

Vårdprogram för patienter med ländryggsbesvär

- en evidensbaserad översyn av behandlingsmetoder och omhändertagande



December 2001

Projektgrupp

Per Skarrie, leg sjukgymnast, tfn 036-32 44 64, per.skarrie@ltjkpg.se

Irene Tengberg Herrstedt, leg sjukgymnast, tfn 036-32 4460, irene.herrstedt@ltjkpg.se

Sven-Olov Lindahl, leg läkare, tfn 0381-359 27, sven-olov.lindahl@ltjkpg.se

Fastställt av Roger Hammarström, Planeringsdirektör, Hälso- och sjukvårdsavdelningen,
Landstinget i Jönköpings län 2001-12-19

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte	4
Bakgrund	4
Prevention	5
Egenvård	5
Primärvårdens roll	6
Telefonrådgivning	6
Besök hos vårdgivare	6
Anamnes och undersökning	7
Undvik medikalisering	8
Akuta besvär	8
Konservativ behandling	8
Farmakologisk behandling	9
Subakuta besvär	10
Långvariga besvär	10
Definitioner	11
Referenser	12
Bilaga 1	13
Bilaga 2	14

SAMMANFATTNING

Smärtor i ländryggen är mycket vanligt förekommande och drabbar upp till 80 % av alla människor någon gång under livet. Det är därför viktigt att man finner ett optimalt sätt att ta hand om patienter med ryggproblem. Oavsett var man söker för ont i ryggen inom Landstinget i Jönköpings Län skall budskapet vara detsamma och grunda sig på evidensbaserade riktlinjer.

Primärvården är i de flesta fall den enda vårdinstans som är nödvändig för denna patientgrupp. Vården har till uppgift att intervensera så lite som möjligt och inte utsätta patienten för undersökningar eller behandling som kan leda till att situationen utvecklas till ett långvarigt problem.

Många akuta ryggbesvär kan klara sig enbart med god information om egenvård. I de fall då besök hos vårdgivare ändå anses nödvändigt är en noggrann anamnes och fysikalisk undersökning viktig för att utesluta tillstånd som kräver vidare utredning eller annan behandling.

Vid okomplicerade akuta ryggbesvär är det viktigaste rådet att fortsätta vara aktiv i så stor utsträckning som möjligt. För att åstadkomma tidig fysisk aktivering är ofta adekvat farmakologisk smärtbehandling nödvändig.

I de fall då besvären kvarstår efter fyra veckor bör förnyad bedömning göras. I detta skede är det viktigt med fortsatt och ökad fysisk aktivering. Då ska även en mer systematisk genomgång av beteendemässiga och psykosociala faktorer göras eftersom dessa ofta kan försvåra tillfrisknandet. Då sådana faktorer bedöms inverka på smärtbilden krävs att flera professioner samverkar i team om rehabiliteringen ska bli framgångsrik.

Kvarstår besvären i mer än tolv veckor bör rehabiliteringen vara uttalat multiprofessionell och teambaserad. De enskilda insatser som det finns stark evidens för vid långvariga ryggbesvär är fysisk träning och manuell behandling. Enligt internationella riktlinjer är huvudmålet för behandling av långvarig ländryggsmärta återgång i arbete eller normala aktiviteter.

INLEDNING

Syfte

Landstinget i Jönköpings Län anser det viktigt att man finner ett optimalt sätt att ta hand om patienter med ryggproblem. Var man än söker för ont i ryggen skall budskapet vara detsamma och grunda sig på evidensbaserade riktlinjer. Detta vårdprogram har till uppgift att sammanställa de nu aktuella evidensbaserade riktlinjerna och riktar sig till patienter med ländryggssmärter utan bakomliggande trauma eller känd uppkomstmekanism och utan specifik medicinsk diagnos.

Bakgrund

Smärter i ländryggen är mycket vanligt förekommande och drabbar upp till 80 % av alla människor någon gång under livet. Man har ofta svårt att finna någon tydlig etiologi bakom, speciellt vid akuta besvär, men besvären är sällan någon signal på allvarlig sjukdom. Ryggbesvären orsakar dock mycket lidande och det är därför av stor vikt att ge ett gott omhändertagande baserat på den samlade tillgängliga vetenskapen om ont i ryggen.

De totala samhällsekonomiska kostnaderna för konsekvenserna av ryggsmärter uppgick år 1995 till 29.4 miljarder kronor. 27 miljarder kronor utgjordes av kostnader för sjukskrivning och förtidspension på grund av ont i ryggen, 2.4 miljarder kronor var direkta kostnader för sjukvård, såsom läkarbesök, diagnostiska utredningar, läkemedel, operationer, vårdtid mm.[1]

År 1996 inleddes arbetet med SBU-rapporten "Ont i ryggen, ont i nacken". Rapporten publicerades under våren 2000 och redovisar tillgängliga vetenskapliga fakta om resultaten av konservativa, kirurgiska och psykologiska behandlingsmetoder samt kostnadseffektiviteten i dessa. Dessutom tar man upp hur sociala, psykologiska och individuella faktorer samt förhållanden i arbetslivet påverkar smärter i ryggen. Det faktum att vissa behandlingsmetoder inte rekommenderas i SBU-rapporten beror oftare på att god forskning ännu saknas snarare än att metoden i sig skulle vara verkningslös.

I den kliniska verkligheten handlar det om att översätta vetenskapen till fungerande praktik, vilket innebär att både ta hänsyn till den beprövade erfarenheten och att följa evidensbaserade riktlinjer. Med detta som bakgrund bör ett vårdprogram som grundar sig på evidensbaserade riktlinjer lämna en möjlighet för praktikern att väga in sin egna beprövade erfarenhet vid val av behandling. Ett vårdprogram av det här slaget skall med andra ord inte vara ett dekret med behandlingsdirektiv utan snarare ett instrument med rådgivande riktlinjer som ger rekommendationer om behandlingsmetoder med väl grundad evidens.

PREVENTION

Preventiva åtgärder är sparsamt utredda i randomiserade, kontrollerade studier. De preventiva interventioner där det finns tillräckligt vetenskapligt underlag för att göra en värdering är framför allt ryggsolor, ländryggsstöd och fysisk träning. Förutom ergonomiska insatser är dessa interventioner sannolikt också de vanligaste preventiva åtgärderna mot ryggsbesvär.

Fysisk träning har det starkaste vetenskapliga stödet och har också visat sig vara mest effektivt. I de studier där man jämfört fysisk träning med ingen åtgärd visade träningen på signifikant reduktion av såväl ryggvärk som sjukfrånvaro[2,3]. Det finns därför vetenskapligt stöd för att bedriva organiserad fysisk träning för personal i syfte att minska sjukfrånvaro och förekomst av ryggsbesvär.

När det gäller ländryggsstöd och ryggsolor pekar den samlade vetenskapen på att det i nuläget inte finns något evidensbaserat stöd för att dessa interventioner skulle vara effektiva att bedriva i förebyggande syfte.

Den vanligaste preventiva åtgärden mot ryggsbesvär är förmodligen ergonomiska insatser av olika slag. Dessa används i stor utsträckning och har på många arbetsplatser liksom i Landstinget i Jönköpings Län en självklar plats i det preventiva personalarbetet. Stora mängder data från laboratoriestudier finns som tyder på att ergonomiska åtgärder skulle kunna reducera förekomsten av ryggvärk men randomiserade, kontrollerade studier som i praktiken stöder dessa väl underbyggda teorier saknas. Det är därför av stor vikt att sådana studier görs så att man kan dra vetenskapligt grundade slutsatser om ergonomiska insatser har den preventiva effekter man tror.

Sammanfattningsvis kan sägas att den intervention som det i nuläget finns starkast evidens för att bedriva i preventivt syfte är organiserad fysisk träning. Detta har en signifikant effekt på såväl förekomst av ryggvärk som sjukfrånvaro.

EGENVÅRD

Egenvården är av stor vikt och är det som ska rekommenderas patienter med akuta okomplicerade ryggsbesvär i första hand. Det är viktigt att alla ger samma budskap och oavsett var i landstinget man söker för problem från ländryggen ska budskapet vara lika. Det finns stark evidens att sängläge är skadligt vid akuta ländryggsbesvär. Att fortsätta vara aktiv i så stor utsträckning som möjligt och i möjligaste mån undvika sjukskrivning är därför en stark rekommendation. Detta budskap kan förhindra många sjukbesök och bör därför genomsyra de egenvårdsråd patienten får. Med fördel kan man använda sig av den broschyr som Apoteksbolaget tillhandahåller gratis via Apoteken.

PRIMÄRVÅRDENS ROLL

Evidensbaserade riktlinjer för ryggbehandling sätter primärvården i centrum. För majoriteten av patienterna är primärvården den enda instans som krävs för behandling av problemet. Av de som söker för ryggproblem är det mycket få fall som behöver remitteras till annan specialist. En noggrann anamnes och adekvat fysikalisk undersökning är av central betydelse för att utesluta allvarlig sjukdom eller tillstånd som kommer att kräva annan intervention. I övrigt bör patientgruppen klara sig med den vård primärvården kan erbjuda.

Vid jämförelse mellan olika typer av vårdgivare och behandlare i den primära vården finns det inte några avgörande skillnader i behandlingsresultatet[4,5]. Detta kan tas som ett gott skäl för att välja den vårdgivare som uppnår ett tillfredställande resultat till lägsta kostnad. De studier som finns tillgängliga antyder att det är viktigt att vårdgivaren kan förmedla empati, innehar förmåga att lyssna aktivt och intervererar så litet som möjligt [6].

Telefonrådgivning

Patientens första kontakt med vården då ryggbesvär uppstår är oftast via en telefonrådgivning. I vårt alltmer IT-baserade informationssamhälle är det dock mycket troligt att denna första kontakt med vården i framtiden kommer att baseras på någon form av webb lösning. Formen för detta första möte är dock inte av central betydelse. Vare sig patienten får kontakt ansikte mot ansikte, via en telefon eller via en dator är det viktiga att informationen som ges är adekvat och samstämmig oavsett varifrån denna information fås.

Det gäller att vid denna första kontakt kunna avgöra om personen är i behov av vård eller kan klara sig utan någon ytterligare hjälp av vården. Många kan klara sig bra med god information om egenvård och behöver inte alls besöka någon vårdgivare. I de fall besvären bedöms som helt okomplicerade och personen inte uttrycker någon oro ska god egenvårdsinformation ges, både vad avser medicinering och allmänt förhållningssätt.

Om det finns behov av en fysisk kontakt för vidare bedömning av besvären ska telefonrådgivningen i detta läge bedöma om personen kan hänvisas direkt till sjukgymnast eller är i behov av kontakt med läkare. Patienten kan även ringa direkt till sjukgymnasten för råd. För att detta samspel mellan professioner ska kunna fungera på ett smidigt och effektivt sätt är det viktigt att yrkesgrupperna utbildar varandra. På så vis skapas kunskap om varandras kompetens och lokala lösningar med gott samarbete kan skapas.

Besök hos vårdgivare

Organisationen bör vara så ordnad att denna patientkategori kan beredas en tid snart för bedömning av besvären. Om inga uppenbara neurologiska komplikationer eller kraftigt trauma föreligger kan patienten med fördel omhändertas av sjukgymnast som innehar fördjupad kunskap i muskuloskeletal problematik och ortopedmedicin. God kunskap om att identifiera röda flaggor är också en förutsättning för att kunna vara primär instans till denna patientgrupp (se bilaga 1).

Ett nära samarbete mellan läkare och sjukgymnast är också av stor vikt för att kunna bedöma komplicerade fall och för att kunna hantera sjukskrivning och medicinering på ett smidigt sätt då dessa insatser är befogade.

ANAMNES OCH UNDERSÖKNING

Anamnesen och den inledande undersökningen är en mycket viktig del i omhändertagandet av ryggpatienten. En noggrann och systematiskt genomförd anamnes och fysikalisk undersökning är utgångspunkten för god diagnostik. Om denna första kontakt med vårdgivaren utförs på optimalt sätt är det i de flesta fall tillräckligt för att identifiera de få fall som behöver remitteras vidare för ytterligare utredning [7].

En väl genomförd anamnes och fysikalisk undersökning är viktig av flera orsaker. Vid detta möte läggs grunden för patientens framtida förtroende för vårdgivaren. Patienten förutsätter och önskar en gedigen kroppslig undersökning vid konsultationen. För patienten är det viktigt att få en bekräftelse på att ha blivit tagen på allvar. Det är av största vikt att vårdgivaren upprättar en god kontakt med patienten genom att ställa relevanta frågor och lyssna väl. Den traditionella synen på att biologiska faktorer och medicinska insatser är det som allena är avgörande för ett gott behandlingsresultat är en förenklad bild av verkligheten. För att nå positiva behandlingsresultat behöver man ta mer hänsyn till biomedicinska och psykosociala faktorer och därmed även betrakta konsultationen som en form av behandling i sig. [8].

Undersökningen syftar naturligtvis också till att skaffa sig en mekanisk, fysiologisk och funktionell förklaringsmodell till patientens besvär. Den manuella undersökningen bör av dessa anledningar göras av vårdgivare med fördjupad kunskap om columnas och omkringliggande strukturers mekanik, fysiologi och anatomi.

Röda flaggor innefattar allmänna men viktiga fynd som framkommer vid anamnesen eller den manuella undersökningen. Dessa fynd är varningssignaler som har till uppgift att göra vårdgivaren observant på att patienten kan vara i behov av vidare utredning.[9]

Vid sidan av röda flaggor, som ska vara av högsta prioritet hos vårdgivaren att fastställa, är det också viktigt att vara observant på gula flaggor. (se bilaga 2). De gula flaggorna är tecken på psykosociala och beteendemässiga förhållanden hos individen som kan innebära ökad risk att utveckla långvariga smärttillstånd. Det kan röra sig om patientens sätt att hantera smärtan, observationer i patientens smärtbeteende eller icke organiska undersökningsfynd som ger indikationer på att smärtproblemet är av en mer komplex natur [10,11].

Med ett gott förtroende mellan patient och vårdgivare är förutsättningarna goda att även kunna angripa och påverka de faktorer som kan förstärka ryggvärken, såsom psykosociala faktorer eller beteendemässiga anpassningar till en sjukroll.

Undvik medikalisering

För de patienter där det inte finns indikationer på allvarliga bakomliggande sjukdomar eller tecken på psykosociala komplikationer är vårdgivarens viktigaste uppgift att intervensera så lite som möjligt. Patienten ska inte utsättas för onödiga undersökningar eller behandling som kan leda till att situationen utvecklas till ett långvarigt problem.

AKUTA BESVÄR

Konservativ behandling

Vid akuta, okomplicerade ryggbesvär är vårdgivarens roll att förutom en grundlig anamnes och undersökning intervensera så lite som möjligt. En stor del av ryggbesvären går spontant i regress inom en till två veckor och därför finns all anledning att avvakta naturalförloppet.

Information och förklaring är mycket viktigt. Rekommendationen är att patienten ska vara i rörelse och fortsätta med sina normala, dagliga rutiner i så stor utsträckning som möjligt. Tillståndet förvärras inte av aktivitet och rörelse, tvärtom förbättras det fortare. Därför bör man noga överväga i varje individuellt fall huruvida sjukskrivning är till nytta eller skada. Det finns stark evidens som pekar på att sänkläge och vila bör undvikas [12]. Undantag kan finnas vid kraftiga smärtor då sänkläge ibland är av naturen tvunget.

De första dagarna bör överdriven fysisk aktivitet eller behandlingar som utsätter vävnader för starka dragpåkänningar undvikas [13]. Därefter kan det dock vid kraftiga besvär finnas anledning att behandla med manuella behandlingsmetoder i smärtlindrande syfte för att ge patienten möjlighet att vara i rörelse. Manuell behandling i detta stadiet har just kortvarig smärtlindrande effekt och kan då stimulera till att patienten kan vara i rörelse.

Manuell behandling kan i det här sammanhanget anses vara ett samlingsbegrepp för behandlingsmetoder där man med egna kroppen som verktyg behandlar rörelseapparaten hos en patient. Syftet är att normalisera ett avvikande rörelsemönster eller rörelseutslag genom att behandla specifika leder eller muskulatur på manuell väg. Man använder sig av såväl mobiliserande tekniker som av manipulationstekniker. Syftet är att normalisera rörlighet och lindra smärtor för att patienten skall kunna vara aktiv och träna.

En manipulation är en för patienten passiv rörelse där terapeuten med egen kraft utför en hastig rörelse upp till gränsen av det fysiologiska rörelseomfånget. Mobilisering utförs med lägre hastighet och lägre kraft än en manipulation och kan för patienten innebära såväl en passiv som en aktiv rörelse. Kliniskt används manipulativa och mobiliserande tekniker ofta i kombination med varandra under en behandling.

Manipulationen innebär en något större risk men ger ofta en momentan effekt medan mobiliseringsbehandlingen innebär mindre risk för patienten men kräver ofta längre tid för att ge resultat. Riskerna med manipulationsbehandling är dock mycket små, förutsatt att patienterna är noga utvalda och korrekt bedömda, och att behandlingen ges av en utbildad behandlare.

Farmakologisk behandling

För att åstadkomma tidig aktivering är ofta adekvat smärtbehandling nödvändig. Val av läkemedel bör ske enligt trappan för smärtbehandling. Patienten har ofta tillgång till receptfria beredningar av paracetamol eller ibuprofen. Dessa utgör därför förstahandsmedel vid smärtbehandlingen. Vid läkarförskrivning är pronaxen ett alternativ med längre effektduration. Vid behandling av akut smärta från nacke och rygg erbjuder coxiber inga fördelar. Evidensen för att coxiberna skulle minska risken för ulcus är mycket begränsad.

Vid behov av tillägg av läkemedel med central verkan på smärta saknas bra alternativ. Tramadol och kodein har till skillnad från dextropropoxyfen korta halveringstider som väl sammanfaller med paracetamol och ibuprofen. Risk för att utveckla beroende föreligger för samtliga efter några veckors tid men risken anses lägst vid användning av tramadol. Vid kortvarig behandling (mindre än 2 – 3 veckor) torde kodein vara att föredra framför dextropropoxifen p.g.a. det senares smala terapeutiska bredd och risk för att ge plötslig hjärtdöd även utan kombination med alkohol. Vid mycket svår smärta måste opiater användas som komplement till paracetamol/NSAID men bör då enbart användas som enstaka behandling.

Muskelrelaxation minskar smärta och kan åstadkommas med bensodiazepiner. På grund av risken för vanebildning bör dock behandlingstiden vara kort.

Rekommenderad Substans	Läkemedel för egenvård	Läkemedel för recept-förskrivning
Paracetamol	Alvedon/Curadon/Panodil	Hänvisas till aktuell rådgivande läkemedelslista
Ibuprofen	Ipren/Ibumetin	
Naproxen		
Tramadol		
Kodein (+paracetamol)		
Dextropropoxifen		
Morfin		
Diazepam		

SUBAKUTA BESVÄR

Konservativ behandling

Naturalförloppet vid ryggbesvär är inte helt klarlagt. Vissa studier som grundar sig på sjukskrivningsdata visar att cirka 80 % av ryggbesvärerna har gått i regress efter fyra veckor [14] medan andra prospektiva studier pekar emot att 25 % har kvar sina ryggbesvär ett år efter debuten [15].

Rekommendationen är dock att vid kvarstående besvär efter fyra veckor bör ett återbesök göras för en ny bedömning. Vid denna bedömning bör man åter vara observant på såväl röda som gula flaggor. Om inga komplicerande omständigheter råder som kan förklara att besvärerna ännu inte avklingat bör man efter denna tid göra en mer systematisk genomgång av gula flaggor. Ett validerat formulär som kan ge information om beteendemässiga och psykosociala faktorer som kan försvåra tillfrisknandet är "Frågeformulär om smärtproblem" från Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Örebro. Detta formulär används redan nu i vissa delar av landstinget i arbetet med patienter med långvariga ryggbesvär och andra smärttillstånd.

Patienter med kvarstående besvär bör uppmanas att gradvis öka sin fysiska aktivitet. Sjukgymnasten bör utarbeta ett personligt anpassat ryggrätningsprogram. Det är samtidigt viktigt att motivera patienten att följa givna träningsråd. Om arbetsförmågan är nedsatt bör åtgärderna även vara arbetsinriktade.

Det finns också måttlig evidens som talar för att manuell behandling skulle kunna vara till hjälp för patienten i den subakuta fasen.[16]

LÅNGVARIGA BESVÄR

När det gäller behandling av långvariga ländryggsbesvär så finns det stark evidens för multidisciplinärt omhändertagande i smärteam. Denna typ av team har uppvisat god effekt på långvariga ryggbesvär och är att rekommendera för att hjälpa denna patientgrupp. Dessutom finns stark evidens för ryggrätning och manuell behandling.

Multidisciplinär smärtbehandling har visat sig vara effektiv när det gäller rehabilitering av långvariga, ospecifika ländryggsbesvär. Rehabiliteringsprogrammen man studerat är främst olika typer av funktionsinriktade rehabiliteringsprogram. De vanligast förekommande yrkeskategorierna i dessa team är läkare, sjukgymnast, psykolog, kurator, arbetsterapeut och sjuksköterskor.

I majoriteten av studierna har olika former av kognitiv beteendeterapi ingått som en komponent i rehabiliteringen. Även när man studerar kognitiv beteendeterapi separat finns det måttlig evidens för att detta har effekt på långvariga ryggbesvär. Resultaten tyder på att ett framgångsrikt rehabiliteringsprogram bör vara funktionsinriktat och att någon form av kognitiv beteendeterapi bör ingå som en viktig komponent.

Denna rehabilitering kan med fördel bedrivas i primärvården eftersom detta är basen för behandling av denna patientgrupp. För att redan på det subakuta stadiet kunna motarbeta utvecklandet av långvariga besvär är det också viktigt med närheten till behandlande instans. Det är därför angeläget att det på flera vårdcentraler i landstinget ges möjlighet att bilda multidisciplinära rehabiliteringsteam som kan bygga upp ett nära samarbete med andra relevanta specialisterheter. Dessa team kan med rätt kompetens och samarbete ge en adekvat rehabilitering till patienter med långvariga ryggsbesvär där risk för långvariga besvär och sjukskrivningar föreligger.

Vad gäller ryggröning är det vetenskapliga underlaget stort. Det finns stark evidens för att ryggröning är effektivare som behandlingsmetod än andra former av behandling den jämförts med. Det har också visat sig, men då med något lägre evidens, att olika metoder av ryggröning ger samma behandlingsresultat. Risken är därför liten att ordinera någon "fel" ryggröning. Ett personligt anpassat träningsprogram utifrån de fynd som gjorts i anamnes och undersökning är således viktigt för patienter med långvariga ryggsbesvär. Ett individuellt anpassat träningsprogram tillsammans med ett motiverande samtal med patienten är också att rekommendera eftersom detta ökar patientens följsamhet till behandlingen avsevärt. [17]

Det finns även stark evidens avseende manuella behandlingsmetoders smärtlindrande korttidseffekter i jämförelse med placeboeffekt. Även i jämförelse med vanligt omhändertagande av allmänpraktiker, sänkläge, analgetika eller massage har manuell behandling måttlig effekt.

Sammanfattningsvis kan dock sägas att långvariga ryggsbesvär är av så komplex natur och påverkar så många aspekter av individen och dess omgivning att flera professioner i samverkan är nödvändigt för att nå framgång i rehabiliteringen. Enligt internationella riktlinjer är huvudmålet för behandling av långvarig ländryggs smärta återgång i arbete eller normala aktiviteter.

DEFINITIONER

Vårdprogrammet omfattar lumbala ryggsbesvär utan känt bakomliggande trauma eller utan känd medicinsk diagnos. Ländryggs smärtorna kan vara med eller utan utstrålning till extremiteter.

Akut ryggs smärta.....smärta och/eller funktionsnedsättning som varar **0-3 veckor**.

Subakut ryggs smärta....smärta och/eller funktionsnedsättning som kvarstår **4-12 veckor**.

Långvarig ryggs smärta..smärta och/eller funktionsnedsättning som varar **mer än 12 veckor**.

REFERENSER

1. Nachemsson A et al. Ont i ryggen, ont i nacken. Rapport nr 145/2; 302. SBU, Stockholm 2000.
2. Gundewall B, Liljeqvist M, Hansson T. Primary prevention of back symptoms and absence from work: A prospective randomized study among hospital employees. *Spine* 1993;18:587-94.
3. Kellett KM, Kellett DA, Nordholm LA. Effects of an exercise program on sick leave due to back pain. *Physical Therapy* 1991;71:283-93.
4. Solomon DH, Bates DW, Panush RS, Katz JN. Costs, outcomes, and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions: a critical review of the literature and proposed methodologic standards [see comments], *Ann Intern Med*, 1997; 127: 52-60.
5. Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project [see comments], *N Engl J Med*, 1995; 333: 913-7.
6. Englund L, Söderström M. Ont i ryggen, ont i nacken. Rapport nr 145/2; 241. SBU, Stockholm 2000
7. Englund L, Söderström M. Ont i ryggen, ont i nacken. Rapport nr 145/2; 235. SBU, Stockholm 2000.
8. Cherkin DC, MacCornack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med* 1989;150:351-5.
9. Nachemson A et al. Ont i ryggen, ont i nacken. Rapport nr 145/1; 369. SBU, Stockholm 2000.
10. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Non-organic physical signs in low back pain. *Spine* 1980;5:117-25.
11. Richards JS, Nepomuceno C, Riles M, Suer Z. Assessing pain behavior: the UAB pain behavior scale. *Pain* 1982;14:393-8.
12. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bedrest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47:647-52.
13. ny
14. Nachemson s, Spitzer W O et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec task force on spinal disorders. *Spine* 12(7S), (Suppl 1), S1-S59, 1987.
15. Croft P et al. Outcome of low back pain in general practice. A prospective study. *Brit Med J* 316. 1356-9, 1998.
16. Nachemson A et al. Ont i ryggen, ont i nacken. Rapport nr 145/2; 63. SBU, Stockholm 2000.
17. Friedrich M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1998; 79(5):475-87.

Röda flaggor

De vanligaste indikationerna från anamnes och fysisk undersökning för "röd flagga" - patologi som kräver speciell uppmärksamhet och ibland omedelbart omhändertagande, inklusive bildtagning.

- Ryggsmärta hos barn under 18 år
- Avsevärda smärtor eller smärtdebut efter 55 år
- Våldsamt trauma bakom smärtan
- Konstant eller progredierande smärta under natten
- Tidigare cancersjukdom
- System steroid behandling
- Drogmissbruk, HIV

- Viktförlust
- Allmänt nedkommen

- Bestående svår rörelseinskränkning
- Intensifierad smärta vid minsta rörelse
- Strukturell deformitet

- Svårighet att urinera
- Förlust av tonus i analsfinkter eller avföringsinkontinens
- Sadelanestesi
- Utbredd progredierande motorisk svaghet eller gångstörningar

- Misstänkt inflammatorisk sjukdom (Bechterews sjukdom)
- Gradvis insättande sjukdom före 40 års ålder
- Markant morgonstelhet
- Ihållande rörelseinskränkning
- Perifera leder angripna
- Irit, hudutslag, kolit, utsöndring från urinröret
- Ärftlighet

Utdrag ur SBU-rapporten "Ont i ryggen. Ont i nacken." Rapport nr 145, april 2000.

Gula Flaggor

Gula flaggor kallar man de tecken som signalerar att psykosociala faktorer medverkar i smärtproblemet och därmed förstärker smärtan och gör den svårare att bemästra. Lars Englund som nyligen disputerade på sin doktorsavhandling om sjuk-skrivning som behandlingsmetod har definierat gula flaggor som tecken på oro, smärtbeteende och psykosociala faktorer som förstärker smärtan och gör patienten rädd för att aktivera sig.

Det finns stor anledning att redan tidigt i det subakuta stadiet av ryggsmärtor försöka identifiera dessa gula flaggor eftersom de är en signal om att patienten löper stor risk att utveckla långvariga besvär om inte rätt åtgärder sätts in.

De slutsatser man drar i SBU-rapporten angående psykosociala faktorer i stort är följande;

Det finns stark evidens för att :

- psykosociala variabler är starkt länkade till övergången från akut till långvarig smärta med funktionshinder.
 - psykologiska faktorer är förknippade med rapporteringen om uppkomst av rygg- och nacksmärta.
 - psykosociala faktorer generellt har större effekt på ryggsmärta med funktionshinder än biomedicinska faktorer.
 - attityder, kognitiva funktioner och önskan att undvika obehag är markant relaterade till utvecklingen av smärta och funktionshinder.
 - depression, ångest, upplevelse av smärta och besläktade känsloupplevelser är starkt förknippade med ryggsmärta och funktionshinder.
 - dåligt hälsotillstånd enligt patientens egen uppfattning har en måttligt stark relation till kronisk smärta och funktionshinder.
-
- Det finns också måttlig evidens för att psykosociala faktorer är måttligt effektiva prediktorer för långvarig smärta med funktionshinder.

