært relevant, hvor dette kan iværksættes i ét samlet forløb, således at forløb, der er unødvendigt langstrakte eller praktisk besværlige for patienten, undgås. Patienters individuelle behov, evner og præferencer bør tages i betragtning ved valg af øvelser og teknikker.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den kombinerede behandling, kan andre tiltag end øvelsesterapi og ledmobilisering som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveaue af patientens smerter og funktionsbegrænsning, således at unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er mulig gavnlig effekt af at kombinere øvelsesterapi med ledmobiliserende teknikker sammenlignet med øvelsesterapi alene, men den påviste effekt er lille. Overførbarede resultater fra patienter med langvarige nakkesmerter til patienter med nyopståede nakkesmerter er uvis. Risiko for sjældne alvorlige skadevirkninger kan ikke belyses ved hjælp af de gennemgåede studier. Arbejdsgruppen vurderer, at alvorlige skadevirkninger er sjældne, mens forbigående symptomforværring er relativt hyppigt forekommende.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienter ønsker behandling med ledmobiliserende teknikker eller ikke i kombination med øvelsesterapi. Patientens tidligere erfaring med behandlingsformen vil formentlig være afgørende for patientens præferencer.

Andre overvejelser

Brugen af flere behandlingsmodaliteter bør ikke i sig selv føre til længerevarende behandlingsforløb.

Rationale**Rationale for anbefaling**

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der er en mulig gavnlig effekt af at kombinere øvelsesterapi med ledmobiliserende teknikker sammenlignet med øvelsesterapi alene, men at den påviste effekt er lille. De mulige gavnlige effekter skal vejes op imod eventuelle praktiske barrierer for at tilbyde kombinationsbehandlingen. Det bemærkes, at evidensgrundlaget er baseret på patienter med nakkesmerter af mere end tre måneders varighed, og arbejdsgruppen vurderer, at anbefalingen kan have mindre relevans for patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger). Anbefalingen er svag, idet de estimerede effekter er små, og kvaliteten af evidensen er meget lav

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopståede smerter i nakken
Intervention: Superviseret øvelsesterapi plus ledmobiliserende behandling
Sammenligning: Superviseret øvelsesterapi

Sammenfatning**Litteratur**

Der blev ikke identificeret direkte evidens til besvarelse af det fokuserede spørgsmål. Evidensgrundlaget består derfor af indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Der blev ikke identificeret relevante primærstudier fra et systematisk review med en i øvrigt relevant søgning(10). To randomiserede studier(25,26) blev inkluderet fra en opdateret søgning. Flow charts findes på [sst.dk](#).

Gennemgang af evidensen

De to inkluderede randomiserede studier omfatter i alt 164 patienter med nakkesmerter af mere end tre måneders varighed.

Studierne undersøgte effekten af cervikal manipulation som supplement til styrkeøvelser(25) samt mobilisering af nakke- og skulderområdet som supplement til træning af neuromuskulær kontrol(26).

Samlet viste studierne en lille gavnlig effekt af at anvende ledmobiliserende teknikker som tillæg til øvelser på de kritiske outcomes smerte og funktion efter 4-12 uger og på det vigtige outcome smerte ved endt behandling. Der var ikke rapporteret frafald i hverken interventions- eller kontrolgruppen. Der var ingen resultater for andre outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav på grund af risiko for bias i studierne, usikre effektestimater, og da der er tale om indirekte evidens.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Forbrug af smertestillende medicin (use of pain killers) 4-12 ugers follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde forbrug af smertestillende medicin

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Tilbage til arbejde (Return to work) 4-12 ugers follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbagevenden til arbejde
Sygefravær (Sick leave) 4-12 ugers follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefraværet
Frafald (dropout) behandlingsafslutning 6 Vigtig	0 Baseret på data fra 102 patienter i 1 studier. ¹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid: 4 uger.	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ²	Forskel: 0 færre per 1.000
Skader under træning (Injuries during training) behandlingsafslutning 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomsten af skader under træning
Skader på a.vertebralis (Injuries on a. vertebralis) Under behandling 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde skader på a.vertebralis
Smerte (pain) 4-12 ugers follow up 9 Kritisk	Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 62 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	3.1 (gennemsnit)	2.4 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ³	Forskel: MD 0.7 lavere (CI 95% 1.27 lavere – 0.13 lavere)

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Funktionsevne (level of function) ⁴ 4-12 ugers follow up 9 Kritisk	Målt med: NDI Skala: 0 – 50 Lavere bedre Baseret på data fra: 62 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	19.13 (gennemsnit)	16.83 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁵	
Hvileesmerte (pain) behandlingsafslutning 6 Vigtig	Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 164 patienter i 2 studier. ⁶ (Randomiserede studier)	Forskel: MD 0.77 lavere (CI 95% 1.17 lavere – 0.13 lavere)	Forskel: MD 0.77 lavere (CI 95% 1.17 lavere – 0.13 lavere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁷	
Livskvalitet (Quality of life) 4-12 ugers follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

1. Primærstudie Celenay 2016. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
3. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
4. Det er ikke rapporteret om NDI er anvendt som 0-50 eller 0-100 skala
5. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
6. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Celenay 2016. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
7. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.**



7. Ledmobiliserende teknikker i kombination med øvelsesterapi

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes ledmobiliserende teknikker i kombination med øvelsesterapi frem for ledmobiliserende teknikker alene?

Kombinationen af ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi er udbredt i behandlingen af nakkesmerter. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er usikkerhed om gavnlige effekt og eventuelle skadevirkninger af at iværksætte øvelsesterapi sammen med ledmobiliserende teknikker frem for ledmobiliserende teknikker alene.

I denne sammenhæng defineres øvelsesterapi som alle former for øvelser eller træning, der er iværksat gennem instruktion af en autoriseret sundhedsprofessionel som et led i behandlingen.

Ved ledmobiliserende teknikker forstås manuelle teknikker, der sigter mod at påvirke led mellem ryghvirvlerne i nakke eller thorakalcolumna. Det vil sige såvel mobilisering inden 32 / 77 for leddets normale bevægeområde som manipulation, hvor der forekommer kavitation i leddet (typisk med en lyd: knæk eller pop).

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde ledmobiliserende teknikker i kombination med øvelsesterapi til patienter med nyopståede nakkesmerter frem for ledmobiliserende teknikker alene.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Kombinationen af ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Kombinationen af ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi er efter arbejdsgruppens opfattelse primært relevant, hvor dette kan iværksættes i ét samlet forløb, således at forløb, der er unødigt langstrakte eller praktisk besværlige for patienten, undgås. Ledmobiliserende teknikker og øvelser kan iværksættes parallelt, eller vejledning i øvelser kan ske som opfølgning på den ledmobiliserende behandling. Patienters individuelle behov, evner og præferencer tages i betragtning ved valg af øvelser og teknikker.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlige effekt af den kombinerede behandling, kan andre tiltag end øvelsesterapi og ledmobilisering som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, således at unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Der er mulig gavnlige effekt af at kombinere ledmobiliserende teknikker med øvelsesterapi sammenlignet med ledmobiliserende teknikker alene, men den påviste effekt er lille. Overførbare resultater fra patienter med langvarige nakkesmerter til patienter med nyopståede nakkesmerter er uvis. Risiko for sjældne alvorlige skadevirkninger kan ikke belyses ved hjælp af det inkluderede studie. Arbejdsgruppen vurderer, at alvorlige skadevirkninger er sjældne, mens forbigående symptomforværring er relativt hyppigt forekommende. Arbejdsgruppen vurderer det positivt, at øvelsesterapi i tillæg til ledmobiliserende behandling inddrager patienten aktivt, og at denne tilgang er i overensstemmelse med almindelige behandlingsprincipper.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at der er variation i, hvorvidt patienter ønsker øvelsesterapi eller ikke i kombination med ledmobiliserende teknikker. Nogle patienter vil foretrække en intervention, der omfatter redskaber, de kan anvende på egen

hånd.

Andre overvejelser

Brugen af flere behandlingsmodaliteter bør ikke i sig selv føre til længerevarende behandlingsforløb.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der er en mulig gavnlig effekt af at kombinere ledmobiliserende teknikker med øvelsesterapi sammenlignet med ledmobiliserende teknikker alene, men at den påviste effekt er lille. De mulige gavnlige effekter skal vejes op mod eventuelle praktiske barrierer for at tilbyde kombinationsbehandlingen. Det bemærkes, at evidensgrundlaget er baseret på patienter med nakkesmerter af mere end tre måneders varighed, og arbejdsgruppen vurderer, at anbefalingen kan have mindre relevans for patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger). Anbefalingen er svag, idet de estimerede effekter er små, og kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Ledmobiliserende teknikker plus superviseret øvelsesterapi
Sammenligning: Ledmobiliserende teknikker

Sammenfatning

Litteratur

Der blev ikke fundet direkte evidens til besvarelse af det fokuserede spørgsmål. Der blev derfor inkluderet indirekte evidens fra ét studie udført på patienter med langvarige nakkesmerter(27) identificeret i et systematisk review(17). Flow charts findes på [sst.dk](#).

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie sammenligner effekten af superviserede øvelser i kombination med manipulationsbehandling (cervikalt og thorakalt) med manipulationsbehandling alene for 127 patienter(27). Øvelsesterapien bestod i progredierende styrketræning.

Studiet demonstrerer en gavnlig effekt af at kombinere øvelser og manipulation frem for at anvende manipulation alene på de kritiske outcomes smerte og funktion efter 4-12 uger og på det vigtige outcome smerte ved behandlingsafslutning. Der blev ikke påvist sikker effekt på de vigtige outcomes frafald, medicinforbrug og livskvalitet. Der var ingen resultater for andre outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den baseres på indirekte evidens fra ét studie med risiko for bias. Udover evt. manglende overførbarehed som følge af, at studiet omfatter patienter med langvarige nakkesmerter, begrænses overførbareheden af, at henholdsvis 25 % og 30 % af deltagerne i to behandlingsgrupper havde traumerelaterede nakkesmerter.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Frafald (dropout) Behandlingsafslutning	Relative risiko 2.54 (CI 95% 0.51 – 12.61) Baseret på data fra 127 patienter i 1 studier. ¹ (Randomiserede studier)	31 per 1.000	79 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende	Forskel: 48 flere per 1.000

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
6 Vigtig		(CI 95% 15 færre – 360 flere)		overførbare, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ²	
Tilbage til arbejde (Return to work) 4-12 ugers follow up	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbage til arbejde
6 Vigtig					
Sygefravær (sick leave) 4-12 ugers follow up	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær
6 Vigtig					
Skader under træning (Injury during training)	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde skader under træning
6 Vigtig					
Skader på a.vertebralis (Injury on a.vertebralis)	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde skader på a.vertebralis
6 Vigtig					
Smerte (Pain) 3 måneders follow-up	Målt med: VAS Skala: 0 – 100 Baseret på data fra: 111 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier)	37.3 (gennemsnit)	29.5 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbare, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁴	
9 Kritisk		Forskel: MD 7.8 lavere (CI 95% 15.78 lavere – 0.18 lavere)			
Funktionsevne (Level of function) 3 måneders follow up	Målt med: NDI Skala: 0 – 50 Lavere bedre Baseret på data fra: 111 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier)	18.8 (gennemsnit)	14.3 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbare, på grund af alvorlig	
		Forskel: MD 4.5 lavere (CI 95% 8.99 lavere – 0.01 lavere)			

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
9 Kritisk				upræcist effekttestimat ⁶	
Smerte (Pain) Behandlingsafslutning	Målt med: VAS Skala: 0 – 100 Baseret på data fra: 111 patienter i 1 studier. ⁷ (Randomiserede studier)	31.3 (gennemsnit)	23.6 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁸	
6 Vigtig		Forskel: MD 7.7 lavere (CI 95% 15.13 lavere – 0.27 lavere)			
Livskvalitet (Quality of life)	Målt med: SF-36 Skala: 0 – 100 Højere bedre Baseret på data fra: 111 patienter i 1 studier. ⁹ (Randomiserede studier)	74.6 (gennemsnit)	77.8 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹⁰	
3 måneders follow up		Forskel: MD 3.2 højere (CI 95% 2.81 lavere – 9.21 højere)			
Medicin forbrug (Medication use)	Målt med: 5-point scale: none-every day, Means and SD are rank transformed Baseret på data fra: 111 patienter i 1 studier. ¹¹ (Randomiserede studier)	92.1 (gennemsnit)	80.3 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹²	
3 måneders follow up		Forskel: MD 11.8 flere (CI 95% 28.59 færre – 4.99 flere)			
6 Vigtig					

- Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Bronfort, 2001. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Bronfort, 2001. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Bronfort, 2001. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Bronfort, 2001. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Bronfort, 2001. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.

11. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Bronfort, 2001. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie.

IKKYE GÆLDENDE

8. Akupunktur

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes akupunktur i tillæg til anden behandling?

Der ses en øget brug af akupunktur i de vestlige lande(28,29) , og det er arbejdsgruppen opfattelse, at brugen af akupunktur vinder stigende indpas blandt læger, kiropraktorer, fysioterapeuter m.fl., herunder som led i behandlingen af nakkesmerter. Der er usikkerhed om gavnlig effekt og eventuelle skadevirkninger.

Akupunkturteknikker defineres her som alle former for behandling, hvor huden penetreres af én eller flere tynde nåle uden injektion, hvad enten udgangspunktet er klassiske akupunkturpunkter (traditionel kinesisk akupunktur, der læner sig op af filosofiske teorier om energibaner) eller behandling af triggerpunkter i muskulatur (vesterlandsk medicinsk akupunktur, ofte kaldet dry needling).

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde akupunktur som behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Akupunktur bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Beslutning om anvendelse af akupunktur skal ske på baggrund af en dialog med patienten om mulige gavnlige og skadelige virkninger.

Arbejdsgruppen anbefaler, at akupunktur kun udføres af personer, der har den fornødne uddannelse heri. I Danmark kræves der ikke autorisation for at udføre akupunktur.

Både patient og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af akupunktur, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er mulig gavnlig effekt af akupunktur på smerter ved behandlingsafslutning. Der er desuden fundet markant gavnlig effekt på funktion efter 12 uger i et studie, hvor det er uvist, om behandlingen i alle tilfælde var afsluttet tidligere end dette. Overførbarede resultater fra patienter med langvarige nakkesmerter til patienter med nyopståede nakkesmerter er uvist. Der forekommer relativt hyppigt milde skadevirkninger ved akupunktur, mens alvorlige skadevirkninger vurderes at være sjældne

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en del patienter vil ønske akupunktur, mens andre vil fravælge det på grund af ubehag ved nåle.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at akupunktur kan have effekt på smerte og funktion, og at hyppigt forekommende skadevirkninger er milde. Det bemærkes, at evidensgrundlaget er baseret på patienter med nakkesmerter af mere end tre måneders varighed, og arbejdsgruppen vurderer, at anbefalingen kan have mindre relevans for patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger). Anbefalingen er svag, idet kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Akupunktur i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Anden behandling (ingen akupunktur)

Sammenfatning

Litteratur

Der er identificeret ét randomiseret studie udført på patienter med nyopståede nakkesmerter(30). Da studiet ikke har undersøgt effekten på de kritiske outcomes, er der desuden inddraget indirekte evidens i form af studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Den indirekte evidens omfatter otte randomiserede studier publiceret i ni artikler(31-39) fra ét systematisk review(40) og ét randomiseret studie fra en opfølgende søgning(41). Studier, der beskrev kontrolinterventionen som "sham" eller "placebo" akupunktur, er ikke inkluderet, da der i nogle tilfælde kunne være tvivl, om kontrolgrupperne modtog en behandling svarende til dry-needling eller anden "ikke-klassisk" akupunktur. Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie udført på patienter med nyopståede nakkesmerter(30) omfattede 17 patienter med unilaterale nakkesmerter af maksimalt syv dages varighed. Patienter uden aktive triggerpunkter (8 % af de screenede) eller med angst for nåle (12 % af de screenede) blev ikke inkluderet. Patienter i interventionsgruppen fik én session med dry-needling i triggerpunkter og blev sammenlignet med en ubehandlet kontrolgruppe, der blev opfordret til at opretholde almindelig aktivitet og undgå smertestillende medicin eller anden behandling frem til opfølgning efter en uge.

Studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter omfattede i alt 3.643 patienter, heraf 157 patienter fra studier, der var afgrænset til at omfatte myofascielle nakkesmerter(31,33,39). Et pragmatisk multicenter-studie sammenlignede sædvanlig håndtering i almen praksis, mens patienter ventede på at få akupunktur, med sædvanlig håndtering suppleret med op til 15 akupunkturbehandlinger over tre måneder (77 % af patienterne fik 5-10 behandlinger)(35,36). Dry-needling én gang ugentligt i fire uger(31) eller i form af én behandling(32) blev sammenlignet med sham-laser af tilsvarende omfang. Traditionel akupunktur blev undersøgt i to studier, der anvendte otte sessioner over fire uger og sammenlignede med henholdsvis sham-laser(33) og sham-TENS(37), i ét studie, der sammenlignede én behandling med placebo medicinsk behandling(34) og i ét studie, der undersøgte effekten af akupunktur kombineret med NSAID versus NSAID alene(41). Japansk akupunktur givet ved 14 sessioner over 12 uger blev sammenlignet med NSAID(39). Et studie beskrev interventionen som "vestlig akupunktur" og sammenlignede otte sessioner over fire uger med sham-TENS(38). I tre studier var der kun foretaget effektmåling umiddelbart efter behandling(32,34,37).

For det kritiske outcome funktion efter 4-12 uger var det ikke muligt at samle resultaterne fra studierne i ét estimat. Målt på Neck Disability Index blev der ikke påvist effekt af akupunktur, mens der blev påvist en markant gavnlig effekt af akupunktur på Neck Pain and Disability Index i et studie (n=3.213), hvor behandlingen kunne pågå frem til 12- ugers opfølgning. Studierne viste samlet set ikke klinisk relevante eller statistisk signifikante effekter på det kritiske outcome smerte efter 4 til 12 uger. For det vigtige outcome smerte ved behandlingsafslutning blev der samlet demonstreret en gavnlig effekt, mens der for det vigtige outcome livskvalitet blev påvist en negativ effekt i ét studie(41) og en positiv effekt i et andet(36). Der blev ikke observeret forskelle i frafald mellem grupper. Ét studie (n=3.766 randomiseret + n=9.615 observeret) rapporterede milde skadevirkninger hos 9 % af patienter, der fik akupunktur, hvilket hyppigst var i form af mindre lokale blødninger eller hæmatomer. Skadevirkninger ved standardbehandling i kontrolgruppen var ikke opgjort til sammenligning(35).

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav på grund af risiko for bias i studierne og usikre effektestimater, og da der hovedsageligt er tale om indirekte evidens.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Anden behandling (ingen akupunktur)	Intervention Akupunktur i tillæg til anden beh.	Tiltro til estimatene (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Forbrug af medicin (use of medicin) 4-12 ugers follow- up	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde forbrug af medicin

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Anden behandling (ingen akupunktur)	Intervention Akupunktur i tillæg til anden beh.	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
6 Vigtig					
Tilbage til arbejde (Return to work) 4-12 ugers follow-up	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbage til arbejde
6 Vigtig					
Sygefravær (sickleave) 4-12 ugers follow-up	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær
6 Vigtig					
Infektioner (infections) Under behandling	Baseret på data fra 30 patienter i 1 studier. ¹	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ²	
6 Vigtig		Forskel: 0 færre per 1.000			
Frafald (dropout) Behandlingsafslutning	Relative risiko 1 (CI 95% 0.16 – 6.2) Baseret på data fra 47 patienter i 2 studier. ³ (Randomiserede studier)			Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, bredt konfidens interval, Due to serious manglende overførbarehed, på grund af alvorlig manglende overførbarehed-kroniske nakke patienter ⁴	Der var ingen tilfælde i studiet med direkte evidens og 2 ud af 15 for både interventions og kontrolgruppe i studiet med indirekte evidens
6 Vigtig					
Smerte (pain) 4-12 ugers follow-up	Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 137 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)	4.5 (gennemsnit)		Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁵	
9 Kritisk		Forskel: MD 0.5 lavere (CI 95% 1.29 lavere – 0.29 højere)			

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Anden behandling (ingen akupunktur)	Intervention Akupunktur i tillæg til anden beh.	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Funktionsevne (level of function) ⁶ 4-12 ugers follow- up 9 Kritisk	Målt med: NDI Skala: 0 – 50 Lavere bedre Baseret på data fra: 136 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier)	10.72 (gennemsnit) Forskel: MD 1.01 lavere (CI 95% 3.42 lavere – 1.39 højere)		Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁷	
Funktionsevne (Level of function) % reduction ⁸ 3 måneder (3months) 9 Kritisk	Målt med: Neck pain and disability Skala: 0 – 100 Lavere bedre Baseret på data fra: 3,213 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	5.8 (gennemsnit)	28.9 (gennemsnit) Forskel: MD 23.1 højere (CI 95% 21.2 højere – 25 højere)	Lav på grund af alvorlig risiko for bias og alvorlig manglende overførbarehed ⁹	
Smerte (pain) Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Målt med: VAS Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 447 patienter i 9 studier. (Randomiserede studier)	3 points (Median) Forskel: MD 0.77 lavere (CI 95% 1.34 lavere – 0.2 lavere)		Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ¹⁰	
Livskvalitet (Quality of life) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Målt med: SF-36 Skala: 0 – 100 Højere bedre Baseret på data fra: 30 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	88.6 (gennemsnit)	84.3 (gennemsnit) Forskel: MD 4.3 lavere (CI 95% 5.24 lavere – 3.36 lavere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹¹	
Livskvalitet (Quality of Life) SF-36 physical component score, opgivet i %-vis ændring Follow-up: 4-12 uger 6 Vigtig	Målt med: SF-36 Skala: 0 – 100 Højere bedre Baseret på data fra: 3,451 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	5 (gennemsnit)	5.6 (gennemsnit) Forskel: MD 0.6 højere (CI 95% 0.59 højere – 0.61 højere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹²	

1. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: Cho 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
3. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: Mejuto Vazquez 2014, Cho 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig.** **Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Differences between the population of interest and those studied. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie, Wide confidence intervals. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
5. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
6. Det er ikke oplyst om NDI er målt på 0-50 eller 0-100 skala
7. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
8. Da behandlingsafslutning falder sammen med 3-måneders opfølgning, er det usikkert i hvilken grad effektmålet dækker hensigten med de kritiske outcomes
9. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** kroniske nakkepatienter.
10. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** kroniske nakkepatienter.
11. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
12. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.

IKKYE GÆLDE

9. Massage

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes massage i tillæg til anden behandling?

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at massage er et udbredt tilbud til patienter med nakkesmerter, og at der er usikkerhed om gavnlig effekt og eventuelle skadevirkninger.

Massage defineres her som manuelle teknikker, der udføres af en professionel behandler og retter sig mod bløddele (muskler, bindevæv) omkring nakke, hals og skulderåg. Massage spænder således vidt i forhold til den kraft, der påføres patienten under udførelsen. Terapier beskrevet som traditionel kinesisk eller asiatisk massageterapi er ikke inkluderet, da det er arbejdsgruppens opfattelse, at disse teknikker har lille udbredelse i Danmark i relation til behandling af nakkesmerter.

Svag anbefaling mod

Anvend kun massage som behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret længerevarende effekt selv ved et meget stort behandlingsomfang.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Massage bør ikke anvendes rutinemæssigt som behandling ved nyopståede nakkesmerter, da der alene er påvist effekt ved meget intensive behandlingsforløb, der ikke på det eksisterende grundlag synes at stå i rimeligt forhold til effekten. Hvis massage anvendes, bør det tilbydes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Risikoen for, at massage tilskynder patienten til en passiv smertehåndtering, bør indgå i overvejelsen om at tilbyde massage.

Frem for massage som behandling ved nyopståede nakkesmerter bør andre behandlinger som foreslået i denne retningslinje som udgangspunkt forsøges. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveaet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, således at unødigt langstrakte forløb undgås. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Der er mulig gavnlig kortvarig effekt af massage på nakkesmerter, men overførbarede af resultater fra patienter med langvarige nakkesmerter til patienter med nyopståede nakkesmerter er uvis. Effekten er demonstreret ved meget langvarige og omfattende behandlingsforløb. Arbejdsgruppen vurderer, at der er lille risiko for skadevirkning ved massage. Det er dog uvist, om et langvarigt forløb med massage kan bidrage til passivitet hos patienten og afhængighed af behandlerkontakt.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at mange patienter vil foretrække massage. Nogle vil dog formentligt fravælge behandlingen, hvis det kræver en meget massiv indsats at opnå effekt.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er dokumenteret længerevarende gavnlig effekt af massage, og at de observerede effekter ved behandlingsafslutning er opnået gennem langvarige forløb, der generelt ikke vil være relevant ved nyopståede nakkesmerter. Mange patienter vil formentligt ønske behandlingen, hvis den er let tilgængelig. Anbefalingen er svag, da kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Massage i tillæg til anden behandling.
Sammenligning: Anden behandling (ingen massage)

Sammenfatning**Litteratur**

Der blev ikke fundet direkte evidens til besvarelse af det fokuserede spørgsmål. Evidensgrundlaget består derfor af indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Evidensgrundlaget udgøres af et randomiseret studie(42) fra en systematisk oversigtsartikel(43) og et randomiseret studie identificeret ved en opdateret litteratursøgning(44) . Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

De inkluderede randomiserede studier omhandler i alt 292 patienter med nakkesmerter af mere end 12 ugers varighed(42,44). Ti massage-sessioner over 10 uger blev sammenlignet med udlevering af en folder med råd til egen håndtering(42), og fem forskellige doser af massage blev sammenlignet med venteliste til samme behandling(44) . Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den baseres på indirekte evidens fra studier med risiko for bias og usikre effektestimater.

Samlet demonstrerer de to studier en gavnlig effekt af massage på det vigtige outcome nakkesmerter ved behandlingsafslutning. Der var ingen statistisk signifikant effekt på de kritiske outcomes smerte og funktion ved 4-12 uger eller de vigtige outcomes livskvalitet og frafald. Der var ingen resultater for andre outcomes. I det samlede effektestimat er hø- jeste dosis (3 x 1 time ugentligt) anvendt. Der var også positiv effekt af 2 x 1 time ugentligt. Det samlede effektestimat baseres på i alt 140 inkluderede patienter.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav på grund af risiko for bias i studierne og usikre effektestimater, og da der alene er tale om indirekte evidens

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammenfatning
Forbrug af medicin (use of medicin) 4-12 weeks follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier. ¹				Vi fandt ingen studier, der opgjorde forbrug af medicin
Tilbage til arbejde (return to work) 4-12 weeks follow up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier. ²				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbage til arbejde
Sygefravær (sick leave) 4-12 weeks follow up	Baseret på data fra patienter i 0 studier. ³				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
6 Vigtig					
Frafald (dropout) Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Relative risiko 0.33 (CI 95% 0.07 – 1.62) Baseret på data fra 140 patienter i 2 studier. ⁴ (Randomiserede studier)	87 per 1.000	29 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁵	
Smerte (pain) 4 weeks follow up 9 Kritisk	Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 58 patienter i 1 studier. ⁶ (Randomiserede studier)	4.1 (gennemsnit)	4 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁷	
Funktionsevne (level of function) 14 weeks follow-up 9 Kritisk	Målt med: NDI Skala: 0 – 50 Lavere bedre Baseret på data fra: 58 patienter i 1 studier. ⁸ (Randomiserede studier)	11.4 (gennemsnit)	9.5 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁹	
Smerte (pain) ¹⁰ Behandlingsafslutning 6 Vigtig	Skala: 0 – 10 Lavere bedre Baseret på data fra: 132 patienter i 2 studier. ¹¹ (Randomiserede studier)			Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ¹²	
Livskvalitet (Quality of life) 4 - 12weeks follow-up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ¹³				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet.

1. Systematisk oversigtsartikel [7] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. Systematisk oversigtsartikel [7] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
3. Systematisk oversigtsartikel [7] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. Systematisk oversigtsartikel [7] med inkluderede studier: Sherman 2009, Sherman 2014. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

5. **Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** på grund af alvorlig risiko for bias. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie, Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
6. Systematisk oversigtsartikel [7] med inkluderede studier: Sherman 2009. **Baselinerisiko/komparator: Kontrolarm i reference brugt til interventionen.**
7. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
8. Systematisk oversigtsartikel [7] med inkluderede studier: Sherman 2009. **Baselinerisiko/komparator: Kontrolarm i reference brugt til interventionen.**
9. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
10. Absolutte værdier er ikke angivet da estamtet er et pooled estimat, der omfatter en absolut score og en ændring fra baseline
11. Systematisk oversigtsartikel [7] med inkluderede studier: Sherman 2014, Sherman 2009. **Baselinerisiko/komparator: Kontrolarm i reference brugt til interventionen.**
12. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Kroniske nakkepatienter.
13. Ingen tilgængelige studier Sherman 2009. **Baselinerisiko/komparator: Kontrolarm i reference brugt til interventionen.**

IKKYE GÆLDE

10. Medicinsk behandling med NSAID

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes non-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) i tillæg til anden behandling?

NSAID er udbredt i behandlingen af nakkesmerter. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der er usikkerhed om gavnlig effekt, mens bivirkningsprofilen for perorale NSAID er udtalt i udsatte grupper, fx ældre og patienter med hjertekarsygdom. Topikalt appliceret NSAID i form af geler, cremer og plastre er vurderet separat.

God praksis (konsensus)

Det er god praksis kun at tilbyde perorale NSAID til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse. Behandlingen bør være kortvarig og under nøje hensyntagen til bivirkninger, kontraindikationer og patientpræferencer.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Topikalt appliceret NSAID bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Hvis der ikke er gavnlig effekt af topikale NSAID, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveaue af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om peroral NSAID vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Valget af NSAID træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jf. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRFs) vejledninger for NSAID (45). Der skal i den forbindelse tages særlig hensyn til, at bivirkningsprofilen af perorale NSAID er udtalt i udsatte grupper så som ældre og patienter med hjertekarsygdom. Behandling med perorale NSAID bør kun ordineres for en kortere periode og revurderes løbende. Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er en potentielt smertedæmpende effekt af NSAID. Den smertedæmpende effekt er dog kun dokumenteret for topikale NSAID i studier omfattende patienter med nakkesmerter. Der er ikke fundet studier vedrørende effekten af perorale NSAID for denne patientgruppe. Topikalt applicerede NSAID kan forårsage hudirritation. Alvorlige allergiske reaktioner er meget sjældne. Perorale NSAID har en række velbeskrevne og alvorlige bivirkninger. Bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, fx ældre og patienter med hjertekarsygdom.

Kvaliteten af evidensen

Der blev ikke fundet studier vedrørende perorale NSAID, der kunne inkluderes. Kvaliteten af evidensen vedrørende topikale NSAID er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter ønsker smertelindring gennem smertestillende medicin, mens andre fravælger denne type af behandling. Erfaring med NSAID vil have betydning for patientens præferencer.

Andre overvejelser

Da der ikke er fundet evidens vedrørende effekten af perorale NSAID på nakkesmerter, bør generelle retningslinjer fra IRF vedrørende medicinsk smertebehandling følges.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen vedrørende perorale NSAID lagt vægt på, at NSAID har en mulig smertelindrende effekt,

men at effekten af perorale NSAID ikke er belyst ved nakkesmerter. Samtidig er bivirkningerne kendte og kan være alvorlige. Der er en forventning om, at der er forskelle i patientpræferencer angående brug af NSAID, så nogle patienter med nyopståede nakkesmerter vil ønske behandlingen, mens andre vil afvise den. Da der ikke er fundet specifik evidens vedrørende effekten af perorale NSAID på nakkesmerter, har arbejdsgruppen ikke fundet anledning til, at anbefalingen afviger fra gældende retningslinjer for medicinsk smertebehandling.

Ved formulering af anbefaling vedrørende topikale NSAID blev der lagt vægt på en mulig umiddelbar smertelindrende effekt, og at risikoen for skadevirkninger vurderes at være lille. Anbefalingen er svag, da kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Topikale NSAID i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Ingen NSAID

Sammenfatning

Litteratur

I relation til topikalt appliceret NSAID blev der identificeret ét randomiseret studie(46) fra et systematisk review(47) . For perorale NSAID blev der ikke fundet direkte evidens til besvarelse af det fokuserede spørgsmål, og der blev heller ikke fundet indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie vedrørende topikalt appliceret NSAID sammenligner effekten af diclofenac 1,16% gel med en placebo-gel uden aktivt indholdsstof på akutte nakkesmerter (gennemsnitlig varighed ca. 10 dage). Studiet omhandler 72 patienter inkluderet på sportsklinikker. Patientsektionen er uklar og en usædvanlig markant bedring over fem dage giver formodning om, at patientgruppen ikke er repræsentativ for den samlede gruppe af patienter med nyopståede nakkesmerter. Gelerne blev påført fire gange dagligt i fem dage. Studiet påviste effekt på det kritiske outcome smerter ved behandlingsafslutning. Der blev ikke observeret bivirkninger. Der er ikke resultater for andre outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den stammer fra ét studie med alvorlig risiko for bias.

Der er ikke fundet studier vedrørende perorale NSAID, der opfylder kriterierne for denne retningslinje, hvorfor god praksis anbefalingen baserer sig på klinisk erfaring i arbejdsgruppen. Anbefalingen tager udgangspunkt i anbefalinger fra IRF for generel smertebehandling(48) og for brug af NSAID(45) .

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Tilbage til arbejde (Return to work) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbage til arbejde
Sygefravær (sick leave) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
SAE (Serious adverse events) End of Treatment 9 Kritisk	Baseret på data fra 72 patienter i 1 studier. ¹ (Randomiserede studier)	0 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000	0 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ²	
Komplikationer (komplikaions) End of Treatment 9 Kritisk	Baseret på data fra 72 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier)	0 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000	0 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁴	
Frafald (dropout) End of Treatment 6 Vigtig	Baseret på data fra 72 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier)	0 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000	0 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁶	
Smerte (Pain) 4-12 ugers follow- up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ⁷				Vi fandt ingen studier, der opgjorde smerte
Funktionsevne (level of function) 4-12 ugers follow- up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ⁸				Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne
Smerte (Pain) End of treatment End of treatment 6 Vigtig	Målt med: VAS Skala: 0 – 100 Lavere bedre Baseret på data fra: 72 patienter i 1 studier. ⁹ (Randomiserede studier)	19.2 (gennemsnit) Forskel: MD 18 lavere (CI 95% 22 lavere – 14 lavere)	1.2 (gennemsnit)	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹⁰	
Livskvalitet (Quality of life) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ¹¹				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

1. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Basalinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference

brugt til interventionen.

2. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie.
3. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie.
5. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie.
7. Systematisk oversigtsartikel [8] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. Systematisk oversigtsartikel [8] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
9. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun ét studie.
11. Systematisk oversigtsartikel [8] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde topikale NSAID behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling med henblik på umiddelbar smertelindring.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Topikalt appliceret NSAID bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene. Hvis der ikke er gavnlige effekt af topikale NSAID, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om peroral NSAID vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Valget af NSAID træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jf. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRFs) vejledninger for NSAID (45). Der skal i den forbindelse tages særlig hensyn til, at bivirkningsprofilen af perorale NSAID er udtalt i udsatte grupper så som ældre og patienter med hjertekarsygdom. Behandling med perorale NSAID bør kun ordineres for en kortere periode og revurderes løbende. Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er en potentielt smertedæmpende effekt af NSAID. Den smertedæmpende effekt er dog kun dokumenteret for topikale NSAID i studier omfattende patienter med nakkesmerter. Der er ikke fundet studier vedrørende effekten af perorale NSAID for denne patientgruppe. Topikalt applicerede NSAID kan forårsage hudirritation. Alvorlige allergiske reaktioner er meget sjældne. Perorale NSAID har en række velbeskrevne og alvorlige bivirkninger. Bivirkningsprofilen er udtalt i udsatte grupper, fx ældre og patienter med hjertekarsygdom.

Kvaliteten af evidensen

Der blev ikke fundet studier vedrørende perorale NSAID, der kunne inkluderes. Kvaliteten af evidensen vedrørende topikale NSAID er meget lav.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter ønsker smertelindring gennem smertestillende medicin, mens andre

fravælger denne type af behandling. Erfaring med NSAID vil have betydning for patientens præferencer.

Andre overvejelser

Da der ikke er fundet evidens vedrørende effekten af perorale NSAID på nakkesmerter, bør generelle retningslinjer fra IRF vedrørende medicinsk smertebehandling følges.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen vedrørende perorale NSAID lagt vægt på, at NSAID har en mulig smertelindrende effekt, men at effekten af perorale NSAID ikke er belyst ved nakkesmerter. Samtidig er bivirkningerne kendte og kan være alvorlige. Der er en forventning om, at der er forskelle i patientpræferencer angående brug af NSAID, så nogle patienter med nyopståede nakkesmerter vil ønske behandlingen, mens andre vil afvise den. Da der ikke er fundet specifik evidens vedrørende effekten af perorale NSAID på nakkesmerter, har arbejdsgruppen ikke fundet anledning til, at anbefalingen afviger fra gældende retningslinjer for medicinsk smertebehandling.

Ved formulering af anbefaling vedrørende topikale NSAID blev der lagt vægt på en mulig umiddelbar smertelindrende effekt, og at risikoen for skadevirkninger vurderes at være lille. Anbefalingen er svag, da kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Topikale NSAID i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Ingen NSAID

Sammenfatning

Litteratur

I relation til topikalt appliceret NSAID blev der identificeret ét randomiseret studie(46) fra et systematisk review(47) . For perorale NSAID blev der ikke fundet direkte evidens til besvarelse af det fokuserede spørgsmål, og der blev heller ikke fundet indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Flow charts findes på [sst.dk](#).

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie vedrørende topikalt appliceret NSAID sammenligner effekten af diclofenac 1,16% gel med en placebo-gel uden aktivt indholdsstof på akutte nakkesmerter (gennemsnitlig varighed ca. 10 dage). Studiet omhandler 72 patienter inkluderet på sportsklinikker. Patientselectionen er uklar og en usædvanlig markant bedring over fem dage giver formodning om, at patientgruppen ikke er repræsentativ for den samlede gruppe af patienter med nyopståede nakkesmerter. Gelerne blev påført fire gange dagligt i fem dage. Studiet påviste effekt på det kritiske outcome smerter ved behandlingsafslutning. Der blev ikke observeret bivirkninger. Der er ikke resultater for andre outcomes.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den stammer fra ét studie med alvorlig risiko for bias.

Der er ikke fundet studier vedrørende perorale NSAID, der opfylder kriterierne for denne retningslinje, hvorfor god praksis anbefalingen baserer sig på klinisk erfaring i arbejdsgruppen. Anbefalingen tager udgangspunkt i anbefalinger fra IRF for generel smertebehandling(48) og for brug af NSAID(45) .

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimatene (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Tilbage til arbejde (Return to work)	Baseret på data fra				Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilbage til arbejde

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
4-12 ugers follow-up 6 Vigtig	patienter i 0 studier.				
Sygefravær (sick leave) 4-12 ugers follow-up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde sygefravær
SAE (Serious adverse events) End of Treatment 9 Kritisk	Baseret på data fra 72 patienter i 1 studier. ¹ (Randomiserede studier)	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ²	
Komplikationer (complications) End of Treatment 9 Kritisk	Baseret på data fra 72 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier)	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁴	
Frafald (dropout) End of Treatment 6 Vigtig	Baseret på data fra 72 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier)	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁶	
Smerte (Pain) 4-12 ugers follow-up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ⁷				Vi fandt ingen studier, der opgjorde smerte
Funktionsevne (level of function) 4-12 ugers follow-up 9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ⁸				Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne
Smerte (Pain) End of treatment	Målt med: VAS Skala: 0 – 100 Lavere	19.2	1.2	Meget lav på grund af meget	

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
End of treatment 6 Vigtig	bedre Baseret på data fra: 72 patienter i 1 studier. ⁹ (Randomiserede studier)	(gennemsnit)	(gennemsnit)	alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ¹⁰	
Livskvalitet (Quality of life) 4-12 ugers follow- up 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ¹¹	Forskel: MD 18 lavere (CI 95% 22 lavere – 14 lavere)			Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

1. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun a ét studie.
3. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
5. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
7. Systematisk oversigtsartikel [8] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. Systematisk oversigtsartikel [8] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
9. Systematisk oversigtsartikel [8] med inkluderede studier: Predel 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Meget alvorligt. Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
11. Systematisk oversigtsartikel [8] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

WAVE

11. Medicinsk behandling med Tramadol

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes tramadol i tillæg til anden behandling?

Tramadol anvendes i behandlingen af nyopståede nakkesmerter, særligt til patienter, der har kontraindikationer for NSAID eller ikke har effekt heraf. Der er dog usikkerhed om effekten af tramadol for denne patientgruppe, herunder balancen mellem gavnlige effekt og skadevirkninger

God praksis (konsensus)

Det er god praksis kun at tilbyde tramadol til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse. Behandlingen bør være kortvarig og under nøje hensyntagen til bivirkninger, kontraindikationer og patientpræferencer.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved svære smerter i den akutte fase kan det i dialogen med patienten overvejes, om tramadol vil være hensigtsmæssigt i en kort periode. Patientens accept af eventuelle kognitive bivirkninger, herunder sedering, bør indgå i dialogen om behandlingen. Tramadol bør anvendes sammen med information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Valget træffes under hensyntagen til potentielle skadevirkninger og patientpræferencer, jf. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRFs) vejledninger(48,49). Behandling med tramadol bør kun ordineres for en kortere periode. Hvis der i særlige tilfælde sker ordination af længerevarende behandling, kræver det tæt opfølgning af den ordinerende læge. Patienten bør informeres om varighed af behandlingen, den forventede effekt, skadevirkninger og andre behandlingsmuligheder.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er en potentielt smertedæpende effekt af tramadol, men denne har ikke været undersøgt i studier omfattende patienter med nakkesmerter. Tramadol har en række kendte bivirkninger, herunder kognitiv påvirkning. Alvorlige skadevirkninger er sjældne. Ved længerevarende behandling kan der udvikles afhængighed.

Kvaliteten af evidensen

Der blev ikke fundet studier, der kunne inkluderes.

Patientpræferencer

Det er arbejdsgruppens erfaring, at nogle patienter ønsker smertelindring gennem smertestillende medicin, mens andre fravælger denne type af behandling. Erfaring med tramadol vil have betydning for patientens præferencer.

Andre overvejelser

Da der ikke er fundet evidens vedrørende effekten af tramadol på nakkesmerter, bør generelle retningslinjer fra IRF vedrørende medicinsk smertebehandling følges.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at effekten af tramadol ikke er belyst for patienter med nakkesmerter, og at tramadol har kendte bivirkninger, der er til gene for en del patienter, men dog sjældent alvorlige. Der er en forventning om, at der er forskelle i patientpræferencer angående tramadol, så nogle patienter med nyopståede nakkesmerter vil ønske behandlingen, mens andre vil afvise den. Da der ikke er fundet specifik evidens vedrørende effekten af tramadol på nakkesmerter, har arbejdsgruppen ikke fundet anledning til, at anbefalingen afviger fra gældende retningslinjer for medicinsk smertebehandling.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopstået smerter i nakken
Intervention: Tramadol i tillæg til anden behandling
Sammenligning: Anden behandling

Sammenfatning**Litteratur**

Der blev ikke fundet direkte evidens til besvarelse af det fokuserede spørgsmål, og der blev heller ikke fundet indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter. Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

Der er ikke fundet studier på området, der opfylder kriterierne for denne retningslinje, hvorfor god praksis anbefalingen baserer sig på klinisk erfaring i arbejdsgruppen. Anbefalingen tager udgangspunkt i anbefalinger fra IRF for generel smertebehandling med svage analgetika(48) og for brug af opioider(49) .

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator Anden behandling	Intervention Tramadol i tillæg til anden beh.	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Alle outcomes (All outcomes)					Vi fandt ingen studier, der opgjorde nogle af vores outcomes

IKKE

12. Øvelsesterapi/ledmobiliserende teknikker frem for peroral smertestillende medicin

Bør patienter med nyopståede nakkesmerter tilbydes øvelsesterapi eller ledmobiliserende teknikker frem for smertestillende medicin?

Såvel medicinsk smertebehandling som ledmobilisering og øvelsesterapi er hyppigt anvendt ved nyopståede nakkesmerter. Bivirkningsprofilen er udtalt for dele af den medicinske behandling i udsatte grupper, og der er usikkerhed om, hvorvidt ikke-medicinske tilbud bør foretrækkes frem for medicin til patienter med nyopståede nakkesmerter, når effekter og mulige skadevirkninger afvejes.

Svag anbefaling

Overvej øvelsesterapi eller ledmobiliserende teknikker frem for peroral smertestillende medicin som tilbud til patienter med nyopståede nakkesmerter ved behov for behandling ud over rådgivning og information.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ledmobiliserende teknikker eller øvelsesterapi bør overvejes frem for peroral medicinsk smertebehandling, når der er behov for behandling ud over en minimumsintervention. Minimumsinterventionen vil bestå af information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt. Hos patienter med ukomplicerede nakkesmerter af meget kort varighed (dage til få uger) vil information og rådgivning ofte kunne stå alene.

Valget mellem interventionerne foretages under hensyntagen til patientens præferencer, risikofaktorer i relation til medicinsk behandling, og hvilke muligheder der er tilgængelige for patienten. Hvis smertestillende medicin tilbydes, bør denne følge gældende retningslinjer for medicinsk smertebehandling(48).

Både patienter og behandler bør nøje følge symptomer og kliniske tegn i forhold til at justere behandlingsplanen. Hvis der ikke er gavnlig effekt af den indledende behandling, kan andre tiltag som foreslået i denne retningslinje overvejes. Dette skal ske under hensyntagen til patientens præferencer og med øje for, at omfanget og intensiteten af behandlingsforløbet bør stå i rimeligt forhold til varigheden og niveauet af patientens smerter og funktionsbegrænsning, så unødigt langstrakte forløb undgås.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Ledmobiliserende teknikker/øvelser vurderes at kunne have bedre effekt på smerter end medicinsk behandling. Risikoen for alvorlige bivirkninger/skader ved ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi vurderes at være lille, mens risikoen ved medicin afhænger af præparat og patient. Der blev i det inkluderede studie ikke registreret alvorlige bivirkninger. Gastrointestinale gener og sløvhed forekom relativt hyppigt ved smertestillende medicin, mens smerteforværring var relativt hyppigt ved de to ikke-medicinske interventioner.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Patientpræferencer

Patienternes præferencer varierer. Farmakologisk behandling foretrækkes af nogle patienter, mens andre foretrækker ikke-farmakologiske interventioner. Ligeledes vil patientpræferencer i relation til ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi variere.

Andre overvejelser

Der vil ved valg af intervention være et hensyn til tilgængeligheden af de enkelte tilbud.

Rationale

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at ledmobiliserende teknikker og øvelsesterapi kan have større gavnlig effekt end peroral medicinsk behandling, samtidig med at risikoen for alvorlige skadevirkninger er mindre. Der er en forventning om, at de fleste patienter vil tage imod tilbud om ledmobiliserende teknikker eller øvelsesterapi, så- fremt dette ikke medfører større praktiske

ulemper. Anbefalingen er svag, idet de estimerede effekter er små, og kvaliteten af evidensen er meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med nyopståede smerter i nakken
Intervention: Superviseret øvelsesterapi og/eller ledmobiliserende teknikker
Sammenligning: Peroral smertestillende medicin

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét randomiseret studie(50) fra ét systematisk review(24) . Studiet blev inkluderet på trods af, at en del af studiepopulationen tilskrev nakkesmerter et traume, da der ikke fandtes evidens omhandlende alene ikke-traumatiske nakkesmerter. Der blev foretaget en opfølgende litteratursøgning, hvor der ikke blev fundet yderligere relevante randomiserede studier. Da der alene var fundet evidens, der kun var delvist direkte, blev der tillige søgt efter indirekte evidens fra studier udført på patienter med længerevarende nakkesmerter, uden at yderligere studier blev identificeret. Flow charts findes på sst.dk.

Gennemgang af evidensen

Det inkluderede randomiserede studie(50) omhandler 272 patienter med nyopståede nakkesmerter af gennemsnitligt ca. syv ugers varighed. Studiet omfatter to gruppesammenligninger. Medicinsk smertebehandling bestående af peroral NSAID og/eller paracetamol (førstevalg) eller alternativt opioider og eventuelt muskelrelaksantia blev sammenlignet dels med ledmobiliserende behandling og dels med øvelsesterapi. Den ledmobiliserende behandling bestod i manipulation ('high-velocity, low-amplitude') og/eller mobilisering samt eventuel let bløddelsbehandling. Øvelsesterapien bestod i hjemmeøvelser med fokus på mobiliserende øvelser uden modstand, som patienter blev instrueret i ved to individuelle sessioner af en times varighed.

Samlet viste de to sammenligninger en lille gavnlige effekt af ledmobilisering/øvelsesterapi sammenlignet med smertestillende medicin for de kritiske outcomes smerte og funktionsevne ved 4-12 uger samt for de vigtige outcomes smerte ved behandlingsafslutning og frafald. Der var ikke sikker effekt på det vigtige outcome livskvalitet ved 4-12 ugers follow-up. Der var færre skadevirkninger i form af gastrointestinale symptomer ved ledmobilisering/øvelsesterapi sammenlignet med medicin. I medicingruppen sås endvidere to tilfælde af blodtryksforhøjelse blandt 84 patienter. I alt 60 % i medicingruppen rapporterede bivirkninger, heraf 20 % i form af gastrointestinale symptomer og 21 % i form af sløvhed. Henholdsvis 40 % og 46 % i grupperne, der fik ledmobiliserende teknikker og øvelser, rapporterede bivirkninger; oftest i form af smerteforværring.

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da den baseres på ét studie med risiko for bias og en studiepopulation, der delvist omfatter traumatiske nakkesmerter.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Frafald (drop outs) behandlingsafslutning 6 Vigtig	Relative risiko 0.38 (CI 95% 0.21 – 0.69) Baseret på data fra 272 patienter i 1 studier. ¹ (Randomiserede studier)	88 per 1.000	33 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ²	
Gastrointestinale symptomer (G-I side effects) behandlingsafslutning	Baseret på data fra 266 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier)			Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende	Der var ingen tilfælde i ledmobilisering/ øvelsesterapi og 17 ud af 84 patienter i medicingruppen

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Comparator	Intervention	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
9 Kritisk	Baseret på data fra: 272 patienter i 1 studier. ⁸ (Randomiserede studier)	point (gennemsnit)	point (gennemsnit)	bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effektestimat ⁹	
Funktionsevne (Level of function) 12 uger follow-up 6 Vigtig	Målt med: NDI Skala: 0 – 50 Lavere bedre Baseret på data fra: 272 patienter i 1 studier. ¹⁰ (Randomiserede studier)	13 (gennemsnit)	9.78 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effektestimat ¹¹	
Livskvalitet (quality of life) 12 uger follow-up 6 Vigtig	Målt med: SF 36 (Fysisk) Skala: 0 – 100 Højere bedre Baseret på data fra: 58 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	51.16 (gennemsnit)	52.74 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig upræcist effektestimat ¹²	
Sygefravær (sickleave) 4-12 ugers follow-up	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.		CI 95%		Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomst af sygefravær

- Systematisk oversigtsartikel [9] med inkluderede studier: Bronfort, 2012 (1), Bronfort, 2012. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarehed. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [9] med inkluderede studier: Bronfort, 2012 (1), Bronfort, 2012. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarehed. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarehed. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [9] med inkluderede studier: Bronfort, 2012 (1), Bronfort, 2012. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarehed. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [9] med inkluderede studier: Bronfort, 2012 (1), Bronfort, 2012. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
- Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarehed. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.
- Systematisk oversigtsartikel [9] med inkluderede studier: Bronfort, 2012 (1), Bronfort, 2012. **Baselinerisiko/komparator:**

Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

11. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarhed. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.

12. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Mulig manglende overførbarhed. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun ét studie.

IKKYE GÆLDENDE

13. Baggrund

Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 oplever mere end 1 ud af 10 voksne danskere meget generende nakkesmerter inden for en 14-dags periode (51). Nakkesmerter er ifølge "Sygdomsbyrden i Danmark" fra 2015 den tredje hyppigste årsag til henvendelser i almen praksis, og det estimeres yderligere at 23 % af besøg hos kiropraktorer og fysioterapeuter skyldes nakkesmerter (52). Nakkesmerter er desuden årsag til 16 % af alle sygedage og skønnes at medføre et årligt produktionstab på ca. 2 mia. kr.(52).

Denne retningslinje omhandler behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter, der er karakteriseret ved smerter og stivhed i nakke/skulderåg. Smerterne varierer i intensitet, men personer der søger behandling vil ofte være betydeligt smertepåvirkede i det tidlige forløb(4).

Klassificeringen som uspecifikke nakkesmerter sker gennem udelukkelse af systemisk sygdom, frakturer, dislokationer og nerverodspåvirkning som årsag til smerterne. Det forudsættes således, at en kvalificeret sundhedsprofessionel har foretaget en diagnostisk stillingtagen baseret på anamnese og klinisk undersøgelse. Udover den diagnostiske vurdering har anamnese og klinisk undersøgelse til formål at vurdere prognostiske faktorer af relevans for forløbet, afdække patientens forventninger og sikre, at patienten oplever en afklaring gennem konsultationen.

I meget sjældne tilfælde kan nakkesmerter være symptom på, at en skade i arteria vertebralis er under udvikling. På den baggrund bør man ved vurdering af patienter med nakkesmerter være opmærksom på, at nakkesmerter i sjældne tilfælde er et symptom på arteria vertebralis skade. Der har været mistanke om, at manipulationsbehandling af nakken kunne være årsag til skader på arterie vertebralis hos en i øvrigt sund og rask person. Der har dog ikke kunnet påvises en sådan årsagssammenhæng(53). Observationer af skader på arteria vertebralis ses med øget hyppighed hos personer, der har konsulteret kiropraktor såvel som praktiserende læge, hvor brugen af manuelle teknikker vurderes at have lille udbredelse(54).

Behandlingen af uspecifikke nakkesmerter foregår almindeligvis hos praktiserende læge, kiropraktor eller hos fysioterapeut efter henvisning fra praktiserende læge og i mindre grad på rygcentre og i ambulatorier i sekundærsektoren eller i kommunalt regi. Der ses variation i behandlingsindsatsen i forhold til type og omfang af interventionen. Graden af patientens egenbetaling varierer desuden afhængigt af, hvilken fagprofession patienten henvender sig til. Behandlingen vil oftest bestå af information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler samt rådgivning vedrørende vanlig aktivitet og arbejde. Dertil kommer eventuel medicinsk smertebehandling og ikke-medicinske behandlingstiltag, herunder øvelsesterapi og manuelle behandlingsteknikker.

Håndtering af patienter med nakkesmerter er i nogle regioner omfattet af forløbsprogrammer for patienter med rygsmerter. Typisk giver forløbsprogrammer overordnede anvisninger med hensyn til behandlingsindsatsen med fokus på organisering af indsatsen og sektorovergange. Det er hensigten, at denne tværfaglige nationale kliniske retningslinje vil kunne være med til at sikre ensartede evidensbaserede indsatser inden for rammerne af forløbsprogrammer og dermed bidrage til et samlet kvalitetsløft.

14. Implementering

Dette afsnit beskriver, hvilke aktører (organisationer, faggrupper, myndigheder) der har et medansvar for at sikre udbredelsen af kendskabet til samt anvendelse af retningslinjens anbefalinger hos det sundhedsfaglige personale, der i den kliniske praksis møder patienter med nyopståede nakkesmerter og skal tage stilling til behandling af denne patientgruppe. Afsnittet indeholder desuden arbejdsgruppens forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

Regionerne spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger mv., som allerede anvendes her. Således vil de relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den nationale kliniske retningslinje. Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i Lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en central rolle i at tage stilling til den konkrete implementering. Endeligt kan implementering understøttes gennem overenskomster med praksisområdet.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i forhold til at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på fyraftensmøder, årsmøder i regi af de faglige selskaber og på Lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Såvel regioner som faglige selskaber opfordres til at overveje, hvordan retningslinjens budskaber kan formidles til såvel sundhedsprofessionelle som patienter og den generelle befolkning via sociale medier som Facebook, Twitter, LinkedIn og andre sociale platforme. Sundhedsstyrelsen opfordrer til formidling målrettet patienter og foreslår, at relevante patientforeninger spiller en vigtig rolle heri.

Der er i Nordjylland gjort gode erfaringer med en implementeringsstrategi i almen praksis, der blandt andet omfatter facilitatorbesøg i praksis. Dette projekt kan være til inspiration ved implementering af denne kliniske retningslinje(55). Det synes oplagt, at der udvikles strategier for en samlet implementering af de fire retningslinjer Sundhedsstyrelsen har udgivet om ikke-kirurgisk behandling af nakke- og lændesmerter.

Konkret har Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik planlagt en række regionale temaaftener, hvor resultaterne af denne retningslinje skal fremlægges, og værdien af faglige retningslinjer er tema for en workshop på kiropraktorernes faglige kongres 2016, hvor resultaterne af denne retningslinje også fremlægges. Danske Fysioterapeuter har en tradition for at udbrede nye retningslinjer på en lignende måde og har ansat to konsulenter som led i en overenskomst mæssig aftale om at styrke evidensbaseret behandling, implementering af den danske kvalitetsmodel og implementering af de nye retningslinjer, der kommer fra Sundhedsstyrelsen.

Implementeringen af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje er som udgangspunkt et lokalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Værktøjsskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke. Som led i formidling til patienter og borgere opfordrer Sundhedsstyrelsen til at quick guiden omsættes i en guide målrettet patienter.

15. Monitorering

Proces- og effektindikatorer

Arbejdsgruppen foreslår, at monitorering af implementeringen af den kliniske retningslinje kan ske ved hjælp af audits.

Det er vanskeligt at opstille relevante proces- og effektindikatorer til monitorering af denne kliniske retningslinje på grundlag af eksisterende datakilder, da der ikke foretages systematisk opsamling af data vedrørende henvendelsesårsager eller iværksat behandling i praksissektoren, ligesom der ikke foretages systematisk registrering af effekter på symptomer og funktion. Det er ønskeligt, at der bliver skabt mulighed for systematisk registrering af henvendelser til praktiserende læger, kiropraktorer og fysioterapeuter på grund af nakkesmerter samt systematisk registrering af forløbsmønstre og af, hvilken behandlingsindsats der iværksættes.

Datakilder

Patienter med nyopståede nakkesmerter håndteres helt overvejende i praksissektoren. Da Sygesikringsregisteret, der indeholder oplysninger om afregning af ydelser i praksissektoren, ikke omfatter registrering af diagnoser eller interventioner, findes der aktuelt ikke data til beskrivelse af den samlede patientgruppe. Der er behov for, at der etableres mulighed for opsamling af diagnosekoder, kodning af interventioner og af patientrapporterede sygdomsmål

I sygehussektoren kan udvikling i antallet af kontakter til sygehus grundet uspecifikke nakkesmerter kortlægges ved hjælp af Landspatientregisteret. Det vil dog kun være en meget begrænset del af patientgruppen, som henvises til sygehus.

IKKYE GÆLDEDE

16. Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt vil der tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Udarbejdelsen af denne nationale retningslinje for behandling af nyopståede nakkesmerter har påvist, at der er udbredt mangel på evidens på området. Der er derfor behov for en omfattende forskningsindsats.

Epidemiologi, diagnostik og subgruppering

Der er brug for viden om mekanismer bag udvikling af nakkesmerter, hvordan nakkesmerter forløber i et livsperspektiv, og om hvad der prædikerer og forårsager udviklingen af langvarige nakkesmerter og funktionsbesvær. Der er behov for en kortlægning af patienters kontaktmønstre i sundhedsvæsenet, behandlingsomfang i forskellige befolkningsgrupper, og af hvilke interventioner der tilbydes ved nyopståede nakkesmerter.

Randomiserede kliniske undersøgelser og implementeringsstudier

For alle de undersøgte interventioner gælder det, at evidensgrundlaget var yderst mangelfuldt, og der er behov for en fokuseret forskningsindsats omkring håndtering af nakkesmerter i det tidlige forløb. Dette gælder effekter på symptomer, funktion og arbejdsdeltagelse såvel som skadevirkninger af interventionerne.

Det kan fremhæves, at der ikke blev identificeret randomiserede studier vedrørende effekten af peroral NSAID og tramadol eller af at tilføje øvelsesterapi til information og rådgivning hos patienter med nyopståede nakkesmerter. Desuden fandtes yderst begrænset evidens i forhold til, hvordan rådgivning af patienter med nakkesmerter bør foregå.

Arbejdsgruppen bemærker, at der generelt er behov for studier af højere kvalitet og for bedre beskrivelser af de anvendte interventioner. I relation til alle interventioner er det relevant at undersøge, om der findes undergrupper af patienter med nakkesmerter, som kan have gavn af bestemte typer af behandling. Herunder bør det belyses, hvilken betydning symptomvarighed og tidligere episoder med nakkesmerter har for behandlingseffekt.

Desuden er der ved gennemgang af evidensgrundlaget for denne retningslinje bemærket et generelt fravær af inddragelse af patientperspektivet i udvikling og evaluering af interventioner mod nakkesmerter

Udover studier, der undersøger effekten af bestemte behandlinger, er det vigtigt at undersøge, hvorledes retningslinjer og information bedst implementeres.

Endeligt er der behov for udvikling af valide effektmål relateret til nakkesmerter, for at behandlingseffekter kan evalueres på en meningsfyldt måde.

17. Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

Ved udarbejdelsen af denne retningslinje er Sundhedsstyrelsens metode for nationale kliniske retningslinjer fulgt. Der er dog alene søgt indirekte evidens fra patienter med længevarende nakkesmerter, mens evidens fra andre lignende patientgrupper eller fra ikke randomiserede studier ikke er inddraget. Der er søgt efter indirekte evidens for de fokuserede spørgsmål, hvor der ikke fandtes resultater for de kritiske outcomes fra patienter med nyopståede nakkesmerter.

Litteratursøgninger og dokumentation er udført af bibliotekar Conni Skrubbeltrang i samarbejde med fagkonsulent Frank Lønberg. Grovsortering af litteratur på baggrund af titler og abstrakts er for guidelines, oversigtsartikler og primærlitteratur primært foretaget af fagkonsulent Frank Lønberg. Gennemgang af søgninger med henblik på at identificere indirekte evidens relateret til besvarelse af de fokuserede spørgsmål 3, 5, 6 og 7 er efterfølgende foretaget af fagkonsulent Alice Kongsted.

Endelig litteraturudvælgelse og vurdering af risiko for bias er foretaget af én af fagkonsulenterne Frank Lønberg eller Alice Kongsted og et medlem af arbejdsgruppen.

IKKYE GÆLDENDE

18. Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, denne kliniske retningslinje besvarer se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

IKKYE GÆLDENDE

19. Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger.

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention.

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.

Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.

Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Stærk anbefaling imod (Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er høj tiltro til, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.

Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.

Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

Svag anbefaling for (Gul)

Der gives en svag anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.

Ordlyd: *Overvej at...*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.

Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.

Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag anbefaling imod (Orange)

Der gives en svag anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.

Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.

Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:

God praksis anbefaling (Grå)

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

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger:

Ordlyd:

For:

Det er god praksis at overveje...

Imod:

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

IKKYE GÆLDENDE

20. Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Litteratursøgningen til denne kliniske retningslinje er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er udvalgt efter retningslinjerne i metodehåndbogen.

Søgningerne er foretaget af Conni Skrubbeltrang, Medicinsk Bibliotek, Aalborg Universitetshospital i samarbejde med fagkonsulent Frank Lønberg og Alice Kongsted.

Søgningerne er foretaget i perioden 16. oktober 2015 og 4. marts 2016. Der er foretaget tre søgninger: 1) En baggrundssøgning efter kliniske retningslinjer. 2) En opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (Cochrane Reviews, systematiske reviews og metaanalyser). 3) En opfølgende søgning efter supplerende primærlitteratur samt primærlitteratur, hvor der ikke er fundet sekundærlitteratur. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser er tilgængelige via Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Litteraturen fundet ved søgning er suppleret med kendt litteratur fra andre kilder.

Generelle søgetermer:

Engelske: neck pain, cervical pain, neck ache, spinal pain

Svenske: nacksmärta, nacksmärter

Norske: nakkesmerter

Danske: nakkesmerter

For de opfølgende søgninger er listen af søgeord omfattende, hvorfor der henvises til søgeprotokollerne.

Generelle inklusionskriterier:

Publikationsår: 2005 – marts 2016 Sprog: engelsk, dansk, norsk og svensk. Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, MTV, HTA, systematiske reviews, metaanalyser, RCT

Baggrundssøgning.

Den systematiske baggrundssøgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget d. 16.-19. oktober 2015 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, The Cochrane Library, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapscenteret (Norge), PEDRO, Medline, Embase og CINAHL. Der blev identificeret 691 guidelines og retningslinjer.

Opfølgende søgning: Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og meta-analyser blev foretaget i perioden 9. december 2015-1. februar 2016. I søgningen indgik søgekriterier for hvert enkelt PICO-spørgsmål. Der er søgt i baserne MEDLINE, EMBASE, CINAHL og Cochrane Library. Inklusionsår varierede for hvert PICO spørgsmål.

Opfølgende søgning: primærlitteratur

Søgning efter primærlitteratur blev foretaget specifikt i forhold til hvert enkelt PICOspørgsmål (se søgeprotokollen for detaljer). Søgningerne blev foretaget i perioden 11. januar – 4. marts 2016.

Søgebeskrivelser samt evidensvurderinger er offentliggjort på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)

21. Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. den nationale kliniske retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter består af følgende personer:

- Bolette Søborg (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, overlæge og ph.d., Sundhedsstyrelsen
- Peter Duel, udpeget af Dansk Neurokirurgisk Selskab, overlæge ved Aarhus Universitetshospital, Neurokirurgisk Afdeling
- Anne Gram, udpeget af Ergoterapifagligt Selskab Ergoterapeuter i Arbejdsliv, privatpraktiserende ergoterapeut
- Henrik Hein Lauridsen, udpeget af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, kiropraktor og ph.d., lektor, Syddansk Universitet (medlem af arbejdsgruppen fra 6. møde og frem)
- Alexander Isenberg-Jørgensen, udpeget af Dansk Ortopædkirurgisk Selskab, overlæge ved Sygehus Lillebælt, Rygcenter Syddanmark
- Martin Bach Jensen, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin, speciallæge i almen medicin, ph.d., professor ved Aalborg Universitet, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg og praktiserende læge.
- Alice Kongsted, udpeget af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, kiropraktor og ph.d., lektor, Syddansk Universitet og seniorforsker, Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (medlem af arbejdsgruppen frem til og med 4. møde, hvorefter hun overtog rollen som fagkonsulent, jf. nedenfor)
- Jørgen Korsgaard, udpeget af Dansk Reumatologisk Selskab, privatpraktiserende speciallæge i fysiurgi og diplomalæge i Muskuloskeletal medicin.
- Steffan W. Christensen, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi, privatpraktiserende fysioterapeut, adjunkt ved Fysioterapiuddannelsen UCN og ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet
- Charlotte Krog, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi, privatpraktiserende fysioterapeut
- Peter Kryger-Baggesen, udpeget af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, privatpraktiserende kiropraktor
- Hans Kristian Lauritsen, udpeget af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin, privatpraktiserende speciallæge i anæstesi, intensiv medicin og smertebehandling

Fagkonsulenterne Frank Lønnberg og Alice Kongsted har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlige for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinje til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås her.

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. den nationale kliniske retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter består af følgende personer:

- Bolette Søborg (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, overlæge og ph.d., Sundhedsstyrelsen
- Hanne Dalsgaard, udpeget af Region Midtjylland, ledende overlæge, Hospitalsenhed Midt, Center for planlagt kirurgi
- Jeppe Stigsgaard Kruse, udpeget af Region Sjælland, fysioterapeut, Diagnostisk Rygcenter, Roskilde og Køge Sygehuse
- Kasper Ø. Nielsen, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, fuldmægtig
- Martin Thylstrup Nørgaard, udpeget af KL, fysioterapeut, Genoptræningscenter Hollufgård
- Jesper Nørregaard, udpeget af Region Hovedstaden, ledende overlæge, Nordsjællands Hospitaler, Reumatologisk Afdeling
- Bente Schibye, udpeget af Danske Patienter, arbejdsfysiolog og ph.d., indehaver af konsulentfirmaet Active Life
- Berit Schiøttz-Christensen, udpeget af Region Syddanmark, overlæge i reumatologi, professor og forskningsleder på Rygcenter Syddanmark
- Pia Schou, udpeget af KL, udpeget af KL, fysioterapeut, Genoptræningscenter Hollufgård
- Malte Harbou Thyssen/Linea Ohm Søndergaard, udpeget af Danske Regioner, konsulent
- Lone Vinhard, udpeget af KL, konsulent

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Marie Jakobsen (projektleder), Sundhedsstyrelsen
- Alice Kongsted (fagkonsulent efter 4. møde i arbejdsgruppen og frem til publicering), Sundhedsstyrelsen
- Frank Lønnberg (fagkonsulent frem til og med 4. møde i arbejdsgruppen), Sundhedsstyrelsen
- Tina Myung Povlsen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Conni Skrubbeltang, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring

Forud for udgivelsen har denne nationale kliniske retningslinje været i bred offentlig høring. Følgende organisationer og virksomheder er opfordret til og/eller har afgivet høringssvar:

- Dansk Neurokirurgisk Selskab
- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Ortopædisk Selskab
- Dansk Radiologisk Selskab
- Dansk Reumatologisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Fysioterapi, herunder Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi og Dansk Selskab for Smerter og Fysioterapi
- Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik
- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin
- Danske Akupunktører
- Danske Fysioterapeuter
- Danske Regioner
- Danske Patienter
- Ergoterapeutforeningen
- GSK Consumer Healthcare Danmark
- KL
- Praktiserende akupunktører
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Jens Ivar Brox, læge og professor, Universitet i Oslo, Institutt for klinisk medisin
- Anneli Peolson, fysioterapeut og professor, Linköping Universitet, Institutionen för medicin och hälsa

IKKYE GÆLDENDE

22. Forkortelser og begreber

Akupunkturteknikker: Behandlingsformer hvor huden penetreres af én eller flere tynde nåle uden injektion, hvad enten udgangspunktet er klassiske akupunkturpunkter (traditionel kinesisk akupunktur, der læner sig op af filosofiske teorier om energibaner) eller behandling af triggerpunkter i muskulatur (vesterlandsk medicinsk akupunktur, ofte kaldet dry needling).

AMSTAR: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til kvalitetsvurdering af guidelines.

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

KI: Konfidensinterval = sikkerhedsinterval

IRF: Institut for rationel farmakoterapi

Ledmobiliserende teknikker: Manuelle teknikker, der sigter mod at på-virke led i nakke eller thorakalcolumna. Det vil sige såvel mobilisering inden for leddets normale bevægeområde, herunder oscillerende bevægelser fra lav til høj kraftpåvirkning, som hurtige 'highvelocity' teknikker (manipulation), hvor der forekommer kavitation i leddet (typisk med en lyd: knæk eller pop).

MD: Mean difference = gennemsnitlig forskel.

NDI: Neck Disability Index.

NPDI: Neck Pain and Disability Index.

NSAID: Non-steroid anti-inflammatorisk lægemiddel

Outcome: Effektmål.

PCS: Physical Component Score. Totalscore for SF-36's fysiske skala.

Peroral administration: Administration af lægemidler gennem munden (fx tabletter og kapsler der synkes).

Retningsspecifikke øvelser: Øvelser foretaget i bestemte bevægeretninger med henblik på smertereduktion. Kendes blandt andet som led i Mekanisk Diagnostik og Terapi og som McKenzie-øvelser

SF-36: 36-Item Short Form Health Survey. Patientrapporteret spørgeskema til vurdering af generelt helbred.

Superviseret øvelsesterapi: Øvelser eller træning, der gives ved instruktion af en autoriseret sundhedsprofessionel som et led i behandlingen. Øvelserne omfatter alle typer af øvelsesterapi rettet mod nakken og skulderåget, herunder retningsspecifikke øvelser samt øvelser til træning af neuromuskulær kontrol, muskel udholdenhed og muskelstyrke.

Topikal administration: Administration af lægemidler, hvor lægemidlet bliver anvendt på huden og på slimhinder. Lægemiddelformer til topikal anvendelse omfatter bl.a. cremer, salver, geler, øjendråber og øredråber.

Tramadol: Smertestillende lægemiddel af opioidtypen

Uspecifikke nakkesmerter: Nakkesmerter hvor den specifikke smertegivende struktur ikke kan identificeres

VAS: Visuel analog skala

23. Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopstået rodpåvirkning i nakken med udstrålende symptomer til armen (cervikal radikulopati). Sundhedsstyrelsen, 2015. PDF
- (2) Hoy DG, Protani M, De R, Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):783-792.
- (3) van Hulst R, van Oostrom SH, Ostelo RW, Verschuren WM, Picavet HS. Long-term patterns of chronic complaints of the arms, neck, and shoulders and their determinants-the Doetinchem Cohort Study. *Pain* 2016;157(5):1114-1121.
- (4) Vasseljen O, Woodhouse A, Bjørngaard JH, Leivseth L. Natural course of acute neck and low back pain in the general population: the HUNT study. *Pain* 2013;154(8):1237- 1244.
- (5) Traeger AC, Hubscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175(5):733-743.
- (6) Hasenbring MI, Pincus T. Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? *Clin J Pain* 2015;31(2):133-136.
- (7) Derebery J, Giang GM, Gatchel RJ, Erickson K, Fogarty TW. Efficacy of a patient educational booklet for neck-pain patients with workers' compensation: a randomized controlled trial. *Spine* 2009;34(2):206-213.
- (8) Gross A, Forget M, St George K, Fraser MM, Graham N, Perry L, et al. Patient education for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;3:CD005106.
- (9) Hoving JL, Koes BW, de Vet HC, van dW, Assendelft WJ, van Mameren H, et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002;136(10):713-722.
- (10) Binder AI. Neck pain. *BMJ Clin Evid* 2008;2008 Aug 4:pii:1103.
- (11) Andersen LL, Saervoll CA, Mortensen OS, Poulsen OM, Hannerz H, Zebis MK. Effectiveness of small daily amounts of progressive resistance training for frequent neck/shoulder pain: randomised controlled trial. *Pain* 2011;152(2):440-446.
- (12) Franca DLM, Senna-Fernandes V, Cortez CM, Jackson MN, Bernardo-Filho M, Guimarães MAM. Tension neck syndrome treated by acupuncture combined with physiotherapy: a comparative clinical trial (pilot study). *Complement Ther Med* 2008;16(5):268-277.
- (13) Helewa A, Goldsmith CH, Smythe HA, Lee P, Obright K, Stitt L. Effect of therapeutic exercise and sleeping neck support on patients with chronic neck pain: a randomized clinical trial. *J Rheumatol* 2007;34(1):151-158.
- (14) Revel M, Minguet M, Gergoy P, Vaillant J, Manuel JL. Changes in cervicocephalic kinesthesia after a proprioceptive rehabilitation program in patients with neck pain: A randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75(8):895-899.
- (15) Dusunceli Y, Ozturk C, Atamaz F, Hepguler S, Durmaz B. Efficacy of neck stabilization exercises for neck pain: a randomized controlled study. *J Rehabil Med* 2009;41(8):626-31.
- (16) Rendant D., Pach D., Lã¼dtke R., Reissbauer A., Mietzner A., Willich SN., et al. Qigong versus exercise versus no therapy for patients with chronic neck pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2011;36(6):419-27.
- (17) Gross A., Kay TM., Paquin JP., Blanchette S., Lalonde P., Christie T., et al. Exercises for mechanical neck disorders. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015;1:CD004250.
- (18) Pikula JR. The effect of spinal manipulative therapy (SMT) on pain reduction and range of motion in patients with acute unilateral neck pain: a pilot study. *Journal of the Canadian Chiropractic Association* 1999;43(2):111-119.
- (19) Gonzalez-Iglesias J, Fernandez-de-las-Penas C, Cleland JA, Albuquerque-Sendin F, Palomeque-del-Cerro L, Mendez-Sanchez R. Inclusion of thoracic spine thrust manipulation into an electro-therapy/thermal program for the management of patients with acute mechanical neck pain: a randomized clinical trial. *Man Ther* 2009;14(3):306-313.
- (20) Gonzalez-Iglesias J, Fernandez-de-las-Penas C, Cleland JA, Gutierrez-Vega MR. Thoracic spine manipulation for the management of

patients with neck pain: a randomized clinical trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2009;39(1):20-27.

(21) Cleland JA, Childs JD, McRae M, Palmer JA, Stowell T. Immediate effects of thoracic manipulation in patients with neck pain: a randomized clinical trial. *Man Ther* 2005;10(2):127-135.

(22) Huisman PA, Speksnijder CM, de Wijer A. The effect of thoracic spine manipulation on pain and disability in patients with non-specific neck pain: a systematic review. *Disability & Rehabilitation* 2013;35(20):1677-85.

(23) Leaver AM, Refshauge KM, Maher CG, McAuley JH. Conservative interventions provide short-term relief for non-specific neck pain: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 2010;56(2):73-85.

(24) Gross A., Langevin P., Burnie SJ., BÃ©dard-Brochu MS., Empey B., Dugas E., et al. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane database of systematic reviews* 2015;9:CD004249.

(25) Akhter S, Khan M, Ali SS, Soomro RR. Role of manual therapy with exercise regime versus exercise regime alone in the management of non-specific chronic neck pain. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2014;27(6):2125-2128.

(26) Celenay ST, Akbayrak T, Kaya DO. A Comparison of the Effects of Stabilization Exercises Plus Manual Therapy to Those of Stabilization Exercises Alone in Patients With Nonspecific Mechanical Neck Pain: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2016;46(2):44-55.

(27) Bronfort G, Evans R, Nelson B, Aker PD, Goldsmith CH, Vernon H. A randomized clinical trial of exercise and spinal manipulation for patients with chronic neck pain. *Spine* 2001;26(7):788-97; discussion 798.

(28) Sherman KJ, Cherkin DC, Connelly MT, Erro J, Savetsky JB, Davis RB, et al. Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try? *BMC Complement Altern Med* 2004;4:9.

(29) Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. *Fam Pract* 2003;20(5):575-577.

(30) Mejuto-Vazquez MJ, Salom-Moreno J, Ortega-Santiago R, Truyols-Dominguez S, Fernandez-de-Las-Penas C. Short-term changes in neck pain, widespread pressure pain sensitivity, and cervical range of motion after the application of trigger point dry needling in patients with acute mechanical neck pain: a randomized clinical trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2014;44(4):252-260.

(31) Ilbuldu E, Cakmak A, Disci R, Aydin R. Comparison of laser, dry needling, and placebo laser treatments in myofascial pain syndrome. *Photomed Laser Surg* 2004;22(4):306-311.

(32) Irnich D, Behrens N, Gleditsch JM, Stor W, Schreiber MA, Schops P, et al. Immediate effects of dry needling and acupuncture at distant points in chronic neck pain: results of a randomized, double-blind, sham-controlled crossover trial. *Pain* 2002;99(1-2):83-89.

(33) Seidel U., Uhlemann C. A randomised controlled double-blind trial comparing dosed lasertherapy on acupuncture points and acupuncture for chronic cervical syndrome. *Deutsche Zeitschrift fur Akupunktur* 2002;45(4):258-269.

(34) Thomas M, Eriksson SV, Lundeberg T. A comparative study of diazepam and acupuncture in patients with osteoarthritis pain: a placebo controlled study. *Am J Chin Med* 1991;19(2):95-100.

(35) Witt C.M., Brinkhaus B., Reinhold T., Willich S.N. Efficacy, effectiveness, safety and costs of acupuncture for chronic pain - Results of a large research initiative. *Acupuncture in Medicine* 2006;24:S33-S39.

(36) Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN. Acupuncture for patients with chronic neck pain. *Pain* 2006;125(1-2):98-106.

(37) Petrie JP, Hazleman BL. A controlled study of acupuncture in neck pain. *Br J Rheumatol* 1986;25(3):271-275.

(38) White P, Lewith G, Prescott P, Conway J. Acupuncture versus placebo for the treatment of chronic mechanical neck pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;141(12):911-919.

(39) Birch S, Jamison RN. Controlled trial of Japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: assessment of specific and nonspecific effects of treatment. *Clin J Pain* 1998;14(3):248-255.

- (40) Trinh K, Graham N, Irnich D, Cameron ID, Forget M. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(5):CD004870.
- (41) Cho J, Nam D, Kim K, Lee J. Acupuncture with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) versus acupuncture or NSAIDs alone for the treatment of chronic neck pain: an assessor-blinded randomised controlled pilot study. *Acupuncture in Medicine* 2014;32(1):17-23.
- (42) Sherman KJ, Cherkin DC, Hawkes RJ, Miglioretti DL, Deyo RA. Randomized trial of therapeutic massage for chronic neck pain. *Clin J Pain* 2009;25(3):233-238.
- (43) Patel KC, Gross A, Graham N, Goldsmith CH, Ezzo J, Morien A, et al. Massage for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;9:CD004871.
- (44) Sherman KJ, Cook AJ, Wellman RD, Hawkes RJ, Kahn JR, Deyo RA, et al. Five-week outcomes from a dosing trial of therapeutic massage for chronic neck pain. *Annals of Family Medicine* 2014;12(2):112-120.
- (45) Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). M01 og M09 NSAID, glukosamin og hyaluronsyre : Rekommandation. Opdateret: 2011. Senest hentet: 20.06.2016. [Link](#)
- (46) Predel H, Giannetti B, Pabst H, Schaefer A, Hug AM, Burnett I. Efficacy and safety of diclofenac diethylamine 1.16% gel in acute neck pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2013;14:250.
- (47) Derry S, Moore RA, Gaskell H, McIntyre M, Wiffen Philip J. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;6: CD007402.
- (48) Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). N02B Svage analgetika : Rekommandation. Opdateret: 2011. Senest hentet: 20.06.2016. [Link](#)
- (49) Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF). N02A Opioider : Rekommandation. Opdateret: 2011. Senest hentet: 20.06.2016. [Link](#)
- (50) Bronfort G, Evans R, Anderson AV, Svendsen KH, Bracha Y, Grimm RH. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2012;156(1):1-10.
- (51) Sundhedsstyrelsen; Statens Institut for Folkesundhed. Danskernes sundhed : Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil : for 2010 og 2013. Opdateret: 2014. Senest hentet: 20.06.2016. [Link](#)
- (52) Flachs EM; Statens Institut for Folkesundhed; Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark : sygdomme. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2015. PDF
- (53) Church EW, Sieg EP, Zalatimo O, Hussain NS, Glantz M, Harbaugh RE. Systematic Review and Meta-analysis of Chiropractic Care and Cervical Artery Dissection: No Evidence for Causation. *Cureus* 2016;8(2):e498.
- (54) Cassidy JD, Boyle E, Cote P, He Y, Hogg-Johnson S, Silver FL, et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: results of a population-based case-control and case-crossover study. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32(2):S201-8.
- (55) Riis A, Jensen CE, Bro F, Maindal HT, Petersen KD, Jensen MB. Enhanced implementation of low back pain guidelines in general practice: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci* 2013;8:124-5908-8-124

Referencer

1. [Intervention] for [health problem].
2. NKR-nakke pico 1. Trøning vs.ingen trøning.
3. NKR- Nakke. Pico 2 (Ledmobilisering) for [health problem].
4. [Intervention] for [health problem].
5. NKR-nakke pico 1. Manuel beh.og træning vs. manuel beh.
6. NKR-nakke pico 6. Akupunktur vs.ingen akupunktur.
7. NKR-nakke pico 7. Massage vs.ingen massage.
8. [Intervention] for [health problem].
9. NKR-Nakke Medicin vs. manuel/trøning.
10. NKR-nakke pico 2. Manuel beh vs. ingen manuel beh.
11. NKR-nakke pico 1. Trøning vs.ingen træning.
12. NKR-nakke pico 1. Manuel beh.og træning vs. manuel beh.
13. NKR-nakke pico 2. Manuel beh vs. ingen manuel beh.