

18. Behandling av nack- och ländryggsbesvär i primärvården

Margareta Söderström, Lars Englund

Inledning

Ett flertal, tidigare publicerade, systematiska litteraturöversikter om behandling av patienter med nack- och ländryggsbesvär, har utmynnat i evidensbaserade riktlinjer. I dessa placeras primärvården i centrum för ett gott omhändertagande av dessa patienter [8,36].

Det framhålls ofta att för flertalet patienter med ryggproblem, dock inte alla, är primärvårdens insatser också de enda som är nödvändiga. Man framhåller betydelsen av en noggrann anamnes och adekvat fysikalisk undersökning. Detta för att utesluta de mycket få fall som behöver remiss till annan specialist för utredning och behandling av tumörer, svåra infektioner, specifika reumatiska sjukdomar och andra allvarigare tillstånd vilka även kan förorsaka ryggsmärta. Primärvårdsläkarens viktigaste uppgift för övriga patienter med ryggsmärta framhålls vara att intervensera så litet som möjligt och att inte utsätta patienten för vare sig meningslösa undersökningar eller sådan behandling som kan leda till att situationen utvecklas till ett kroniskt problem.

I de riktlinjer för allmänläkare som utarbetats för ”The Royal College of General Practice” [46] i England sägs bl a att: ”En enkel men fundamental förändring, bort från den traditionella föreskriften om sängvila till en positiv uppmaning om fortsatt aktivitet skulle kunna förbättra det kliniska utfallet och minska ryggsmärtans personella och sociala effekter” [62]. Detta råd kan vara särskilt betydelsefullt när psykosociala riskfaktorer föreligger, eftersom de kan medverka till och påskynda en övergång från mer tillfälliga till kroniska ryggsbesvär [28]. Ett sätt att undvika detta är att, efter anamnes och fysikalisk undersökning, upplysa patienten om att smärtan inte beror på någon skada i ryggen och att det inte är farligt att fortsätta sina dagliga aktiviteter (se Kapitel 11–17).

Många viktiga frågor på området är dock fortfarande obesvarade och det behövs mer forskning om hur man bäst bemöter och behandlar patienter som söker primärvården för hjälp med sina ryggbesvär.

De resultat som redovisats i de föregående kapitlen i denna rapport är relevanta även vid det primära omhändertagandet av patienter med nack- och ländryggsbesvär. En strikt tillämpning av den evidensbaserade medicinen kan dock vara svår att omsätta i praxis för allmänläkaren i primärvården [24]. Läkaren möter här en patient som ofta har vaga symtom, vilka ibland kan vara typiska för ländryggsbesvär, men som ibland inte är det utan besvären kan vara kombinerade med symtom på andra sjukdomar. Många randomiserade, kontrollerade studier av effekterna av olika behandlingsmetoder inkluderar inte patienter med vaga eller invecklade kombinationer av symtom från flera olika sjukdomar. För att studera sådana, mer komplicerade situationer krävs kompletterande och andra typer av studier, också sådana med kvalitativ metodik [24,49].

Detta kapitel skiljer sig från övriga behandlingskapitel i denna rapport. Det bygger visserligen på en granskning av den vetenskapliga litteraturen, men eftersom de studier som finns tillgängliga om problemet ur ett vidare perspektiv, dels är få och dels endast indirekt belyser effekterna av olika behandlingsstrategier har det inte varit vare sig meningsfullt eller möjligt att systematiskt klassificera och gradera dem efter vetenskaplig styrka och liknande. Istället har vi gjort ett urval av studier som belyser olika mer övergripande aspekter vilka vi bedömt ha särskild relevans för primärvården.

Litteratursökning

I olika databaser återfinns en mycket stor mängd studier med hjälp av sökordet: primärvård eller ”family practice”. Mycket få av dessa, 150 referenser, berör behandling av patienter med ryggproblem. Alla har dock inte bedömts vara relevanta för detta kapitel. Med hänvisning till de tidigare kapitlen i denna rapport, om resultaten av olika behandlingsmetoder, återges här ett urval studier som tar upp andra viktiga aspekter på problemet ont i ryggen ur primärvårdens perspektiv.

Patient – läkarrelationen

Kunskap om konsultationens möjligheter betyder mycket för det kliniska beslutet och för kvaliteten i omvårdnaden av patienten [30,41]. Det som utmärker allmänläkarens praxis är tonvikten på relationen mellan patienten och läkaren. Häri ingår både biomedicinska, personliga och samlade perspektiv på diagnosen.

Patient–läkarrelationens betydelse i olika sammanhang har blivit föremål för ökat intresse under senare år [1]. Bland annat har SBU nyligen färdigställt en kunskapssammanställning på området [39]. Den tidigare förhärskande föreställningen har varit att en god relation mellan läkare och patient endast är polityr och att biologiska förhållanden och medicinska insatser bestämmer resultatet för patienten. Detta synsätt håller nu på att förbytas till en samlad biomedicinsk och psykosocial syn på sådana komplicerade och sammansatta problem som ont i ryggen. Häri ingår att betrakta konsultationen som en kraft med egen inneboende styrka och att när den äger rum i en positiv atmosfär med ömsesidig respekt i olika avseenden, kommer den att gynna patientens tillfrisknande.

Patienternas föreställningar om sina symtom och sjukdomar påverkas av en rad faktorer som tidigare erfarenhet, förväntningar, psykosociala resurser och uppfattningar hos andra personer. Hos patienten finns uppfattningar om sjukdomens natur, dess orsaker, hur allvarlig den är och hur den kan botas. Ramen för patientens möjligheter att förstå sjukdom är av ett annat slag än läkarens men är därför inte mindre betydelsefull. Många studier (varav ett stort antal finns återgivna i tidigare kapitel) har visat att patientens föreställningar är mycket viktiga faktorer både för sjukdomens utveckling och för beslutet om medicinsk behandling [34]. Se vidare Kapitel 2 och 3 och Tabell 1.

I en deskriptiv studie utförd i Ontario i Kanada analyserades vilka faktorer som påverkade behandlingsresultatet för cirka 200 patienter från 13 olika allmänläkarmottagningar. Patienterna presenterade symtom, som de tidigare ej upplevt, från mag–tarmregionen, ryggen och/eller nacken, bröstsmärta, huvudvärk, trötthet eller blod i avföringen [2]. Patienterna följdes upp efter en månad, och om de fortfarande hade symtom gjordes en andra uppföljning ytterligare två månader senare.

Två oberoende observatörer gjorde telefonintervjuer med patienterna och granskade journalerna för att bedöma kvaliteten på konsultationerna med avseende på anamnes, medicinsk undersökning och medicinering. Därefter analyserades vilka faktorer som spelat roll för symtomens tillbakagång. Den faktor som hade det starkaste sambandet till att patienten blivit av med sina symtom efter en månad var att läkaren och patienten hade samma uppfattning om problemets karaktär. Efter tre månaders uppföljning var läkarens grad av medvetenhet om relevanta psykosociala problem i sammanhanget den faktor som var starkast relaterad till symtomens tillbakagång. Det saknades samband mellan symtomlättnad och anamnes, fysikalisk undersökning, användning av laboratorietester och förskrivning av läkemedel.

I en annan deskriptiv studie från Mexico City undersökte en antropolog vilka faktorer som låg bakom symtomens försvinnande [17]. I studien ingick 267 patienter med olika problem såsom ryggsmärta, huvudvärk, trötthet och symtom från mag-tarmkanalen. De intervjuades före sitt besök på en invärtesmedicinsk poliklinik. Varje läkare ställde sin diagnos omedelbart efter konsultationen. Efter cirka en månad uppsöktes patienterna i deras hem och man fastställde, med hjälp av intervjuer och frågeformulär, hur symtomen förändrats. Vid detta tillfälle hade 17 procent inga kvarstående symtom, hos 25 procent hade ingen förändring skett och hos resten kunde man konstatera varierande symtomlättnad. Dessa tre grupper; fullständigt återställd; delvis återställd och oförändrad situation, relaterades till en mängd variabler som; specifika symtom, antal diagnoser på patienten, antal laboratorietester, förskrivna läkemedel, antal dagar med symtom före läkarbesöket m fl. Följande fem variabler var starkast korrelerad till graden av tillfrisknande: 1) om läkaren hade förklarat symtomens orsak för patienten, 2) om läkaren hade givit patienten en diagnos, 3) om läkaren och patienten hade samma uppfattning om problemet, 4) om patienten var aktiv och ställde frågor under besöket och 5) hur länge patienten haft sina symtom. Författarna menar att två olika typer av patienter kunde urskiljas. Den ena var patienter med kroniska eller långvariga symtom, där patient-läkarrelationen spelade underordnad roll för tillfrisknandet. Den andra var de patienter som haft sina symtom under kortare tid och för dessa tycktes patient-läkarrelationen vara mycket viktig för tillfrisknandet.

I en annan studie från Seattle analyserades vilken betydelse allmänläkarnas attityder till patienter med ländryggsbesvär hade för patientens tillfredsställelse med vården [8]. Resultaten visade att attityderna inte hade samband med något av patientens mått på tillfredsställelse med vården. Patienterna till de läkare, som var mer trygga i sin läkarroll, var emellertid signifikant mer tillfredsställda med den information de fått än de patienter som gått hos mer osäkra läkare.

I en studie av von Korff och medarbetare analyserades effekterna av tre olika läkarstilar, efter graden av ”intervention” [59]. Studien avsåg 44 allmänpraktiker vilka sammantaget behandlade cirka 1 000 patienter med ryggsmärta. Läkarna klassificerades i tre grupper efter sitt sätt att förskriva smärtstillande medel och rekommendera sängvila. Vid uppföljning efter en månad hade patienterna hos de läkare som förskrev en låg mängd av smärtstillande medel och rekommenderade mindre vila, färre aktivitetsbegränsningar än andra. Vid uppföljning efter ett år var också dessa patienter mer nöjda än andra med den information de fått om hur de skulle sköta sin ryggsmärta. Deras vård var också mindre resurskrävande. Långtidsutfallet, avseende tillfredsställelse med behandlingen, smärta och funktionsgrad var dock densamma i de tre grupperna.

I en studie från Storbritannien, utförd med hjälp av djupintervjuer analyserades patienternas syn på ländryggssmärta och hur de upplevde behandlingen av allmänpraktiker [52]. En kohort bestående av 52 vuxna patienter med ländryggssmärta, som sökte vård hos 12 allmänpraktiker, inbjöds att delta i studien. I förutsättningarna ingick att det inte skulle finnas tecken på nervrotsengagemang, inga indikationer på inflammatorisk sjukdom och ingen tidigare ryggoperation. Kohorten betraktades som representativ för patienter med ländryggssmärta, vilka söker sig till primärvården i olika delar av Storbritannien. Resultaten från studien visade bl a att flertalet patienter besöker sin familjeläkare endast vid extremt svåra smärtor. De drog sig för att söka vård pga oro för att slösa bort doktors tid, eller pga skepsis inför läkarens möjlighet att vara till hjälp. En del patienter var också bekymrade över sina utsikter att få arbete om de sökte läkarvård. Den minoritet som konsulterade allmänläkaren oftare ville få sin sjukdom bekräftad eller såg konsultationen som ett tillfälle att diskutera alternativa behandlingsstrategier. Det var lika många i kohorten som var tillfredsställda respektive otillfredsställda med läkarens

behandling. Den andel som var tillfredsställda satte störst värde på läkarens kommunikationsförmåga och noggrannhet vid diagnosen. De framhöll särskilt läkarens sätt att ta upp sjukdomshistorien, dennes noggranna undersökningar och uppskattade läkarens förklaringar till resultaten av olika diagnostiska prover. Patienterna framhöll att de inte sökte någon magisk bot för ländryggssmärta eftersom de menade att en sådan inte existerar. Däremot ville de gärna att läkaren skulle lyssna på dem och komma med goda behandlingsförslag.

I en studie, utförd inom svensk primärvård [35], beskrivs en kognitiv behandlingsmetod, samtidigt som allmänmedicinens kärnämne, konsultationen, berörs. I studien randomiserades 92 patienter, som alla var unga invandrare, till en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp. De hade varit sjukskrivna i mer än sex veckor för smärta vid rörelser, däribland ländryggssmärta. Behandlingen utgjordes av tre längre samtal om vad patienterna hade för tankar om sin smärta. Fysiska och psykiska undersökningar samt självskattning av arbetsförmåga och rädsla för smärta gjordes före och efter programmet. Utvecklingen under sjukskrivningstiden diskuterades vid uppföljning efter tre och sex månader. Efter det att programmet genomförts, konstaterades signifikanta skillnader till förmån för behandlingsgruppen. I den gruppen var färre av ungdomarna rädda för smärtan, färre hade depressionsdiagnos, fler skattade sin arbetsförmåga högre och fler hade återgått i arbete vid uppföljningen efter åtta månader. Studien visar att även i den normala vården av ländryggssmärta inom primärvården tillämpar läkarna många olika behandlingsformer, däribland kognitiv terapi.

Sammanfattningsvis antyder dessa studier att läkarens engagemang, empati, förmåga att lyssna och intervensera så litet som möjligt är av stor betydelse. En gemensam uppfattning hos patienten och läkaren om ländryggssmärtans natur vid konsultationen kan förbättra förloppet, åtminstone hos patienter med kortvarig ländryggssmärta.

Undervisning av patienten och läkaren

Patientundervisning

En av de få randomiserade, kontrollerade studier som genomförts inom primärvården avser effekterna av undervisning för patienter med länd-

ryggssmärta [10]. I denna studie erhöll en grupp patienter en broschyr om problemet ländryggssmärta och en annan grupp fick en presentation av broschyrens innehåll vid en 15 minuter lång konsultation hos en sjuksköterska. Uppföljningstiden var lång, men resultaten var magra. Det enda positiva resultatet som uppnåddes var att kunskapen om ländryggssmärta ökade och att fler i sjuksköterskegruppen prövade att genomföra de rekommenderade övningarna. Inga skillnader i funktion, funktionshinder eller vårdkonsumtion förelåg vid något av uppföljnings-tillfällena.

Många artikelförfattare har pläderat för användningen av undervisningsmaterial för patienter med ryggproblem. Tidigare har sådant material till största delen varit baserat på enbart biomedicinska uppfattningar om ryggsmärta vilka varken varit evidensbaserade eller i enlighet med nyare riktlinjer. I en studie av patientinformation avsedd för primärvården, vilken utarbetats med hjälp av nyare kunskaper om de kombinerade biomedicinska och psykosociala faktorernas betydelse vid ryggsmärta, fann man att patienternas kunskaper om sina ryggproblem verkligen ökade [7].

Läkarundervisning

Cherkin och medarbetare har utvecklat ett program för undervisning av läkare om ländryggssmärta [12,13]. Programmet testades på 29 vårdgivare inom primärvården. Läkarnas uppfattningar och attityder skattades före och efter programmet. Andelen läkare som kände sig mer kunniga på området ökade signifikant. Efter utbildningen ansåg läkarna att de visste hur man bäst bör behandla ländryggssmärta, och trodde att patienterna förmodligen var mer tillfreds med behandlingen och att läkaren oftare kunde försäkra patienterna om att de inte led av någon allvarlig sjukdom. Utbildningen hade dock ringa inflytande på läkarnas många gånger negativa känslor gentemot patienter med ryggsmärta liksom på deras frustration över patienter, som ville att läkaren skulle bota deras problem. Studien omfattade även patienterna till de läkare som fått undervisningen. Undersökarna ville veta hur undervisningen uppfattades av deras patienter. Utfallet bedömdes genom telefonintervjuer av 148 patienter, som träffat läkarna före utbildningen, och 157 patienter som träffat dem efter denna. Trots programmets påfallande uppskattning

bland läkarna, ledde det inte till några signifikanta förbättringar för patienterna, inte ens för de vilkas läkare ansåg sig ha haft största nyttan av undervisningen.

Synen på behandling i primärvården

Deyo och Phillips är två forskare som anser att ländryggssmärta är en utmaning i primärvården [16]. De framhåller att det finns en stor skillnad å ena sidan ortopedkirurgen, som koncentrerar sitt intresse på ländryggraden, och å andra sidan allmänpraktikern, som fokuserar på själva symtomet ländryggssmärta. Författarna sammanfattar sina iakttagelser från många studier på följande sätt: ”Primärvårdsläkaren måste ta hänsyn inte bara till ländryggradens biologi utan till ryggsmärtn och patienten – dennes hela kropp, historia, familj, psykosociala situation inklusive arbetsförhållanden samt patientens rationella och irrationella fruktan. Detta är en stor uppgift, och det räcker sannerligen inte med att enbart granska ryggraden.”

Denna uppfattning får stöd av Croft och medarbetare, som har gjort en prospektiv studie av den befolkning, som fanns registrerad vid två familjeläkarmottagningar [15]. Forskarna använde sig av en enkät, som mätte psykiska besvär, och korrelerade sina iakttagelser med patienternas efterföljande besök för ländryggssmärta i primärvården. Forskarna upptäckte då att psykiska besvär hos individer utan ryggsmärta till en del kan förutsäga ryggsproblem. Förklaringsgraden av psykiska besvär till senare besök för ryggsmärta beräknades till 16 procent.

Inom primärvården i Storbritannien har man prövat olika terapier mot ländryggssmärta och bl a testat psykiatriska konsultationer vilket utvärderats i en randomiserad, kontrollerad studie [29]. I Finland har man prövat så kallad parterapi eller familjeterapi vid kronisk ländryggssmärta, också i en randomiserad, kontrollerad studie [48]. Ingen av dessa metoder visade dock någon effekt med avseende på vanligt använda resultatmått. Terapin visade sig dock ha god effekt på sådana variabler som psykisk oro och kommunikation inom äktenskapet [47].

von Korff och medarbetare ifrågasätter värdet av att inom primärvården karakterisera ländryggssmärta som antingen akut eller kronisk [60]. De anser att det är mer meningsfullt att fokusera på den smärtrelaterade

funktionsförmågan och antal dagar med smärta än att inskränka sig till en datering av när smärtan började. I sin studie fann de att tre fjärdedelar av konsekutiva fall av ländryggssmärta i primärvården tillfrisknade, medan en tredjedel uppvisade ett mer kroniskt förlopp. Jämfört med tidigare studier, som enbart utgått från den enstaka episoden av ryggont, fann man att prognosen för ”akut” ryggont var något sämre och för ”kronisk” något bättre.

I en granskningsöversikt försöker von Korff och Saunders bestämma kortvarig och långvarig ryggsmärta och deras funktionella utfall hos patienter, som söker behandling i primärvården [58]. De framhåller att ryggsmärta hos primärvårdspatienter uppvisar ett typiskt återfallsmönster, med variation och förändringar, snarare än som ett akut och självbegränsande förlopp. De flesta av patienterna drabbas alltså av återfall. När man endast beskriver resultatet av behandling för den första smärtepisoden, kan det således ge en mer gynnsam bild av långtidsutfallet än vad som är befogat. Vid uppföljning av behandlingsresultatet efter kort tid, visar det sig att flertalet patienter blir avsevärt mycket bättre under de första fyra veckorna efter behandling. En månad efter det att patienterna sökte medicinsk hjälp hade 66–75 procent av patienterna endast lätt ryggvärk. När det gått en månad rapporterade omkring 33 procent av patienterna fortsatta och minst måttligt svåra smärtor medan 20 till 25 procent hade påtaglig aktivitetsinskränkning. Vid långtidsuppföljningen efter ett år eller mer rapporterade cirka 33 procent periodiskt återkommande eller ihållande smärtor av minst måttlig intensitet, medan cirka 15 procent rapporterade svåra smärtor och 20 procent hade avsevärd aktivitetsinskränkning.

I en kommentar till von Korffs och Saunders översikt påpekas att den svaga korrelationen mellan smärta och självrapporterad funktionsinskränkning gör, att de bör ses som skilda begrepp [44]. Det faktum att ”objektiva” mått på funktionsnedsättning, som arbetsfrånvaro och sjukskrivning, har mycket lite att göra med sjukdomens biomedicinska aspekter är också något som behöver poängteras.

Olika vårdgivare

I en studie av 208 vårdgivare och deras 1 500 patienter jämfördes den behandling för akut ländryggssmärta, som gavs av läkare inom primär-

vården, med den som gavs av kiropraktorer och ortopedkirurger [9]. Efter ett halvår uppmättes den tid det tog för patienterna i de tre grupperna att uppnå funktionell återhämtning, att återgå i arbete och att återvinna hälsan helt. Patienterna förbättrades lika bra hos alla tre vårdgivargrupperna. Kostnaderna för vården var högst för ortopedkirurger och kiropraktorer och lägst för primärvårdsläkarna.

I en annan studie, avseende patienter med varierande symtom från rörelseapparaten, analyserades resultaten av behandling, som givits av olika typer av vårdgivare [53]. Författarna säger att ”ländryggssmärta behandlas av olika slags vårdgivare utan att det blir stora skillnader i resultat” [53]. Kanske detta bör tas som ett gott skäl för att i så fall välja den vårdgivare som uppnår samma resultat till lägsta kostnad.

I en studie av Cherkin och medarbetare studerades skillnaderna i diagnostisk utredning mellan läkare med olika specialiteter [11]. En enkät, med hypotetiska patientbeskrivningar av akut och kronisk ländryggssmärta samt ischias, skickades till 2 604 läkare inom åtta olika specialiteter i en stratifierad nationell stickprovsundersökning. Svarefrekvensen var 43 procent. Neurologer och neurokirurger beordrade röntgenundersökningar dubbelt så ofta som andra. Psykiatriker och neurologer skulle tre gånger så ofta som andra begära elektromyogram och reumatologer skulle dubbelt så ofta begära laborietester för både akut och kronisk ländryggssmärta. Författarna bedömde att användningen av diagnostiska tester både var överdriven och gjordes för tidigt jämfört med gällande riktlinjer. Bristen på konsensus mellan specialiteterna väcker ett behov av kompletterande riktlinjer och större följsamhet med existerande riktlinjer.

I en kommentar till Cherkins artikel framhåller Carey att: ”läkarna behöver en arsenal av enkla, billiga behandlingar som de med förtroende kan rekommendera till sina patienter. Den ihärdiga användningen av ineffektiva behandlingsmetoder tyder på att de medicinska experterna än så länge inte ser några effektiva metoder tillgängliga. De forskare och utbildare, som intresserar sig för ryggsmärta, bör utveckla bättre behandlingsalternativ för patienterna och rekommendera dem till vårdgivarna på ett sådant sätt att de kan användas” [11].

I jämförelse med den tidigare refererade engelska studien av Skelton och medarbetare [52] ger en studie från USA en helt annan bild av hur

ryggsmärta behandlas av familjeläkare [14]. Syftet med denna studie var att jämföra behandling given av allmänpraktiker respektive kiropraktorer. Av 320 000 registrerade patienter hade 718 vänt sig till allmänpraktiker under en tvåveckorsperiod. Hälften av dessa patienter utvaldes att delta i studien. Samtliga patienter som under samma tid vänt sig till kiropraktorer, 181 patienter, togs med i studien. En enkät utformades utifrån en fokusgrupp bland patienter som behandlats av allmänpraktiker eller kiropraktorer. Svarsprocenten var 80 respektive 94 procent. Eftersom patienterna själva kunde välja vårdgivare ska resultaten bedömas med försiktighet. Ålders- och könsfördelningen var densamma i båda grupperna, men det fanns fler patienter i allmänläkargruppen, som beskrev sin hälsa som någorlunda eller dålig. I kiropraktorgruppen hade patienterna å andra sidan fler smärtperioder och hade haft sina smärtor längre tid. Den allmänna tillfredsställelsen med vården för ryggbesvären var mycket högre i kiropraktorgruppen än i allmänläkargruppen, trots att tillfredsställelsen med vård som givits av andra skäl än ryggont var densamma i bägge grupperna. Kiropraktorpatienterna var också mer nöjda med den information de fått och det intresse de mött från vårdgivaren. De kände också större förtroende för vårdgivaren.

Allmänläkarpatienterna hade mycket svårare att hålla med läkaren om vilka orsaker som låg bakom smärtan. De var också mindre benägna att återkomma till läkaren för vård, om det skulle behövas.

Behandling med stöd av riktlinjer

Effekterna av ett medicinskt ryggvårdsprogram, som tillämpats inom primärvården i USA, i en så kallad Health Maintenance Organization, har utvärderats av Branthaver och medarbetare [5]. De jämförde två medicinska centra i Kalifornien, av vilka det ena tillämpade ryggvårdsprogrammet och det andra inte. Allmänpraktikerna vid centret med program remitterade 42 procent färre patienter för specialistbedömning, sände 59 procent färre till fysikalisk behandling och beställde 33 procent färre röntgenundersökningar. Trots detta var det ingen skillnad i det kliniska förloppet för patienterna och läkarna var mer nöjda med den behandling de givit. Studiens begränsning är att andra olikheter mellan de båda centra skulle kunna vara så kallade "confounders" (stödfaktorer) vilka kan förklara de observerade skillnaderna.

I en artikel från "Quebec Task Force Group" beskrivs en prospektiv kohortstudie avseende ryggsmärtor [45]. Bland annat nämns att 58 procent av patienterna ännu efter sju veckors behandling inte hade remitterats till specialist. Detta fick studiens författare att överväga en tillämpning av riktlinjer för att öka remisstakten. De menar att de som ansvarar för vårdens finansiering måste få klara besked från de kliniska riktlinjerna om när det är rätt att specialister kopplas in för konsultation. I ett diskussionsinlägg i denna artikel framhåller dock Waddell att man inte vet vad en korrekt remitteringsfrekvens är och att även om man skulle kunna identifiera detta, kan inte remitteringsfrekvensen ensamt ge tillräcklig information om adekvat praxis [61]. Han menar att det inte bara är nödvändigt att remittera rätt antal patienter utan framför allt de rätta patienterna. De som verkligen behöver remitteras till specialist är kanske 1 till 2 procent av patienterna medan det för cirka 95 procent av ländryggspatienterna i primärvården skulle vara meningslöst. Waddell understryker också det faktum att de kliniska riktlinjernas effektivitet fortfarande är obevisad när det gäller behandling av ländryggssmärta. Han säger också följande: "att skapa en bas för evidens och utforma riktlinjer är en sak, att förverkliga dem och förändra det kliniska arbetet är en annan".

Detta tema tas också upp i en annan artikel av Freeborn och medarbetare [18]. I deras studie ingick primärvårdsläkare; både internmedicinare (n=67) och familjeläkare (n=28) i en kontrollerad interventionsstudie av kliniska riktlinjer för ländryggssmärta. De hade införts för att minska variationen i behandlingen av ländryggspatienter och i användningen av röntgenundersökningar på ländrygggraden. Experimentgruppen, som erhöll riktlinjerna fick från fjärde månaden efter studiens start, varannan månad feedback på hur de använt röntgenundersökningar. Varken riktlinjerna ensamma eller riktlinjer samt feedback-information kunde förknippas med någon signifikant minskning i användningsfrekvensen av röntgen eller i variabiliteten av behandling jämfört med riktlinjerna i programmet. Slutsatsen är att riktlinjer måste anpassas till både praktikkens utformning och till både patienternas förväntningar och beteende. Andra studier har visat liknande resultat [50].

I en retrospektiv deskriptiv studie inkluderande 524 primärvårdspatienter med kronisk ländryggssmärta fastslår man å andra sidan, att behand-

lingen av ländryggssmärta saknar fasthet och att det därför finns ett behov av kliniska riktlinjer [57].

Förändrade och olika synsätt

Sverige

Det är svårt att hitta goda studier som beskriver hur ryggbesvär behandlas i svensk primärvård. I en svensk studie, avseende effekterna av manuell terapi och steroidinjektioner för patienter med ländryggssmärta skulle kontrollgruppen erhålla sedvanlig ”god ryggbehandling” inom primärvården [4]. En modell för behandlingen av kontrollgruppen utvecklades i samråd med de allmänläkare som deltog i studien och man kom fram till att: ”aktiv, optimal och standardiserad konventionell behandling” skulle bestå av följande moment: ”läkemedel, ergonomiska råd och anvisningar både muntligen och på stenciler, ryggskola, sjukskrivning, aktiva ryggövningar, korsetter, förband, kortvågsbehandling, ultraljud, TENS, elektrostimulering, värmebehandling (Steam-pac), kylning (Cold-pac, is), hållningsinstruktioner, hållningsövningar, i vissa fall bassängbad med träning och massage”. De flesta av dessa insatser har senare visats vara ineffektiva och kan ingalunda betraktas som optimal behandling. Trots detta och trots att modellen bygger på inaktivering beskrevs denna behandlingsstrategi som en aktiv behandlingsmodell.

I en annan svensk studie från 1992 [40] använde man sig av konstruerade fall av ländryggssmärta. Fallen presenterades för 200 husläkare vid primärvårdsmottagningar i Mellansverige. Av dessa svarade 159 av läkarna och ombads beställa diagnostiska prover från en lista med olika, ofta använda alternativ. Läkarna skulle också ordinera läkemedel och sjukskrivning som vid ett hypotetiskt första besök på mottagningen.

De åtgärder som föreslogs av allmänläkarna var följande; sjukskrivning på heltid föreskrevs av 97 procent av de deltagande läkarna, tid för återbesök gavs av 96 procent, minst ett läkemedel förskrevs av 90 procent och sjukgymnastik ordinerades av 77 procent av läkarna. Sänkan, som vid den tiden antagligen var det vanligaste screeningstestet inom primärvården vid misstänkt allvarligare sjukdom, beställdes av 56 procent av läkarna. Bland övriga åtgärder som föreslogs märks följande: urinprov med sticka (48 procent), ”rehabilitering” (33 procent), röntgen av länd-

ryggen (36 procent), undersökning av ändtarmen (29 procent), förskrivning av två olika läkemedel (17 procent), bröstundersökning (6 procent), datortomografi av ländryggen (6 procent), urinmikroskopi (6 procent), tre läkemedel (3 procent) och gynekologisk undersökning föreskrevs av 2 procent. Endast 6 procent av allmänpraktikerna skulle vid detta första besök ha remitterat patienten till ortopediklinik för utredning, även om beskrivningen av fallet möjligen kunde tyda på lumbalt diskbråck, som kanske kunde varit lämpat för kirurgisk behandling.

Resultaten återspeglar i viss utsträckning vad som ansågs vara ”vanlig behandling” när studien gjordes år 1992. Nackdelen med denna typ av studie är att deltagande läkare tenderar att ge överambitiösa svar. Verklig praxis kan ha varit mindre åtgärdsinriktad.

Danmark

Av en studie från Danmark framgår att 40 procent av den danska befolkningen hade haft ont i ryggen under det senaste året, och att 24 procent av dessa, eller nära 10 procent av befolkningen vände sig till allmänpraktiker för sina ryggproblem [32]. Studien grundade sig på frågor till ett urval av allmänpraktiker, som var representativa för landsbygd, blandad landsbygd och tätort samt tätbefolkade områden. Bland annat ville man veta hur patienter med ländryggssmärta behandlades i rutinmässig primärvård. Läkarna fick beskriva sina rutiner och motsvarande uppgifter gavs även av sjukgymnaster och kiropraktorer. Man ville också veta hur människor i allmänhet såg på den professionella vården av ryggsmärta och sände därför ut frågor till ett representativt urval av invånarna i respektive område.

Endast 55 procent av de professionella vårdgivarna besvarade enkäten. Den dåliga beskrivningen av bortfallet gör att frågan om eventuell bias i urvalet inte kan besvaras. Bortfallet i den enkät som riktades till befolkningen framgår inte av studien.

De danska allmänpraktikernas diagnossättning säger en del om hur läkarna ser på sina patienter. Av 12 givna diagnosalternativ var myosis regio dorsi (muskelbesvär i ryggen) den vanligaste diagnosen, närmast följd av lumbago. Ischias hamnade på sjätte plats. När det gällde faktorer av vikt för val av behandlingsmetod fick läkaren välja mellan ett antal

givna svar: "Beslutet om klinisk diagnos," ansågs av 67 procent av allmänläkarna vara den viktigaste faktorn för val av behandlingsmetod. "Information som patienten ger", uppgavs av 61 procent av läkarna, "kännedom om patientens familj eller sociala förhållanden" av 27 procent av läkarna, och "patientens ålder" av 19 procent. Endast 9 procent av läkarna ansåg att "fynd vid röntgenundersökning" var av vikt, vilket kan jämföras med att 37 procent av sjukgymnasterna och 54 procent av kiropraktorerna ansåg röntgenundersökning vara viktig. Av allmänpraktikerna höll 33 procent med om påståendet att "de flesta patienter som söker för ryggproblem behöver ingen speciell undersökning eller behandling".

När författarna jämförde patienternas skäl för att söka hjälp hos en allmänpraktiker, fann de att patienterna först och främst ville veta om smärtan orsakats av någon underliggande allvarlig sjukdom. "Önskan att bli behandlad" kommer först på andra plats som motiv för att söka sig till behandlare. I en andra artikel, gjord av samma författare och gjord på samma material, berörs skillnader i uppfattning om vården mellan vårdgivare och befolkning [33]. Fler kvinnor än män och fler unga förklarade sig vilja ha professionell vård. Medan läkarna ansåg att ryggproblemen var orsakade av för lite motion eller för mycket stillasittande arbete, trodde de flesta patienterna att överansträngning och muskelspänningar låg bakom smärtan. I motsats till patienternas motiv för konsultation var läkarna mer inställda på att ge god behandling. Patienterna var mer intresserade av att få sina symtom förklarade.

Problemets omfattning inom primärvården i några länder

Sverige

Patienter med muskuloskelettala sjukdomar har – efter infektionssjukdomar – varit den näst största kategorin primärvårdstagare i de flesta västländer [23,55,56]. Sedan början av 1990-talet har emellertid antalet läkarbesök pga muskuloskelettala åkommor dock varit minskande i Sverige. Nedgången i antalet läkarbesök återspeglar emellertid inte nödvändigtvis en reell minskning av incidensen eller prevalensen för muskuloskelettala sjukdomar. Den kan också bero på helt andra faktorer.

I en populationsbaserad enkät, riktad till personer i åldrarna 20–64 år, boende i Dalarna, svarade 25 procent att de haft ländryggssmärta minst en gång under de senaste tre månaderna [21]. Endast 15 procent av de tillfrågade hade emellertid besökt någon vårdgivare pga ländryggssmärta. Av dessa uppgav 27 procent att de besökt läkare inom primärvården, 4 procent sökte sig till ortoped och 12 procent hade besökt kiropraktor eller naprapat. Det stora flertalet hade dock sökt sig till sjukgymnast. Per 100 000 invånare gjordes i genomsnitt cirka ett besök hos primärvårdsläkare och nära tio besök hos sjukgymnast för ont i ryggen [20]. En mer än tio år gammal studie från södra Sverige visade att varje allmänpraktiker i genomsnitt hade två patienter per vecka vilka sökte för ländryggssmärta [23].

Danmark, Finland, Kanada

I en dansk studie visade man, att allmänpraktikern besöktes av i genomsnitt fem patienter med ryggproblem per vecka [33], Tabell 2. Antalet patienter som under en vecka besöker varje enskild primärvårdsläkare behöver alltså inte vara stort.

Mer än en fjärdedel av alla vuxna med muskuloskelettala symtom i Danmark och Finland besöker dock primärvårdscentra eller allmänpraktiker [33,42]. Allmänpraktiker, sjukgymnaster och kiropraktorer har olika behandlingsrutiner och patienterna som besöker de tre vårdgivargrupperna har olika sociodemografiska data och sjukdomsprofiler. Medan vårdgivarna ofta hävdar att dålig fysisk kondition ligger bakom ryggproblemen anser patienterna att överansträngning av ländryggen ligger bakom problemet.

Den finska primärvården har större likhet med den svenska än med den danska. Den finska primärvården finansieras offentligt och är utan patientavgifter. Det genomsnittliga patientantalet per allmänpraktiker och antalet konsultationer per dag är jämförbara med svenska förhållanden.

I en studie av finsk primärvård registrerades samtliga fall med diagnos inom det muskuloskelettala området, exklusive trauma efter direkt våld [43]. Under en två veckor lång registreringsperiod vid sex vårdcentraler hade totalt 6 526 personer besökt dessa varav 21 procent av patienterna hade muskuloskelettala symtom. Studien gjordes på landsbygden och

andelen lantbrukare var proportionellt större än i landet som helhet. Hos kvinnor var nacksmärta (22 procent) den vanligaste anledningen till läkarbesöket vad gäller muskuloskelettala symtom. Därefter kom ländryggssmärta (16 procent). Hos män var ländryggssmärta (21 procent) den vanligaste anledningen till besöket följt av nacksmärta (18 procent).

Storbritannien

I Waddells systematiska granskning av studier om sängvila och studier om råd om fortsatt aktivitet vid akut ländryggssmärta visas att en vanlig behandling i Storbritannien är analgetika och aktivitetsbegränsning, ibland i form av sängvila [62]. Rapporten ifrågasätter effektiviteten i denna behandling och hänvisar till studier som bekräftar att normal aktivitet resulterar i snabbare tillfrisknande. I diskussionen framhålls att ”vissa patienter kan behöva ligga till sängs några dagar, men det skall ses som en konsekvens av deras smärta och inte som en behandling”. Rådet att förbli aktiv och leva som vanligt kan förmodas resultera i snabbare återgång i arbete, minskad kronisk funktionsnedsättning och färre återkommande problem. Flertalet citerade studier i denna översikt är representativa för primärvårdens förhållanden och iakttagelserna bör vara av stort intresse även för husläkare och allmänpraktiker i andra länder.

I en studie avseende ett urval (n=900) av befolkningen i upptagningsområdet för tre primärvårdscentra i Storbritannien ställde man frågor om ländryggssmärta under föregående år [37] (Tabell 2). Av deltagarna i studien hade 95 procent journal vid dessa primärvårdscentra. Den årliga prevalensen för ländryggssmärta var 48 procent. Husläkare kontaktades för ländryggssmärta i 24 procent av fallen och 4 procent hade remitterats till sjukhusspecialist. Konsultationsfrekvensen var ungefär densamma hos de som kontaktat primärvårdscentra för ryggont och de som hade kroniska sjukdomar och högre konsultationsfrekvens än hos genomsnittsbefolkningen. Behandlingen anges i Tabell 2. Med den epidemiologiska uppläggnings studien hade, var det uppenbart att man registrerar att endast en begränsad del av fallen med ländryggssmärta söker medicinsk hjälp. Mycket få av dem återfanns i sekundärvården eller behövde sjukskrivas. Den låga konsultationsfrekvensen vid ländryggssmärta i relation till den höga prevalensen av symtom tycks förekomma inom primärvården i många länder.

Könsperspektiv på patienter med nacke- och ländryggsbesvär

Det finns skillnader både biologiskt och socialt mellan män och kvinnor vilka inte uppmärksammats tillräckligt vid diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdomar. Detta gäller även patienter med nack- och ländryggssmärta.

Populationsundersökningar visar att muskeloskelettala besvär är lika vanligt hos både män och kvinnor [6]. Eftersom definitionen på smärta inte är entydig är den också svår att definiera i ett frågeformulär. Resultaten av prevalensstudier är därför beroende på hur frågor om smärta ställs. I många studier rapporterar kvinnor oftare symtom från muskeloskelettala systemet än vad män gör [22,38].

I många studier som berör arbete och hälsa, t ex studier om arbetsrelaterade besvär, så menas med arbete det betalda lönearbetet, medan hushållsarbetet brukar klassificeras som en psykosocial faktor. Kvinnors obetalda hushållsarbete är i de flesta studier dolt även i studier som berör arbetets inflytande på t ex muskeloskelettala besvär. Detta förvanskar naturligtvis resultaten [31]. Trots en mångårig debatt om jämställdhet i framför allt Sverige så har kvinnorna, som under många år utgjort en stor andel av arbetskraften, det huvudsakliga ansvaret för hushållsarbete i hemmet [54].

Arbetsbelastning t ex i form av ökad stress har visat sig vara större hos kvinnor. Frankenhaeuser visade i en studie att kvinnor och män reagerar olika på stress [19]. Skillnaderna kunde inte förklaras av kvinnliga och manliga hormoner. Den största skillnaden i stresshormonnivåer återfanns vid arbetsdagens slut. Männens stresshormoner sjönk i slutet på arbetsdagen då det var tid för dem att gå hem och slappna av medan kvinnors hormonnivåer steg mycket kraftigt. För kvinnorna var dessa timmar de mest stressfulla under hela dygnet. De skulle planera och handla mat, hämta barn på daghemmet, laga mat, städa och diska. På detta sätt kan kvinnor utsättas för en kronisk stress med negativ påverkan på hälsan. Detta är ett exempel på att livsvillkoren ofta kan vara olika för män och kvinnor, vilket är betydelsefullt vid tolkning av forskningsresultat.

I en deskriptiv uppföljningsstudie av patienter sjukskrivna för nack- och ryggsmärta befanns bl a att kvinnorna upplevde sig ha sämre hälsa och

välbefinnande jämfört med andra kvinnor och män [3]. Jämfört med de sjukskrivna männen hade kvinnorna, trots att de var bättre utbildade än männen, sämre villkor som t ex sämre ekonomi och fler av kvinnorna var ensamstående med barn och hade socialt understöd. Kvinnorna hade dessutom oftare genomgått rehabilitering utan framgång eftersom de blivit långtidssjukskrivna igen. Det är således av stor betydelse, vid planeringen av rehabilitering för ryggbesvär, att ta hänsyn till patientens livsvillkor och att vara medveten om att livsvillkoren för kvinnor och män ofta är olika [26,27].

Sammanfattning

- Primärvården är rätt behandlingsnivå för flertalet patienter med ryggsmärta.
- Det är viktigt att ta reda på om eventuella allvarliga sjukdomar är orsak till smärtan.
- Konsultationsprocessen och patient–läkarrelationen är mycket betydelsefull, därför att här möts vårdgivarens och patientens föreställningar om orsakerna till ryggsmärtan.
- Ett viktigt budskap till patienten är att: ”håll dig igång, och fortsätt att leva som vanligt”.
- Sängvila bör undvikas och inte ordineras som behandling.
- Att vara uppmärksam på eventuella psykosociala riskfaktorer kan vara ett sätt att förhindra övergången från akut till kronisk ryggsmärta.
- Med kunskaper om könsperspektiv i medicin ökar insikterna om rygg- och nacksmärtans problem.
- Endast en liten del av befolkningen med ländryggsmärta söker vård inom primärvården och ännu färre på den sekundära vårdnivån vid sjukhus och vid specialistkliniker.
- De vanligaste åtgärderna mot ländryggsmärta inom primärvården i Sverige är sjukskrivning, recept på analgetika, föreskrifter om fysisk träning, och överenskommelse om återbesök.
- Allmänpraktiker anser i regel att ryggsmärta orsakas av underanvändning av ryggen medan patienterna i regel anser att den beror på överansträngning.

- Det finns stora skillnader mellan olika läkares val av behandling för ryggsmärta och den typ av vård som läkare med olika specialiteter ger. Detta hänger mer samman med deras specialitet än med patientkarakteristika.
- Psykiatrisk behandling inom primärvården har inte visat sig vara effektiv för vård av patienter med ryggsmärta.
- Prognosen för akut ländryggssmärta kan vara sämre än man tidigare förmodat, eftersom akut ländryggssmärta ofta kan vara en episod av återkommande sjukdom.
- Riktlinjer rekommenderas för behandling av ryggsmärta i allmän praktik, men effekten av sådana är inte påvisad.
- Patientundervisning har inte visats vara effektivt vid behandling av ryggsmärta. Läkareundervisning har inte heller visats vara till hjälp för patienten, däremot för läkaren.

Tabell 1 Patienters och läkares uppfattning om ländryggssmärta.

Studie	Design	Population	Patientens uppfattning	Läkarens uppfattning
Lonnerberg 1997, Lonnerberg 1997	Deskriptiv, frågeformulär 1. Sampel av vårdgivare 2. Populationsurval	1. n=1 018 a) Läkare: 436 män, 103 kvinnor b) Sjukgymnaster: 57 män, 221 kvinnor c) Kiropraktorer: 109 män, 61 kvinnor d) Reumatologer: 13 män, 5 kvinnor 2. n=3 204, >16 år e) med ryggsproblem: 595 män, 700 kvinnor f) utan ryggsproblem: 5 män, 959 kvinnor	När artikelförfattarna studerar patienternas skäl för att konsultera allmänpraktiker/husläkare, finner de att patienterna först och främst vill veta om smärtan orsakas av någon bakomliggande allvarlig sjukdom. Motiv nr 2 är en önskan om att få behandling	Läkarna ansåg att ryggsmärken orsakades av för lite motion eller för mycket stillasittande arbete Läkarna satsade mest på god behandling

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 1 fortsättning

Studie	Design	Population	Patientens uppfattning	Läkarens uppfattning
Skelton m fl 1996	<p>Djupintervju 1993: Avsåg att belysa uppfattningen om ländryggsmärta och dess vård i allmänpraktiken</p> <p>Kategorisering inom sju temata: 1. Ländryggsmärtans inverkan på livskvaliteten 2. Förväntningar på prognosen 3. Intresse för sekundärprevention 4. Önskan att konsultera läkare 5. Tillfredsställelse med förklaringen av smärtan 6. Tillfredsställelse med läkarens vårdgivning 7. Beredvillighet att konsultera andra terapeuter</p>	<p>52 utvalda patienter med ländryggsmärta, i genomsnitt 41 år gamla (18–66 år), 26 män och 26 kvinnor från 12 allmänna praktiker</p> <p>Temata: 1. Hos 39 patienter hade livskvaliteten försämrats 2. 10 optimister, 11 pessimister, 31 oroade inför prognosen 3. 29 var engagerade, 4 övervägde att börja med och 16 arbetade inte med prevention 4. 15 ansåg det lämpligt att besöka läkaren, 29 gjorde det under extremt smärtsamma episoder 5. 20 fick en förklaring 6. 22 var tillfredsställda</p>	<p>Ryggsmärta är ett vanligt fenomen och patienterna har mycket varierande uppfattning om den. De drömmer inte om någon magisk kur, eftersom de vet att det inte finns någon Däremot vill de gärna att doktorn lyssnar på dem och ger dem ett begripligt svar på vad man ska göra</p>	

Tabell 2 Studier i primärvården rörande behandling av patienter med ländryggssmärta.

Studie	Design	Population	Resultat 1 – beskrivning	Resultat 2 – behandling	Kommentar
Lonnerberg 1997, Danmark	Deskriptiv enkät 1. Till vårdgivare 2. Populationsurval	1. n=1 018 a) Allmänpraktiker/husläkare 36 män, 103 kvinnor b) Sjukgymnaster 57 män, 221 kvinnor c) Kiropraktorer 109 män, 61 kvinnor d) Reumatologer 13 män, 5 kvinnor 2. n=3 204, >16 e) med ryggsproblem 595 män, 700 kvinnor f) utan ryggsproblem 950 män, 959 kvinnor	1. Antal patienter under 14 dagar (av de som gjorde den första konsultationen) a) 10 (5) b) 21 (7) c) 183 (17) 2. 482 (37%) besökte en vårdgivare Män och kvinnor gjorde samma val: 306 (24%) gick till allmänpraktiker/husläkare 125 (10%) gick till sjukgymnaster 147 (11%) gick till kiropraktorer 56 (4%) gick till reumatologer	1. Behandling som vårdgivarna ordinerat: a) Analgetika (73%) blockader (34%) manipulation (25%) fysisk träning (70%) sängvila (27%) b) Dynamisk träning (98%) massage (93%), värmebehandling (75%), ultraljud (73%), fysisk träning (98%) sängvila (9%) c) manipulation (100%), massage (68%), Triggerpunktbehandling (67%) fysisk träning (92%), sängvila (22%)	Genomsnittliga konsultationstiden var 14 minuter hos allmänpraktiker/husläkare Patienterna hos allmänpraktiker/husläkare besvärades mer av sin ryggsmärta var yngre, färre hade anställning och fler hade åtföljande sjukdomar

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 2 fortsättning

Studie	Design	Population	Resultat 1 – beskrivning	Resultat 2 – behandling	Kommentar
McKinnon m fl 1997	Retrospektiv studie av medicinska data, journaler etc under 12 månader samt fråge-formulär till ett urval av patienter inom upptagnings-området för tre primärvårds-centra	n=900	Årliga prevalensen för ländryggsmärta var 48% 24% hade kontaktat sin läkare 4% remitterades till sjukhusspecialist	Åtgärder vidtagna av läkaren: 12% sjukskrivna 27% fick analgetika 16% fick sjukgymnastik 10% röntgades	Det låga antalet konsultationer, arbetsfrånvaro och invaliditetsmönster tyder på att flertalet episoder är självbegränsande De flesta märkte att ländryggsmärtan var självbegränsande och skulle avstå från att konsultera professionella vårdgivare vid framtida episoder Svarsprocent 59

Referenser

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness, Pitman, London, 1964.
2. Bass M, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson H. The physicians' action and the outcome of illness in family practice, *J Fam Pract*, 1986;23:43–7.
3. Bergendorf S, Hansson E, Hansson T, Palmer E, Westin M, Zetterberg C. Projektbeskrivning och undersökningsgrupp. Rygg och Nacke 1. Riksförsäkringsverket, Stockholm, 1998;1–119 pp.
4. Blomberg S, Hallin G, Grann K, Berg E, Sennerby U. Manual therapy with steroid injections – a new approach to treatment of low back pain. A controlled multicenter trial with an evaluation by orthopedic surgeons [see comments], *Spine*, 1994;19:569–77.
5. Branthaver B, Stein GF, Mehran A. Impact of a medical back care program on utilization of services and primary care physician satisfaction in a large, multispecialty group practice health maintenance organization, *Spine*, 1995;20:1165–9.
6. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in the general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989;37:215–22.
7. Burton AK, Waddell G, Burt R, Blair S. Patient educational material in the management of low back pain in primary care, *Bull Hosp Jt Dis*, 1996;55:138–41.
8. Bush T, Cherkin D, Barlow W. The impact of physician attitudes on patient satisfaction with care for low back pain, *Arch Fam Med*, 1993;2:301–5.
9. Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project [see comments], *N Engl J Med*, 1995;333:913–7.
10. Cherkin DC, Deyo RA, Street JH, Hunt M, Barlow W. Pitfalls of patient education. Limited success of a program for back pain in primary care, *Spine*, 1996;21:345–55.
11. Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician variation in diagnostic testing for low back pain. Who you see is what you get, *Arthritis Rheum*, 1994;37:15–22.
12. Cherkin D, Deyo RA, Berg AO. Evaluation of a physician education intervention to improve primary care for low-back pain. II. Impact on patients, *Spine*, 1991;16:1173–8.
13. Cherkin D, Deyo RA, Berg AO, Bergman JJ, Lishner DM. Evaluation of a physician education intervention to improve primary care for low-back pain. I. Impact on physicians, *Spine*, 1991;16:1168–72.
14. Cherkin DC, MacCornack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors [see comments], *West J Med*, 1989;150:351–5.
15. Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population, *Spine*, 1995;20:2731–7.

16. Deyo RA, Phillips WR. Low back pain. A primary care challenge, *Spine*, 1996;21: 2826–32.
17. Finkler K, Correa M. Factors influencing patient perceived recovery in Mexico, *Soc Sci Med*, 1996;42:100–207.
18. Freeborn DK, Shye D, Mullooly JP, Eraker S, Romeo J. Primary care physicians' use of lumbar spine imaging tests: effects of guidelines and practice pattern feedback, *J Gen Intern Med*, 1997;12: 619–25.
19. Frankenhaeuser M. Kvinnligt, manligt, stressigt. Höganäs, Förlags AB Wiken, 1993.
20. Fritzell P. Ont i ländryggen – en rapport från DalaRyggs enkätundersökning november 1995 – augusti 1996 i Dalarna, Falun, 1998.
21. Fritzell P, Granvik M. 1996 års befolkningsenkät. Resultatredovisning: Personer med värk i länd- och korsryggen, Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, 99:1997, Falun, 1997.
22. Hasvold T, Johnsen R. Headache and neck and shoulder pain – frequent and disabling complaints in the general population. *Scand J Prim Health Care* 1993;11: 219–24.
23. Håkansson A. Basdata – till vad nytta? Redovisning av ett treårsmaterial från vårdcentralen Teleborg. *Allmänmedicin*, 1987; 8:154–7.
24. Jacobson L, Edwards A, Granier S, Butler C. Evidence-based medicine and general practice., *British Journal of General Practice*, 1997;47:449–52.
26. Johansson E, Hamberg K. Vad händer i mötet? En analys av kvinnliga värdpatienters konsultationserfarenheter. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998;75:24–27.
27. Johansson E, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. ”How could I even think of a job?” – Ambiguities in working life in a group of female patients with undefined musculoskeletal pain., *Scand J Prim Health Care*, 1997;15:169–74.
28. Kendall N, Linton S, Main C. Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss, Wellington, NZ, 1997.
29. Koopmans GT, Meeuwesen L, Huysse FJ, Heimans JJ. Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with low back pain, *Gen Hosp Psychiatry*, 1996;18:145–54.
30. Larsen J-H, Risör O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice*, 1997;14.
31. Lennon M: Women, work, and well-being: The importance of work conditions. *J Health Soc Behav*, 1994;235–47.
32. Lonnberg F. [The management of back problems among the population II. Therapists' and patients' perception of the disease], *Ugeskr Laeger*, 1997;159: 215–21.
33. Lonnberg F. [The management of back problems among the population. I. Contact patterns and therapeutic routines], *Ugeskr Laeger*, 1997;159:2207–14.
34. Lunde IM. Patienters egenvurdering- et medicinsk perspektivskift, Copenhagen, Denmark, Akademisk avhandling FADLs förslag, 1992.

35. Löfvander M, Engström A, Theander H, Furhoff AK. Rehabilitation of young immigrants in primary care. A comparison between two treatment models, *Scand J Prim Health Care*, 1997;15:123–8.
36. Materson RS. The AHCPR practice guidelines for low back pain. *Bull Rheum Dis*, 1996;45:6–8.
37. McKinnon ME, Vickers MR, Ruddock VM, Townsend J, Meade TW. Community studies of the health service implications of low back pain, *Spine*, 1997;22:2161–6.
38. Nygren Å, Berglund A, von Koch M. Neck- and shoulder pain, an increasing problem. *Scand J Rehabil* 1995;Med suppl 32:107–12.
39. Ottosson J-O, Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Natur och Kultur, SBU, Stockholm, Sweden 1999; pp 1–374.
40. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care, *Scand J Prim Health Care*, 1997;15:68–75.
41. Putnam S, Lipkin M. The patient-centered interview: Research support. In: M.P. Lipkin, SM. Lazare, A. (eds) (Ed.), *The medical interview*, Springer-Verlag, New York. NY. 1995.
42. Rekola KE, Levoska S, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Patients with neck and shoulder complaints and multivariate musculoskeletal symptoms – a prospective study. *J Rheumatol* 1997;24:2424–8.
43. Rekola KE, Keinanen-Kiukaanniemi S, Takala J. Use of primary health services in sparsely populated country districts by patients with musculoskeletal symptoms: consultations with a physician, *J Epidemiol Community Health*, 1993;47:153–7.
44. Roland M. Point of view. *Spine* 1996;21:2838.
45. Rossignol M, Abenheim L, Bonvalot Y, Gobeille D, Shrier I. Should the gap be filled between guidelines and actual practice for management of low back pain in primary care? The Quebec experience, *Spine*, 1996;21:2893–8; discussion 2898–9.
46. Royal College of General Practitioners. *Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain*. London, Royal College of General Practitioners 1996.
47. Saarijärvi S. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients. Effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes, *J Psychosom Res*, 1991;35:265–72.
48. Saarijärvi S, Rytökoski U, Alanen E. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients. No improvement of disability, *J Psychosom Res*, 1991; 35:671–7.
49. Sackett D, Wennberg J. Choosing the best research design for each question. Its time to stop squabbling over the "best" methods, *BMJ*, 1997;315:1636.
50. Schroth WS, Schectman JM, Elinsky EG, Panagides JC. Utilization of medical services for the treatment of acute low back pain: conformance with clinical guidelines, *J Gen Intern Med*, 1992;7:486–91.
52. Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJ and TC, OD. Patients' views of low back pain and its management in general practice, *Br J Gen Pract*, 1996;46:153–6.

53. Solomon DH, Bates DW, Panush RS, Katz JN. Costs, outcomes, and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions: a critical review of the literature and proposed methodologic standards [see comments], *Ann Intern Med*, 1997; 127:52–60.
54. SOU: Ty makten är din. Myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige. In Betänkande från Kvinnomaktsutredningen. Utredningen om fördelning av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män. Stockholm, 1998;2.
55. Svenninger K. Statistik från verksamheten på vårdcentralen i Dalby 1988, hämtat ur journalsystem Dalby. Dalby, 1988.
56. The National Board of Health and Welfare. Yearbook of Health and Medical Care 1995, Socialstyrelsen, Stockholm, 1995.
57. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM, Metzmakers JF. Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: a descriptive study, *Spine*, 1997;22:76–82.
58. von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care, *Spine*, 1996;21:2833–7; discussion 2838–9.
59. von Korff M, Barlow W, Cherkin D, Deyo RA. Effects of practice style in managing back pain, *Ann Intern Med*, 1994; 121:187–95.
60. von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow W. Back pain in primary care. Outcomes at 1 year, *Spine*, 1993;18:855–62.
61. Waddell G. Point of view. *Spine* 1996; 21:2898.
62. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract*, 1997;47:647–52.