

Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring



Sammendrag

Bakgrunn. Vond rygg er en utfordring i den kliniske hverdag. Prognosen for den enkelte ryggepisode er god, men residiverende plager er vanlig. Sykdomsbildet er ofte preget av både somatiske, psykologiske og sosiale faktorer. Målet med denne artikkelen er å gjengi hovedinnholdet i de nasjonale retningslinjene samt drøfte ny kunnskap.

Materiale og metode. De gjeldende nasjonale retningslinjene for diagnostikk og behandling av korsryggssmerter fra 2007 er basert på litteratursøk som ble avsluttet i 2005. Vi gjengir hovedtrekkene i de nasjonale retningslinjene samt gjengir og vurderer ny kunnskap basert på Cochrane-oversikter og sentrale enkeltartikler.

Resultater. Ryggplager kan kategoriseres etter tidsforløp, etiologi og etter diagnostisk triade med røde, gule og grønne flagg. Bildediagnostikk er anbefalt etter 4–6 ukers forløp uten sikker bedring. Overordnet mål for behandlingen er å sikre tidlig og god smertelindring. Det er viktig å gjenoppta normale aktiviteter så snart som mulig.

Fortolkning. Akutte rygg smerter er oftest selvtilhørende i løpet av få uker. Tilfredsstillende diagnostisk kategorisering og god smertelindring kan oppnås med enkle tiltak hos flertallet av ryggpasienter. Enkel diagnostikk kan skille ut de få med mulig alvorlig underliggende patologi.

> Se også side 2218

Even Lærum

el@formi.no
Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI)
Avdeling for forskning og utvikling
Klinikk for kirurgi og nevrofag
Oslo universitetssykehus, Ullevål
0407 Oslo

Jens Ivar Brox

Ryggseksjonen
Ortopedisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Erik L. Werner

Allmennedisinsk forskningsenhet i Bergen
Uni helse
og
Eydehavn Legekontor
Arendal

Rygglidelser representerer et stort helse- og samfunnsmedisinsk problem og er en utfordring for klinikerne som skal håndtere ryggpasienter (1). Det er vist i flere studier fra inn- og utland at ca. 80 % av befolkningen har ryggplager én eller flere ganger i løpet av livet. Rundt 50 % har hatt vondt siste året og 15–20 % opplever til enhver tid ryggplager (2, 3).

Mange har tilbakevendende plager (3). Rygglidelsene er den ikke-dødelige enkeltlidelsen som plager flest og koster mest (2). Vond rygg er ansvarlig for 15–17 % av trygdeutgiftene. Totale kostnader er estimert til 13–15 milliarder kroner per år (2, 3).

Hos fire av fem pasienter med rygg smerter er det ikke mulig å stille en spesifikk diagnose med tilhørende årsaksrettet behandling (4). Det finnes et vidt spekter av terapeuter med og uten autorisasjon som ofte med overbevisning tilbyr sine tjenester. Dette kan føre til overbehandling, medikalisering og usikre pasienter (5).

Mange ryggpasienter har et sammensatt bilde av somatiske, psykologiske og sosiale komponenter og betydelig komorbiditet (3, 6). Særlig gjelder dette pasienter med langvarige plager.

I 2002 ble det utgitt norske tverrfaglige retningslinjer for akutte korsryggssmerter (7). I stor grad var disse retningslinjene basert på de europeiske (8). Formålet med retningslinjene var å sammenstille og spre den kunnskapsbaserte viten om rygglidelser til pasienter, leger og andre helseaktører. Retningslinjene ble oppdatert og utvidet i 2007 til også å omfatte langvarige ryggplager og

forebygging (3). Formålet med denne oversiktsartikkelen er å presentere anbefalinger i de norske retningslinjene. Vi vil også omtale og drøfte tilkommet litteratur med hovedvekt på Cochrane-oversikter.

Materiale og metode

Denne oversiktsartikkelen gjengir hovedtrekkene i de norske og europeiske retningslinjene for korsryggssmerter (3, 8). De norske retningslinjene er basert på systematiske litteratursøk fra og med søkene i de europeiske retningslinjene var avsluttet (de fleste i 2002) og til september 2005, da søkene for de norske retningslinjene ble sluttført. Vi har supplert de gjeldende retningslinjene med oppdatert kunnskap basert på Cochrane-oversikter fra 2005 frem til mai 2009 og viktige enkeltartikler publisert i samme periode.

Relevante utfall for vurdering av behandlingseffekt er smerter, funksjon og sykefravær. Vi har sammenliknet de norske retningslinjene med en rekke andre nasjonale retningslinjer, blant annet de britiske (9), som i all hovedsak er i overensstemmelse med våre vurderinger og anbefalinger. De norske retningslinjene fra 2007 ble positivt vurdert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (10).

Inndeling og diagnostikk

Rygglidelser kan diagnostiseres etter tidsforløp og etiologi. Denne inndelingen benyttes i de europeiske og amerikanske retningslinjene og i de fleste andre nasjonale retningslinjer (9, 11). Inndeling etter tidsforløp innebærer at rygg smerter kalles *akutte* inntil tre måneder og *kroniske* når smerteepisoden har vart i mer enn tre måneder. Det er vanlig å bruke betegnelsen *subakutt* for mellomperioden 6–12 uker etter smertedebut. I de

Hovedbudskap

- Inndeling av rygglidelser kan baseres på tidsforløp, etiologi og røde, grønne og gule flagg
- MR uten spesifikk indikasjon endrer ikke forløpet
- Kommunikasjon og fysisk aktivitet er nøkkelfaktorer i behandlingen
- Operasjon gir raskere effekt ved nerve-rotssmerter som skyldes prolaps, men langtidsprognosen er like god uten operasjon

norske retningslinjene benyttes betegnelsen *langvarig* fremfor kronisk, fordi man ønsker å bryte forestillingen om at dette er ryggsmarter som ikke kan gå over.

En tredel av alle ryggpasienter opplever tilbakevendende ryggsmarter (12). Det er mulig at disse utgjør en egen gruppe som burde ha vært reflektert i den diagnostiske inndelingen. Dette er imidlertid ikke gjennomført i norske eller internasjonale retningslinjer.

Den etiologiske inndelingen vanskeligjøres av at vi ikke med sikkerhet kan identifisere det patoanatomiske grunnlaget for de fleste ryggsmarter, enten de er akutte eller langvarige. Ryggsmarter inndeles i:

- uspesifikke ryggsmarter
- ryggsmarter med nerverotsaffeksjon
- spesifikke ryggsmarter med mulig alvorlig underliggende patologi

Hele 85 % tilhører gruppen *uspesifikke ryggsmarter* fordi vi mangler en presis etiologisk forståelse av smertene. Det er mange strukturer i og omkring ryggøylen som kan gi opphav til identiske smarter, og sannsynligvis virker disse strukturene sammen, slik at en videre subklassifisering blir vanskelig (3, 4, 13). Det pågår mye forskning for å dokumentere subklassifisering basert på kliniske eller radiologiske funn.

Ryggsmarter med *nerverotsaffeksjon* utgjør 5–10 % av akutte ryggsmarter. Oftest er nerverottene i nivå L4, L5 eller S1 affisert. Årsaken kan være mekanisk påvirkning på nerveroten fra en skiveprolaps, degenerative forandringer i spinal- eller nerverotkanalen eller fasettleddene (spinal stenose).

Mindre enn 5 % av pasientene har *spesifikke ryggsmarter*, men bare ca. 1 % av akutte ryggsmarter kan tilskrives mulig alvorlig underliggende patologi, inklusive cauda equina-syndrom. Varselfaktorer for videre utredning er listet opp under betegnelsen *røde flagg* (ramme 1).

Spesifikke ryggsmarter er således relativt sjeldne, men viktige tilstander å identifisere tidlig, fordi den videre utredning og behandling vil være annerledes enn for uspesifikke. Eksempler på spesifikke ryggsmarter er spondylartropatier, slik som ankyloserende spondylitt; deformiteter inkludert kongenitt, nevromuskulær og idiopatisk skoliose og kyfose; kompresjonsbrudd som skyldes osteoporose, traumatiske brudd; spondylodiskitt og tumor. De fire siste er sammen med spondylartropatier synonymt med alvorlig underliggende patologi.

Som et motstykke til de røde flaggene, har man i de norske retningslinjene introdusert *grønne flagg* (ramme 2). Dette er kjennetegn for en pasient med god prognose og hurtig spontan tilheling. Den typiske pasienten har ingen langvarige ryggepisoder fra tidligere, er i god allmenntilstand og har ingen gule eller røde flagg i journalen.

Gule flagg er kjennetegn ved pasienten som kan indikere langvarige plager og som vil kre-

ve økt oppmerksomhet fra legen, særlig med tanke på retur til yrkesaktivitet (ramme 3).

Klinisk undersøkelse

Den kliniske undersøkelsen sammen med anamnesen er viktig fordi den gir pasienten trygghet og legen økt sikkerhet for ikke å overse røde flagg eller nerverotsaffeksjon. En god anamnese kan ofte gi tilstrekkelig med opplysninger til at den kliniske undersøkelsen kan utsettes til en uke eller to senere.

Undersøkelsen innledes av *inspeksjon*, hvor gangmønster og eventuell avvergeskoliose kan gi et inntrykk av pasientens plager. *Bevegelse* av ryggøylen i alle fire retninger kan gi en indikasjon på funksjonsnedsettelse. *Palpasjon* av paravertebral muskulatur kan si noe om økt muskeltonus, men betydningen er usikker.

Nevrologisk undersøkelse inkludert nerve-strekktester anbefales for å påvise nerverotsaffeksjon. Lasegues prøve er angitt å ha en sensitivitet på 91 % for rotaffeksjon av L5- eller S1-roten. Spesifisiteten er bare 26 %, men øker til 88 % ved krysset Lasegues prøve. For L3- og L4-røttene benyttes omvendt Lasegues prøve (strekktest av n. femoralis) (3).

Undersøkelse av kraft, reflekser og sensibilitet gjennomføres enkelt ved at pasienten går på tå (S1), på hælene (L5) og sitter på huk (L3, L4), og ved undersøkelse av akillesrefleks (S1) og patellarrefleks (L3, L4), samt lett berøring mediallyt (L4), over fotrygg (L5) og lateralt (S1) på føttene.

Bildedagnostikk

Både for uspesifikke korsryggsmarter og ryggsmarter med utstråling (mulig nerverotsaffeksjon) er regelen at man rekvirerer MR av lumbosakralcolumna etter 4–6 ukers smarter *uten tegn til bedring*. MR er også indisert ved mistanke om prolaps der kirurgisk behandling kan være aktuelt.

Det foreligger god dokumentasjon på at MR-bilder i seg selv sjelden påvirker valg av behandling og forløpet av ryggepisoden (14). Myelografi kan være indisert som tilleggsundersøkelse til MR hvis det planlegges kirurgisk behandling av en rotaffeksjon. Skjelettrøntgen har liten eller ingen nytteeffekt med mindre man mistenker fraktur eller annen skjelettlidelse. CT kan være et alternativ til MR hvis tilgjengeligheten til MR er vanskelig eller pasienten har klaustrofobi.

Ved røde flagg styres bildediagnostiske undersøkelser etter hvilken underliggende tilstand man mistenker.

Behandling og tiltak

Generelle råd

Et overordnet mål for behandlingen er å oppnå god og tidlig smertelindring og opprettholdelse av normale aktiviteter. Alle internasjonale retningslinjer anbefaler normal aktivitet for å fremme spontan tilheling og hindre utvikling av langvarige ryggeplager (3, 8, 9, 11). Generell aktivitet anbefales også selv om det foreligger nerverotsaffek-

sjon. Sengeleie anbefales ikke, men kan være nødvendig initialt for å lindre smerter. Varer smertene over 1–2 uker, bør pasienten vurderes på nytt for å justere behandling og tiltak, ikke minst for tidlig å kunne fange

Ramme 1 Røde flagg

Varselfaktorer for mulig alvorlig underliggende patologi

- pasient under 20 år eller over 55 år som får ryggsmarter for første gang, eller opplever smertene vesentlig annerledes enn tidligere episoder
- konstante smarter over tid, som ikke avtar i hvile
- generell sykdomsfølelse og dårlig allmenntilstand
- traume, svulst eller bruk av steroider, immunosuppressiver eller stoffmisbruk i sykehistorien
- utbredte neurologiske utfall
- deformitet i ryggøylen
- uttalt morgenstivhet som varer over en time og/eller høy senkningsreaksjon

Ramme 2 Grønne flagg

Faktorer som gir grunn til å forvente hurtig bedring/symptomfrihet

- god allmenntilstand
- kort varighet av plagene
- ingen ryggplager/lang tid siden tidligere ryggeplager
- fravær av gule og røde flagg
- ingen tegn til nerverotsaffeksjon

Ramme 3 Gule flagg

Risikofaktorer for å utvikle mer langvarige ryggeplager

- pessimistisk holdning til smertene, med overdreven frykt for bevegelse og aktivitet, liten tro på bedring
- arbeidsrelaterte problemer (mistrivsel, konflikter)
- emosjonelle problemer (depresjon, angst, bekymringer)
- generaliserte smarter og plager (hodepine, tretthet, svimmelhet)
- ønske om passive behandlingstiltak, liten mestringsevne
- tidligere omfattende og langvarige ryggepisoder

opp om forløpet kan bli langvarig (gule flagg). Sykmelding forkorter ikke forløpet. Om nødvendig anbefales gradert sykmelding og tilpasning av arbeidssituasjonen.

Legemidler

De nasjonale retningslinjene anbefaler analgetika for at pasienten skal kunne opprettholde normal aktivitet. Det anbefales å starte med paracetamol (ikke > 4 g per dag på grunn av fare for overdosering) eventuelt i kombinasjon med ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater). De ulike NSAID-preparatene inklusive COX-2-hemmere synes å ha likeverdig analgetisk effekt (15). Det anbefales generelt å ta medisinen med jevne mellomrom. Ved akutte og sterke smerter kan det være en fordel å gi kraftig dosering initialt for så raskt å trappe ned. Ved sterke smerter anbefales paracetamol/opioidblandingspreparater, alternativt tramadol. Tillegg av et muskelrelaxerende middel (i Norge er kun benzodiazepiner aktuelt) kan eventuelt gis i kortere perioder på kveldstid for å få sove, særlig hvis muskelspasmer er et problem. Anbefalingene gitt ovenfor er de samme om det er nerverotsaffeksjon, men det er ikke funnet at NSAID-preparater påvirker selve rotaffeksjonen.

Rådene om medikamentell behandling i de nasjonale retningslinjene er i tråd med en Cochrane-oversikt fra 2007 (16). I den konkluderes det med at NSAID-preparater gir kortvarig og effektiv smertelindring ved akutte og kroniske korsryggsmerter uten isjias. Man finner ikke grunnlag for å anbefale opioider og det advares mot avhengighet. En annen nylig publisert Cochrane-oversikt har som konklusjon at antidepressiver ikke har bedre effekt på langvarige smerter enn placebo (17).

Manipulasjon

De nasjonale retningslinjene anbefaler manipulasjon etter 1–2 uker for å redusere smerte og bedre funksjon. Dokumentasjonen for anbefalingen ble vurdert som sterk (en god systematisk oversikt) for akutte smerter og moderat (minst én god studie) for subakutte og langvarige smerter.

I to nye studier publisert i velrenommerte fagtidsskrifter reises spørsmål ved anbefalingen for akutte ryggsmerter, ettersom det ikke var forskjeller i behandlingseffekt av manipulasjon, NSAID-preparater eller placebo (18, 19).

Passiv fysisk behandling

Passive fysiske behandlingsformer omfatter massasje, akupunktur, triggerpunktbehandling, ultralyd, laser, sjokkbølge, varme og kuldebehandling samt transkutan elektrisk nervestimulering (TENS). Metodene anvendes i praksis ofte som smertebehandling i kombinasjon med aktiv behandling. Kunnskapsgrunnlaget er begrenset, og behandlingseffekten er i beste fall smertelindring. Massasje blir anbefalt sammen med øvelser ved subakutte og langvarige rygg-

smerter. Akupunktur kan anbefales ved langvarige ryggsmerter.

I en ny Cochrane-oversikt (20) gis en svak anbefaling for varme, mens det ikke er grunnlag for anbefaling av kuldebehandling og laser (20, 21).

Øvelser og treningsterapi

Dette er øvelser som pasienten kan gjøre hjemme eller under veiledning, gruppetrening, medisinsk treningsterapi, Mensendiecks fysioterapi, psykomotorisk behandling og yoga.

I retningslinjene anbefales kognitiv basert veiledet trening dersom pasienten ikke har gjenopptatt vanlige aktiviteter eller arbeid etter 4–6 uker. Det er ikke funnet grunnlag for å anbefale spesifikke øvelser fremfor for eksempel gruppetrening eller kombinasjon av fysioterapimodaliteter.

Læringstiltak

og kognitiv atferdsrettet behandling

Kort intervensjon innebærer én til noen få kontakter med lege eller annen behandler, men også i form av grupper ledet av pasienter og med informasjonsmateriell eksempelvis gitt av diskusjonsgrupper på Internett. Målet er å redusere pasientens bekymring og stimulere til egenmestring og aktivitet. Ryggskole omfatter lærings- og ferdighetstrening, inkludert øvelser. Retningslinjene anbefaler ryggskole med kognitiv tilnærming ved langvarige ryggsmerter. Det er viktig å diskutere pasientens forståelse av smertene. Moderne ryggmedisin benytter ikke lenger skademodellen for å forklare smertene, men en biopsykososial modell. Dette innebærer at et (ofte ukjent) biologisk substrat kan initiere ryggepisoden og at psykologiske og sosiale forhold i vesentlig grad påvirker om den blir langvarig. Pasienten kan ha nytte av samtaler og atferdstrening for å endre sykdomsforståelse og atferd. Det er ikke tilstrekkelig kunnskap om hvor omfattende en slik intervensjon bør være, men både allmennpraktikere, tverrfaglige poliklinikker og annet helsepersonell kan lære den.

De europeiske retningslinjene anbefaler mer omfattende kognitiv atferdsrettet behandling ved ryggsmerter enn de norske retningslinjene. I sistnevnte er imidlertid ikke denne typen behandling enhetlig vurdert. I en ny Cochrane-oversikt anbefales kort intervensjon ved subakutte smerter (22).

Kirurgi

Henvielse til vurdering for operativ behandling er anbefalt etter 6–12 uker ved nerverotssmerter som skyldes skiveprolaps. Kunnskapsgrunnlaget for operativ behandling av spinal stenose er svakere, og det er ikke dokumentert at selvrapportert eller målt gangdistanse er bedret etter operasjon (23). Ved kroniske ryggsmerter uten nerverotssmerter er det ikke dokumentasjon for å anbefale avstivningsoperasjon (3, 24). Kognitiv intervensjon og trening gir like godt resultat som

kirurgi. Noen pasienter har imidlertid god effekt av operasjon, men vi har ikke godt validerte metoder som kan predikere hvem dette gjelder. Utvalgelse av pasienter bør derfor skje ved tverrfaglig vurderingsmøte.

Nyere studier støtter vurdering for operativ behandling etter 6–12 uker ved vedvarende nerverotssmerter som skyldes lumbal skiveprolaps (24, 25), men det er god prognose også uten operasjon. I én studie fant man ingen klar forskjell mellom kirurgisk og ikke-kirurgisk behandling etter seks måneder (26).

Pasientkommunikasjon

I retningslinjene er pasientkommunikasjon gitt bred omtale. God pasientkommunikasjon er en hjørnestein i enhver konsultasjon og har dokumentert innvirkning på pasienttilfredshet, antall klagesaker, endring i helsestatus og prognose, pasientens evne til egenmestring, etterlevelse av råd og placeboeffekten (5). Det bør vektlegges å få frem pasientens perspektiv i form av bekymringer, frykt for smerter og unngåelsesatferd, tanker, preferanser og forventninger relatert til årsaker, utredning, tiltak og prognose (27). Viktige mål er å avdramatisere og gi pasientene en begripelig og trygghetsskapende forklaring på hvorfor de har vondt. Det er også viktig å utforme et felles mål for tiltakene og diskutere hva pasienten kan gjøre selv.

Diskusjon

Det synes å være tverrfaglig enighet om hovedtrekkene i de nasjonale retningslinjene: å gi adekvat klinisk vurdering, inklusive røde, grønne og gule flagg, unngå unødige bruk av bildediagnostikk, sikre tidlig og god smertelindring og gi råd om å gjenoppta vanlige aktiviteter. Studier tyder på at leger og andre helseaktører kjenner innholdet i retningslinjene, men i liten grad endrer sin praksis, for eksempel i forhold til bildediagnostikk (28–30). Vi har imidlertid inntrykk av at fysisk aktivitet anbefales i tråd med retningslinjene.

Både i de norske og europeiske retningslinjene anbefales oppdatering og revisjon med 3–5 års mellomrom. Det foreligger planer om å gjøre dette med de norske retningslinjene i nær fremtid samt å utvide dem til å gjelde hele columna. Vi tror at hovedanbefalingene vil bli uendret i revidert utgave, men at det kan komme noen mindre endringer, eksempelvis i form av enda mer restriktiv bruk av bildediagnostikk og legemidler som opioider og antidepressiver.

God klinisk kommunikasjon med pasienten oppfattes å være en nøkkelfaktor for en vellykket behandling og er samtidig et viktig element i en kognitiv tilnærming. Trygghetsskapende kommunikasjon bidrar til best mulig placeboeffekt (5).

Det pågår omfattende forskning nasjonalt og internasjonalt i forhold til for eksempel bruk av kirurgi, blant annet bruk av skiveproteser. Det samme gjelder subklassifisering av den store gruppen med uspesifikke korsryggsmerter, både for diagnostisk kate-

gorisering og tilhørende spesifikt rettet behandling. I tillegg forskes det internasjonalt mye på ulike former for kognitiv intervensjon, både i første- og annenlinjetjenesten. Hovedutfordringen er å integrere kunnskapsbasert viten med klinisk erfaring og god pasienttilpasset kommunikasjon.

Video

Ved vond rygg er det svært viktig både med en god anamnese og med en god klinisk undersøkelse. Stort sett kommer man ved hjelp av dette helt til målet med å diagnostisere, finne årsaken og å gi pasienten en forklaring. Tre videoer på www.tidsskriftet.no viser dette.

De tre videoene illustrerer

- en god anamnese
- en ryggundersøkelse slik den kan utføres hos allmenlegen og som blant annet er nyttig for å fastslå eller eliminere nerverotsaffeksjon
- en ytterligere klinisk undersøkelse som anbefales ved utstrålende smerter og ved mistanke om nerverotsaffeksjon

Video 1: Anamnese

Et eksempel på en konsultasjon med en typisk sykehistorie. 8 minutter

Video 2: Klinisk undersøkelse del 1:

inspeksjon, bevegelighet og palpasjon.

Undersøkelsen gjøres mens pasienten står eller går på gulvet og kan fungere som en screening. 4 minutter

Video 3: Klinisk undersøkelse del 2:

nevrologisk undersøkelse.

Pasienten ligger på rygg og mage mens det blant annet gjøres nervestrekktester for å påvise/avvise nerverotsaffeksjon.

13 minutter

Vi takker Kjetil Johnsen og Ida Slettevoll fra Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI) for verdifull assistanse under revisjon av artikkelen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Eriksen W, Brage S. Korsryggsmerter – en samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk utfordring. Oslo: Unipub forlag, 2000.
2. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest – koster mest – muskel- og skjelettlidelser i Norge. Rapport nr. 1. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, 2004.
3. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter med og uten nerverotsaffeksjon. Oslo: Formi, 2007. www.formi.no/images/uploads/pdf/Formi_nettd.pdf (30.8.2010).
4. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001; 344: 363–70.
5. Lærum E. Frisk, syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltunnskap. Oslo: Fagbokforlaget, 2005.
6. Hagen EM. Light mobilization treatment of sub-acute, non-specific low back pain. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen, 2006.
7. Lærum E, Dullerud R, Kirkesola G et al. Akutte korsryggsmerter – tverrfaglige kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk – Formidlingsenheten, 2002.
8. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15 (suppl 2): S192–300.
9. Underwood M, Watson P, Buchanan E. Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain – full guideline. London: National Collaborating Centre for Primary Care, 2009.
10. Bjørnerud T, Rosvik AH. Kvalitetsvurdering av «Korsryggsmerter – med og uten nerverotsaffeksjon». Oslo: Helsebiblioteket, 2008.
11. van Tulder MW, Tuut M, Pennick V et al. Quality of primary care guidelines for acute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 29: E357–62.
12. Von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996; 21: 2833–7.
13. Indahl A. Low back pain: diagnosis, treatment, and prognosis. *Scand J Rheumatol* 2004; 33: 199–209.
14. Chou R, Fu R, Carrino JA et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 463–72.
15. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Spine* 2008; 33: 1766–74.
16. Deshpande A, Furlan AD, Mailis-Gagnon A et al. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; nr. 3: DC004959.
17. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WJ et al. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; nr. 1: CD001703.
18. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1638–43.
19. Jüni P, Battaglia M, Nüesch E et al. A randomised controlled trial of spinal manipulative therapy in acute low back pain. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1420–7.
20. French SD, Cameron M, Walker BF et al. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; nr. 1: CD004750.
21. Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K et al. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; nr. 2: CD005107.
22. Engers AJ, Jellema P, Wensing M et al. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; nr. 1: CD004057.
23. Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M et al. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007; 32: 1–8.
24. Peul WC, van den Hout WB, Brand R et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 1355–8.
25. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disc herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort. *JAMA* 2006; 296: 2451–9.
26. Osterman H, Seitsalo S, Karppinen J et al. Effectiveness of microdiscectomy for lumbar disc herniation: a randomized controlled trial with 2 years of follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006; 31: 2409–14.
27. Lærum E, Indahl A, Skouen JS. What is «the good back-consultation»? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *J Rehabil Med* 2006; 38: 255–62.
28. Ihlebæk C, Eriksen HR. The «myths» of low back pain: status quo in norwegian general practitioners and physiotherapists. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 29: 1818–22.
29. Werner EL. Media campaign for improving knowledge, attitude and practice in low back pain. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2008.
30. Werner EL, Gross DP. The effects of a media campaign on beliefs and utilization of imaging examinations in Norwegian patients with low back pain. *Norsk Epidemiologi* 2009; 19: 73–8.

Manuskriptet ble mottatt 1.7. 2009 og godkjent 16.9. 2010. Medisinsk redaktør Lars Frich.