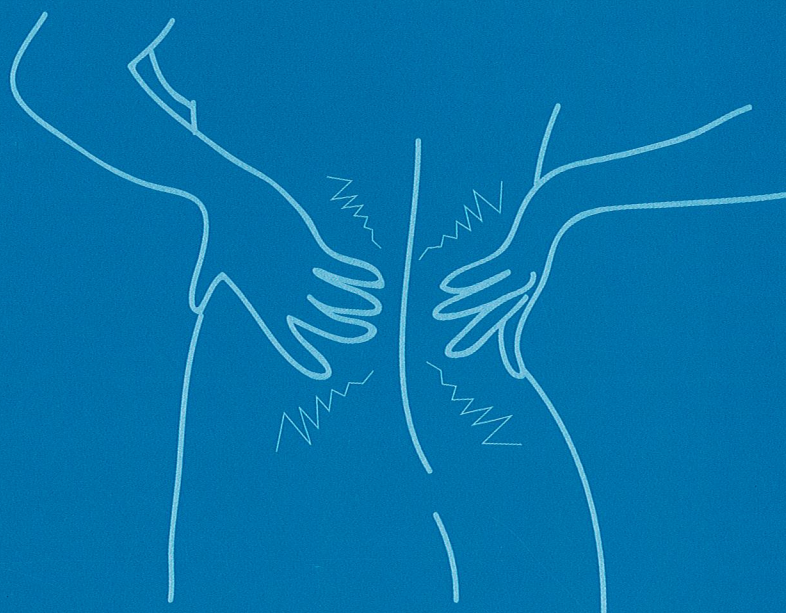




Klinisk vejledning

Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis



Dansk selskab for almen medicin - 2006

INDHOLD

Forord	3
Patienter fra min praksis	5
Indledning	8
Ondt i ryggen – en folkesygdom?	8
Målgruppe	8
Målsætning	9
Hovedkilder	9
Evidens for behandlingseffekt	10
Afgrænsning	10
Ord- og forkortelsesliste	10
Klassifikation af rygsmerter efter varighed	10
Arbejdsgruppens sammensætning og tilhørsforhold	10
Hvorfor har man ondt i ryggen?	12
Uspecifikke rygsmerter	12
Rygsmerter med rodirritation	13
Specifikke rygsmerter med alvorlig underliggende patologi	13
Refererede smerter til lænden. Abdominale og torakale lidelser eller andre ikke-spinale årsager	13
Diagnostik af lænderygproblemer	14
Udredning af lænderygpatienten	14
Anamnesen	14
Den kliniske undersøgelse	15
"Røde flag"	16
Basisundersøgelsen	17
Rodirritation	17
Den segmentære rodirritationsdiagnose	18
Klinik	19
Diskusprolaps eller protrusion	19
Spinalstenose	19
Uspecifikke lændesmerter	20
Klinik	21
Diskogene problemer (uden prolaps)	21
Facetledsproblemer	22
Sacroiliacaledsproblemer	22
Hofterelaterede problemer	22
Parakliniske undersøgelser	23
Behandling af lænderygproblemer	24
Generelle behandlingsaspekter	24

Nyopståede eller genopståede uspecifikke lænderygproblemer . . .	24
Langvarige uspecifikke lænderygproblemer	24
Behandlingsformer	25
Information – “den gode rygsamtale”	25
Aktivitet	26
Manuel medicinsk behandling	27
Øvelsesbehandling	28
Medikamentel behandling	29
Sengeleje	30
Akupunktur- og blokadebehandling	30
Andre behandlingsmetoder	30
Behandling af patienter med symptomer på rodtryk og mistanke om diskusprolaps	32
Behandling af patienter med spinalstenose	32
Nyere behandlingsmetoder af langvarige rygsmærter	33
Den gode henvisning	34
Det gode samarbejde mellem sygehus og praktiserende læge	34
Andre samarbejdspartnere	35
Speciallægen	35
Kiropraktoren	36
Fysioterapeuten	36
Billeddiagnostik	37
Indikationer for røntgenundersøgelse af ryggen	37
Specialundersøgelser	37
Socialmedicinske behandlingsmuligheder ved rygsygdomme . . .	39
Baggrund og generelle principper for kommunikation med rygpatienter	40
Rygpatienters sygdomsforståelse	40
De uhensigtsmæssige “fyord”	42
Visioner	44
Kvalitetsindikatorer	44
Afsluttende bemærkninger	44
Ordliste	46
Forkortelsesliste	54
Forslag til svar på sygehistorier	55
Litteraturliste	59

FORORD

DSAM's vejledninger kan nu fejre jubilæum, idet det er 10 år siden, selskabet begyndte at udsende kliniske vejledninger. Emnet er denne gang lænderygsmerter. Vejledningen har været længe undervejs – tre år, dels fordi det er et vanskeligt område, og dels fordi der i løbet af den lange skriveproces er kommet stigende krav til evidens, som det har vist sig vanskeligt at honorere. Det store litteratursøgningsarbejde har også – til nogens overraskelse – vist ringe evidens for populære behandlingsformer som manuelle teknikker og akupunktur.

Smerter fra bevægeapparatet fylder meget i almen praksis. Man skal ikke have arbejdet længe i praksis før man konstaterer, at der under studiet savnes undervisning i en grundig rygundersøgelse. Et væsentligt element i vejledningen er derfor en grundig instruktion i anamnese og klinisk undersøgelse ved lænderygsmerter.

Arbejdsgruppen finder, at egen læge kan og skal behandle patienterne i første fase – skulle denne primære indsats ikke være tilstrækkelig, bør egen læge også være tovholder i et eventuelt langvarigt forløb med psykosociale aspekter. Den primære indsats består af grundig anamnese og undersøgelse – og dernæst grundig information. Anbefalingerne for behandling har megen fokus på at begrænse passiv behandling og fremme aktivitet. En gennemgående tese i vejledningen er, at patienter med rygsmerter ikke skal belaste sygehusene med overflødig billeddiagnostik eller overflødige besøg.

Som noget nyt er der i denne vejledning indført "røde flag": faresignaler i anamnese eller objektiv undersøgelse, der skal få lægen til at overveje yderligere undersøgelser eller visitation.

DSAM har støttet udarbejdelsen af en patientvejledning med titlen "Værd at vide om rygproblemer. Hvad rygekspert er enige om". Anbefalingerne i den foreliggende DSAM-vejledning og patientvejledningen er enslydende. Den kan bl.a. bestilles hos Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt/Region Midtjylland, tlf. 8739 7550.

Det er mit håb, at den foreliggende vejledning kan være med til at kvalitetssikre forløbet for patienter med lændesmerter, så de får optimal behandling hos egen læge og ved behov henvises på rette tid til rette sted (og modtages på dette sted uden unødigt forsinkelse!).

Der skal lyde en stor tak til arbejdsgruppen for den ihærdige indsats – og for vejledningen.

Roar Maagaard
Formand for DSAM

PATIENTER FRA MIN PRAKSIS

Claus, 42 år, bankassistent

Patienten henvendte sig i sidste uge med spontant opståede smerter i lænden med udstråling til venstre ben. Den neurologiske undersøgelse i konsultationen viste normale forhold. Han blev anbefalet smertestillende medicin og aflastning. I dag kommer han akut, fordi han til morgen vågnede med nedsat kraft i venstre ben. Ved undersøgelsen i konsultationen findes der nedsat kraft ved dorsalfleksion af venstre fod, og han kan ikke gå på hæle.

Hvad fejler Claus? Hvad gør du?

Inge, 46 år, pædagog

Patienten har været sygemeldt i ti uger på grund af rygsmerter, der var opstået, efter at hun havde lavet et tungt løft på sit arbejde. Hun har været hos fysioterapeut og kiropraktor – alt uden effekt. De eneste kliniske fund af undersøgelserne (inkl. gynækologisk undersøgelse) er uspecifik muskelømheden og stivhed i lænden. Hun er træt og opgivende. Der er kommet en blanket (attest vedrørende socialmedicinsk opfølgning, LÆ215), som socialforvaltningen beder dig udfylde.

Bør Inge forsat sygemeldes? Bør hun henvises til yderligere undersøgelser?

Lone, 52 år, lægesekretær

Patienten har i den seneste uge haft kraftige lændesmerter med udstråling til knæniveau på højre side uden tegn på bedring. Lone beder om en skanning. Sygehuset ønsker først at modtage hende, når der er gået mere end en måned uden væsentlig bedring.

Hvad kan du tilbyde Lone? Bør hun henvises til skanning?

Ulla, 44 år, hjemmesygeplejerske

Patienten har i de seneste fire måneder haft tiltagende ondt i lænden og svært ved at klare sit deltidsjob. Det går hende efterhånden på og påvirker hendes humør, og hun er begyndt at tvivle på, om hun kan blive rask og igen være noget for sin mand og sine børn. Søvnene er dårlig. Smertestillende medicin hjælper kun lidt, og hun er ikke meget for at tage det. Et røntgenbillede har vist spondylose og diskusdegeneration på flere niveauer. Undersøgelse i konsultationen har vist nedsat bevægelighed i lænden samt betydelig muskelømheden både i lænden og i den øvrige muskulatur i ryggen samt i nakke- og skulderåb.

Hvordan kan du bedst hjælpe Ulla?

Grete, 47 år, hjemmehjælper

Patienten er i dag blevet sygemeldt på grund af langvarige lændesmerter af vekslende styrke. Smerterne begyndte i forbindelse med et forkert løft af en tung klient for seks år siden, hvor skaden blev anmeldt til Arbejds-skadestyrelsen. Røntgenbilleder af lænden viste dengang spondylose. Hun har prøvet både fysioterapi og kiropraktik i forbindelse med flere, kortere sygemeldinger. Ved undersøgelsen i konsultationen findes muskelømhed og uspecifik, let stivhed i lænden. Lægen har en mistanke om, at forløbet bliver langvarigt.

Hvad er risikofaktorerne for et langvarigt forløb? Hvordan kan man ned-sætte risikoen for, at rygproblemet medfører et langvarigt/permanent ar-bejdsophør?

Valborg, 74 år, pensioneret skolelærer

Patienten har haft ondt i ryggen i flere år. Det seneste halve år har hun haft en snurrende og sovende fornemmelse i begge ben, når hun står eller går meget. Det hjælper at sætte sig. Hun cykler gerne, men hun er bekymret på grund af dårlig balance. Den kliniske undersøgelse afslører en lidt foroverbø-jet holdning og en meget forkortet m. iliopsoas bilateralt.

Er der indikation for billeddiagnostik? Hvad tror du, hun fejler?

Christina, 31 år, kontorassistent

Patienten har barselsorlov efter en normal fødsel for tre måneder siden. De sidste fire uger af graviditeten havde hun problemer med at stå og gå i læn-gere tid ad gangen. Lige efter fødslen havde hun svært ved at løfte sønnen uden at få ondt over lænden og ned i venstre ben. Hun har fået behandlin-ger hos fysioterapeuten, men der er stadig ikke ro over lænden.

Hvad kan du gøre for at hjælpe Christina? Skal hun henvises til røntgen-undersøgelse?

Bjarne, 38 år, fisker

Patienten har i de seneste uger haft ondt i ryggen og en periodisk snurren og sovende fornemmelse i hele højre ben. Han er fisker og står op i mange timer ad gangen i et snævert styrehus på sin lille kutter. Han har ikke tid til at være sygemeldt, for der skal fiskes, inden kvoten er opbrugt. Han vil gerne skannes hurtigt, så han ikke spilder tiden, da han mener, at en hurtig operation bedst kan løse hans problem.

Vil du henvise Bjarne til skanning?

Erik, 55 år, landmand

Patienten henvender sig akut i telefonen med pludseligt opståede smerter midt i lænden. De kom, da han i formiddags hoppede ned fra sin traktor. En times hvil med varmepude gjorde det ikke bedre, og paracetamol hjalp ikke. Han kan ikke køre bil til klinikken, så du tager ud til ham.

Han virker meget forpint, og han har svært ved at vende sig i sengen. Den neurologiske undersøgelse viser normale forhold. En perkussionstest* udløser smerter over processus spinosus af L1.

Hvad gør du nu?

Martin, 16 år, skoleelev

Patienten møder i konsultationen med sin mor, fordi han har haft hyppigt ondt i ryggen de seneste måneder. Han går i skole, og han klager over, at møblerne er for små. Han er vokset meget det seneste årstid, og han har især ondt, når han rejser sig efter at have siddet. Moderen vil gerne have Martin henvist til røntgenundersøgelse, for der er Scheuermanns sygdom i familien på faderens side.

Undersøgelsen i konsultationen viser normal neurologi, og der er ingen udstråling af smerter til benene. Bevægetest tyder ikke på hold i ryggen. Hasemusklerne er meget korte i begge ben, og lændelordosen er flad.

Hvad gør du? Skal Martin røntgenfotograferes?

Se Forslag til svar på sygehistorier på side 55, hvis du har brug for hjælp til at besvare ovenstående sygehistorier.

INDLEDNING

Ondt i ryggen – en folkesygdom?

At have ondt i ryggen er blevet kaldt en folkesygdom på grund af den store udbredelse i befolkningen. Det er misvisende at anvende ordet sygdom for de fleste i denne gruppe. For mange bør problemet betegnes som en gene eller klage.

Inden for en 14-dages-periode angiver 26% af voksne danskere, at de har haft rygproblemer eller rygsmerter (1). Det resulterer i et stort forbrug af undersøgelser og behandlinger, i sygefravær og ultimativt i udstødning fra arbejdsmarkedet og tilkendelse af førtidspension. Inden kontakt til sundhedsvæsenet foregår der en betydelig selvbehandling blandt personer med ryggene, og kun omkring 15% opsøger en behandler (2). 90% af nyopståede rygsmerter forsvinder spontant, eventuelt efter relevant behandling, eller bedres betydeligt inden for tre måneder, om end recidivfrekvensen er stor (3).

FAKTA

26% oplever lænderygbesvær inden for 14 dage.

49-70% oplever lave lændesmerter på et tidspunkt i livet (livstidsprævalens).

85% håndterer lændesmerter uden kontakt til sundhedsvæsenet.

90% af nyopståede lænderygsmerter forsvinder spontant inden for tre måneder, men recidivhyppigheden er stor.

Målgruppe

Vejledningens målgruppe er praktiserende læger og læger, der stiler mod praksis.

Det er den praktiserende læges opgave at tage stilling til, hvilke undersøgelser og behandlingsmuligheder der er relevante, når en patient henvender sig med rygsmerter. Den praktiserende læge har også her en vigtig rolle som visitator. Almen praksis ser ca. 2/3 af de rygpatienter, som vælger at opsøge en behandler - 1/3 opsøger primært kiropraktor (2).

Lænderygproblemer er hyppige henvendelsesårsager i almen praksis. Mange patienter får en langvarig sygdomsbegrundet i lænderygbesvær, og der rapporteres om stigende forekomst af ryglager i yngre aldersgrupper.

Det er usikkert, om dette er udtryk for en adfærdsændring, eller om der er en biomedicinsk baggrund.

Målsætning

Det er arbejdsgruppens hensigt at give evidensbaserede anbefalinger, som er tilpasset de særlige vilkår i almen praksis. Vi har i denne vejledning tilstræbt at gøre anbefalingerne tidssvarende, både når det drejer sig om "den gode rygundersøgelse", og når det omfatter anbefalinger vedrørende udredning, behandling og henvisning.

Vores anbefalinger vedrørende behandling har fokus på

- at sikre en god og tryghedsskabende information
- at fremme aktivitet
- at oplyse, at prognosen som hovedregel er god
- at begrænse passiv behandling såsom sengeleje
- at rygpatienterne ikke skal belaste sygehusene unødigt, hverken med overflødig billeddiagnostik, for tidlige henvisninger eller overflødige henvendelser til skadestuerne.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at egen læge kan og skal behandle patienterne i første fase, og egen læge bør også være tovholder i et eventuelt langvarigt forløb med psykosociale aspekter. Men hvis der er formodning om, at et rygforløb varetaget af egen læge kan blive kronisk, eller hvis patientens tilstand på anden måde kræver hjælp fra sygehuse eller andre faggruppers side, bør denne hjælp tilbydes med rimelig kort latenstid. I modsat fald er der risiko for et dårligt forløb - både for den enkelte patient og for samfundet - med langvarige sygedagpengeperioder, arbejdsløshed og udstødning fra arbejdsmarkedet til følge.

Hovedkilder

Vi har som hovedkilder til vores faglige anbefalinger valgt at støtte os til tre evidensbaserede nordiske vejledninger: Den norske "Akutte korsryggssmerter. Tverfaglige kliniske retningslinier fra Nasjonalt ryggnetverk" fra 2002, den svenske SBU-rapport (Statens beredning för medicinsk utvärdering) fra 2000 (4;5) samt den danske MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsens MTV-institut "Ondt i ryggen" fra 1999 (2). Desuden har vi støttet os til den endnu ikke publicerede "European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care" (6).

Disse fire hovedkilder blev suppleret med gennemgang af et udvalg af den nyeste litteratur. Der blev foretaget søgning i MEDLINE fra januar 2000

til marts 2004 med søgeordene low back pain. Søgningen blev begrænset til reviews, metaanalyser, randomiserede, kontrollerede forsøg og kliniske forsøg. Der blev fundet i alt 422 publikationer. Efter gennemgang af samtlige titler blev 60 udvalgte abstrakter nærlæst. For 30 abstrakter indhentede vi fuldtekstartikler, som indgår i referencelisten (7-36).

Evidens for behandlingseffekt

Evidensen af de anbefalede behandlinger af rygproblemer er gradueret på baggrund af den videnskabelige tyngde af de tilgrundliggende studier (jf. DSAM's protokollat for de kliniske vejledninger). Dette er markeret i teksten som hhv. (A), (B) og (C).

Evidens A: metaanalyser, randomiserede, kliniske undersøgelser.

Evidens B: observationelle undersøgelser (kohorte- og casekontrolundersøgelser).

Evidens C: kasuistikker, ekspertudsagn.

Afgrænsning

Vejledningen omfatter såvel akutte og subakutte som langvarige lænderygsmerter. Akutte lænderygsmerter kan både forekomme som førstegangstilfælde og - hyppigt - som genopståede rygsmerter efter en periode uden gener.

Ord- og forkortelsesliste

På side 46 findes en ordliste for de i vejledningen anvendte undersøgelser og begreber. For ord mærket med * første gang, ordet optræder, kan en forklaring findes i denne liste.

På side 54 er en liste over nogle af de forkortelser, der er brugt i vejledningen.

Klassifikation af rygsmerter efter varighed

Klassifikationen kan anvendes ved lægers valg af undersøgelse og behandling. Vi ønsker specielt at sætte fokus på den subakutte gruppe, hvor der er bedst mulighed for at forebygge langvarige og komplicerede forløb.

Arbejdsgruppens sammensætning og tilhørsforhold

Formand:

Speciallæge i almen medicin Gerd Lyng

Arbejder på en klinik for muskuloskeletal medicin, der modtager rygpatienter, dels uvisiteret og dels henvist fra praktiserende læger.

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin, ph.d. Jørgen Nexøe.

Seniorforsker på Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense. Alment praktiserende læge.

Speciallæge i almen medicin Niels Jensen.

Praktiserende læge i Måløv. Medlem af bestyrelsen for Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin.

Speciallæge i almen medicin Lars Rytter.

Praktiserende læge i Albertslund.

Speciallæge i almen medicin Allan Gravesen.

Praktiserende læge i Korsør. Formand for bestyrelsen for Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin.

Speciallæge i almen medicin Niels Frederik Pedersen.

Praktiserende læge i Grenå.

Speciallæge i almen medicin Peter Silbye.

Praktiserende læge i Køge. Medlem af bestyrelsen for Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin.

Speciallæge i intern medicin, reumatologi og almen medicin

Claus Rasmussen.

Overlæge, Reumatologisk afd., Sygehus Vendsyssel, Hjørring Sygehus.

Udpeget som medlem af arbejdsgruppen af Dansk Reumatologisk Selskab.

Speciallæge i almen medicin og klinisk farmakologi, ph.d. Lars Bjerrum.

Seniorforsker på Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, konsulent for DSAM's kliniske vejledninger.

Professor, overlæge, dr.med. Tom Bendix.

Rygcentret i Ringe.

Udgået af arbejdsgruppen i sommeren 2003.

HVORFOR HAR MAN ONDT I RYGGEN?

Lænderygsmarter defineres oftest bredt som smerter i lænden med eller uden udstråling til benet/benene. Smerterne vil hyppigt være ledsaget af bevægehæmning i columna lumbalis og opfattes derfor ofte som udløst fra lokale anatomiske strukturer i lænden. I langt de fleste tilfælde er de præcise smertemekanismer dog uafklarede. Sjældent findes alvorlige patoanatomiske forandringer som årsag til rygsmerterne.

Gruppen af rygpatienter inddeles af hensyn til undersøgelses- og behandlingsstrategien i følgende beskrivende diagnosekategorier:

1. Uspecifikke rygsmerter (80-90%)
2. Rygsmerter med rodirritation* (5-10%)
3. Specifikke rygsmerter med alvorlig underliggende patologi (1-5%) ("røde flag"*)
4. Refererede smerter til lænden. Abdominale og torakale lidelser eller andre ikke-spinale årsager (0-2%).

Uspecifikke rygsmerter

Gruppen af patienter med uspecifikke rygsmerter er kendetegnet ved, at der hverken billeddiagnostisk eller laboratoriemæssigt kan påvises relevant patoanatomisk. Derimod kan der næsten altid påvises funktionelle ændringer i biomekanisk forstand, typisk bevægehæmning i columna. Der er således en sammenhæng mellem smerter og bevægehæmning i lænden. Det er dog uafklaret, hvad der kommer først - smerterne eller bevægehæmningen.

Ved uspecifikke lændesmerter er der ringe sammenhæng mellem billeddiagnostiske fund og symptomer.

Ved uspecifikke lænderygsmarter findes der ofte områder med nedsat bevægelighed i columna (hypomobilitet).

Ætiologien til uspecifikke rygsmerter er formentlig ofte en blanding af biomekaniske/strukturelle og psykosociale forhold. Ved akutte lænderygsmarter har de biomekaniske faktorer langt den største betydning, og undersøgelse og behandling vil primært være rettet mod disse. Ved langvarige

smarter er indflydelsen fra psykosociale forhold ofte mere udtalt – belyst ved nedenstående figur:



Da ætiologien til uspecifikke rygsmerter er delvis ukendt, har man forsøgt at indkredse de anatomiske strukturer, som mest sandsynligt kan være årsag til patientens symptomer. Studier tyder på, at diskus, sacroiliacaled og facetled er strukturer, der i væsentlig grad er medinddraget ved uspecifikke rygsmerter (37).

Den danske MTV-rapport "Ondt i ryggen" (2) har understreget betydningen af psykosociale faktorer, og der er sat fokus på både individuelle risikofaktorer (rygning, alkohol, jobtilfredshed, socialgruppe og psykisk stress) og eksterne risikofaktorer (tungt arbejde samt repetitive og ensformige arbejdsfunktioner).

Ved længerevarende tilstande kan sådanne psykosociale forhold spille en vedligeholdende rolle og bør altid medvurderes, men der må aldrig sættes spørgsmålstegn ved patientens smerte, som er en subjektiv oplevelse, der vanskeligt lader sig måle (38).

Rygsmerter med rodirritation

Gruppen omfatter patienter med rodirritation f.eks. forårsaget af diskusprolaps, følger efter operation for diskusprolaps samt sværere facetledsartrose, især hvor de spinale pladsforhold er trange.

Specifikke rygsmerter med alvorlig underliggende patologi ("røde flag")

Gruppen med specifikke rygsmerter omfatter patienter med cancer, metastaser til columna og bækken, traumatiske frakturer og discitis. Endvidere aksiale artrittriter som f.eks. mb. Bechterew og psoriasisartrit.

Refererede smerter til lænden. Abdominale og torakale lidelser eller andre ikke-spinale årsager

Denne gruppe udgøres af patienter med rygsmerter af ikke-spinale årsager, f.eks. akut myokardieinfarkt (AMI), nyresten, gynækologisk lidelse eller abdominale og torakale tumorer.

DIAGNOSTIK AF LÆNDERYGPROBLEMER

Udredning af lænderygpatienten



Anamnesen

Anamneseoptagelsen kan påbegyndes allerede i telefonen. Det er væsentligt at afklare, om der ligger alvorlig patologi bag patientens henvendelse. Er der mistanke herom, bør patienten ses samme dag.

Ud fra anamnesen afklares det, om patientens problem er lokaliseret til lænden, om der er udstråling til benene, eller om smerterne sidder i bækkenringen.

Aktuelle og tidligere skader skal beskrives. De daglige gøremål og arbejdsbelastninger, familiære dispositioner, smidighed i ungdommen og tidligere tendens til rygproblemer bør indgå i anamnesen.

Oftest vil den praktiserende læge have kendskab til tidligere sygdomme, specielt cancersygdomme, og medicinering. Har man mistanke om bagvedliggende inflammatorisk eller infektiøs tilstand, må man afklare:

- om patienten har feber
- om der er andre tegn på inflammation
- om patientens tilstand giver mistanke om malign lidelse (4;39;40).

Hvis ikke anamnesen giver mistanke om "røde flag", må den efterfølgende kliniske og eventuelt parakliniske undersøgelse underbygge dette. Langt de

fleste ryggkonsultationer munder ud i, at man ikke kan påvise patoanatomiske forandringer eller "skæve" prøver, som det fremgår af næste afsnit.

Den kliniske undersøgelse

Alle patienter med rygproblemer bør have foretaget en klinisk undersøgelse (basisundersøgelse) og være passende afklædt under undersøgelsen. Fortæl patienten, at det er nødvendigt for at kunne se ryggen, og forklar under hele undersøgelsen, hvad du gør.

Det er en god ide at gennemføre undersøgelsen efter et fastlagt mønster, så du er sikker på at have husket det væsentlige hver gang.

Gør det til en vane, mens du undersøger patienten, at forklare hvad du finder af normale forhold. Det kan være beroligende at få at vide, at reflekserne er i orden, at nerverne til benet har det godt, at musklerne ikke er forkortede etc.

Ved den første undersøgelse af en patient med lænderygsmerter er det vigtigt at udelukke "røde flag", dvs. de tilstande, der kræver omgående intervention eller henvisning til andre undersøgelser eller andre behandlere. Det gælder uanset, om det drejer sig om nyopståede eller langvarige rygsmerter (2;4).

"Røde flag"

"Røde flag"			
	Fraktur	Cancer eller inflammation	Svært neurologisk udfald
Anamnese	Relevant traume Osteoporose Uspecifikke lændesmerter, der varer længere end seks uger	Alder >50 år Cancerdiagnose Uforklarligt vægttab Natlige smerter Træthed Feber	Progredierende pareser* Føleforstyrrelser i ridebukseområdet Flatusinkontinens Urinretention
Objektivt	Smerter ved perkussionstest	Smerter ved perkussionstest Forhøjet CRP/SR Forhøjede basiske fosfataser	Nedsat sphinctertonus Sensibilitetsændring i ridebukseområdet Progredierende pareser
Primær konsekvens	Røntgenundersøgelse • CT • skintigrafi • henvisning til speciallæge	Røntgenundersøgelse • MR-skanning • CT • Skintigrafi • Evt. henvisning til speciallæge	Akut henvisning til rykirurg

Basisundersøgelsen

Basisundersøgelsen er den kliniske undersøgelse, som alle patienter, der henvender sig i almen praksis med lændesmerter skal igennem.

Basisundersøgelsen gennemføres som anført i nedenstående skema.

Klinisk undersøgelse ved lændesmerter	
Inspektion	Almentilstand Holdning Asymmetri af muskler Afværgeskoliose*
Bevægetest	Foroverbøjning Bagoverbøjning Sidebøjning
Perkussionstest	På processus spinosi i det aktuelle område af lænderyggen
Grov neurologisk test	Strakt benløft* Reflekser Sensibilitetsundersøgelse Hæl- og tågang samt knæbøjning

Giver denne undersøgelse mistanke om "røde flag", skal patienten henvises til udredning andetsteds.

Rodirritation

Giver den initiale kliniske undersøgelse anledning til mistanke om rodirritation, fortsættes undersøgelsen med:

- uddybning af anamnesen med vægt på radikulære smerter distalt for knæniveau samt bugpresseaggravation
- patellar-, akilles- og mediale hasereflekser*
- Babinskis refleks
- nervestræktest* (Lasègue*, krydset Lasègue*, Bragard*, femoralis-stræk*)
- doorbell-fænomen*
- vurdering af kraft og tonus
- rektaleksploration ved mistanke om cauda equina-syndrom*
- segmentær rodagnostik (se skema på næste side).

Ved en systematisk gennemgang af 17 studier fandt man en sensitivitet for Lasègue på 88-100% og en specificitet på 11-45%. De tilsvarende værdier for krydset Lasègue var 23-44% og 86-95%. Forfatterne af undersøgelsen angav, at man på baggrund af de inkluderede studier ikke kunne foretage en valid vurdering af den diagnostiske sikkerhed af strakt benløfttest (6).

Det er ikke lykkedes arbejdsgruppen at finde diagnostiske værdier for de øvrige test i skemaet. Baggrunden for rodirritation er typisk en diskusprolaps eller en spinalstenose kombineret med trange pladsforhold omkring en nerverod (lateral recesstenose).

Den segmentære rodirritationsdiagnose

Undersøgelse af	L3-L4 roden	L5 roden	S1 roden
Motorisk udfald	Quadricepsparese Test, om patienten kan sætte sig på hug og rejse sig igen.	Dorsalfleksionsparese Test hæl gang med løftet forfod.	Plantarfleksionsparese Test tå gang, bed patienten om at stå på tæer på ét ben ad gangen.
Reflekser	Patellarreflekser	Mediale hasereflekser*	Akillesreflekser
Smerteudbredning	Femurs forside ned i mediale crus 	Bagsiden af låret til crus strålende ud i storetåen 	Bagsiden af låret til crus strålende ud i laterale fodrand 
Hypæstesi	Distalt på femurs forside til mediale crus, evt. til storetåen 	Lateralsiden af distale femur og crus til midttertærerne 	Knæhasen og bagsiden af crus til laterale fodrand og lilletå 

Efter 1-2 uger revurderes patienten med rodirritation:

Der optages aktuell anamnese med henblik på progression samt gentagelse af den neurologiske undersøgelse. Der lægges vægt på vurdering af pareser*, smerter, ressourcer, psyke samt effekt af den givne behandling.

Klinik

Diskusprolaps eller protrusion

Radikulært udstrålende smerter og/eller paræstesier og følelsesløshed. Det er karakteristisk, at bensmerter dominerer over rygsmerter. Brug af bugpresse reproducerer smerterne og udstrålingen.

Neurologiske fund - herunder positiv strakt benløfttest - er reglen, men ikke en betingelse. Når bensmerterne begynder at dominere, kommer der som regel en forværring i en periode på 1-2 uger, dernæst status quo i 1-3 måneder, og så klinger symptomerne af over yderligere 1-2 måneder. Mange patienter har mindre pareser uden progression og kan oftest behandles i almen praksis. Hvis der ikke er tydelig fremgang efter 4-6 uger, bør patienten henvises til reumatolog, eventuelt til et tværfagligt rygambulatorium. Den sjældne påvirkning af cauda equina medfører sensibilitetsforstyrrelser i perineum, svækket sphinctertonus, urinretention og pareser. Ændret vandladning er almindeligt ved diskusprolaps på grund af medicinen og smerterne. De sjældne akut progredierende pareser* bør konfereres med en rygkirurg (2;41).

Spinalstenose

Der ses udstrålende, brændende smerter, oftest i begge ben, forårsaget af trange pladsforhold, der påvirker nerveroden. Patienten er oftest over 60 år.

Spinalstenose er hyppigt forårsaget af facetledsartrose, arvæv fra prolaps eller af spondylolistese med eller uden arkolyse.

Der er neurogen claudicatio med følelsesløshed og tyngdefornemmelse i benene.

Differentialdiagnostisk må man overveje vaskulær claudicatio samt idio-patisk, diabetisk eller alkoholisk neuropati.

Differentialdiagnose over for vaskulær claudicatio er især:

- at symptomerne ikke forsvinder, når man stopper op, som de gør hos patienter med vaskulært betinget claudicatio
- at hyperekstension af lænden ofte fremkalder symptomerne i benene
- at smerten lindres ved at kyfосere ryggen, bl.a. ved at sætte sig ned, sætte sig på hug eller foretrække at cykle frem for at gå
- at der er bevaret fodpuls
- at der er variabel nedsættelse af gangdistancen, fordi bløddelshævelse ved artrose varierer, mens den ved vaskulær claudicatio er mere konstant.

Uspecifikke lændesmerter

Formålet med at undersøge disse patienter er at danne sig et indtryk af, om problemerne overvejende er betingede af lidelser i facetled, diskus, bækkenringen eller hoftelæddene.

Giver anamnesen og den initiale undersøgelse ikke anledning til mistanke om rodirritation, kan yderligere udredning eventuelt udsættes til næste konsultation.

Nedenstående skema er et forslag til, hvordan man kan gå videre i udredningen med henblik på at stille en praktisk arbejdsdiagnose, der kan være til hjælp i den videre behandling.

Stilling	Undersøgelse	Fund
Stående	Inspektion	Kyfoser/lordoser Skolioser (strukturelle eller funktionelle) Uens trochanterhøjde Anisomeli* Ankler og knæ (hyperpronation, supination, valgus, varus)
	Bevægetest	Nedsat foroverbøjning Nedsat bagoverbøjning Nedsat sidebøjning
Rygliggende	Strakt benløfttest	Stramme haser, stram piriformis
	Hofteled	Nedsat indadrotation
	Palpation over symfyen Kompression/separationstest*	Bækkenringsproblemer
Maveliggende	Gentagelse af perkussionstest	"Røde flag"
	Springingtest* Hudfoldetest*	Facetledsproblemer
	Passiv ekstension over hoftelæddet	Stram iliopsoas
	Palpation af piriformis	Piriformissyndrom med iskialgi (42)
	Palpation over sacroiliacaled	Bækkenringsproblemer

Ved strukturel skoliose hos unge henvises primært til specifik røntgenundersøgelse med henblik på udmåling af Cobbs vinkel* og eventuelt viderehenvisning til speciallæge.

Klinik

I den store gruppe med uspecifikke lændesmerter er det svært at sætte præcis årsagsdiagnose på den enkelte patient (5;43-46). Ud fra en biomekanisk opfattelse har mere end 40% af patienterne diskogene problemer (44), 15-40% har problemer, der er relaterede til facetleddene (37;45;47), og omkring 20% har sacroiliacaledsproblemer (37;48). En lille gruppe patienter har lænderygsmarter, der skyldes problemer i hofteleddet og de muskler, der er relaterede hertil. Fælles for alle i gruppen er smerter med bevægeindskrænkning med eller uden udstrålende smerter til balle eller ben. Her bygger diagnostikken i høj grad på anamnesen i kombination med den kliniske undersøgelse (40;46;49). Sekundært til de fleste af de uspecifikke lænderygproblemer, der har stået på i nogen tid, er der ofte forstyrret balance i de hofterelaterede muskelgrupper. I nogle tilfælde er dette det eneste, man finder ved den kliniske undersøgelse.

Ved manglende bedring efter fire uger skal der tages stilling til, om der er indikation for henvisning til billeddiagnostik, speciallæge eller sekundærsektoren.

Karakteristiske tegn for de fire grupper

	Diskogene problemer	Facetledsproblemer	Sacroiliacaledsproblemer	Hofterelaterede problemer
Morgensmerter	+	-	-	+ / -
Smerter ved sidebøjning	-	+	+ / -	-
Springingtest/fjedringstest* over det syge led	-	+	+	+

Diskogene problemer (uden prolaps)

Søvnen er som regel god. Der er ofte morgensmerter, som bedres efter bevægelser, men smerterne kommer igen i løbet af dagen i form af ømhed og træthed. Eventuel smerteudstråling til benet holder sig oftest over knæniveau. I svære tilfælde ses afværgeskoliose, og ved brug af bugpressen (hoste og nysen) kan smerten forværres i jag. Gentagne lumbale ekstensioner får udstrålende smerter og paræstesier i benet til at aftage, det vil sige, der sker en såkaldt centralisering af smerterne fra benet til ryggen (50).

Der er negativ springingtest og perkussionstest.

Facetledsproblemer

Patienten har smerter i bestemte stillinger, bevægeindskrænkninger og holdningsproblemer.

Smerteudstrålingen kan følge et segment, eventuelt til foden. Der er træthed over lænden og nedsat udholdenhed ved længere tids stående eller siddende stilling (51).

Bevægetest viser oftest ensidig hæmning ved sidebøjning.

Ved palpation findes lokal infiltration og ømhed over facetleddet, og der er oftest positiv hudfoldetest og springingtest.

Det er ikke lykkedes arbejdsgruppen at finde tal for den diagnostiske validitet af lokal ømhed, hudfoldetest og springingtest. Undersøgelser af reproducerbarheden, når undersøgelserne blev udført af læger, har vist en betydelig interobservatørvariation (52):

Springingtest: enighed om resultatet 62%, kappakoefficient*: 0,24.

Lokal ømhed: enighed om resultatet 76%, kappakoefficient 0,22.

Sacroiliacaledsproblemer

Der er lave lændesmerter, med maksimum over sacroiliacaleddene, oftest ensidige (53;54). Sjældent udstråling længere distalt end til knæhasen. Patienterne har besvær med at gå, og de kan slet ikke gå langt. De sidder helst på den ene balle, og de kan hverken løbe eller hoppe. Der er klager over træthed i lænden og nedsat udholdenhed ved længere tids stående eller siddende stilling.

Der er ømhed ved palpation eller fjedring over sacroiliacaled og/eller symfyen. Der udløses smerter ved kompression eller separation af bækkenet (kompressions- og separationstest*).

Bevægetest viser ofte nedsat bevægelighed i et sacroiliacaled.

Det er ikke lykkedes arbejdsgruppen at finde tal for validiteten af bevægetest i sacroiliacaleddet, men undersøgelser har vist betydelig interobservatørvariation (enighed om resultat af undersøgelse for bevægelighed i sacroiliacaled: 48%, kappakoefficient: 0,08) (52). Udfaldet og tolkningen af testene afhænger i høj grad af undersøgerens færdighed og erfaring (54-56).

Hofterelaterede problemer

Ved mistanke om, at lænderyggens problemer stammer fra hofteregionen, foretages der undersøgelse af de hofterelaterede muskler, haser, piriformis, gluteus medius og minimus, iliopsoas, rectus femoris og adduktorerne. Hertil vurderes bevægeligheden i hofteleddet med henblik på artrose og

artrit, hvor især indadrotationen er begrænset.

Stramme hasemusklér udsletter den lumbale lordose og giver øget stress på lænden på grund af den hyperflekterede stilling. Stram iliopsoas øger den lumbale lordose og giver øget stress på lænden på grund af den øgede ekstension. Piriformis kan, når den er forkortet, give iskiælg på grund af perifer irritation af iskiasnerven.

Undersøgelse for nedsat indadrotation i hofteledet har en meget lille interobservervariation (enighed: nær 100%, kappa-koefficient nær 1,0) (52).

Parakliniske undersøgelser

Der er begrænset behov for parakliniske undersøgelser ved lænderygbesvær.

Specielt når det gælder billeddiagnostik, oplever man i almen praksis tit et forventningspres fra patienter om at få foretaget røntgenundersøgelse eller skanning. Dette diskuteres i et separat afsnit, men her skal nævnes, at også af strålehygiejniske årsager bør man være tilbageholdende. Man risikerer desuden let at påvise fund, der er uden betydning for patientens aktuelle smerter.

Hvis anamnesen og efterfølgende undersøgelse ikke giver mistanke om alvorlig patologi ("røde flag") eller specifik ryglidelse, vil man ikke opnå yderligere ved hjælp af parakliniske undersøgelser. Det er ønskeligt, at patienten forstår, at lægens restriktive holdning til billeddiagnostik skyldes faglige årsager og hverken uvilje eller ukendskab til rygproblemer.

Differentialdiagnostisk og i uklare tilfælde, hvor der er påvirket almen tilstand, feber eller positiv perkussionstest, kan følgende laboratorieprøver overvejes:

Totalt leukocytaltal	Urin ABS
Differentialtælling	Creatinin
Hæmoglobin	Calcium
SR	TSH
CRP	PSA
Basisk fosfatase	

Ved mistanke om osteoporose, overvej følgende undersøgelser:

DXA-skanning
D-vitamin
Parathyreoideahormon

BEHANDLING AF LÆNDERYGPROBLEMER

Vurdering og behandling af nyopståede eller genopståede lænderygproblemer adskiller sig på mange måder fra vurdering og behandling af langvarige lænderygproblemer.

Generelle behandlingsaspekter

Nyopståede eller genopståede uspecifikke lænderygproblemer

Som det fremgår af kapitlet *Hvorfor har man ondt i ryggen* på side 12, kan man kun hos få patienter stille en patoanatomisk diagnose. Nyopståede lænderygsmerter vil bedres betydeligt hos 90% inden for tre måneder. Halvdelen af patienterne vil være symptomfri allerede efter tre uger uden behandling. Relativ hurtig spontan bedring er således snarere reglen end undtagelsen (2).

Hvorfor skal den alment praktiserende læge interessere sig for en gruppe patienter, som man alligevel næsten aldrig kan stille en "rigtig" diagnose på, og som næsten altid kan forvente en relativt hurtig spontan bedring?

Der er flere gode grunde hertil:

- "Røde flag" skal påvises hurtigst muligt, helst ved første konsultation.
- Mange patienter har så kraftige smerter, at smertestillende behandling er nødvendig.
- Behandleren bør fra starten være opmærksom på "gule flag"* (risikofaktorer for et langvarigt forløb). Hos 10% af patienterne udvikles der langvarige problemer med smerter og funktionstab.
- Manuel medicinsk undersøgelse og behandling kan afkorte smerteforløbet hos nogle patienter med akut lænderygsbesvær (2;6;57-59).
- Patienten skal støttes til et aktivt og dermed mere gunstigt behandlingsforløb.
- Der er risiko for uforvarende at komme til at fastholde patienten i en inaktiv sygerolle og et langvarigt smerteforløb ved udtalt brug af passive behandlingsmetoder eller bekymringsskabende information.(2).
- Det akutte lændehold recidiverer hyppigt. Ved gentagne anfald bør patienten derfor tilbydes forebyggende rådgivning for at mindske risikoen for nye episoder og lære at mestre dem selv (6).
- Patienterne skal generelt opfordres til snarest muligt at genoptage sædvanlige aktiviteter, både på arbejde og i fritiden (60).

Langvarige uspecifikke lænderygproblemer

Patienter med langvarige og måske invaliderende rygsmerter har behov for en individuel behandlingsstrategi sammensat af flere behandlingselementer (2). Der er ofte tale om multifaktorielle årsagssammenhænge, hvor tværfaglig behandlingsindsats kan være nødvendig for at påvirke forløbet (61).

Psykosociale faktorer har sammen med lange ventetider, sygemeldinger og modstridende informationer, givet af forskellige behandlere, stor betydning for udviklingen af kronicitet (5). Patientens langvarige lænderygproblemer skyldes sjældent udelukkende psykosociale reaktioner. Behandleren skal derfor ikke forsøge at "psykologisere" patientens smerter, men omvendt heller aldrig glemme de psykosociale faktoreres store indflydelse på forløbet.

Det er samspillet mellem smerter, biomekaniske faktorer og psykosociale forhold, som på passende afbalanceret vis skal udredes og forklares (5).

Der er dokumentation for de psykosociale faktoreres sammenhæng med udviklingen af langvarige lændesmerter.

MTV-rapporten anfører følgende vigtige kendsgerninger om arbejde og "ondt i ryggen"

- Det er normalt ikke farligt at have ondt i ryggen, og arbejde skader kun i få tilfælde ryggen.
- Det er næsten altid bedst at gå på arbejde, selvom man har ondt.
- Langvarig sygemelding forbedrer ikke situationen. Tværtimod vil der være stor risiko for, at man aldrig vender tilbage til job efter lang tids sygemelding.

Behandlingsformer

Der findes flere behandlinger for lænderygsmarter, men vores viden om effekten af de forskellige behandlinger er sparsom og af og til modstridende. Der foreligger få velgennemførte randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Der er en betydelig forventningseffekt hos såvel patient som behandler. Nedenstående behandlingsformer kan enten benyttes enkeltvis eller som flere sideløbende behandlinger afhængigt af patientens tilstand og behandlerens præferencer.

Information – "den gode rygsamtale"

Rygsamtalen skal fokusere på tryghedsskabende information og fremme

patientens lyst og mod på yderligere aktivitet (B) (6). Det skal understreges over for patienten, at han bør leve så frit og aktivt som overhovedet muligt og forsøge at fokusere mindst muligt på smerterne. Smerterne er i denne forbindelse oftest ikke et advarselstegn om en truende vævsskade. "Ryggen kan holde til meget mere, end man sædvanligvis tror".

Der skal gives en grundig information om smerternes godartede karakter og den velkendte tendens til spontan helbredelse (62).

Det er vigtigt at understrege – også over for patienten – at den vigtigste undersøgelse og udredning foregår hos egen læge, som ofte vil anlægge et mere holistisk syn på tilstanden end det er sædvane i et mere specialiseret system, som patienten måske ønsker sig henvist til. Hvis hverken anamnesen eller basisundersøgelsen giver mistanke om "røde flag", er der ikke indikation for yderligere diagnostisk udredning for akut lænderygbesvær de første 4-6 uger, ej heller billeddiagnostik. Arbejdsgruppen anbefaler regelmæssig opfølgning ved manglende bedring eller ved sygemelding, (f.eks. hver anden uge).

Behandlingsstrategien med gradvis aktivering og smertestillende behandling i nødvendigt omfang skal omhyggeligt forklares. Patienten skal vide, at der er mulighed for supplerende behandling med receptpligtig medicin og andre behandlingsmetoder (f.eks. manuelle teknikker, øvelsesbehandling og akupunktur), hvis behandlingsresponsen på håndkøbsmedicin og selvaktivering er utilstrækkeligt.

Patienten med langvarige lænderygproblemer vil oftest have behov for opfølgende samtaler, hvor det især vægtes at sikre patientens fortsatte aktive deltagelse i behandlingsforløbet, f.eks. i forhold til optrapning af øvelsesbehandlingen og gradvis tilbagevenden til arbejde. Langvarige rygsmerter påvirker ofte også humøret og kan svække troen på, at man kan blive rask og fungerende igen.

For at patienten kan have fuld tillid til indholdet af lægens information, er det nødvendigt, at denne har gennemført en grundig klinisk undersøgelse, der kan udgøre et troværdigt grundlag for dialogen. Ellers vil patienten formentlig lytte mere til sine smerter end til lægens budskab.

Aktivitet

Patienten skal opfordres til hurtigst muligt – eventuelt gradvist – at vende tilbage til sine sædvanlige arbejdsaktiviteter og fritidssysler (A) (6). Disse

omfatter naturlige og meget fast indlærte bevægemønstre, som hensigtsmæssigt kan bidrage til genoptræningen. Mest mulig aktivitet er målet. Patienten må også gerne dyrke motionsidræt; dog skal voldsom smerte-provokation undgås. Næsten alle former for motion er godt for ryggen. Sundhedsstyrelsen anbefaler generelt 30 minutters daglig motion – dette gælder også for rygpatienter. Regelmæssig motion kan også medvirke til at forebygge fremtidige recidiver (63).

Der er i disse år generelt en øget interesse for og fokusering på fysisk aktivitet, herunder øvelsesbehandling og motion i almindelighed. Opmærksomheden er i høj grad rettet mod fysisk aktivitet som sundhedsfremmende handling i forhold til mange helbreds-mæssige problemer. Det gælder både profylaksen over for hjertekarsygdomme og i forebyggelsen eller behandlingen af smerter og dysfunktion i bevægeapparatet, herunder lænderygproblemer. Udskrivning af **motion på recept** (63;64) er en reel mulighed.

Man kan blive rask af at dyrke motion!

Manuel medicinsk behandling

Smerter og bevægehæmning optræder ofte samtidig hos patienten med lænderygproblemer. En hæmmet funktion af et velafgrænset anatomisk område kaldes en somatisk dysfunktion, og formålet med den manuelle medicinske behandling er at ophæve funktionshæmningen.

Der foreligger kun få randomiserede, kontrollerede undersøgelser af effekten af den manuelle medicinske behandling, og resultaterne er modstridende (6;65). Nogle nationale vejledninger anbefaler manuel behandling tidligt i forløbet, mens andre først anbefaler manuel behandling efter seks ugers forløb eller helt fraråder behandling (6). Klinisk erfaring peger på, at manuel medicinsk behandling lindrer og afkorter sygdomsvarigheden af akutte rygsmerter af mere end 2-3 dages varighed.

På trods af lav grad af evidens (C) anbefaler flere nationale vejledninger manuel terapi for akutte rygsmerter (2;4;5).

Der er svag evidens for, at manuel terapi er mere effektiv (C) end fysioterapi og medicinsk behandling (4).

Manuelle teknikker inkluderer andre teknikker end "manipulation", som i øvrigt nu benævnes "artikulering med impuls" eller "high velocity thrust". Muskelenergiteknik (MET) og myofasciel release technique (MFR) er eksempler på andre, meget blide og skånsomme teknikker, som har fundet udbredt anvendelse.

Manuelle teknikker er næsten risikofrie, når få kontraindikationer overholdes (53;60). Der kan ofte forekomme en mindre, kortvarig øgning af ømheden i det behandlede område. Det er ikke en bivirkning, men skal betragtes som en slags forventet "træningsømhed".

Den muskuloskeletale medicin kombinerer manuel undersøgelse og behandling med information og vejledning af patienten i konsultationen og udgør således et meget velegnet koncept til almen praksis.

Som alle andre håndgreb kræver også manuelle medicinske behandlingsteknikker nøje instruktion og træning af sin udøver. Teknikkerne beherskes af mange praktiserende læger foruden af kiropraktorer og mange fysioterapeuter.

MTV-rapporten anbefaler manuel behandling

- Ved mere end 2-3 dage varende funktionsindskrænkende akut lænderygbesvær, men den bedste effekt ses ved behandling efter ca. to ugers smerte.
- Der anbefales få behandlinger, oftest 2-3 og sjældent mere end fem.
- Der anbefales ikke forebyggende behandlinger, hverken hos egen læge, speciallæge, kiropraktor eller fysioterapeut. Risikoen ved mange forebyggende behandlinger er bl.a. lokal hypermobilitet (løse led), hvilket kan gøre patienten passiv og afhængig af behandlere.
- Manuel medicinsk behandling kan anbefales som indledende behandling ved aktuel opblussen af tilbagevendende/kronisk funktionsindskrænkende rygbesvær.

Øvelsesbehandling

Ved længerevarende lænderygproblemer anbefaler MTV-rapporten, at øvelsesterapi bør påbegyndes senest efter seks uger med fortsatte symptomer (2).

Et godt øvelsesprogram skal opbygge og vedligeholde optimale forhold i bevægeapparatet. Det skal derfor på én gang både være tilstrækkeligt omfattende og alligevel passende simpelt at udføre. Desuden skal det helst være uafhængigt af specielt træningsudstyr og faciliteter, som ikke alle har let adgang til. Enkelte patienter oplever forværring af deres smerter ved træning, og hvis de er i langsom bedring uden træning, er der ingen grund til at anbefale yderligere træning.

Fysioterapeuter instruerer i specifikke træningsprogrammer for patienter med lænderygsmærter. En form for øvelsesbehandling er de såkaldte McKenzie-øvelser (66), der oftest udføres som ekstensionsøvelser. Øvelserne anvendes især til patienter med formodede diskusproblemer. Nationale vejledninger udviser variation med hensyn til anbefaling af øvelsesterapi. Der er ikke videnskabeligt grundlag for at anbefale øvelsesterapi ved akutte lændesmerter (A) (6). Der er svag evidens (C) for effekt af øvelser ved subakutte lændesmerter (6).

Medikamentel behandling

Smertestillende medicin givet mod rygsmerter i den akutte fase kan lindre rygsmerterne, men der er ikke dokumentation for, at behandlingen afkorter forløbet eller nedsætter risikoen for et kronisk forløb, eller at patienten hurtigere kan vende tilbage til arbejde (6;60;67).

- Paracetamol er førstevalgspræparatet. Effekten er på højde med NSAID, men der er færre bivirkninger (A) (2;6;67).
- Der er god evidens (A) for effekt af NSAID-præparater ved rygsmerter (67). De forskellige NSAID-præparater virker på samme måde, og der er ingen sikker forskel med hensyn til effekt og virkningsprofil hos patienter med rygsmerter. Derimod er der forskel med hensyn til risikoen for gastrointestinal bivirkninger. Ibuprofen har i sammenlignende undersøgelser vist færrest gastrointestinale bivirkninger (68). Skift mellem forskellige NSAID-præparater er kun relevant, hvis der opstår bivirkninger (A) (67).
- NSAID har ingen effekt på radikulære symptomer (6)
- Ved utilstrækkelig effekt af paracetamol og/eller NSAID kan man eventuelt supplere med centralt virkende analgetika (codein, tramadol) eller muskelrelaxantia i en kortere periode (2;6) Der er imidlertid modstridende evidens om effekten af at supplere NSAID med muskelrelaxantia ved langvarige lændesmerter (6;67).
- Virkningen af COX-2-hæmmere svarer til virkningen af NSAID. Der er ikke påvist væsentlige vedvarende forskelle med hensyn til alvorlige bivirkninger fra mave-tarm-kanalen af COX-2-hæmmere sammenlignet med konventionelle NSAID. Undersøgelser har vist, at COX-2-hæmmeren rofecoxib har større kardiovaskulær risiko end konventionelle NSAID, og stoffet er afregistreret i Danmark. Den øgede kardiovaskulære risiko gælder også for de øvrige COX-2-hæmmere (69-71).
- Morfika bør undgås til patienter med langvarige rygsmerter, men kan kortvarigt være nødvendigt til meget svære og akutte smerter ved f.eks. diskusprolaps.

-
- Som supplement til behandlingen af langvarige rygsmerter og især ved neuropatiske smerter kan antidepressive lægemidler anbefales (72). Førstevalget er tricykliske antidepressiva, f.eks. amitriptylin eller imipramin i små doser (73). SSRI-præparater har ingen sikker analgetisk effekt ved lændesmerter, men kan måske hjælpe på en komplicerende depression ved et langvarigt forløb (74).
 - Antikonvulsiva, herunder gabapentin har effekt på neuropatiske smerter, men der er ikke dokumentation for effekt på langvarige kroniske rygsmerter (75).

Sengeleje

Sengeleje bør ikke anvendes som egentlig behandling (A), men kan i enkelte tilfælde være nødvendigt i få dage på grund af meget voldsomme smerter. Aflastning giver ofte smertelindring, men er ikke hensigtsmæssigt i det lange løb, idet inaktivitet er en betydelig risikofaktor i forhold til udvikling af kronisk langvarig smerte og sociale komplikationer (6;60;76).

Akupunktur- og blokadebehandling

Akupunkturbehandling anvendes af mange læger til patienter med lænderygsmerter. Randomiserede, kontrollerede forsøg med akupunkturbehandling har modstridende konklusioner (15;77;78). Arbejdsgruppen har ikke kunnet finde evidens for effekt af blokadebehandling med lokalanæstetika og eventuelt depotsteroid ved smertefulde ligamenter og muskulære triggerpunkter.

Ved langvarig og svær lumbalrodsirritation, hvor der ikke findes operationsindikation, har trænedede anæstesiologer og reumatologer anvendt steroid epiduralt (79). Der er modstridende resultater vedrørende effekten af denne behandling.

Andre behandlingsmetoder

Patienterne angiver af og til effekt af forskellige alternative metoder. Det samme gælder for traditionelle fysioterapeutiske discipliner som massage, stræk og ultralyd, der tidligere fandt stor anvendelse. Der er dog ingen evidens for effekten af disse behandlingsformer, der alle anses for obsolete (2).

Virkningen af sådanne behandlinger ved rygsmerter hænger måske sammen med en forventningseffekt hos patienterne til en behandling, som de positivt har tilvalgt og derfor tror på – ligesom der også kan være tale om en afsmittende forventningseffekt fra behandlerens side. En sådan forventningseffekt kan også opstå i relation til de øvrige ovenfor nævnte behandlingsformer samt ved rygoperationer (17;28).

Afgørende for en god behandling

- God klinisk undersøgelse
- Grundig information
- Patienten skal forblive aktiv
- Undgå sygeliggørelse
- Snarest mulig tilbagevenden til arbejde og fritidsaktiviteter.

Evidensen for effektiviteten af konservative behandlingsformer ved akut og kronisk lænderygbesvær (adapteret fra Van Tulder et al, 2000 (61;80))

Evidens	Akut lænderygbesvær	Langvarigt lænderygbesvær
Evidens for effekt af behandlingen	Forblive aktiv NSAID Analgetika Muskelrelaxantia	Øvelsesbehandling NSAID Multidisciplinære programmer Rygskole
Usikker effekt af behandlingen (ingen, begrænset eller modstridende evidens)	Manuel medicinsk behandling Passiv fysioterapi Rygskole Triggerpunkts-injektioner Akupunktur Epidural steroidinjektion	Analgetika Antidepressiva Muskelrelaxantia Manuel medicinsk behandling Epidural steroidinjektion Passiv fysioterapi Forblive aktiv
Evidens for ineffektivitet af behandlingen	Øvelsesbehandling Sengeleje	Akupunktur Facetledsinjektion

Behandling af patienter med symptomer på rodtryk og mistanke om diskusprolaps

Behandlingen af patienter med symptomer på rodtryk og mistanke om diskusprolaps tager udgangspunkt i ophelingen af den rumperede diskus, hvor nucleusvæv er trængt ud gennem de yderste fibre og forårsager en inflammatorisk irritation. Ophelingen af diskus tager typisk 3-5 måneder – og dette forløb er der ingen behandling, der afgørende kan ændre.

- Information til patienten om formodet diagnose og den gode mulighed for naturlig helbredelse er vigtig. Patienten instrueres i selvobservation, og der aftales opfølgning. Der kan skrives henvisning til fysioterapeut med henblik på instruktion i de daglige bevægelser. McKenzie-øvelser har muligvis effekt, men dokumentation savnes (5). Der er ingen fordele ved fast sengeleje i forhold til let aktivitet (81).
- Aflastning, herunder sygemelding efter patientens behov. Det kan ofte være en god ide med nogle måneders deltidssygemelding frem for at afvente fuldstændig helbredelse. Sengeleje kan være nødvendigt ved stærke smerter.
- Smertestillende medicin anvendes efter samme principper som beskrevet under de uspecifikke lændesmerter. Det vurderes, om patientens tilstand kræver indlæggelse til behandling og pleje.

Denne konservative behandling har effekt hos flertallet, hvor der ses svind af iskiassmerter* inden for uger (82). Lændesmerter og føleforstyrrelser i benene kan vare yderligere nogle måneder.

Ved manglende fremgang efter 4-6 uger bør patienten henvises til reumatolog eller rygambulatorium. Omkring 90% af de henviste patienter med tegn på diskusprolaps færdigbehandles uden operation i et tværfagligt rygambulatorium (83;84). Naturlig bedring af prolapsmerter starter ofte 4-8 uger efter de udstrålende smerter opståen, undertiden før (82). Hvis der ikke indtræder tydelig bedring inden for 8-12 uger, bør patienten tilbydes skanning og vurdering med henblik på eventuel operation.

Ved tegn på cauda equina-syndrom, nyopståede svære pareser eller forværring af en eksisterende parese (se "røde flag") skal patienten henvises akut til en rygkirurg.

Behandling af patienter med spinalstenose

Rygsmarter, der skyldes en spinalstenose, opstår oftest på grund af degenerative forandringer, og behandlingen er i sværere tilfælde operativ. I lettere tilfælde kan en afventende holdning være en god ide, og behandlingen er analgetika efter de tidligere beskrevne retningslinjer.

Amundsen og Weber har foretaget en tiårsopfølgning af 100 patienter med spinalstenose og konkluderede, at initial konservativ behandling kunne anbefales til de fleste patienter (85).

Psoasudspænding og bløddelsbehandling kan være gavnlig, idet en forkortelse af psoas vil kunne forværre stenosesymptomerne (se psoastest*). Til patienter med svære smerter og til patienter, hvor konservativ behandling ikke medfører tilfredsstillende resultat, bør man tilbyde kirurgisk vurdering. Nogle patienter har intermitterende radikulær udstråling og har i disse perioder gavn af paracetamol eller et NSAID-præparat.

En metaanalyse af litteraturen viste, at 64% af de opererede patienter opnåede tilfredsstillende resultater (86).

Nyere behandlingsmetoder af langvarige rygsmerter

I de senere år er der tiltagende hyppigt blevet anvendt større rygkirurgiske indgreb hos patienter med langvarige lændesmerter (stivgøringsoperationer eller indlæggelse af fleksible diskusproteser). Operationsresultaterne er endnu usikre, og der foreligger ikke langtidsresultater.

Patienter med reumatologiske ryglidelser, f.eks. mb. Bechterew, bør henvises til udredning eller fornyet vurdering, fordi der nu er tilkommet nye behandlingsmuligheder (medikamentelle og operative).

DEN GODE HENVISNING

Henvisning til en specialafdeling skal afspejle problematikken på en relevant og udførlig måde.

Fra almen praksis' side er man interesseret i, at afdelingen indkalder patienten så hurtigt som muligt til enten indlæggelse eller ambulant udredning. Det er derfor vigtigt, at afdelingen får de nødvendige oplysninger, så der kan visiteres på en hensigtsmæssig måde.

Fra afdelingens side er man interesseret i at modtage de relevante patienter hurtigst muligt og undgå at bruge den begrænsede ambulante kapacitet til patienter, som alligevel ikke kan hjælpes på afdelingen. Visitering foretages alene på baggrund af henvisningen fra egen læge. Ved tvivlstilfælde kan det ofte være en god ide med telefonisk kontakt mellem henvisende læge og sygehus.

Afdelingens eneste baggrund for prioritering og visitering er henvisende læges oplysninger på henvisningen.

Problemstilling og forventninger

Symptomer: Varighed (er det noget nyt?)

Socialt: Sygemelding? Jobsituation? Erstatningsproblematik?

Resultat af lægens kliniske undersøgelse

Laboratorieundersøgelser

Røntgenundersøgelser (hvor/hvornår?)

Eventuelt:

Speciallægeundersøgelse. Kopi af undersøgelsen

Anden reumatologisk afdeling

Behandling

Medicin

Fysioterapi

Kiropraktik

Hvad er der sagt til patienten?

Andre sygdomme før/nu

Behov for tolk?

Det gode samarbejde mellem sygehus og praktiserende læge

Sygehuse og praktiserende læger har en fælles opgave med at udvælge de mest relevante patienter til den begrænsede kapacitet på sygehusene.

Nedenfor er anført nogle ideer til bedre samarbejde mellem praksis og sygehus:

- Skabelon for henvisning af rygpatienter, lavet i samarbejde mellem afdeling og praksiskonsulent. Skabelon og henvisningsvejledning bør kunne udskrives fra afdelingens hjemmeside/praksisinformationssystemet. Vejledningen bør indeholde korrekte og aktuelle oplysninger om visitation og ventetider.
- Hotline for praktiserende læger til en reumatologisk overlæge kan forebygge u hensigtsmæssigt store ventelister. Patientens mulige gevinst ved undersøgelse på sygehuset skal sammenlignes med den sikre ulempe ved at stå på venteliste. Akutte patienter kan aftales telefonisk i dagtiden, og relevante ikke-akutte bør kunne modtages inden for 1-2 uger. Henvisning af patienter med væsentlige socialmedicinske problemer, f.eks. langvarige og gentagne sygemeldinger, erstatnings- eller pensionsager, bør som hovedregel aftales telefonisk før eventuel henvisning til reumatolog. Mange af disse patienter har i virkeligheden behov for en reumatologisk speciallægeundersøgelse med erklæring.
- Fælles uddannelsesarrangementer for praktiserende læger, praktiserende reumatologer og den lokale reumatologiske afdeling.
- Den praktiserende læge bør undgå, at den henviste patient får forventninger om, at man på sygehuset vil udføre bestemte undersøgelser eller behandlinger, f.eks. skanninger, gratis fysioterapi eller operationer. Forklar i stedet for patienten, at han er henvist til en lægeundersøgelse på en specialafdeling. I forbindelse med undersøgelsen vil lægen på sygehuset bestille de undersøgelser, som skønnes relevante og med så kortest mulig ventetid.
- Mange patienter har svært ved at huske den ofte komplicerede information, de får. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at udlevere en journalkopi til patienten med notat om, hvilken information der er givet om rygsmerternes årsag, behandling og prognose. Aktindsigt medvirker også til at gøre patienten aktiv og medansvarlig for behandlingen, herunder også det socialmedicinske samarbejde.

Andre samarbejdspartnere

Speciallægen

En del speciallæger i almen medicin eller reumatologi tilbyder på basis af diplomuddannelse i muskuloskeletal medicin at udrede og behandle patienter med blandt andet lænderygproblemer. Fordelen ved at henvise til en muskuloskeletal mediciner er, at man er sikker på en lægefaglig udredning og ofte et efterfølgende samarbejde med lokale fysioterapeuter. Ulempen er, at de fleste af disse læger arbejder uden overenskomst med den offentlige

sygesikring. Betaling må således udredes af patienten selv, medmindre der er tale om skader, der berettiger til erstatning fra forsikringsselskaberne.

Kiropraktoren

Der kræves ikke henvisningsblanket til kiropraktor, men hvis man som læge henviser skriftligt, må man forvente et svar fra kiropraktoren. Røntgenbilleder taget hos kiropraktor kan eventuelt sendes til den lokale radiologiske afdeling med henblik på beskrivelse.

Fysioterapeuten

Henvisning til fysioterapeut kræver henvisning på speciel blanket. Fysioterapeuten kan med sin undersøgelse selv få et samlet overblik over patientens muskulære problemer og indrette behandlingen efter dette, og den henvisende læge kan på henvisningen markere, at det er fysioterapeuten, der skal varetage tilrettelæggelsen af behandlingen.

Diagnose og formål med behandlingen bør fremgå af henvisningen. Diagnosen "lumbago"* er ikke nødvendigvis for simpel.

Hvilke patienter skal henvises til fysioterapeut? Et typisk tilfælde kan være en patient, der som led i sin behandling har brug for rådgivning og instruktion i øvelser, og som måske har brug for at komme flere gange i den fysioterapeutiske klinik til behandling og træning.

Ved længerevarende forløb anbefales kontakt mellem læge og fysioterapeut med henblik på at afklare, om behandlingen skal fortsætte, eller om den eventuelt skal ændres.

Arbejdsgruppen anbefaler en revurdering efter 5-8 behandlinger for at undgå at fastholde patienterne i udsigtsløse behandlingsforløb. Vi finder det hensigtsmæssigt, at man opnår et vist kendskab til, hvad fysioterapeuterne i ens område kan tilbyde af behandlinger.

Mange fysioterapeuter har specialiseret sig i forskellige behandlingsformer som f.eks. McKenzie-principper eller manuel terapi.

Et godt samarbejde opnås, hvis man skaber mulighed for telefoniske kontakter (eventuelt e-mail) parterne imellem.

Undgå, at de henviste patienter får forventning om, at man på sygehusene vil udføre bestemte undersøgelser eller behandlinger som f.eks. skanninger, gratis fysioterapi eller operationer.

BILLEDDIAGNOSTIK

Henvisning til billeddiagnostik sker på baggrund af anamnese og klinisk undersøgelse.

Henvisningen bør specificere den problemstilling, der ønskes bekræftet eller udelukket ved undersøgelsen med henblik på valg af undersøgelsesteknik og beskrivelse.

Alle billeddiagnostiske undersøgelser med tilhørende beskrivelser skal være tilgængelige for såvel kiropraktorer som læger, uanset hvor undersøgelsen er udført. Dobbeltundersøgelser med brug af ioniserende bestråling bør ikke forekomme.

Relevant billeddiagnostik må ikke forsinkes på grund af ventetider hos speciallæger eller sygehuse.

Indikationer for røntgenundersøgelse af ryggen

- Symptomer, som kan indikere specifik rygsygdom som arkolyse, spondylolistese, kompressionsfraktur, inflammatorisk spondylartropati, infektion og spredning af kendt malign lidelse (jf. "røde flag").
- Uspecifikke lænderygmerter, der har varet længere end seks uger, og hvor undersøgelsen på dette tidspunkt har behandlingsmæssig betydning, samt hvor der ikke foreligger relevant undersøgelse inden for de seneste fem år.
- Lændesmerter hos patienter under 20 år eller over 50 år, inden de seks uger er gået.

Det er vigtigt, at antallet af sygedage reduceres mest muligt, ved at relevante undersøgelser og behandlinger iværksættes hurtigst muligt.

Fælles retningslinjer for indikationer for billeddiagnostik bør overholdes af alle aktører. Henvisninger bør returneres eller konfereres, hvis kravene ikke er opfyldt.

Specialundersøgelser

Specialundersøgelser som skolioseundersøgelse, CT, MR- og ultralydsskanning, myelografi og knogleskintigrafi er indiceret:

- ved prolapsdiagnostik (kun indiceret præoperativt til niveaubestemmelse)
- som supplerende undersøgelse med henblik på differentialdiagnostik og behandling af specifikke ryglidelser.

Specialundersøgelser ordineres i sygehusregi eller via speciallæger og/eller på røntgenafdelingen i forbindelse med radiologens visitation af henvisningen/beskrivelse af undersøgelsen.

Vejledning vedrørende billeddiagnostisk udredning af lænderygproblemer er detaljeret beskrevet på Dansk Radiologisk Selskabs hjemmeside www.drs.dk.

Vurdering af radiologisk undersøgelse ved uspecifikke symptomer

Klinisk problemstilling	Undersøgelse	Kommentarer
Mistanke om "røde flag"	Røntgen af columna eller bækken	Oftest positiv perkussionstest
Uspecifikke lændesmerter, der varer længere end seks uger	Røntgen ofte relevant	Betydning af degenerative forandringer er usikker
Recidiverende rygsmerter, der varer længere end seks uger, og tidligere røntgenundersøgelse, der er under fem år gammel.	Ingen billeddiagnostik	Røntgen kun af betydning ved tilkomne specifikke symptomer. Udvikling af de degenerative forandringer bør generelt ikke kontrolleres.
Ensidige, lave lumbale/gluteale smerter med udstråling til lyske og lår uden neurologi og alder <30 år.	Røntgen af columna lumbalis og pelvis	Spondylose, spondylolistese, ensidig overgangshvirvel, sakroiliit og hofteleds-synovit kan give ens symptomer. Ved nøje klinisk undersøgelse kan der ofte differentieres mellem disse, og de kan be/afkræftes ved røntgen.
Lokaliserede rygsmerter alder <20 år	Røntgen	Altid indiceret. Evt. supplerende skintigrafi
Lokaliserede torakale/lumbale rygsmerter. Kvinder >50 år (obs. fraktur/osteoporose).	Røntgen	MR-skanning evt. til differentialdiagnostik af metastaser/fraktur.

SOCIALMEDICINSKE BEHANDLINGS- MULIGHEDER VED RYGSYGDOMME

De samfundsøkonomiske omkostninger i Danmark som følge af rygsmerter skønnes at være over 10 mia. kr. årligt, især på grund af værdien af tabt arbejdsfortjeneste (87). Danske undersøgelser har vist, at der ved sygemelding ud over otte uger er risiko for, at 30% forlader arbejdsmarkedet inden for de næste to år. Efter 12 ugers sygemelding stiger andelen til 50% inden for de næste to år (88).

De sociale myndigheder skal betragtes som ligeværdige samarbejdspartnere i forbindelse med god behandling af langvarige rygproblemer. Dette kan opnås gennem god kommunikation og rådgivning i et tværfagligt team, hvor også lægen kan være den udfarende kraft ved at kontakte en sagsbehandler telefonisk, pr. brev eller med attesten "Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling, (LÆ165)". Mange kommuner har ansat jobkonsulenter med henblik på at få folk hurtigst muligt i arbejde efter sygdom. Initiativerne kan omfatte samtale med arbejdsgiver/arbejdsleder om midlertidig anden jobplacering på virksomheden, eventuelt med den praktiserende læge som deltager i en rundbordssamtale.

Der skal fokus på mulighederne for, at sygemeldte kan bevare tilknytningen til arbejdspladsen under et sygdomsforløb.

Det er vigtigt, at det er egen læge, der er tovholder og udsteder sygemeldinger og dagpengeattester. For at dette kan ske optimalt, bør der fra de øvrige sundhedsfaglige samarbejdspartnere være gode informationer til den praktiserende læge.

Der er via serviceloven (LBK nr 764 af 26/08/2003 <http://www.social.dk/>) muligheder for at udnytte de ressourcer, de sygemeldte har. Erhvervsproblemer kan ofte vurderes længe før, de helbredsmæssige undersøgelser og behandlinger er færdige. Tidlig egnet aktivitet (f.eks. deltidssygemelding og skånehensyn) kan medvirke til rehabilitering og hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Arbejdsgruppen anbefaler tidlig aktivitet og tværfaglig sagsbehandling med krav til den sygemeldte og de øvrige aktører. Mange virksomheder kan og vil gerne bidrage til at fastholde deres medarbejdere. Fra behandlingsstart bør der være fokus på de ressourcer og arbejdsevner, rygpatienter har med hensyn til at opnå kortest muligt sygefravær.

BAGGRUND OG GENERELLE PRINCIPPER FOR KOMMUNIKATION MED RYGPATIENTER

Rygpatienters sygdomsforståelse

Langt de fleste af de patienter, der møder i almen praksis med rygproblemer, fejler ikke noget alvorligt. Der er langt mellem de kliniske "røde flag". Holdningen hos den praktiserende læge vil derfor oftest være ret afslappet, og kunsten i den gode kommunikation ligger i en fin balance mellem oplevelsen set fra patientens synsvinkel og lægens objektive faglighed, der med sikkerhed udelukker de "røde flag". De fleste patienter ønsker blot undersøgelse og information med henblik på, at der ikke er noget alvorligt galt, og råd om, hvad de selv kan gøre. Herved forsvinder eller mindskes rygsmerterne hos de fleste uden alvorlige problemer.

Lyt altid omhyggeligt til patienten, tag hende eller ham alvorligt og vis det ved en grundig undersøgelse. Husk, at patienten ofte er alvorligt bekymret over rygsmerterne.

Observer patientens adfærd og vær opmærksom på, både hvad der bliver sagt, og hvordan det bliver sagt.

Som udgangspunkt må lægen opfatte patientens smerter som reelle, selvom de kliniske fund ofte er beskedne ved rygsmerter.

Vurder om patienten har negative opfattelser af symptomerne, der ikke er fagligt begrundede. Det er vigtigt at afklare eventuelle misforståelser og at forklare sammenhænge på en forståelig måde (89).

Empatisk deltagelse letter afdækning af patientens følelser og frygt. Mange rygpatienter frygter for fremtiden, både fysisk/psykisk og økonomisk (90;91). Netop bekymringen eller uvisheden om årsagen til rygsmerterne og deres betydning for fremtiden synes i sig selv at være et fremtrædende problem.

Prøv at forstå patientens generelle sociale og økonomiske situation, vær opmærksom på eventuelle belastninger og overvej, om der gemmer sig en depression i et langtrukket sygdomsforløb. Ved langvarige rygsmerter fokuseres der ofte mere på årsagen end mulige vedligeholdende faktorer (92).

Tilbyd altid patienten opfølgende konsultationer, hvis der er uklare punkter, eller hvis hun eller han føler sig utryg. Patientklagesager skyldes oftest dårlig kommunikation, eller at patienten ikke føler sig relevant undersøgt. Risikoen for klagesager er særlig høj, når patienten er i en social eller økonomisk uafklaret situation.

Nogle patienter er positive og gode til at komme videre på trods af manifesterede rygproblemer. Disse patienter er naturligvis de letteste at arbejde med og at planlægge håndtering af fremtiden med.

Problemet i almen praksis er størst i den negativt indstillede patientgruppe, der er præget af fejlopfattelser med hensyn til sygdommens forløb og karakter. Sociale og psykiske forhold kan vanskeliggøre bedring af tilstanden.

Patienter med uafklaret økonomisk kompensation, f.eks. arbejdsskadesager, skal på samme tid bevise, at de er syge og arbejde på at blive raske. En vanskelig situation, som mange patienter klarer dårligt, hvad angår rygsmerterne. I forbindelse med disse sager er det svært at undgå modstridende information til patienten fra advokater, speciallæger m.fl. Vrede, bitterhed og frustration er almindeligt blandt disse patienter, som ofte gennemfører årelange undersøgelses- og behandlingsforløb i sundhedsvæsenet (93;94).

Følgende fem punkter i rygpatientens sygdomsforståelse indikerer et alvorligt forløb (95):

"Mine rygsmerter skyldes fremadskridende forandringer".

"Mine rygsmerter er skadelige og alvorligt invaliderende".

"Hvis jeg helt undgår aktivitet, bliver jeg nok hurtigere rask".

"Passive behandlinger er meget bedre end alle de øvelser".

"Når jeg har så ondt, bliver jeg i dårligt humør, og så må jeg hellere holde mig fra sociale aktiviteter og lade være med at gå på arbejde".

En struktureret, klinisk konsultation bør indeholde følgende spørgsmål:

"Hvad tror du, årsagen er til dine rygsmerter?"

"Hvad, tror du, kan hjælpe dig?"

"Hvordan reagerer andre på dine rygsmerter (arbejdsgiver, kolleger, familie)?"

"Hvad gør du for at klare dine rygsmerter?"

"Har du tidligere i livet haft længere sygefravær på grund af rygsmerter?"

"Tror du, at du nogensinde kommer på arbejde igen?"

"Hvornår?"

De uhensigtsmæssige "fyord"

I kommunikationen med patienterne bør man vælge sine ord med omhu

Begrebet "kronisk", som for lægen betyder varighed over 12 uger, men for patienten og sociale sagsbehandlere betyder uhelbredelig og livslang (96).

Begrebet "slidgigt i ryggen", som er en uheldig oversættelse af normale radiologiske forandringer med ringe sammenhæng med kliniske symptomer (97;98).

"Nedslidning af ryggen" og "rygskade" er to sejlivede og udbredte myter, som savner videnskabelig dokumentation (91;99). Myterne er groet så meget ind i sproget, at det er ganske almindeligt at spørge mennesker med rygsmerter, hvordan de har skadet ryggen; et spørgsmål, som ikke anvendes, hvis en person klager over f.eks. hovedpine eller mavesmerter. Det er derfor forståeligt, at en patient med lændesmerter både er bekymret og utryg ved igen at skulle bruge ryggen, når den almindelige opfattelse er, at rygsmerterne skyldes slid eller skade. Myten om slid og skader vedligeholdes bl.a. af en sygeliggørende brug af skade- og slidbegrebet i sager om økonomisk kompensation til personer med rygsmerter. Hvis der ikke kan bevises slid eller skade, er personen med rygsmerter og nedsat arbejdsevne dårligt stillet (100;101).

Undgå

- Alarmerende begreber som f.eks.:
"Diskus hopper ud", "bækkenet skrider ud"; "ryggen går af led".
- Dårligt dokumenterede udsagn, som kan gribe dybt ind i patienternes liv:
"Du må endelig ikke tage for lange skridt og pas altid godt på din holdning".
"Din ryg kan slet ikke tåle, at du bærer på noget".
"Sådan et arbejde kan du ikke vende tilbage til".
"Fortsætter du sådan, havner du i en rullestol".
"Hvis du ikke bliver opereret nu, bliver du lam og mister kontrol over vandladning og afføring".

Den bedste kommunikation er den der munder ud i, at patienten efterfølgende føler sig hørt, velundersøgt, godt informeret og tryk ved lægens diagnostik og behandling. Det øger i høj grad compliance med hensyn til de anbefalinger, lægen er kommet med. Mange behandlingstiltag medfører øget påvirkning af vævsstrukturer og dermed øgede smerter umiddelbart efter behandlingen. Det er vigtigt at informere patienten om det forventede forløb. Derved øges accepten af behandlingen og respekten for behandleren (62). Motion og øvelsesbehandling medfører generelt øget mobilitet i bevægeapparatet, og det er nødvendigt at gøre det klart over for patienten, at det drejer sig om en behandling, der som mange andre ordinationer kan trappes op, efterhånden som tilvænning gør den lettere at tåle.

Spondylose og diskusdegeneration kan opfattes som ryggens rynker og grå hår. Ryggen må altså gerne bruges, ligesom man gerne må smile på trods af rynker omkring munden.

VISIONER

Kvalitetsindikatorer

Der er brug for kvalitetsindikatorer til diagnostik og behandling af patienter med rygproblemer i almen praksis. Kerr et al har foreslået en række kvalitetsindikatorer, som kan anvendes hos patienter med akutte lændesmerter. Indikatorerne er nærmere beskrevet i Kerr, Eve A et al: Quality of Care for General Medical Conditions: A review of the Literature and Quality Indicators (2000) (ISBN 0-8330-2916-9). Indikatorerne kan tillige downloades fra <http://www.rand.org/publications/MR/MR1280/>.

Afsluttende bemærkninger

- Praktiserende læger skal rustes til at vurdere rygpatienter og varetage langt de fleste i praksis – MEN når henvisning til speciallæge eller sygehus er relevant, skal vurderingen ske uden unødigt ventetid.
- De kortvarigt syge eller raske, men bekymrede skal ikke fylde op i sekundærsektoren for de syge og mere trængende.
- Lang ventetid på relevant undersøgelse og billeddiagnostik forlænger sygemelding. Det er MEGET svært for den praktiserende læge at komme igennem med budskabet: "Du skal på arbejde, men i øvrigt er jeg så usikker på, hvordan du skal behandles, og hvad du fejler, at jeg ønsker et røntgenbillede eller en undersøgelse på sygehuset/hos en praktiserende speciallæge".
Det ender tit med sygemelding i ventetiden!
- Generelt bør alle læger have lige adgang til billeddiagnostik. Der bør være fælles retningslinjer for en given undersøgelse. Overholdelse af disse giver adgang. Manglende overholdelse bør resultere i konferering eller returnering af henvisning.
- Den langtidssygemeldte rygpatient (>8 uger) bør på det tidspunkt, hvor kronificering truer, omdefineres fra et lægefagligt til et socialmedicinsk problem. Vi i praksis skal ikke give op, men erkende, at løsningen i en række tilfælde skal findes i et samarbejde med de sociale myndigheder, arbejdsplads m.m.
- Et godt patientforløb kræver mulighed for god kommunikation mellem alle aktører.
Sygehusafdelingerne bør altid kunne kontaktes direkte, gerne allerede mens patienten er i konsultationen f.eks. ved hotline-tilbud, ligesom

almen praksis bør være umiddelbart tilgængelig. Løsning kan være telefonbøger over akutnumre for læger i praksis samt prioritering af kollegiale opkald.

- Praksiskonsulenterne bør være med til at sikre implementering af denne vejledning.
- Praksiskonsulenterne er med til at sikre rammerne for den gode kommunikation, herunder opdaterede lister over direkte telefonnumre til almen praksis og brugervenlige hjemmesider på de reumatologiske afdelinger.
- Der er behov for en fælles målsætning for rygpatienter – uafhængigt af kassetænkning, jf. det spredte ansvar: Amter: behandling/udredning. Kommuner: sygedagpenge. A-kasser: understøttelse. Forsikringsselskaber: erstatningssager.

ORDLISTE

Anisomeli

Forskel på benlængde.

En let og klinisk relevant metode at vurdere anisomeli på er at se på den stående patient bagfra.

Vurder poplesfurerne, sulcus infraglutealis, trochanterhøjde og endelig hoftekammen.

Hav nogle A5-publikationer liggende, som patienten kan stå på, læg dem under det korte ben, indtil højderne passer, og mål så højden på dit underlag.

Bragards test

Se nervestræktest.

Cauda equina-syndrom

Akut syndrom med flere af følgende kliniske symptomer og tegn: Retention eller inkontinens af urin og/eller afføring; hypæstesi omkring genitalier (ridubukseanæstesi); nedsat analsphincter-tonus. Hertil kommer hyppigt uni-, eller oftere, bilateral iskias og parese over fodled og eventuelt knæ.

Vandladnings- og afføringsændringer er hyppige og oftest harmløse ved diskusprolaps. Årsagen er ofte smerter, medicinbivirkninger eller besvær med toiletbesøg.

Cauda equina-syndrom er sjældent. Ved begrundet mistanke om cauda equina-syndrom anbefales akut kontakt til rygkirurg.

Hos mindre end 10% af de patienter, der er indlagt akut for cauda equina-syndrom, kan diagnosen bekræftes. Det kan derfor være en god ide at undersøge patienten omhyggeligt før kontakt til rygkirurg.

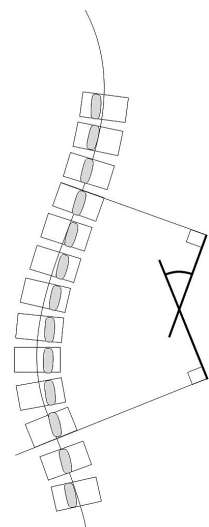
Cobbs vinkel

Vinkel mellem linjerne gennem hvirvelcorpora i frontalplanet.

Linjen gennem processus spinosus er mindre skoliotisk end linjen gennem hvirvelcorpora på grund af torsionen. Krumningen ved inspektion af patienten er altså som regel mindre end Cobbs vinkel.

Cobbs vinkel <10 grader kræver ingen specifik behandling, men patienten bør følges med årlig klinisk kontrol. Ved tegn på forværring af skoliosen tages der et nyt røntgenbillede, og patienten henvises eventuelt til en ortopædkirurg.

Cobbs vinkel >10 grader: Henvisning til en ortopædkirurg



Doorbell-fænomen

Det fænomen, at direkte tryk over en processus spinosus udløser de for patienten kendte radierende smerter.

Femoralisstræk

Se nervestræktest.

Fjedringstest

Generel og hurtig vurdering af et leds bevægelighed (elasticitet) og smerte-reaktion.

Udførelse

Patienten ligger på maven. Testen udføres f.eks. på columna med flad højre hånd og venstre hånd ovenpå (som ved hjertestopbehandling). Med strakte arme trykkes columna ned, og fjedringen vurderes.

Columna thoracalis er stiv at fjedre på, columna lumbalis er mere eftergivelig.



"Gule flag"

Sociale og økonomiske forhold, der truer patientens helbred.

Risiko for, at det langvarige forløb resulterer i permanent uarbejdsdygtighed.

Hasetest

Strakt benløft og samtidig kontrol af medbevægelse i bækkenet ved palpation af modsidige spina iliaca anterior superior.

Benet skal kunne flektare ubesværet ca. 70 grader i hoftelæddet. I modsat fald er haserne for korte.



Hudfoldetest

Test for at finde niveauet for en segmentær dysfunktion.

Udførelse

Med begge hænder fattes om en hudfold et par fingersbredder lateralt for columna. Huden trækkes ud fra kroppen, og derved udløses oftest en skarp smerte i det dermatom, der tilhører den segmentære dysfunktion.



Iskias

Lænderygsmerter med udstråling til benet. Udstrålingen følger n. ischiadicus, og de perifere symptomer kan opleves hvor som helst i benet, ofte i hele foden og alle tæer i modsætning til de smerter, der skyldes lumbal rodirritation.

Kapsulært mønster

Det forhold, at ledkapslen med sine fibermønstre og muskulære træk uden på leddet opfører sig på samme måde fra patient til patient. I det kapsulære mønster i udvikling af en hofteartrose er det f.eks. typisk, at indadrotationen forsvinder først. Husk, at manglende indadrotation kan skyldes en stram piriformis.

Kappakoefficient

Kappakoefficienten anvendes, når graden af enighed mellem to undersøgere (interobservervariation) skal vurderes. En kappa på 1,0 betyder 100% enighed mellem de to undersøgere. En kappa på 0 betyder, at den opnåede enighed ikke er større, end hvad tilfældigheder byder (som hvis man slog plat og krone). Landis og Koch har foreslået følgende skala til tolkning af kappakoefficienter (102):

Kappakoefficient	Grad af enighed
<0,20	Dårlig
0,21-0,40	Mådelig
0,41-0,60	Moderat
0,61-0,80	God
0,81-1,00	Meget god

Kompressions- og separationstest

Smertetest for ligamenterne på forsidende af sacroiliacaleddene. Udføres ved kompression henholdsvis separation af de to ossa ileum. Separation af de to spinae iliacae anteriores superiores medfører kompression i sacroiliacaleddene og hermed en smertereaktion, hvis der er dysfunktion eller inflammation i leddene.



Lasègues test

Se nervestræktest.

Lumbago

Lænderygsmærter uden udstråling.

Mediale haserefleks

Patienten ligger på ryggen med testbenet flekteret, abduceret og udadroteret i hofteleddet og flekteret i knæleddet.

Behandleren lægger sin finger over de mediale hasesener (semitendinosus, semimembranosus og gracilis) umiddelbart proksimalt for knæleddet. Slag med reflekshammer på fingeren udløser reflektorisk sammentrækning af musklen. Påvirkning af L5 roden svækker refleksen.



Nervestræktest

Strakt benløfttest og Lasègue

Strakt benløft ved rodirritation medfører radikulære smerter i benet (positiv Lasègue). I svære tilfælde opstår smerten allerede ved 10-15 graders løft, men smerter op til 60 grader betegnes som en positiv reaktion. Strakt benløft afslører desuden hasemuskelstramning, der medfører mere diffuse smerter i benet og af og til fejltolkes som rodirritationen. Når benet er løftet omkring 60 grader, påvirkes yderligere m. piriformis. Lasègue har høj sensitivitet (88-100%) og lav specificitet (11-45%) ved mistanke om lumbal rodirritation hos patienter med lumbago/iskias (6).

Bragards test

Positiv Lasègue suppleret med passiv dorsalfleksion af foden forøger nervestrækket og smerterne i benet.

Krydset Lasègue

Smerteudstråling i det modsatte ben af det testede. Høj specificitet ved prolaps med rodpåvirkning (86-95%). Lav sensitivitet (23-44%) (6).

Femoralisstræk

Udstrålende smerter provokeres ved at øge hofteekstensionen hos en maveliggende patient ved rodpåvirkning af L3-4. Sensibilitetsudfald følger det afficerede segment (103).

Parese

Objektiv påviselig kraftnedsættelse over mindst et led. Pareser gradueres som følger (American Spinal Injury Association, ASIA):

0: Ingen synlig eller palpabel muskelkontraktion, dvs. den sværeste paresegrad.

1: Synlig eller palpabel muskelkontraktion, men ingen aktiv bevægelse.

2: Normal bevægelighed, hvis tyngden er elimineret, f.eks. dorsalfleksion af fod i rygleje.

3: Normal bevægelighed mod tyngden, f.eks. dorsalfleksion af fod i siddende stilling.

4: Normal bevægelighed mod moderat modstand, men kraften er nedsat sammenlignet med den raske side.

5: Normal bevægelighed mod fuld modstand, dvs. ingen parese.

Parsen bedømmes i den undersøgelsesstilling, som giver den bedste kraftudfoldelse, da smerter kan give falske kraftnedsættelser. Pareser af grad 3-4 er almindelige ved diskusprolaps og er en af de symptomer, der indtræder hyppigst inden for de første to uger. Prognosen for disse pareser er oftest god og upåvirket af eventuel operation. Der savnes viden om den bedste behandling af de sjældne, svære pareser grad 0, 1 og 2, men kontakt til ryggkirurg anbefales. Et særligt problem er den svære, akut indsættende dorsalfleksionsparese grad 0-2 af foden. Lægen bør her akut rådføre sig med en ryggkirurg.

Patricks Fabere test

Smertetest med det formål at diagnosticere sygdom i sacroiliacaleddet.

Fabere er et akronym konstrueret ud fra: **f**leksion, **a**bduktion, **e**kstern rotation og **e**kstension. Ved den kombinerede bevægelse, bestående af fleksion, abduktion, udadrotation og til sidst ekstension påvirkes først hoftelæddet og derefter sacroiliacaleddet, således at en smertereaktion opstår, såfremt der er problemer i hofte- eller sacroiliacaled.



Udførelse

Undersøgeren tager om benet på den side, der skal testes, flekterer hofte og knæ og udadroterer en smule, således at anklen på det flekterede ben kan placeres lige proksimalt for patella på det andet ben.

Man lader derefter knæet falde lateralt, til hoftens yderstilling nås. Med en forsigtig fjedrende bevægelse accentueres udadrotation og ekstension en smule, samtidig med at patientens smertereaktion registreres.

Ved en positiv test er der smerte i sacroiliacaledsregionen.

Perkussionstest

Perkussionstesten udføres ved med en fingerspids, en kno eller en perkussionshammer at banke kort og distinkt over den mistænkte knogleled. Et kontinuitetsbrud i de ossøse strukturer vil medføre en skarp smerte, der er karakteristisk for fraktur, infektion eller anden alvorlig knoglelidelse.



Piriformistest

Patienten ligger på ryggen med testbenet flekteret i hofte- og knæled, og foden placeret ved det modsatte bens lateralside ud for knæet. Knæet på det testede ben skal uden besvær kunne føres over patientens midtlinje. I modsat fald er piriformismusklen for kort.



Progredierende parese

Forudsætter, at en læge tidligere har påvist og graderet en parese, som objektivt er forværret ved en senere undersøgelse. En parese påvist hos en diskusprolapspatient, som ikke tidligere i forløbet havde parese, er derfor en indtrådt parese og ikke en progredierende parese. Pareser er oftest maksimale, første gang lægen erkender dem.

Ægte progredierende pareser er meget sjældne og bør akut konfereres med rykirurg.

Psoastest

Patienten ligger på maven med det testede ben på lejet og det andet ben hvilende på gulvet ved siden af lejet. Behandleren står modsat det testede ben, der løftes med knæet bøjet 90 grader, og hoftelæddet strakt. Knæet skal kunne løftes en håndsbredde over lejet med hoftelæddet presset mod lejet. I modsat fald er der en forkortelse af musklen.



Rodirritation

Betegner en tilstand, hvor roden i den segmentære nerve irriteres, hvad enten der er tale om mekanisk tryk fra rumopfyldende proces (diskusprotrusion, osteofytter, arvæv, tumor, inflammation eller andet), eller der er tale om kemisk påvirkning (udsvivning af flydende nucleusmateriale fra diskus).

De kliniske symptomer kan være smerter lokaliseret til det pågældende segments dermatom, myotom eller sklerotom. Der kan være sensibiliseringsforstyrrelser ved de sensoriske fibre, og der kan være kraftnedsættelser eller pareser lokaliseret svarende til segmentets motoriske fibre. Ofte svækkede dybe senereflekser.

”Røde flag”

Kliniske eller anamnesticke forhold, der giver mistanke om alvorlig underliggende patologi (behandlingskrævende rodirritation, infektioner, neoplasmer, frakturer og lignende).

Schobers test

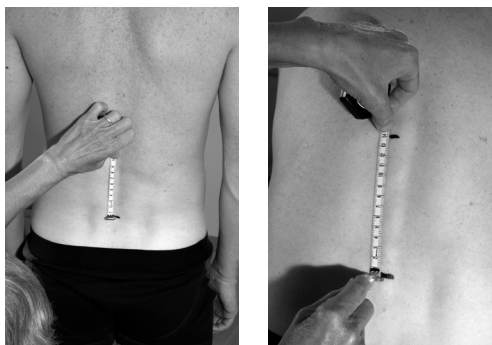
Testen giver et kontrollerbart mål for fleksionen i lænderyggen.

Udførelse

Med et målebånd udmåles 10 cm kranialt fra et fikspunkt over basis af os sacrum. Der afsættes mærker ud for 0 cm og ud for 10 cm.

Patienten flekterer maksimalt i lænderyggen, og længden mellem de afsatte punkter udmåles.

Normalt vil afstanden øges >3 cm. Schobers tal skrives som 10/13 cm.



Skolioser – kompenserede og ukompenserede

Krumning i frontalplanet – rygskævhed. Ved kompenserede skolioser er C7's lodlinje over midten af os sacrum.

Ved ukompenserede skolioser falder C7's lodlinje lateralt for midten af os sacrum.

Springingstest

Specifik test, når niveauet for en segmentær dysfunktion skal vurderes.

Udførelse

Højre hånds 2. og 3. finger lægges fladt an over processus transversus af en given hvirvel. Venstre hånd trykker ned på højre, så hvirvlen påvirkes. Man tester lumbaldelen nedefra og op mod columna thoracalis.



Strakt benløfttest

Ved mistanke om rodpåvirkning i lænden er det vigtigt at undersøge nerverns reaktion på stræk. Se nervestræktest.

FORKORTELSESLISTE

ABS: Albumin, blod, sukker

CRP: C-reaktivt protein

CT: Computertomografi

DXA: Densitometrisk røntgenbaseret undersøgelse af knogletæthed (undersøgelse for osteoporose eller osteopeni)

MR: Magnetisk resonans

MTV: Medicinsk teknologivurdering

NSAID: Ikke-steroide antiinflammatoriske lægemidler (non-steroid anti-inflammatory drugs)

PSA: Prostata-specifikt antigen

SR: Sænkingsreaktion

TSH: Thyroideastimulerende hormon

FORSLAG TIL SVAR PÅ SYGEHISTORIER

Claus, 42 år, bankassistent

Den kliniske undersøgelse viser ingen tegn på "røde flag", specielt er der ikke tale om påvirkning af cauda equina. Aldersmæssigt er en diskogen lidelse sandsynlig, og dysæstesen på venstre bens udside sammenholdt med den segmentære udstråling til benet tyder på, at der er tale om en rodirritation. Den smertestillende behandling optrappes, og han tilrådes at holde sig i ro de første dage. Derefter kan han i tiltagende grad genoptage sine daglige aktiviteter. Efter et par uger sættes han i behandling med ekstensionsøvelser, og senere i forløbet kan øvelserne optrappes, eventuelt i samarbejde med en fysioterapeut.

Han kontrolleres nogle gange med 1-1½ uges mellemrum med henblik på, om der er forværring af paresen i benet. Han er grundigt informeret om at henvende sig akut, såfremt der opstår tegn på manglende kontrol af vandladning og afføring eller forværring af lammelsen i benet. Ved progression af symptomerne eller ved manglende fremgang efter 4-6 uger er der indikation for at henvise ham til nærmere udredning på sygehus eller hos speciallæge, gerne forudgået af telefonisk konference.

Den sandsynlige diagnose er en lav lumbal diskusprolaps.

Inge, 46 år, pædagog

Det kliniske fund indikerer, at det drejer sig om uspecifikke lænderygsmarter. Ingen har fundet "røde flag".

Vi ved, at fortsat sygemelding vil fastholde patienten i sygerollen, og at udstødelse fra arbejdsmarkedet truer. Vi ved også, at sygemelding i sig selv ikke ændrer på rygsmarter.

Der er brug for en diskussion med patienten om omstændighederne for, at hun kan genoptage arbejdet, måske på nedsat tid. Der er ligeledes brug for et temposkift i varetagelsen af patientens rygproblem:

- Sørg for et hurtigt røntgenbillede af columna lumbalis, vel vidende at der sandsynligvis ikke kommer afgørende resultater alene af denne undersøgelse.
- Sørg eventuelt for en hurtig henvisning til et rygcenter (en reumatologisk afdeling). Brug eventuelt telefonen for at få en forhåndsvurdering.
- Det er vigtigt at afdramatisere patientens frygt for, at hun måske aldrig bliver rask og må opgive arbejdet. Udtryk som: "Ryggen kan holde til mere, end du tror" eller "Ryggen går ikke i stykker, selvom du passer dit arbejde" kan måske bruges i din rådgivning af patienten.

Attesten vedrørende socialmedicinsk opfølgning (LÆ215) bør indeholde information om de tiltag, du overvejer – kan patienten delvis sygemeldes?

Hermed får arbejdsgiveren en pligt til at søge at få patienten indplaceret i en jobfunktion, der er på et passende niveau for hende.

Lone, 52 år, lægesekretær

Ved den objektive undersøgelse findes normal strakt benløfttest, og der er ikke "røde flag".

Lone har voldsomme smerter, men hendes prognose med hensyn til snarlig smertelindring er god.

Spontanforløbet er oftest, at de voldsomme og udstrålende smerter efterhånden aftager, og at tilstanden efter en tid bliver tålelig og mere stationær for at ende med bedring.

Der er behov for effektiv smertelindring. Sengeleje skal indskrænkes til et minimum.

Konservativ behandling har effekt hos flertallet, men de udstrålende iskiassmerter kan bestå i flere uger. Lette øvelser som f.eks. ekstensionsøvelser kan påbegyndes efter få uger og mere intensive øvelser efter ca. fem uger med fortsat bedring - eventuelt via rygscole. Patienten bør opfordres til gradvis tilbagevenden til arbejdet.

Ved manglende fremgang efter 4-6 uger er der brug for et temposkift og henvisning til et rygcenter (en reumatologisk afdeling).

Skanning har ingen konsekvens på nuværende tidspunkt, da operation først skal overvejes på et langt senere tidspunkt. Op til 33% af "rygraske" har en eller flere påviselige diskusprolapser ved skanning (2).

Ulla, 44 år, hjemmesygeplejerske

Ved den kliniske undersøgelse er der ikke blevet påvist "røde flag", men på grund af det protraherede forløb er der ordineret røntgenundersøgelse af columna lumbalis. Undersøgelsen viser aldersbetingede forandringer, der ikke forklarer patientens vedvarende smerter. Patientens depressive tilstand bør tages alvorligt, og hovedfokus i behandlingsstrategien skal fremover være på patientens psykosociale forhold, der udgør vigtige og formentlig modificerbare "gule flag" (depression, angst, somatisering, trivselsproblemer på arbejde, manglende tro på bedring). Afdramatisering af rygsmerterne og trykshedsskabende information til patienten skal desuden bidrage til, at hun i videst muligt omfang opretholder et passende aktivitetsniveau. Øvelsesbehandling bør iværksættes, eventuelt ved henvisning til fysioterapeut. Bedres tilstanden ikke på dette regimen, bør henvisning til rygcenter overvejes, hvor dette er muligt.

Grete, 47 år, hjemmehjælper

Patienten er blevet klinisk vurderet talrige gange i forbindelse med tilbagefald uden påviselige "røde flag" eller tegn på rodirritation. Flere behandlinger hos fysioterapeut og kiropraktor har hidtil været uden effekt. Patienten risikerer i denne situation let at blive modløs og miste troen på varig bedring. Hun opgiver måske også sin fysiske træning, når nu "ingenting alligevel hjælper". En langvarig sygemelding på dette tidspunkt kan bidrage til inaktivitet og isolation. Ud over sygemeldingen bør de arbejdsmæssige forhold derfor tages op med patienten og ofte også med dennes arbejdsgiver eller socialforvaltningen med henblik på, at beskæftigelsen tilrettelægges således, at patienten kan vende tilbage, så snart det er muligt for hende, eventuelt på deltid. Den tværfaglige behandlingsindsats er vigtig. Ud over de arbejdsmæssige og sociale tiltag skal der derfor sættes på øvelsesbehandling, eventuelt via fysioterapeut, ligesom egen læge generelt bør støtte en fortsat aktiv og optimistisk holdning hos patienten. Er der i lokalområdet mulighed for henvisning til et tværfagligt rygcenter, bør dette indgå i overvejelserne.

Valborg, 74 år, pensioneret skolelærer

I hendes alder må man med symptomer på udstrålende smerter og paræstesier altid overveje spinalstenose. Ved den objektive undersøgelse blev der ikke fundet tegn på vaskulær ætiologi, og der er ingen "røde flag". Der er indikation for billeddiagnostik efter speciallægevurdering. Dansk Radiologisk Selskab anbefaler funktionsmyelografi eller MR-skanning. Den forkortede iliopsoasmuskulatur forværrer symptomerne, når hun står og går. Hun kan henvises til behandling hos fysioterapeut, der måske kan hjælpe hende med udspænding af psoasmuskulaturen og øvelsesbehandlinger.

Diagnose: Spinalstenose obs. pro.

Christina, 31 år, kontorassistent

Anamnesen tyder på bækkenringsproblemer i forbindelse med den nyligt overståede graviditet. Den kliniske undersøgelse viser, at den maksimale ømhed er lokaliseret over sacroiliacaled og/eller symfyse. Facetledsproblematik kan udelukkes med bevægetest, springingtest og hudfoldetest i lænden. Kompressions- og spredningstest over sacroiliacaleddene kan afsløre ømhed som udtryk for en lidelse i bækkenringen. Bækkendysfunktion kan ikke ses på røntgenbilleder, så der er ikke indikation for at henvise hende til røntgen.

En kortvarig manuel medicinsk behandling kan måske hjælpe hende. Hvis man ikke selv er fortrolig med behandlingen, kan hun henvises til fysioterapeut, muskuloskeletal mediciner eller kiropraktor.

Bjarne, 38 år, fisker

Ved den kliniske undersøgelse findes ingen tegn på rodtryk eller "røde flag". Derimod findes en stram højre m. piriformis. Patienten oplyser, at han på sin lille enmandskutter står op i styrehuset i timer ad gangen med højre fod udadroteret, fordi søjlen med gyroen forhindrer ham i at stå med fødderne lige frem. Klinisk kan det dreje sig om et højresidigt piriformissyndrom, og det kan behandles med udspændinger af piriformis og hjemmeøvelser, eventuelt via fysioterapeut.

Erik, 55 år, landmand

Aldersmæssigt må man overveje, om der kan være tale om malign lidelse med metastaser til columna. En positiv perkussionstest er et "rødt flag", og der er indikation for røntgen af columna lumbalis. I den aktuelle situation bør det foregå under en indlæggelse til nærmere udredning.

Martin, 16 år, 9. klasse

En grundig klinisk undersøgelse skal udelukke "røde flag". Der bør foretages røntgenundersøgelse af ryggen for at udelukke mb. Bechterew og malign lidelse. Hvis røntgenundersøgelsen er normal, kan man overveje øvelsesbehandling med udspænding af haserne som det vigtigste. Det aflaster hurtigt lænden, og smerterne ophører. Han kan eventuelt henvises til en fysioterapeut, der kan hjælpe ham i gang. Fænomenet letter sædvanligvis af sig selv i løbet af de nærmeste år, når der er bedre balance imellem de lange rørknogler og tilvæksten i musklerne, men han tilrådes at optrappe udspændingsøvelserne i de perioder, hvor der er lænderygsmærter.

Diagnose: Hasemuskelstramning med stress på lænden.

LITTERATUR

- (1) Kjølner M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (2) Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. 1 ed. København: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 1999.
- (3) Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999; 354(9178):581-585.
- (4) Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: SBU, 2000.
- (5) Nasjonalt ryggnettverk - Formidlingsenheten. Akutte korsryggsmerter. Tverfaglige, kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, 2002.
- (6) van Tulder MW, Becker A, Bekkering T, Breen A, Carter T, Gil del Real MT et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Preliminary draft, 2004. www.backpaineurope.org.
- (7) Van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16(5):761-775.
- (8) Klein BJ, Radecki RT, Foris MP, Feil EI, Hickey ME. Bridging the gap between science and practice in managing low back pain. A comprehensive spine care system in a health maintenance organization setting. *Spine* 2000; 25(6):738-740.
- (9) Fritzell P, Hagg O, Wessberg P, Nordwall A. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Lumbar fusion versus nonsurgical treatment for chronic low back pain: a multicenter randomized controlled trial from the Swedish Lumbar Spine Study Group. *Spine* 2001; 26(23):2521-2532.
- (10) Furlan AD, Clarke J, Esmail R, Sinclair S, Irvin E, Bombardier C. A critical review of reviews on the treatment of chronic low back pain. *Spine* 2001; 26(7):E155-E162.
- (11) Descarreaux M, Normand MC, Laurencelle L, Dugas C. Evaluation of a specific home exercise program for low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2002; 25(8):497-503.
- (12) Aure OF, Nilsen JH, Vasseljen O. Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine* 2003; 28(6):525-531.
- (13) Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289(21):2810-2818.
- (14) Leibing E, Leonhardt U, Koster G, Goerlitz A, Rosenfeldt JA, Hilgers R et al. Acupuncture treatment of chronic low-back pain - a randomized, blinded, placebo-controlled trial with 9-month follow-up. *Pain* 2002; 96(1-2):189-196.
- (15) Meng CF, Wang D, Ngeow J, Lao L, Peterson M, Paget S. Acupuncture for chronic low back pain in older patients: a randomized, controlled trial. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42(12):1508-1517.
- (16) Hsieh CY, Adams AH, Tobis J, Hong CZ, Danielson C, Platt K et al. Effectiveness of four conservative treatments for subacute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine* 2002; 27(11):1142-1148.
- (17) Brox JI, Sorensen R, Friis A, Nygaard O, Indahl A, Keller A et al. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine* 2003; 28(17):1913-1921.

-
- (18) Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Is low back pain part of a general health pattern or is it a separate and distinctive entity? A critical literature review of comorbidity with low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2003; 26(4):243-252.
 - (19) Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003; 12(2):149-165.
 - (20) Hadler NM. MRI for regional back pain: need for less imaging, better understanding. *JAMA* 2003; 289(21):2863-2865.
 - (21) Molsberger AF, Mau J, Pawelec DB, Winkler J. Does acupuncture improve the orthopedic management of chronic low back pain - a randomized, blinded, controlled trial with 3 months follow up. *Pain* 2002; 99(3):579-587.
 - (22) Main CJ, Williams AC. Musculoskeletal pain. *BMJ* 2002; 325(7363):534-537.
 - (23) Simotas AC, Dorey FJ, Hansraj KK, Cammisa F, Jr. Nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis. Clinical and outcome results and a 3-year survivorship analysis. *Spine* 2000; 25(2):197-203.
 - (24) Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, Barlow W, Kaptchuk TJ, Street J et al. Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2001; 161(8):1081-1088.
 - (25) Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, Olivieri-Apicella N, Kuntz JL, Legrand E et al. Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2002; 27(14):1487-1493.
 - (26) Niemisto L, Lahtinen-Suopanki T, Rissanen P, Lindgren KA, Sarna S, Hurri H. A randomized trial of combined manipulation, stabilizing exercises, and physician consultation compared to physician consultation alone for chronic low back pain. *Spine* 2003; 28(19):2185-2191.
 - (27) Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322(7283):400-405.
 - (28) Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine* 2001; 26(13):1418-1424.
 - (29) Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine* 2001; 26(23):2535-2542.
 - (30) Hakala P, Rimpela A, Salminen JJ, Virtanen SM, Rimpela M. Back, neck, and shoulder pain in Finnish adolescents: national cross sectional surveys. *BMJ* 2002; 325(7367):743.
 - (31) Mior S. Manipulation and mobilization in the treatment of chronic pain. *Clin J Pain* 2001; 17(4 Suppl):S70-S76.
 - (32) Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003; 81(9):646-656.
 - (33) Kerr DP, Walsh DM, Baxter D. Acupuncture in the management of chronic low back pain: a blinded randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2003; 19(6):364-370.

-
- (34) Schectman JM, Schroth WS, Verme D, Voss JD. Randomized controlled trial of education and feedback for implementation of guidelines for acute low back pain. *J Gen Intern Med* 2003; 18(10):773-780.
 - (35) Verbeek JH, van der Weide WE, van Dijk FJ. Early occupational health management of patients with back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2002; 27(17):1844-1851.
 - (36) Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J Gen Intern Med* 2001; 16(2):120-131.
 - (37) Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. An evidence-based approach. New York: Elsevier, 2002.
 - (38) Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seattle: Intl Assoc for the Study of Pain, 1994: 209-214.
 - (39) Manniche C. Lænderygundersøgelsen. *Ugeskr Læger* 2003; 165(24):2496-2497.
 - (40) Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim BA, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001; 26(22):2504-2513.
 - (41) Bendix T. Ondt i ryggen. *Ugeskr Læger* 2001; 163(37):4994-4998.
 - (42) Remvig L, Ellis RM, Patijn J. Piriformis syndrome - definitions, reproducibility and validity of diagnostic procedures and results of efficacy trials. *J Orthop Med* 2004; 26(2):67-76.
 - (43) Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2 ed. Seattle: IASP Press, 1994.
 - (44) Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, Fortin J, Kine G, Bogduk N. The prevalence and clinical features of internal disc disruption in patients with chronic low back pain. *Spine* 1995; 20(17):1878-1883.
 - (45) Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, Fortin J, Kine G, Bogduk N. Clinical features of patients with pain stemming from the lumbar zygapophysial joints. Is the lumbar facet syndrome a clinical entity? *Spine* 1994; 19(10):1132-1137.
 - (46) Bogduk N. What's in a name? The labelling of back pain. *Med J Aust* 2000; 173(8):400-401.
 - (47) Schwarzer AC, Wang SC, Bogduk N, McNaught PJ, Laurent R. Prevalence and clinical features of lumbar zygapophysial joint pain: a study in an Australian population with chronic low back pain. *Ann Rheum Dis* 1995; 54(2):100-106.
 - (48) Maigne JY, Aivaliklis A, Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain. *Spine* 1996; 21(16):1889-1892.
 - (49) Longworth S. Chronic back pain: a review. 1. Mechanisms & Diagnosis. *J Orthop Med* 2004; 26(1):2-6.
 - (50) Donelson R, Aprill C, Medcalf R, Grant W. A prospective study of centralization of lumbar and referred pain. A predictor of symptomatic discs and anular competence. *Spine* 1997; 22(10):1115-1122.
 - (51) Schwarzer AC, Derby R, Aprill CN, Fortin J, Kine G, Bogduk N. Pain from the lumbar zygapophysial joints: a test of two models. *J Spinal Disord* 1994; 7(4):331-336.

-
- (52) Strender LE, Sjoblom A, Sundell K, Ludwig R, Taube A. Interexaminer reliability in physical examination of patients with low back pain. *Spine* 1997; 22(7):814-820.
 - (53) Greenman PE. *Principles of Manual Medicine*. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins, 2003.
 - (54) Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine* 1995; 20(1):31-37.
 - (55) Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. *Spine* 1994; 19(11):1243-1249.
 - (56) *Movement, Stability and Low Back Pain: The Essential Role of the Pelvis*. Vleeming A, Mooney V, Snijders CJ, Dorman, TA, Stoeckart R Churchill Livingstone, New York 1997.
 - (57) Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD002193.
 - (58) Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21(24):2860-2871.
 - (59) Blomberg S, Svardsudd K, Mildnerberger F. A controlled, multicentre trial of manual therapy in low-back pain. Initial status, sick-leave and pain score during follow-up. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10(3):170-178.
 - (60) Hansen TM, Bendix T, Bünger CE, Junker P, Kosteljanetz M, Manniche C et al. Lændesmerter. *Ugeskr Læger* 1996; 158(suppl 4).
 - (61) van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJ, Bouter LM, Maljers LD, Driessen AP. Chronic low back pain: exercise therapy, multidisciplinary programs, NSAID's, back schools and behavioral therapy effective; traction not effective; results of systematic reviews. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(31):1489-1494.
 - (62) Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999; 24(23):2484-2491.
 - (63) *Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
 - (64) Skive L. *Motionsmanualen, motion – nutidens lægemiddel*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2003.
 - (65) UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004; 329:1381.
 - (66) McKenzie R. *Treat Your Own Back*. 7 ed. Wellington: Spinal Publications, 1997.
 - (67) van Tulder MW, Scholten RJ, Koes BW, Deyo RA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2000; 25(19):2501-2513.
 - (68) Henry D, McGettigan P. Epidemiology overview of gastrointestinal and renal toxicity of NSAIDs. *Int J Clin Pract Suppl* 2003;(135):43-49.
 - (69) Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for

-
- osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. *JAMA* 2000; 284(10):1247-1255.
- (70) Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. *N Engl J Med* 2000; 343(21):1520-8, 2p following 1528.
- (71) Simon LS, Smolen JS, Abramson SB, Appel G, Bombardier C, Brater DC et al. Controversies in COX-2 selective inhibition. *J Rheumatol* 2002; 29(7):1501-1510.
- (72) Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2002; 162(1):19-24.
- (73) Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Jensen L. Smerter. En lærebog. København: FADLs forlag, 2003.
- (74) Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine* 2003; 28(22):2540-2545.
- (75) Rosenberg JM, Harrell C, Ristic H, Werner RA, de Rosayro AM. The effect of gabapentin on neuropathic pain. *Clin J Pain* 1997; 13(3):251-255.
- (76) Bakker EW, Koning HJ, Verhagen AP, Koes BW. Interobserver reliability of the 24-hour schedule in patients with low back pain: a questionnaire measuring the daily use and loading of the spine. *J Manipulative Physiol Ther* 2003; 26(4):226-232.
- (77) Carlsson CP, Sjolund BH. Acupuncture for chronic low back pain: a randomized placebo-controlled study with long-term follow-up. *Clin J Pain* 2001; 17(4):296-305.
- (78) Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, Barlow W, Kaptchuk TJ, Street J et al. Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2001; 161(8):1081-1088.
- (79) Koes BW, Sanders RJ, Tuut MK. The Dutch Institute for Health Care Improvement (CBO) guideline for the diagnosis and treatment of aspecific acute and chronic low back complaints. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148(7):310-314.
- (80) van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJ, Bouter LM, Daams J, van dL, Jr. Acute low back pain: activity, NSAID's and muscle relaxants effective; bedrest and targeted exercise not effective; results of systematic reviews. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(31):1484-1489.
- (81) Vroomen PC, de Krom MC, Knottnerus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review. *J Neurol* 1999; 246(10):899-906.
- (82) Vroomen PC, de Krom MC, Knottnerus JA. Predicting the outcome of sciatica at short-term follow-up. *Br J Gen Pract* 2002; 52(475):119-123.
- (83) Rasmussen C, Hansen VK. Evaluering af de reumatologiske rygambulatorier i Nordjyllands Amt - med fokus på behandlingen af diskusprolaps. Sammenfatning. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2004.
- (84) Saal JA. Natural history and nonoperative treatment of lumbar disc herniation. *Spine* 1996; 21(24 Suppl):2S-9S.

-
- (85) Amundsen T, Weber H, Nordal HJ, Magnaes B, Abdelnoor M, Lilleas F. Lumbar spinal stenosis: conservative or surgical management?: A prospective 10-year study. *Spine* 2000; 25(11):1424-1435.
 - (86) Turner JA, Ersek M, Herron L, Deyo R. Surgery for lumbar spinal stenosis. Attempted meta-analysis of the literature. *Spine* 1992; 17(1):1-8.
 - (87) Biering-Sørensen F, Kjølner M. Rygbesvær: epidemiologi. *Ugeskr Læger* 1997; 159(35):5215-5218.
 - (88) Who Returns to Work & Why?: A 6 Country Study on Work Incapacity & Reintegration. New Brunswick, USA: Transaction Publishers, 2000.
 - (89) Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80(1-2):1-13.
 - (90) Kivimäki M, Vahtera J, Ferrie JE, Hemingway H, Pentti J. Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study. *Occup Environ Med* 2001; 58(12):811-817.
 - (91) Papageorgiou AC, Croft PR, Thomas E, Silman AJ, Macfarlane GJ. Psychosocial risks for low back pain: are these related to work? *Ann Rheum Dis* 1998; 57(8):500-502.
 - (92) Thomas E, Silman AJ, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Macfarlane GJ. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ* 1999; 318(7199):1662-1667.
 - (93) Hadler NM. If you have to prove you are ill, you can't get well. The object lesson of fibromyalgia. *Spine* 1996; 21(20):2397-2400.
 - (94) Brown MA, Wordsworth BP. Workers' compensation and chronic regional musculoskeletal pain. *Br J Rheumatol* 1998; 37(8):815-823.
 - (95) Main CJ, Williams AC. ABC of psychological medicine: Musculoskeletal pain. *BMJ* 2002; 325(7363):534-537.
 - (96) Uden A. Valj orden med omsorg! Information med positiv innebörd kan göra att ryggpatienten tors leva ett normalt liv. *Läkartidningen* 1996; 93(44):3923-3925.
 - (97) Roland M, van Tulder M. Should radiologists change the way they report plain radiography of the spine? *The Lancet* 1998; 352(9123):229-230.
 - (98) Videman T, Battie MC, Gibbons LE, Maravilla K, Manninen H, Kaprio J. Associations between back pain history and lumbar MRI findings. *Spine* 2003; 28(6):582-588.
 - (99) Biering-Sørensen F, Thomsen CE, Hilden J. Risk indicators for low back trouble. *Scand J Rehabil Med* 1989; 21(3):151-157.
 - (100) Hadler NM. Regional back pain: predicament at home, nemesis at work. *J Occup Environ Med* 1996; 38(10):973-978.
 - (101) Hadler NM. Back pain in the workplace. What you lift or how you lift matters far less than whether you lift or when. *Spine* 1997; 22(9):935-940.
 - (102) Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1):159-174.
 - (103) Bogduk N. The anatomical basis for spinal pain syndromes. *J Manipulative Physiol Ther* 1995; 18(9):603-605.