

Rygg och nackvärk är vanligt förekommande, livstidsförekomsten för att drabbas av ländryggsmärta estimeras att ligga mellan 50–80 % i industrialiserade länder. Ryggsmärta är dessutom den vanligaste anledningen till försämrad rörelseförmåga och arbetsfrånvaro.

Dock är rygg eller nackvärk **SÄLLAN** ett tecken på allvarlig skada eller sjukdom. Prognosen är oftast **god** och de flesta blir betydligt bättre eller nästintill symtomfria 6–8 veckor efter debut. Kvarvarande symtom kan dock bestå upp till 12 månader och är inte helt ovanligt, det finns stora variationer utifrån det individuella utgångsläget då människor helt enkelt är olika.

Påverkbara faktorer som verkar **försämra** prognosen och utfallet vid behandling av ryggsmärta är

- Negativa uppfattningar hos den drabbade
- Rädsla för rörelse
- Katastroftankar
- Depression och liknande symtom
- Hög smärtintensitet

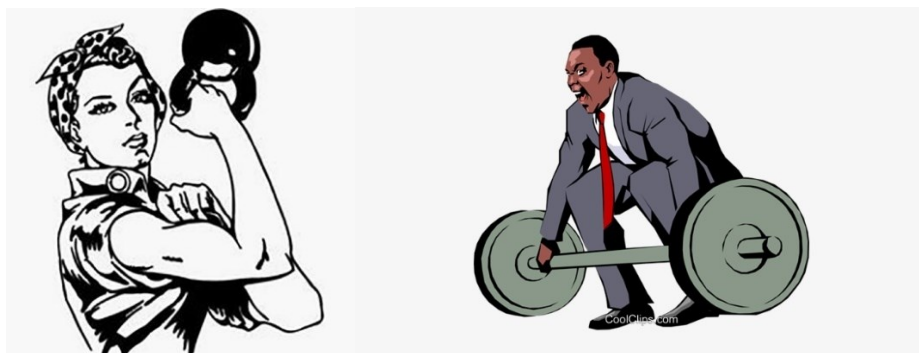
Kontakta därför din sjukgymnast eller läkare för att se över dessa faktorer som DU har möjligheter att påverka och motverka!

Undvik sängläge, total vila eller långa perioder av inaktivitet då det visat sig föreligga stark vetenskaplig evidens bakom att detta är **ineffektivt!**

För att behandla ryggvärk är **träning och rörelse** en fundamental del av behandlingen, i synnerhet vid långvariga besvär. Detta kan **minska smärta** samt **öka din funktion** och **livskvalitet**. Ta hjälp av din fysioterapeut för att hitta en lämplig träningsform, dos och intensitet.

I det akuta skedet kan dessutom TENS, smärtlindrande, värme och muskelavslappnande medel reducera smärta i det korta perspektivet. Diskutera detta med din läkare eller fysioterapeut.

Den enskilt viktigaste faktorn för att du skall bli bättre är att du själv ger din rygg och din kropp möjligheter att återanpassa sig. För att ge din rygg dessa förutsättningar är det viktigt att ta hänsyn till ovanstående information!



Var uppmärksam på om följande symtom sammanfaller med ryggsmärta, då detta kan indikera ett snabbare eller att akut omhändertagande är nödvändigt.

- Tidigare cancersjukdom
- Ofrivillig viktförlust
- Förändrade toalettvanor (blåsa och tarmbesvär)
- Kraftiga domningar eller känsselförlust i ljumskar eller underliv
- Svår konstant smärta som medför att du ej kan sova eller utföra enkla aktiviteter
- Våldsamt trauma i samband med smärtdebut
- Andra sammanfallande sjukdomssymtom (tex feber eller illamående)

Vanliga frågor och svar:

Behöver jag göra röntgen av ryggraden för att se vad som är fel?

NEJ! I situationer där man misstänker allvarliga skador eller sjukdomstillstånd (tex fraktur, tumör) kan röntgen var nödvändigt för att utesluta dessa. I övrigt kommer röntgen sällan bidra med värde till den fortsatta behandlingen. Förändringar i ryggen (tex artros, benpålagringar, disbuktningar mm) är förändringar som förekommer hos människor utan ryggsmärta! Förändringarna verkar också kopplade till åldrandet och kan ses som rynkor eller grått hår fast på insidan!

Ska jag träna/röra på mig trots att det gör ont?

JA, DOCK bör smärtan vara acceptabel och ej överskrida 5 på en tiogradig skala som en tumregel. Smärtan mellan 0–3 på denna skala brukar beskrivas som "acceptabel". Viktigt är att smärtan ej har ökat dygnet efter avslutad aktivitet/träning, om detta är fallet kan aktiviteten/belastningen anpassas. Observera att vila inte är lösningen!

Min läkare/fysioterapeut misstänker att jag har ett diskbräck, då bör jag väl inte belasta eller böja på ryggen?

JO! En måttlig belastning av ryggen är nödvändig för återanpassning och för att bygga upp ryggens tolerans. Att böja på ryggen i sig är helt ofarligt och snarare något ryggen är gjort för och ibland uppskattar. Kroppen har en fantastisk förmåga att anpassa sig till den stress den utsätts för. För att hitta en rimlig belastningsgrad kontakta din fysioterapeut för vägledning.

Jag får ont framför allt när jag sitter ned, vad ska jag göra?

Undvik längre perioder av stillasittande eller över lag längre period av monotont arbete om möjligt. Bryt ditt mönster genom att ändra din position men framför allt rör på dig!

Jag har olika långa ben och min rygg/bäcken känns sned, är det därför jag har ont?

Förmodligen inte! Om inte annat är detta osannolikt den enskilda orsaken till ryggsmärta. Mindre benlängdsskillnader, snedheter eller andra asymmetrier finns hos personer utan ryggvärk! Återigen, kroppen är duktig på att anpassa sig. Problem uppstår oftast när skillnaderna mellan sidor är stora och när mycket förändring sker på kort tid (till exempel benlängdsskillnad efter en operation).

Vilken behandlingsmetod är bäst?

Träning, fysisk aktivitet och undvika inaktivitet är återigen viktigt. Utöver detta finns det en uppsjö av behandlingsmetoder. Prova dig fram och hitta vad som fungerar för dig! Generellt verkar aktiva behandlingsmetoder där DU är delaktig och agerar att föredra! Kontakta fysioterapeut för vägledning.

Referenser

1. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin.* 2007;25(2):353–71.
2. Volinn E. The epidemiology of low back pain in the rest of the world: a review of surveys in low- and middle-income countries. *Spine (Phila Pa 1976).* 1997;22(15):1747–54.
3. Hoy D, March L, Brooks P, Woolf A, Blyth F, Vos T, et al. Measuring the global burden of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(2):155–65.
4. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Ont i ryggen, ont i nacken – en evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: SBU; 2016. [Internet]. Tillgänglig från: https://www.sbu.se/contentassets/a1c7fd6945514079bf0db408269e6685/ont_ryggen_ont_nacken_fulltext.pdf
5. Costa LCM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LOP. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ.* 2012;184(11):E613–24.
6. 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):1662–7.
7. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J.* 2014;14(5):816–36.
8. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Best evidence rehabilitation for chronic pain part 3: low back pain. *J Clin Med.* 2019;8(7):1063.
9. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil.* 2015;29(12):1155–67.
10. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;9:CD009790.
11. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012;64(6):2028–37.
12. International Association for the Study of Pain (IASP). The global burden of low back pain. Washington, DC: IASP; 2021 [cited 2025 Jun 25]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/the-global-burden-of-low-back-pain/>