

# **Manuell terapi vid ospecifika akuta ländryggsbesvär**

En litteraturöversikt

Sandra Thalmann, ST-läkare, Vårdcentralen Markaryd,  
[sandra.thalmann@kronoberg.se](mailto:sandra.thalmann@kronoberg.se)

Vetenskaplig handledare: Birgitta Gunnarsson,  
docent, leg. arbetsterapeut, FoU Kronoberg

# Sammanfattning

**Bakgrund.** Akuta ländryggsbesvär (akut lumbago) är ett mycket vanligt förekommande problem och drabbar de flesta någon gång. Symtomen kan börja gradvis men vanligtvis med hastig insättande smärta och stelhet i ländryggen i samband med tunga lyft, vridning och felaktig belastning. Det är oftast svårt att finna en bakomliggande skada eller sjukdom som orsaker ryggsmärta. Lumbago är följd av olika faktorer och omständigheter, bland annat psykosociala faktorer som påverkar varandra med olika tyngd. Det finns nationella riktlinjer för utredning och behandling med syfte att lindra symtomen och att undvika kronifiering. En del patienter blir dock inte hjälpta av rekommenderad behandling och efterfrågar alternativbehandling som manuell terapi.

**Syfte.** Den här litteraturöversikten undersökte nyttan av manuell terapi med fokus på smärta och fysisk funktion.

**Metod.** Designen var en litteraturstudie med kvantitativ ansats. Med hjälp av de utvalda sökorden som innehöll manuell terapi och akuta ospecifika ländryggsbesvär genomfördes en litteratursökning på olika referensdatabaser (Pubmed, Medline och Cochraine library). Artiklarna genomgick en kvalitetsbedömning och därefter följde en narrativ analys av data.

**Resultat.** Både den rekommenderade standardterapin och manuell terapi har positiva effekter på smärta och fysisk funktion som bland annat rörelseförmåga, varav en del utfall var signifikanta förbättringar.

**Slutsats.** En kombination av standardterapin och manuell terapi leder förmodligen till signifikanta förbättringar med snabbare smärtreduktion och förbättring av fysisk funktion. Den positiva effekten av manuell terapi avspeglas dock inte i de nationella riktlinjerna. Evidensen för manuell terapi kan än så länge inte styrkas. Det saknas en enhetlig definition för manuell terapi, riktlinjer för utbildning och tillräckligt med forskning om temat för att kunna dra slutsatser om nyttan och påverkan av manuell terapi på akuta ospecifika ländryggsbesvär.

# Innehåll

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Bakgrund.....            | 3  |
| Syfte .....              | 5  |
| Material och metod ..... | 6  |
| Urval .....              | 6  |
| Metoder .....            | 6  |
| Sökstrategier.....       | 6  |
| Kvalitetsvärdering ..... | 7  |
| Dataanalys .....         | 7  |
| Etik.....                | 7  |
| Resultat.....            | 8  |
| Diskussion .....         | 10 |
| Metoddiskussion .....    | 10 |
| Resultatdiskussion.....  | 11 |
| Randomisering.....       | 11 |
| Hur mättes utfall? ..... | 11 |
| Smärtbehandling.....     | 12 |
| Manuell terapi .....     | 12 |
| Slutsats .....           | 13 |
| Referenser.....          | 14 |
| Bilagor .....            | 17 |
| Bilaga 1 .....           | 17 |
| Bilaga 2 .....           | 18 |
| Bilaga 3 .....           | 19 |

# Bakgrund

Ländryggssmärta (lumbago) är ett mycket vanligt förekommande smärttillstånd. De flesta människor (upp mot 80 % av normalbefolkningen) kan drabbas av den någon gång under livet. Smärtan i ländryggen brukar sällan ha någon bakomliggande allvarlig sjukdom. Den visar sig ofta i lindrig form och tillfälligt, men ibland drabbas människor hårdare och återkommande. Forskningen kan sällan förklara varför smärtan kommer, hur länge den varar eller varför den uppstår. Den kan vara följd av olika och även samverkande omständigheter och faktorer, till exempel kön, ålder, kroppslängd, vikt, anatomiska förutsättningar/förändringar i ryggraden och rökning. I studier har man analyserat dessa individuella riskfaktorer men har inte kunnat påvisa samband med förekomst av ryggvärk (1). Det som kan konstateras är att människor som drabbas av ischias relaterad till diskbräck oftast brukar vara mellan 40 och 45 år. Tungt fysiskt arbete (med tunga lyft, böjda och vridna arbetsställningar), arbete på skakiga underlag och låg grad av arbetstillfredsställelse samt dåliga psykosociala förhållanden i privatliv och/eller på arbetsplatsen kan öka risken för utveckling av ryggsmärta (1).

Smärtan kan påverka både funktionsförmåga och bidra till psykisk ohälsa, som ångest, oro och nedstämdhet. Detta kan i sin tur förstärka upplevelsen av smärta men kan också vara förklaring till uppkomsten och varaktighet av ländryggsbesvär. Det finns underbyggd evidens att flera psykiska faktorer i samspel med sinness tillstånd, känslor och beteenden inverkar på utvecklingen och vidmakthållandet av såväl akut som kronisk ryggsmärta. Sådana psykiska faktorer kan vara arbetskrav, arbetstid, tidspress, monotoni i arbete, lågt krav av inflyttande över situationen, dåligt socialt stöd, smärtupplevelse, stress, oro och ångest (1).

Smärtan kan vara akut, dvs. kortvarig och övergående eller kvarstå som kroniska besvär. Den akuta ländryggssmärthan varar mindre än tre månader (2). En tydlig organisk förklaring, såsom diskbräck eller spinal stenosis, saknas. Den typen av smärta är mycket vanlig och drabbar vanligen personer i 20- till 40-årsåldern. Smärtan sitter oftast i nedre delen av ryggen (ländryggen) och kan stråla ut till gluteusområdet och knät. Besvären är många gånger hastigt insättande smärta och stelhet i ländryggen som följd av lyft, vridning och felaktig belastning. Nedsatt rörlighet i ryggraden och spasmer, svaghet eller stelhet i paravertebral muskulatur kan hittas vid den kroppsliga undersökningen och kan påverka funktionsförmågan. Den akuta ryggsmärthan behandlas med

patientundervisning (noggrann information om sjukdomstillstånd), egenbehandling i form av adekvat mobilisering och fysisk träning samt smärtlindrande läkemedel (NSAID, Paracetamol och eventuellt muskelavslappnande och opioider). De flesta patienter gynnas av ovanstående behandling. Vissa patienter kan ha nytta av ytterligare behandlingsmetoder: som värme eller kyla, manuell terapi, massage, akupunktur och fysioterapi. Behandlingsmålen är smärtlindring och fullständig återhämtning för att hindra att tillståndet blir kroniskt. Hos 50 procent av patienter sker en fullständig förbättring inom 2 – 3 veckor. Den genomsnittliga smärtnivån är mer än halverad efter 4 veckor och över 80 procent är tillbaka i arbete innan 4 veckor efter debuten (3).

Den långvariga ländryggsmärtan har en varaktighet på över 3 månader. Det är 10 procent av befolkningen som drabbas av kronisk ryggvärk. Förekomsten är vanligast i 40–70-årsåldern och är något vanligare hos kvinnor. Smärtupplevelser och undersökningsfynden kan vara samma som vid akut ländryggsmärta. Den långvariga ländryggsmärtan ses oftast som ett resultat av samverkan av flera faktorer: fysiska, psykologiska, sociala och arbetsrelaterade faktorer och åtföljs av inaktivitet och ångslan för att utföra vissa bestämda rörelser som utlöser smärtan. Det hittas oftast inga specifika tecken på bakomliggande sjukdomar men internationella studier (4) visar att <1 procent av ryggsmärtan hos patienter som söker primärvården beror på en allvarlig orsak (till exempel cancer, infektion eller fraktur). Undersökningar med MRT) har visat att vissa patienter har förändringar i vertebrala ändplattor (Modic-förändringar). Förekomsten är 43 procent hos patienter med ospecifika nedre ryggsmärtor men också 6 procent i den generella populationen (utan ryggvärk). Dessa förändringar karaktäriseras av inflammation, hög benomsättning och fibros. De ökar med ökande ålder och anses vara del av diskdegeneration. I regel rekommenderas ingen bilddiagnostik om man inte misstänker en specifik sjukdom som förklarar ryggsmärtorna.

Det rekommenderas olika behandlingsstrategier (4). Syftet med behandling av kronisk smärta är smärtlindring, återupptagning av normal aktivitet och därutöver att förhindra kronifiering och långvarig arbetsfrånvaro. Stor betydelse för behandlingen har läkarens attityd och förmåga till och att uttrycka empati (1, 4). Detta påverkar förlopp av sjukdomen och följsamheten med behandlingsråd. Den bästa behandlingen är att patienten förblir fysiskt aktiv och undviker sängläge, med snabb återgång till arbete och normala aktiviteter (4). De allmänna principerna av läkemedelsbehandlingen ligger i förskrivning av antidepressiva och opioider. Insättning av muskelavslappnande läkemedel kan övervägas. Behandlingen kan kombineras med andra metoder som kan ha viss effekt: kognitiv beteendeterapi/mindfulness, manuell terapi, akupunktur, TENS och

fysisk träning. Det finns dock ingen evidens som stödjer att kirurgiska åtgärder har effekt vid långvarig, ospecifik ryggsmärta. Förloppet kan vara olika. Hos de flesta är ryggsmärta (> 3 månader) ett kroniskt tillstånd med bättre och sämre perioder. Inom ett år blir 40 procent av patienter bättre. Det kan finnas risk för komplikationer i form av viss funktionsnedsättning (4). Sängläge och restriktioner gällande sociala aktiviteter och sjukanmälning kan leda till sjukdomsbeteende, depression, förlust av intresse/motivation och sömnstörning. Tecken som talar för ökad risk för sämre prognos är också låg funktionsförmåga, förekomst av ischias, ålder, sämre generellt hälsotillstånd, psykologiska/psykosociala stressorer, dålig relation med arbetskamrater och fysiskt krävande arbete (4).

Besvären i ländryggen kan medföra mycket lidande för patienter och är en vanlig orsak till kontakt med vårdcentral i primärvården (5). Det finns personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp med rekommendationer och riktlinjer (6, 7, 8) om hur ländryggsvårken ska hanteras inom primärvården – med hänsyn till patientens behov. En del patienter blir dock inte hjälpta av de behandlingarna (4) och min erfarenhet som läkare i primärvården är att patienter efterfrågar alternativbehandlingar, som manuell terapi. Det finns behov av ökad kunskap om manuell terapi (också kallad för ortopedisk manuell terapi) som karaktäriseras av anpassad träning, mjukdels-, led- och nerv-mobilisering och manipulation (9, 10, 11) för att kunna möta patienters önskemål. Den vanliga tekniken som används innebär oftast en höghastighet låg amplitud stöd (High Velocity Low Amplitude) (12, 22, 23). Avsikten med den här studien är därför att genomföra en litteraturstudie för att undersöka evidens för manuell terapi. Studien kan sedan utgöra underlag för diskussion bland läkare och andra yrkeskategorier, såsom sjukgymnaster, i primärvården inom Region Kronoberg.

## Syfte

Syftet var att undersöka nyttan av manuell terapi på patienter med ospecifika akuta ländryggsbesvär.

Frågeställningarna var:

- Hur skattar patienter sin smärta efter manuell terapi?
- Hur skattar patienter sin fysiska funktion (rörlighet och muskelstyrka) efter manuell terapi?

# Material och metod

Designen var en litteraturstudie (13) med kvantitativ ansats. För att avgränsa frågeställning av kvantitativ karaktär, samt definiera inklusions- och exklusionskriterier, användes PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (13).

## Urval

Inkluderade studier omfattade vuxna (19 till 64 år) med ospecifik akut ryggvärk som söker vård inom primärvården. De inkluderade studier var av kvantitativ ansats och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle vara publicerade på 2000-talet (2000–2022). Språk: engelska.

Exklusionskriterier var andra systematiska reviews och studier med kvalitativ ansats.

## Metoder

### Sökstrategier

Litteratursökning skedde genom databassökning och utgick från ett PICO, där P = patienter mellan 19 – 64 år med akuta ospecifika ländryggsbesvär, I = manuell terapi, C = från Socialstyrelsen rekommenderade behandling och O = smärtupplevelse och påverkan av kroppens funktion. Följande databaserna användes för bred litteratursökning: PubMed, Medline och Cochrane library. Sökorden var ”osteopathic manual therapy or osteopathy or omt or manual therapy or osteopathic medicine or osteopathic treatment” AND ”acute low back pain or acute lumbar pain or acute lumbar spine pain or acute nonspecific low back pain”. Sökningen kompletterades av manuell sökning genom granskning av referenslistor/tidskrifter som förekom i sökmaterialet. Urval skedde utifrån titel, abstrakt och artikelläsning för att bedöma artiklarnas relevans, vilken genomfördes i samarbete med handledare, som en åtgärd för att stärka studiens trovärdighet.

Antal träffar och urvalsprocessen beskrivs i flödesschema (se Bilaga 1 Figur 1).

## **Kvalitetsvärdering**

För bedömning av kvalitet i det samlade vetenskapliga underlaget användes Socialstyrelsens GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (14). SBU:s granskningsmall för randomiserade studier (15) användes (se Bilaga 3).

## **Dataanalys**

Data analyserades narrativt (16, 17) (se Tabell 2).

## **Etik**

Etiska överväganden gjordes beträffande urval och presentation av resultat. Studierna som inkluderades hade tillstånd av forskningsetisk kommitté. Alla artiklar respektive alla resultat skulle presenteras av studier som såväl stödjer som inte stödjer positiva utfall av manuell terapi.

# Resultat

Litteratursökningen genomfördes via Pubmed, Medline och Cochraine och ledde fram till sju artiklar/studier som matchade såväl de i förväg bestämda inklusions- som exklusionskriterierna. Alla studier var randomiserade studier och kom från USA (18), Australien (19, 20), Kanada (21), Schweiz (22), Tyskland (23) och Nederländerna (24). Patienter som rekryterades till studierna hade akuta ländryggsbesvär, som hade varat mellan 14 dagar (23) och mindre än 6 veckor (19, 20). Exklusionskriterierna i studierna var neurologiska bortfallsyndrom (nervpåverkan), trauma och allvarliga skador. Patienter med andra allvarliga sjukdomar eller sjukdomar med påverkan på rörelseapparaten exkluderas också. Studiepopulationerna hade olika storlek, och omfattad 84 (23) till 237 (19, 20) deltagare. Andelen kvinnor som deltog i studierna varierade mellan 14 procent (18) och 60% (21). Den genomsnittliga åldern hos deltagarna varierade mellan 26 år (18) och 41 år (19, 20). Deltagarna rekryterades från privata vårdcentraler via allmänläkare (19, 20, 22, 23, 24) men också från akuten (22), ortopedkliniken (21) samt patienter med bakgrund som militärer stationerade på Fort Bliss i USA (18). De inkluderade studier undersökte sammanhang mellan manuell terapi och påverkan av smärta, rörlighet och tillfälliga funktionsnedsättningar i samband med akut insjuknande i ländryggsbesvär (18-24), men bara en studie fokuserade enbart på fysisk funktion (21). De terapier som användes i studierna var: chiropractic manipulative therapy (18), chiropractic spinal manipulative therapy (21), spinal manipulative treatment (19, 20, 22), manual therapy (23) och manipulativ therapy (24). Alla typer av terapier hade som gemensam nämnare en manipulation och mobilisering av lumbosakral område av ryggen. Tre studier undersökte dock enbart manipulativ behandling (21, 23, 24) och en annan studie använde manipulation i kombination med övningar efter McKenzie, stretchingövningar och elektrisk stimulation (18). Terapin i studierna utfördes av kunnig personal med lång erfarenhet och diplom, så som kiropraktor (18, 21), fysioterapeuter med intyg om utbildning i manuell terapi (19, 20, 24) eller av specialister i manuell medicin/reumatologi/fysikalisk medicin, kiropraktor och osteopat (22). Den studie som kom från Tyskland tränade allmänläkare utan erfarenhet i manuell terapi under 2,5 timmar inför studiestart (23). Patienterna fick manuell terapi två – tre gånger i veckan under fyra veckor (18, 19, 20, 21), fem behandlingar under 2 veckor (22) eller fyra behandlingar under 2,5 veckor (24). I en studie fick patienter i början standardmedicinsk behandling och i samband med att de blev rekryterade till en interventionsgruppbehandling med manuell terapi vid ett tillfälle, och därefter ytterligare behandlingar vid behov (23).

Skillnad i effekt på akuta ländryggsbesvär undersöktes. Det rörde skillnader mellan manuell terapi och den gängse rekommenderade medicinska behandlingen av ländryggsbesvär (riktlinjer/rekommendationer av Socialstyrelsen) (18, 21, 22, 23), mellan manuell terapi och placeboterapi och/med kombination av NSAID (19, 20) samt mellan manuell terapi och enbart sjukgymnastik (24). Alla studier som utredde nyttan av manuell terapi på smärta, visade en förbättring med minskad upplevelse av smärta (19, 20, 22, 24). Manuell terapi i kombination med standardmedicin visade på signifikant förbättring med minskad smärta i en studie (18). Dessutom kan en effektiv kombinationsbehandling redan under de första 4 veckor förhindra att besvären blir kroniska (21). En studie av Lingner et al. (23) kunde påvisa en signifikant smärtminskning efter sju dagar och smärtminskningen inträffades snabbare än i kontrollgruppen (ej signifikant). I den studien (23) och i Jueni et al. (22) framkom också (ej signifikant) att patienterna kunde avsluta smärtbehandling tidigare och var i behov av färre antal av smärtabletter, antal sjukskrivningsdagar skilde sig inte från kontrollgruppen (23). I studien av Bishop et al. (21) fick deltagarna frihet att välja narkotika vid önskemål. Det visade sig att ingen av deltagarna som fick manuell terapi var i behov av narkotika, däremot hade 78% av deltagarna i kontrollgruppen behov av detta. Hancock et al. (19) studerade samband mellan manuell terapi och antal dagar tills patienten tillfrisknade, men kunde inte hitta någon skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp, som fick placeboterapi eller NSAID.

De flesta studier visade god effekt avseende ökad funktion (19, 20, 22, 24) medan Lingner et al. (23) och Goertz et al. (18) visade på signifikant bättre effekt. Bishop et al. (21) kunde upptäcka en förbättring av den fysiska funktionen i vecka 8, som ökades och visade sig vara signifikant i vecka 16 och 24. Vidare, en studie (24) visade på en signifikant förbättring av fysisk rörlighet för patienter äldre än 35 år. Tre studier (18, 21, 23) som undersökte hur nöjda patienter var med manuell terapi, kunde peka på en positiv effekt, som dock inte var signifikant.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Denna litteraturöversikt baserade på en litteratursökning på olika referensdatabaser – såsom Pubmed, Medline och Cochraine library. Med hjälp av dessa sökord samt inklusions- och exklusionskriterier hittades ett stort antal studier och artiklar som matchade temat manuell terapi. I början verkade de utvalda sökorden vara lämpliga för litteratursökningen eftersom det framkom tillräckligt många studier som matchade. Likväl blev de flesta exkluderade på grund av att de handlade om en annan typ av alternativterapi, inte bara undersökte ländryggsbesvär, också studerade andra delar av skelett, eller hade samma utfall, men mätte den på ett annat sätt såsom via biomarkörer/ cytokinkoncentration, påverkan av mjukdelar (utredning via ultraljud/mikroskop). Problematiskt var framför allt att det saknades en enhetlig definition av manuell terapi i studierna, men också att det fanns många olika begrepp för manuell terapi som innehöll samma behandlingsteknik. Artiklarna som slutligen valdes för den här litteraturöversikten bedömdes dock kunna bidra till att besvara den här studiens syfte och frågeställningar.

Litteratursökningen genomfördes på Pubmed, Medline och Cochraine library med de valda sökorden ("osteopathic manual therapy or osteopathy or omt or manual therapy or osteopathic medicine or osteopathic treatment" AND "acute low back pain or acute lumbar pain or acute lumbar spine pain or acute nonspecific low back pain") för att kunna genomföra och avgränsa sökningen på ett adekvat sätt. Sökningen ledde till 789 träffar/artiklar. Efter genomgång av alla artiklar (genomläsning av titel, abstract och artikel) med tanke på inklusions- och exklusionskriterier samt borttagning av duplikat, valdes sju artiklar. Därefter följde en noggrann kvalitetsbedömning efter GRADE/ SBU:s mallar för randomiserade studier. De utvalda studierna hade låg till måttlig risk för bias. I sista steg analyserades data narrativt. Den noggranna beskrivningen av metoddelen med dess genomförande stärker studiens reliabilitet, med möjlighet för andra att replikera studien.

Gällande den externa validiteten kan resultatet vara svårt att överföra till västvärlden, även om manuell terapi i de bedömda artiklarna visat på positiva effekter, om än begränsade. Det behövs en enhetlig definition för manuell terapi för att behandlingen ska kunna beforskas såväl med kvantitativa som kvalitativa metoder. Med fler studier av god vetenskaplig kvalitet skulle en ny

systematisk översiktsstudie kunna genomföras, för att på så sätt få översikt över nyttan av manuell terapi.

## Resultatdiskussion

**Deltagare.** Det fanns stora variationer i studiepopulation. Å ena sida inkluderades unga och vältränade deltagare som antagligen hade bästa förutsättningar redan från början för att tillfriskna fortare och helt (18). Å andra sida valdes vanligt förekommande patienter som sökte vård på vårdcentral eller sjukhus (19 – 24). Likväl låg den genomsnittliga åldern bara mellan 26 år (18) och 41 år (19, 20) och avspeglade därför inte verkligheten för den vanligen förekommande medelåldern, dvs. 40-45 år, där akuta ländryggsbesvär brukar uppkomma (1). Dessutom spelade individuella (anatomiska, psykosociala och etniska) förutsättningar hos patienter (6) med uppenbarligen samma symptom/ diagnos (akuta ospecifika ländryggsbesvär) en stor roll och påverkade effekten av manuell terapi på smärta och rörelseförmåga. Dessa skillnader tillsammans med en inte särskilt stor studiepopulation om 84 – 237 deltagare (18 – 24) gjorde det svårt att jämföra och tolka resultaten. Även om det fanns liknande och jämförbara studiedesigns och tydligt positiv trend för minskad smärta och ökad rörelseförmåga. I framtida studier behövs det ett mer kritiskt och samstämt tillvägagångssätt avseende inklusions-/exklusionskriterier och storlek av studiepopulation.

## Randomisering

Studiedeltagarna visste delvis om vilken grupp de tillhörde respektive vilken typ av terapi de fick. Ett studieupplägg där deltagare erbjuds två olika behandlingar är svåra att randomisera och blinda/ dubbelblinda (18, 21, 24). Denna aspekt har antagligen också bidragit till resultaten, då deltagare ibland kan ha fått den behandling de önskat och ibland inte. Även om det är svårigheter med att genomföra blindade studier är de ändå viktiga att genomföra, med målet att kunna erbjuda patienter en god och säker vård.

## Hur mättes utfall?

Inhämtning av data skedde på olika sätt. Flera studier satsade på själv-monitorering och själv-rapportering (24) eller inhämtning av data via telefon av olika parameter (23). Det förklarade ett visst bortfall som några studier måste hantera och till följd av detta svårigheter att följa upp patienter (22, 23, 24). Det framkom också i studierna att patienterna bedömde parametrarna såsom

smärta på olika sätt – liksom förändring eller förbättring. Det visade sig till exempel att en del patienter som brukade arbeta hårt, skattade sig sjukare än funktionstesterna visade (24), eftersom dom troligtvis inte orkade jobba med smärtan.

## Smärtbehandling

Olika smärtstillande läkemedel i olika doseringar kom till användning i de olika studierna. Patienten fick Paracetamol/ NSAID, muskelrelaxerande läkemedel, bensodiazepine och eller narkotika (18, 21, 22). Andra studier avstod helt från ytterligare smärtbehandling utöver Paracetamol/ NSAID för att undvika bias (19, 20, 23, 24). Det är oklart i vilken mån denna aspekten påverkade resultaten, men en tänkbar förklaring kan vara att detta påverkat smärt-reduktionen positivt.

## Manuell terapi

Alla studier hade som gemensamt att de undersökte påverkan av manuell terapi på akuta ospecifika ländryggsbesvär. Behandlingsbörjan respektive när manuell terapi påbörjades, skilde sig mycket från studie till studie. Detta kunde variera mellan 14 dagar (23) till 6 veckor (19, 20), och det var likadant när det gällde tidsram och varaktighet av behandlingen, som kunde vara mycket varierade. Därutöver varade behandlingen som patienten fick i samband med studierna inte längre än 4 veckor (med olika antal av enstaka behandlingar). Dessa skillnader kan ha påverkat behandlingsframgången. Nyttan av manuell terapi var också beroende av vem som använde den; läkare (22, 23), fysioterapeuter (19, 20, 14) eller kiropraktor (18, 21), hur mycket erfarenhet och kompetens terapeuten hade och vilken teknik av manuell terapi användes. Patienter som fick terapi av en välutbildad terapeut med erfarenhet och där patienterna var unga och friska hade större nytta av manuell terapi. Det var därför svårt att jämföra resultaten, även om studierna hade samma frågeställning och studiedesign. En annan viktig aspekt är effekten av den rekommenderade standardterapin med tidig mobilisering (25, 26), som inte ska underskattas eftersom den också har positiv effekt på ryggsmärta. Naturalförloppet respektive tillfriskningen händer oftast inom 4 veckor (25, 26), vilket innebär svårigheter att kunna bedöma effekt av behandling. Även om ryggsmärta många gånger läker av sig själv, är det inte alltid så, varför ytterligare forskning behövs när det såväl gäller alternativbehandlingar som manuell terapi, som den av Socialstyrelsens (25, 26) rekommenderade standardterapin som hjälper en stor del av patienter men inte alla.

Dessutom framkom tydligt i alla studier att behandlingen/manuell terapi begränsades av ett specifikt område av ryggen med i förväg bestämd teknik fast manuell terapi innebär att ha helhets-

syn på patienten och hens besvär och omfattar en helhetsbehandling. Vid fokus på bara ett problemområde med bara begränsat antal av teknik, kan behandlingen vara mindre effektiv och det kan missas ytterligare positiva effekter och bieffekter av hela kroppen.

Ingen av studierna visade någon negativ effekt av manuell terapi eller några biverkningar som kunde kopplas till manuell terapi. Däremot tillkommer kostnader för manuell terapi (20, 23) då denna typ av terapi nästan enbart erbjuds av privata fysioterapeuter, kiropraktiker och läkare.

## **Slutsats**

I de valda studierna framkom att både den rekommenderade standardterapin och manuell terapi i viss mån har positiva effekter på smärta och fysisk funktion, som till exempel rörelseförmåga. Den här studiens resultat, med positiva effekter av manuell terapi, kontrasterar därför mot nationella riktlinjer. Det saknas dock fortfarande evidens för detta. Effekten av manuell terapi är inte lika stor som förväntad men i kombination med standardterapi leder den förmodligen till signifikant förbättring med snabbare smärtreduktion och förbättring av fysisk funktion (21, 22).

Slutligen kan konstateras att det saknas en enhetlig definition för manuell terapi, men också riktlinjer för hur en sådan utbildning skulle kunna utformas, varför det behövs mer forskning om manuell terapi vid akuta ospecifika ländryggsbesvär.

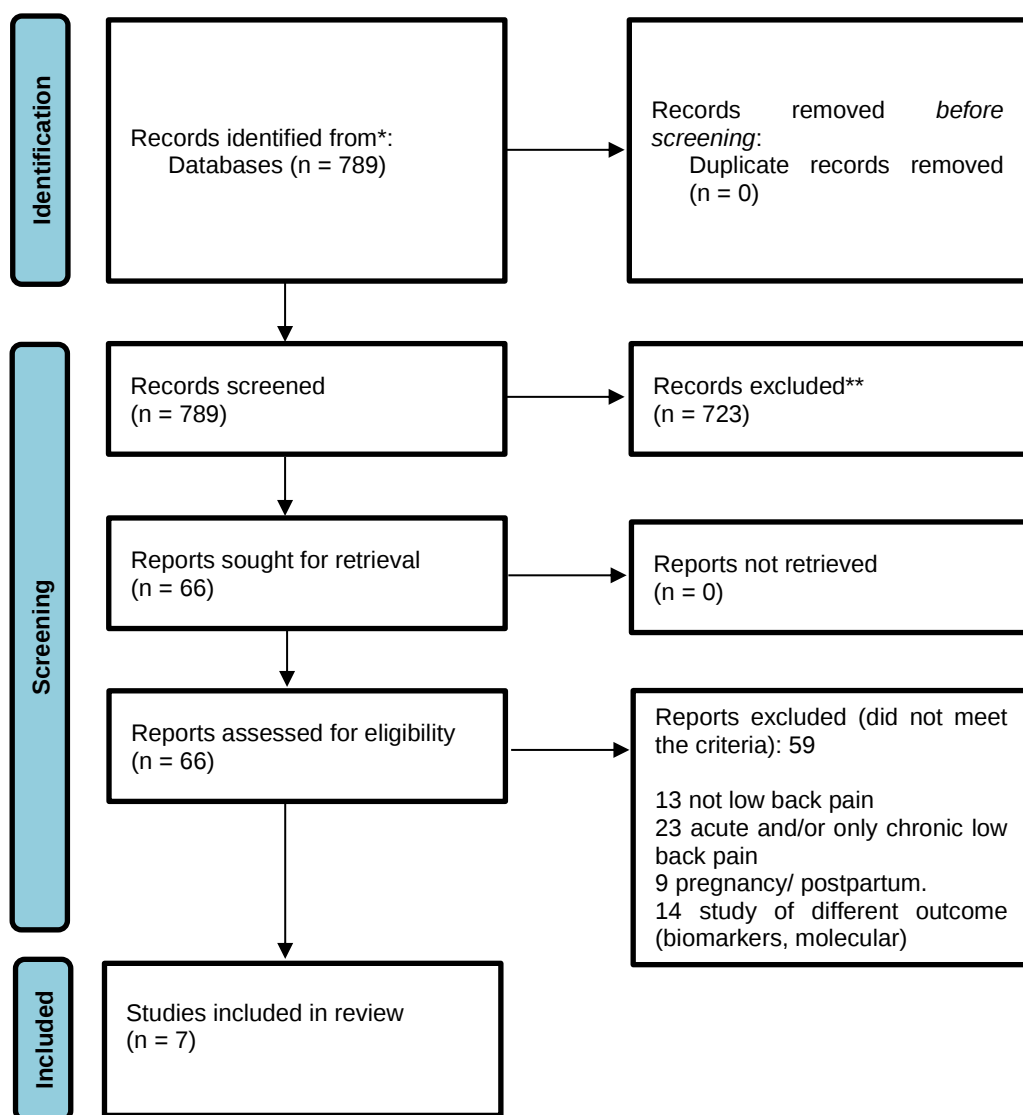
# Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2000). *Ont i ryggen, ont i nacken. En evidens-baserad kunskapssammanställning*. Volym I och II. Stockholm: SBU.
2. Lindblom P, Stålmán A. (2006). *Lumbago*. Södertälje: internetmedicin; 2006. Hämtad från: [www.internetmedicin.se](http://www.internetmedicin.se) <2023-03-24
3. Waardenburg R. (2019). *Akut ländryggssmärta (akut lumbago)*. Hämtad från: [medibas.se](http://medibas.se) <2023-04-12
4. Waardenburg R. (2019). Långvarig ländryggssmärta [internet]. Medibas – Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal. Hämtad från: [medibas.se](http://medibas.se) <2023-03-24
5. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2022). *Konsekvensbeskrivning för vårdförlopp. Ländryggsbesvär hos vuxna*. [citerad 2023-03-24]. Hämtad från: [kunskapsstyrningvard.se](http://kunskapsstyrningvard.se) <2023-03-24
6. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2022). *Remisser vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer. Ländryggsbesvär*. Hämtad från: [kunskapsstyrningvard.se](http://kunskapsstyrningvard.se) <2023-03-24
7. Horvath A, Westin O, Samuelsson K, Brisby H. ABC om smärta i nacke och rygg, del 1. Orsaker, symtom och utredning. *Läkartidningen*. 2018;115:E7ES.
8. Horvath A, Westin O, Samuelsson K, Brisby H. ABC om smärta i nacke och rygg, del 2. Behandling. *Läkartidningen*. 2018;115:E7ET.
9. Region Stockholm. Ortopedisk manuell terapi (OMT). Hämtad från: [regionstockholm.se](http://regionstockholm.se) <2023-03-24
10. Vården.se. (2022). *Ortopedisk manuell terapi*. Hämtad från: [www.varden.se](http://www.varden.se) <2023-03-24
11. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014;15:28.
12. Davidstone.se – REHAB. (2019). *Smärtfrihet och normal rörlighet. Behandling. Manipulation*. Hämtad från: [davidaston.se](http://davidaston.se) <2023-05-24
13. Forsberg C, Wengström Y. (2020). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. Uppl. Natur & Kultur.
14. SBU (statens beredning för medicinsk och social utvärdering). (2023). Att göra en systematisk översikt. Hämtad från: [www.sbu.se](http://www.sbu.se) <2023-05-05

15. SBU. (2022.) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Hämtad från: [www.sbu.se](http://www.sbu.se) <2023-
16. Kunskapsguiden. (2023). *Systematiskt översiktsarbete och evidensgradering med GRADE*. Hämtad från: [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se) <2023-
17. Sutton A, Clowes M, Preston L, Booth A. (2019). Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Info Libr J*. Sep;36(3):202-222.
18. Goertz CM, Long CR, Hondras MA, Petri R, Delgado R, Lawrence DJ, Owens EF, Meeker WC. (2013). Adding chiropractic manipulative therapy to standard medical care for patients with acute low back pain: results of a pragmatic randomized comparative effectiveness study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Apr 15;38(8):627-34.
19. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Herbert RD, McAuley JH. (2008). Independent evaluation of a clinical prediction rule for spinal manipulative therapy: a randomised controlled trial. *Eur Spine J*. 2008 Jul;17(7):936-43.
20. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Cooper CW, Day RO, Spindler MF, McAuley JH. (2007). 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 Nov 10;370(9599):1638-43.
21. Bishop PB, Quon JA, Fisher CG, Dvorak MF. (2010). The Chiropractic Hospital-based Interventions Research Outcomes (CHIRO) study: a randomized controlled trial on the effectiveness of clinical practice guidelines in the medical and chiropractic management of patients with acute mechanical low back pain. *Spine J*. 2010 Dec;10(12):1055-64.
22. Jüni P, Battaglia M, Nüesch E, Hämmerle G, Eser P, van Beers R, Vils D, Bernhard J, Ziswiler HR, Dähler M, Reichenbach S, Villiger PM. (2009). A randomised controlled trial of spinal manipulative therapy in acute low back pain. *Ann Rheum Dis*. 2009 Sep;68(9):1420-7.
23. Lingner H, Blase L, Großhennig A, Schmiemann G. (2018). Manual therapy applied by general practitioners for nonspecific low back pain: results of the ManRück pilot-study. *Chiropr Man Therap*. 2018 Sep 3;26:39.
24. Hallegraeff JM, de Greef M, Winters JC, Lucas C. Manipulative therapy and clinical prediction criteria in treatment of acute nonspecific low back pain. *Percept Mot Skills*. 2009 Feb;108(1):196-208.

25. Socialstyrelsen. (2010). *Försäkringsmedicinsket beslutstöd. Akut lumbago*. Hämtad från:  
[socialstyrelsen.se](https://socialstyrelsen.se) <2023-06-06
26. Karolinska institutet. (2021). *Forskning. Även friska rygga värker*. Stockholm. Hämtad från:  
[ki.se](https://ki.se) <2023-06-06

Figur 1:



## Bilaga 2

Tabell 1:

| Studie-identitet                  | Rando-misering | Avvikelser från planerade interventioner | Bortfall | Mätning av utfall | Rapportering | Risk för bias |
|-----------------------------------|----------------|------------------------------------------|----------|-------------------|--------------|---------------|
| # 1<br>Goertz Ch.M.<br>2013       | låg            | hög                                      | måttlig  | låg               | låg          | måttlig       |
| #2<br>Hancock<br>M. J.<br>2008    | låg            | låg                                      | låg      | låg               | låg          | låg           |
| #3<br>Jueni P.<br>2008            | låg            | måttlig                                  | måttlig  | låg               | låg          | låg           |
| #4<br>Lingner H.<br>2018          | måttlig        | måttlig                                  | hög      | måttlig           | måttlig      | måttlig       |
| #5<br>Bishop P.B.<br>2010         | låg            | låg                                      | låg      | låg               | låg          | låg           |
| #6<br>Hancock<br>M.J.<br>2007     | låg            | låg                                      | låg      | låg               | låg          | låg           |
| #7<br>Hallengraeff<br>H.J.M. 2009 | låg            | måttlig                                  | låg      | låg               | låg          | låg           |

Tabell 2

|                          |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                                                                                                                                                                        |                                                             |         |                                                                                                  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| #3<br>Jueni P.<br>2009   | N = 104<br>20 – 55 år,<br>Patients of<br>emergency<br>departement<br>and typical<br>primary care<br>population<br>(Bern,<br>Schweiz)<br>(ålder 35,4 år;<br>36% kvinnor) | Standard medical<br>care (SMC) vs.<br>SMT (spinal<br>manipulative<br>treatment),<br>utvärdering i 14<br>dagar resp. 14:e<br>dag + efter 6<br>månader | Ryggrelaterad<br>smärta (NRS -<br>numerical rating<br>scale) 11-point<br>boxscale BS-11                                                           | Fysisk funktion<br>(Roland-<br>Morris-<br>Disability<br>Questionnaire) | Pain intensitet/<br>minskning av<br>smärta:<br>(p = 0,28)<br>Pain free at day<br>14: ej signifikant<br>(p = 0,24)<br><br>Efter 6 månader:<br>Pain intensitet (p =<br>0,22);<br>Pain free<br>(p = 0,17) | At day 14:<br>bättre men<br>ej<br>signifikant<br>(p = 0,49) | låg     | Utfall 3:<br>förbrukning av<br>smärtmedel: no<br>analgesics at day<br>14:<br>(p = 0,20)          |
| #4<br>Lingner H.<br>2018 | N = 84<br>18 – 50 år<br>Patienter från<br>privata VC<br>(Tyskland)<br>(ålder i<br>genomsnitt<br>37,6 år, 52,3%<br>kvinnor)                                              | Standard medical<br>care vs. SMC +<br>SMT<br>Utvärdering efter<br>1, 6 och 12 veckor                                                                 | 1)<br>Ryggrelaterad<br>smärta (VAS-<br>NRS 11-point):<br>Dag 0 till 3<br><br>2)<br>Tid mellan dag 0<br>och<br>smärtreduktion<br>om 2 points<br>3) | 1)<br>Hannover<br>functional<br>ability<br>questionnaire               | 1)<br>Bättre men ej<br>signifikant<br>(p = 0,321)<br><br>2)<br>SMT + SMC earlier<br>(p = 0,021)<br><br>3)                                                                                              | 1)<br>Increasing i<br>both groups<br>(p = 0,129)            | måttlig | Utfall 3:<br>förbrukning av<br>smärtmedel<br><br>Utfall 4:<br>Tillfredsställelse av<br>patienter |



|                                |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | (ålder i<br>genomsnitt:<br>37,5, 60%<br>kvinnor)                                                                                                                    | manipulative<br>therapy)                                                                                                                                                              |                                                                                                                           | Short Form-36<br>(SF-36) bodily<br>pain + physical<br>funktioning<br>(PF) domain<br>score: vecka 8,<br>16, 24                                                |                                                                                                                                                                                                    | SF-36:<br>Positiv<br>effekt, men<br>ej<br>signifikant<br>( $p = 0,07$ ;<br>0,11; 0,32)<br>BP:<br>Ej<br>signifikant                            |     | Diskussion:<br>Combined<br>elements of<br>guidelines-based<br>treatments bättre<br>än ensstaka<br>behandlingar<br><br>Nära samarbete<br>olika<br>yrkeskategorier i<br>samband med<br>studie (ej<br>verklighet) |
| #6<br>Hancock M.<br>J.<br>2007 | N = 237<br>Patienter<br>rekryterades<br>av<br>allmänläkare i<br>Sydney,<br>Australien<br>(urban<br>population),<br>genomsnitt i<br>åldern: 40,7 år<br>(44% kvinnor) | Rekommenderad<br>first-line care +<br>Paracetamol och<br>aningen NSAID<br>eller spinal<br>manipulative<br>therapy<br>4 grupper:<br>1. Diclofenac<br>50 mg 1x2<br>+ placebo<br>therapy | number of days<br>to recovery:<br>första dag utan<br>smärta och<br>de första 7<br>dagar med<br>mindre smärta<br>0-1 av 10 | 10-point<br>Patient Specific<br>Functional<br>Scale (pain<br>scale) och<br>24-point<br>Roland Morris<br>Disability<br>Questionnaire:<br>vecka 1, 2, 4,<br>12 | 13 recovery dagar<br>(i median) med<br>NSAID vs. 16<br>dagar med placebo<br>drug<br>( $p = 0,906$ )<br><br>15 dagar (i<br>median) för SMT<br>( $p = 0,954$ ) och<br>placebo SMT<br>( $p = 0,870$ ) | Smärta<br>(SMT):<br>förbättring<br>men ej<br>signifikant<br>( $p = 0,373$ )<br><br>Funktion<br>(SMT):<br>Förbättring<br>men ej<br>signifikant | låg | Diskussion:<br>Påverkan av<br>psykosociala<br>faktorer<br><br>Tidig mobilisering<br>via fysioterapeut<br>positiv påverkan<br>av outcome                                                                        |

|                                       |                                                                                                                                       |                                                                                             |                                                                                  |                                                                                                                         |                                                       |                                                           |                                                                         |             |  |                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| #7<br>Hallegraeff<br>H. J. M.<br>2009 | N = 64<br>(29 kvinnor,<br>ålder i<br>genomsnitt 40<br>år)<br>Rekrytering via<br>3 olika<br>hälsocenter<br>(privata VC) i<br>Amsterdam | Manipulative<br>therapy (4<br>sessions) and<br>physical therapy<br>vs. physical<br>therapy; | Ryggregrederad<br>smärta (VAS: 0<br>– 100):<br>Vid start och<br>efter 2,5 veckor | Oswestry<br>Disability Low<br>Back Pain<br>Questionnaire<br>(5-point scale)<br><br>Mobility (Sit-<br>and-Reach<br>Test) | Pain: Förbättring<br>men ej signifikant<br>(p = 0,26) | NSAID + SMT:<br>ej kortare<br>återhämtning<br>(p = 0,625) | Disability<br>(SMT):<br>Förbättring<br>ej<br>signifikant<br>(p = 0,425) | (p = 0,514) |  | Diskussion:<br>Short treatment<br>period<br><br>Självbedömning/<br>självreport bättre<br>än verklighet<br>(clientel av<br>patienter:<br>worker/Aire Force)<br>Non-blinded<br>design |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|