



Nacksmärta – orsaker och åtgärder

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Lager A, Warolén M, Wennerholm P, Andersson E. Nacksmärta – orsaker och åtgärder. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. Rapport 2019:1.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.siso@sll.se



Rapport 2019:1



ISBN 978-91-87691-57-7



Författare: Anton Lager, Marie Warolén, Pia Wennerholm, Emelie Andersson

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm januari 2019

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Kunskap om folksjukdomarnas orsaker är en av hörnstenarna i det strategiska folkhälsoarbete som ytterst syftar till att främja hälsa, förebygga sjukdom och förlänga liv. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins (CES) rapporter om folksjukdomarnas orsaker baseras på andra redan genomförda systematiska sammanställningar. Rapporterna ger därigenom en snabb, bred och aktuell bild av kunskapsläget.

Folkhälsoproblem bör i allmänhet inte behandlas bort; när problemet väl har inträffat är en del av skadan redan skedd, och det är dessutom oftast både svårare och dyrare att försöka åtgärda ett befintligt problem än att förebygga att det inträffar från första början.

När det gäller nackvärk har vi trots det valt att även gå igenom litteraturen om behandlande åtgärder. Motivet är att kunskapen om orsaker är begränsad och att det därför är svårt att arbeta primärpreventivt. I ett sådant läge kan folkhälsoarbetet behöva inriktas mot mer behandlande, eller så kallade sekundärpreventiva, åtgärder. Dessutom dominerar den vetenskapliga litteraturen om nackvärk av studier om just behandlande åtgärder, och vi har i vår genomgång velat göra forskningsfältet rättvisa.

Den huvudsakliga målgruppen för CES rapportserie är beslutsfattare på folkhälsoområdet, samt praktiker och forskare som är mer specifikt involverade i arbete kring den aktuella folksjukdomen. Vidare är texterna avsedda att fungera som motvikt till påståenden som saknar vetenskaplig grund, exempelvis sådana som sprids i media. På så sätt är också den intresserade allmänheten en av rapportens målgrupper.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm*, SLSO

*Från och med 1 januari 2019 byter Stockholms läns landsting namn till Region Stockholm.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning.....	6
Mål och metod	7
Resultat	8
Exponeringar eller åtgärder med gott vetenskapligt stöd saknas	8
Exponeringar som har studerats i experiment utan att resultaten har övertygat....	8
Fysioterapi	8
Fysisk aktivitet och ergonomi.....	8
Läkemedel.....	10
Depression och ångest.....	10
Exponeringar som har tydliga eller mycket tydliga samband med nacksmärta i observationsstudier	11
Tidigare smärta och stelhet	11
Vanliga exponeringar som har ett visst samband med nacksmärta i observationsstudier	11
Att vara kvinna.....	11
Rökning.....	11
Övriga exponeringar	11
Diskussion.....	12
Tack.....	14
Referenser	15

Sammanfattning

Nacksmärta är ett av våra största folkhälsoproblem, och i den samlade befintliga litteraturen finns egentligen bara en faktor som tydligt är förknippad med risken att drabbas: att man har lidit av nacksmärta tidigare. Det finns inte heller övertygande evidens för någon behandling, trots att många olika typer av insatser förekommer – och trots att det finns en mycket stor utvärderingslitteratur.

Till de interventioner som har studerats utan att man ännu kunnat visa på övertygande stöd för någon effekt på smärtan hör ergonomiska åtgärder, sjukgymnastik, annan mer generell fysisk aktivitet, manuell terapi (t ex naprapatisk eller kiropraktisk justering, massage), fysikaliska behandlingar (t ex stödkragar, akupunktur, laser), rådgivning och kognitiv beteendeterapi. Till och med för första linjens smärtstillande läkemedel är det vetenskapliga stödet skralt.

Bristen på evidens skulle kunna bero på att åtgärderna, eller studierna av dem, hittills hållit för låg kvalitet. Den andra möjliga övergripande förklaringen är att de flesta behandlingar de facto är verkningslösa. Att många ändå upplever att behandling hjälper, kan i så fall förklaras av att nackbesvär faktiskt tenderar att bli bättre – oavsett vad man gör. Det finns med andra ord en god chans att nacksmärta lindras när man genomgår behandling, även om man kanske inte blir bättre än vad man skulle ha blivit av sig själv.

Av de som söker vård tycks de flesta bli bra inom ett par månader. Att problemet ofta är övergående är förstas mycket positivt för den enskilde. Men att så många vid varje given tidpunkt lider av nacksmärta innebär ändå ett påtagligt bidrag till sjukdomsördan. För många tenderar besvären dessutom att bli långdragna; så många som en tredjedel av de som söker vård kan ha fortsatta besvär ett helt år efter insjuknandet. Gruppen med måttlig till svår kronisk nacksmärta bär i sin tur det mesta, eller två tredjedelar, av problemets sjukdomsörda.

Om vi på allvar ska komma till rätta med det stora folkhälsoproblemet nacksmärta, tycks det behövas ett forskningsgenombrott. Och för att bädda för att det ska kunna ske, kan exempelvis forskningsråd verka för att fältet får finansiering mer i paritet med problemets storleksordning. I en sådan satsning bör man hålla öppet dels för att genombrott skulle kunna komma i de befintliga forskningsfälten (om exempelvis psykosociala faktorer eller fysisk aktivitet) i takt med att sådant som studiedesign utvecklas, dels för att det kan behövas nydanande studier av ännu ej tillräckligt studerade riskfaktorer.

Inledning

Nacksmärta är ett av våra största folkhälsoproblem, såväl i Stockholms län som i övriga Sverige och globalt (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Problemet beräknas stå för tre procent av den samlade sjukdomsördan i Stockholms län (DALYs), vilket är i samma storleksordning som exempelvis stroke. Vidare uppskattas nacksmärta stå för sex procent av alla YLDs – det vill säga fullt frisk tid som förlorats på grund av funktionsnedsättning. Det placerar problemet med nacksmärta i samma storleksordning som depression.

Sjukdomsördekalkylen för nacksmärta bygger på skattningen att tio av hundra personer i Stockholms län har ont i nacken en given dag. Tre av dessa tio personer har inte någon egentlig nedsättning av sin vardagliga funktion; det kan till exempel handla om att man alltid är lite öm i nacken, eller om gårdagens nackspärr som är på väg att klinga av. Besvären som dessa personer upplever är så milda att de inte räknas med i sjukdomsördan.

Fem av tio personer med nacksmärta har smärta som innebär en viss funktionsnedsättning, till exempel problem med lyft eller att vrida huvudet. Nedsättningen av den allmänna funktionen är relativt liten, men gruppen är så stor att en tredjedel av nacksmärtans bidrag till sjukdomsördan ändå härrör från denna grupp. I gruppen ingår till exempel den som har vaknat med nackspärr men också personer med mer långdragna besvär.

För två av tio personer med besvär är smärtan konstant, måttlig till kraftig och förknippad med till exempel sömnsvårigheter och nedstämdhet. För dessa innebär problemet en påtaglig nedsättning av den allmänna funktionen. Denna nacksmärta orsakar också två tredjedelar av nacksmärtans sjukdomsörda (1, <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

De allra flesta fall av nacksmärta kan inte förklaras av olyckor eller diskbräck. Knappt tio procent av de som fick landstingsfinansierad vård för nacksmärta i Stockholms län år 2017 hade misstänkt pisksnärtskada och en procent hade misstänkt radikulopati (utstrålade smärta på grund av nervrötter i kläm, t ex från diskbräck). Vid både misstänkt pisksnärtskada och radikulopati är det vanligt att man har sökt vård akut. Merparten av dessa individer har bara sökt vård en enda gång för sitt tillstånd, vilket kan tala för att smärtan varit övergående. De flesta, det vill säga 89 procent, som har sökt vård har gjort det för mer kroniska besvär där varken pisksnärtskada eller diskbräck är förklaringen. Dessa individer får oftast diagnosen cervikalgi, vilket helt enkelt betyder nacksmärta, och de söker vanligen hjälp i primärvården – där smärta och värk också är en av de vanligaste sökorsakerna.

Mål och metod

Målet med Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins (CES) litteraturgenomgångar om folksjukdomar är att bistå med ett kunskapsunderlag om de viktigaste orsakerna till sjukligheten. Målgruppen är praktiker, forskare och beslutsfattare samt intresserad allmänhet. Rapporterna baseras på systematiska sammanställningar av redan publicerade systematiska sammanställningar. Metoden har beskrivits i detalj i ett separat protokoll (2) och redovisas därför endast kortfattat nedan.

Litteratur som explicit avgränsats till pisksnärtrelaterad smärta, radikulopati, eller smärta hos specifika patientgrupper (t ex cancerpatienter) exkluderades från sammanställningen. Utöver forskningen om orsaker till smärtan inkluderas även utvärderingar av behandlande insatser i sammanställningen.

Sökningarna begränsades till PubMed och inriktades mot systematiska sammanställningar och metaanalyser som har ett betydande fokus på nacksmärta genom att kräva att problemet nämns redan i titeln (neck pain [ti]) samt ingår i PubMeds eget så kallade "subset" för systematiska sammanställningar (systematic [sb]). Sökningen (den senaste genomförd 2018-07-02) resulterade efter dubblettkontroll i 260 referenser publicerade från 1990 vars titlar och abstract granskades. Till dessa tillfogades 33 referenser som identifierades via referenslistor. En majoritet av referenserna har granskats av minst två av rapportförfattarna.

För två grupper av åtgärder, fysioterapi respektive läkemedel, identifierades andra nyligen genomförda sammanställningar av sammanställningar. Genomgången av övrig litteratur på detta område begränsades därför till sammanställningar publicerade i anslutning till eller efter de befintliga sammanställningarna av sammanställningar. Totalt uppfyllde 39 studier inklusionskriterier och ingår i resultatsammanställningen nedan.

I resultatdelen redovisas först exponeringar som har studerats i experiment. Därefter presenteras exponeringar som enbart har studerats i observationsstudier men som har tydliga eller mycket tydliga samband med nacksmärta (statistiska riskestimater >2 respektive >4 i jämförelse mellan de två mest extrema grupperna i studien). Slutligen redovisas vanliga exponeringar som har ett visst samband med nacksmärta i observationsstudier (riskestimater 1,3–2) och sist övriga exponeringar – det vill säga exponeringar som endast är studerade i observationsstudier och är ovanliga samt svagt förknippade med nacksmärta (riskestimater 1,3–2), alternativt mycket svagt (riskestimater $<1,3$), eller inte alls förknippade med nacksmärta.

Resultat

Exponeringar eller åtgärder med gott vetenskapligt stöd saknas

För många folksjukdomar har man först identifierat tydliga eller mycket tydliga samband i observationsstudier som man sedan har kunnat följa upp och bekräfta med hjälp av experiment. Så är inte fallet för nacksmärta, trots att det inte råder brist på vare sig experimentell litteratur eller observationsstudier (se nedan).

Exponeringar som har studerats i experiment utan att resultaten har övertygat

Fysioterapi

I den senaste uppdateringen av det amerikanska fysioterapiförbundets riktlinjer, från 2017, sammanställdes alla systematiska sammanställningar om effekterna av fysioterapeutiska interventioner mot nacksmärta indexerade i vetenskapliga databaser till och med augusti 2016. De sammanställda och granskade sammanställningarna berörde rådgivning (inklusive kognitiv beteendeterapi), sjukgymnastik, manuell terapi (t ex naprapatisk eller kiropraktisk justering och massage) och fysikaliska behandlingsmetoder (t ex stödkragar, akupunktur och laser) (3).

Trots en mycket omfattande experimentell litteratur samlad i 43 systematiska översikter, fann man inte vare sig "nivå I-evidens" (konsistenta fynd från flera studier av hög kvalitet) eller "nivå II-evidens" (i huvudsak konsistenta fynd från studier som i huvudsak håller hög kvalitet, fynd från en stor studie av hög kvalitet, eller konsistenta fynd från flera små studier av hög kvalitet) för någon intervention i jämförelse med passiva kontrollgrupper (3).

Den bilden, att man trots mycket omfattande forskning inte har kunnat identifiera övertygande evidens till stöd för fysioterapeutiska interventioner mot nacksmärta, överensstämmer mycket bra med bilden som framträder i andra aktuella övergripande riktlinjer (4–7) liksom med den från en sammanställning av 36 originalstudier från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (8).

Någon ny övertygande evidens för fysioterapeutiska interventioner har inte heller identifierats i senare mer specifika systematiska översikter på området (9–17).

Fysisk aktivitet och ergonomi

I flera genomgångar har man sammanställt litteratur om förebyggande interventioner på arbetsplatser. Mest studerat är interventioner som innebär nackträning respektive ergonomiska förändringar av arbetsplatsen. Inte för någon av dessa typer av interventioner är resultaten övertygande.

I en systematisk sammanställning av interventioner oavsett innehåll fann man tre stora randomiserade kontrollerade studier (RCTs) som utvärderade effekten för träning av nacken bland friska anställda. Inte i någon av dessa, eller i metaanalysen av de två studier som ansågs ha högst kvalitet, fann man någon effekt (18). På basis av fem respektive två RCTs menar man samtidigt (i kontrast till litteraturen om sjukgymnastik, se ovan) att det finns en effekt av nackträning respektive generell träning för anställda som redan har symtom. Analyserna för två av studierna är sekundär – det vill säga det är

samma studier som man inte fann någon effekt i när man analyserade hela materialet. Vidare är alla de metaanalyserade originalstudierna från samma grupp av forskare som genomfört den systematiska sammanställningen. Studierna är också relativt små, med 12 till 198 personer i experimentgrupperna och 6 till 64 personer i kontrollgrupperna. Det finns dessutom tecken på heterogenitet och de allra högsta estimaten finns i de två klart minsta studierna med 6 till 20 personer i de grupper som jämförs. I en sju studie av nackträning till anställda med symtom, tillika den största studien på området, var träning av nacken förknippad med en ickesignifikant ökning av smärtan. Den studien ingår inte i metaanalysen. För olika ergonomiska justeringar av arbetsplatsen, rådgivning, kognitiv beteendeterapi, regelbundna pauser samt så kallad biofeedback fann man inkonsistenta eller ickesignifikanta effekter.

I ytterligare en sammanställning av interventioner oavsett innehåll uteslöts studier där försökspersonerna redan hade nacksmärta, och man fann då fem RCTs. På basis av två av dessa menar man, i motsats till sammanställningen ovan, att det finns måttlig evidens för en effekt för anställda utan tidigare symtom. Den ena studien var mycket stor med 225 respektive 246 personer i experiment- och kontrollgrupp, men den andra mycket liten med 12 respektive 17 deltagande personer. På basis av de tre återstående studierna menar man att det finns svag evidens som talar mot effektiviteten av ergonomiska interventioner (19).

I en äldre sammanställning analyserades interventioner oavsett innehåll där minst hälften av deltagarna redan hade nacksmärta. Samlat fann man svag evidens som pekade på att arbetsplatsinterventioner över huvud taget inte fungerade (20).

I en ännu lite äldre sammanställning specifikt inriktad på fysisk träning, fann man fem studier av nackträning som ansågs ha hög kvalitet varav fyra pekade på en effekt. Någon metaanalys genomfördes inte (21).

I en sammanställning specifikt inriktad på förebyggande effekter av ergonomiska insatser, fann man måttlig evidens för att speciella datormöss med armstöd kan minska nacksmärta, men samtidigt att datormöss och armstöd var för sig var ineffektiva (22). Man fann ingen evidens för övriga ergonomiska interventioner, men utvärderingarna ansågs också hålla låg till mycket låg kvalitet.

Ännu en sammanställning fann svag evidens för ergonomiska interventioners effekt på smärtintensitet respektive svag till måttlig evidens som talade mot ergonomiska interventioners effekt på incidens eller prevalens av nacksmärta (23). Evidens mot ergonomiska interventioners effekt rapporteras också från Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders (24).

De motstridiga resultaten från den experimentella litteraturen är kanske inte så förvånande givet den sammansatta bild som även ges av observationsstudierna på området. I en aktuell övergripande genomgång av studier om riskfaktorer för nacksmärta fann man endast svaga samband från enstaka studier om det man kallade fysiska riskfaktorer (här ingick bland annat fysisk aktivitet på fritiden, ergonomiska faktorer på arbetet och att vara exponerad för repetitiva rörelser) (25).

Samband mellan olika mått på fysisk kapacitet och nacksmärta har rapporterats från enstaka studier som identifierats i två systematiska genomgångar (26, 27). I den ena sökte man brett efter fysiska riskfaktorer och hittade även fyra longitudinella studier av fysisk aktivitet. Varken här, eller i en något äldre sammanställning, fann man något samband mellan fysisk aktivitet och nacksmärta (26, 28). I den breda

sammanställningen rapporterar man vidare inga till svaga samband för ergonomiska riskfaktorer baserat på två till fyra originalstudier per riskfaktor (26).

I en äldre sammanställning om riskfaktorer för nacksmärta bland kontorsanställda fann man sju kohortstudier, varav fem ansågs hålla hög kvalitet. Total 47 potentiella riskfaktorer var analyserade. Ett samband med nacksmärta fann man bara för två av dessa: att vara kvinna och att ha haft ont i nacken förut (29). I en ännu lite äldre sammanställning fann man 14 kohortstudier (varav 13 ansågs ha hög kvalitet) om riskfaktorer för att drabbas av nacksmärta oavsett population. Ett stort antal ergonomiska riskfaktorer var studerade, ibland med tydliga samband, men aldrig i mer än i en enskild originalstudie (30). I en sammanställning från 2000 identifierades bara två longitudinella studier (31).

Läkemedel

I en sammanställning av sammanställningar om effekterna av läkemedel mot nackvärk från 2013 identifierades 26 genomgångar som i sin tur rapporterade resultatet från 47 RCTs. Endast för ett enstaka preparat (eperisone, ett muskelavslappande medel som inte används i Sverige) fann man evidens för en effekt på nacksmärta, och då bara i en enskild originalstudie (32).

Till sammanställningen av sammanställningar genomförde författarna en systematisk sammanställning av originalstudier specifikt om injektioner av läkemedel eftersom en aktuell översikt på detta område saknades. Man fann dock ingen övertygande evidens för någon behandling här heller (33). I en annan sammanställning specifikt om botoxinjektioner var resultaten motsägelsefulla (34).

I en sammanställning om effekterna av epidurala injektioner med smärtlindrande läkemedel eller steroider menar man samtidigt att det finns tillräckligt underlag för en effekt vid vissa typer av nacksmärta. Det kan dock noteras att fyra av de sju inkluderade originalstudierna, tillika de som har ansetts ha högst kvalitet, är genomförda av samma forskargrupp som författat sammanställningen (35). En systematisk sammanställning om effekterna av kinesiska örtmediciner fann bara enstaka studier, som dessutom höll låg kvalitet (36).

Depression och ångest

I sammanställningen av sammanställningar av läkemedel mot nacksmärta identifierades en RCT av ett antidepressivt så kallat SSRI-läkemedel (selektiva serotoninåterupptagshämmare), men det jämfördes inte där med placebo (32). Den andra tydligt verksamma insatsen mot depression och ångest, kognitiv beteendeterapi, har också testats mot nacksmärta och studerats i randomiserade kontrollerade studier. I en systematisk sammanställning konstaterade man inga effekter alls på smärtan jämfört med andra insatser och inte kliniskt meningsfulla effekter jämfört med placebo (37).

Från enstaka observationsstudier rapporteras allt från icke-signifikanta till tydliga samband mellan symtom som nedstämdhet, ångest och höga stressnivåer och senare nacksmärta. Situationen är liknande för krav, stöd och kontroll på arbetsplatsen (25, 38, 30). I en äldre systematisk sammanställning av utvärderingar av psykosociala interventioner identifierades endast en RCT, av låg kvalitet (39).

Exponeringar som har tydliga eller mycket tydliga samband med nacksmärta i observationsstudier

Tidigare smärta och stelhet

Från tre systematiska genomgångar, som identifierat totalt fem observationsstudier, rapporteras tydliga till mycket tydliga samband mellan nacksmärta och tidigare historia av nacksmärta (25, 29, 30). Stelhet, eller muskelspänning ("muscular tension") har enligt flera översikter ett tydligt till mycket tydligt samband med nacksmärta (26, 29). Sambanden var dock heterogena i en av översikterna (26).

Det tycks också finnas en koppling mellan nacksmärta och tidigare smärtproblematik i andra delar av kroppen. Vissa till tydliga eller mycket tydliga samband rapporteras för historia av såväl ländryggssmärta som huvudvärk, smärta från höften och smärta över huvud taget, även om det för respektive samband typiskt bara finns enstaka studier (30).

Vanliga exponeringar som har ett visst samband med nacksmärta i observationsstudier

Att vara kvinna

I tre systematiska översikter rapporteras sambandet mellan kön och nacksmärta från totalt åtta observationsstudier (25, 29, 30). I två av dessa originalstudier fann man inget signifikant samband, i två ett mycket svagt samband, i två ett visst samband, och i två fann man ett tydligt samband mellan att vara kvinna och risken för nacksmärta.

Rökning

Ett visst till tydligt samband mellan att vara rökare eller före detta rökare och nacksmärta har rapporterats från enstaka observationsstudier (30, 40).

Övriga exponeringar

I sex stycken fall-kontrollstudier har man undersökt om personer med nacksmärta uppvisar tecken på så kallad central sensitisering, det vill säga överretbarhet av ryggmärgsnerver. Man fann att det kunde vara viktigt för nacksmärta som uppstått på grund av olyckor, men inte annars (41).

Diskussion

För många folksjukdomar har man först identifierat tydliga eller mycket tydliga samband i observationsstudier som man sedan har kunnat följa upp och bekräfta med hjälp av experiment. Så är tyvärr inte fallet för nacksmärta. I den samlade befintliga litteraturen finns egentligen bara en faktor som tydligt är förknippad med risken att drabbas av nacksmärta: att man har lidit av nacksmärta tidigare. Det finns inte heller övertygande evidens för någon behandling, trots att många olika typer av insatser förekommer – och trots att det finns en mycket stor utvärderingslitteratur.

De sätt att definiera och avgränsa olika typer av nacksmärta som förekommer i litteraturen (i exempelvis akut, subakut och kronisk smärta respektive smärta med eller utan rörelsenedsättning, koordinationsnedsättning inklusive misstänkt pisksnärtskada, huvudvärk, eller strålade smärta (3)) tycks ännu inte ha hjälpt förståelsen på området framåt på något avgörande vis.

Det är ont om svenska riktlinjer för omhändertagandet av patienter med nacksmärta, vilket troligen avspeglar det faktum att det i så hög utsträckning saknas evidens för effektiva åtgärder. Smärtstillande läkemedel utgör i praktiken en central del av behandlingen – på patientens eget initiativ eller ordinerat av vården. I Sverige föredras i allmänhet paracetamol före icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel (NSAID), och sådan är exempelvis rekommendationen på viss.nu för behandling av ländryggssmärta (<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Muskoskelett/Lumbago/>, rekommendationer om nacksmärta saknas).

Det kan noteras att Cochranes rygg- och nackgrupp *har* sammanställt evidensen för effekten av receptfria läkemedel för just ländryggssmärta. Man fann där gott vetenskapligt stöd för att paracetamol *inte* fungerar bättre än placebo för akuta besvär (42), att NSAID visserligen har en effekt men att den är mycket liten (motsvarande omkring ett extra skalstegs minskning på en tiogradig VAS-skala över smärtintensitet), samt att effekten inte översätts till att patienten upplever någon övergripande förbättring jämfört med placebo, och har biverkningar redan på kort sikt (43).

Om många behandlingar de facto är verkningslösa, kan en förklaring till att så många olika typer av insatser trots detta förekommer och fortsätter användas – utöver att nacksmärta alltså är mycket vanligt och att det är naturligt att söka hjälp för sina besvär – möjligen vara att besvären för de flesta faktiskt tenderar att bli bättre oavsett vad man gör. Man kan därför uppleva det som att behandlingen hjälper. Även om kunskapsläget även här är relativt magert så pekar två systematiska sammanställningar (av patienter som har sökt primärvård respektive deltagit i kontrollgrupper i behandlingsstudier) tillsammans på att omkring två tredjedelar av de som har problem blir helt bra inom cirka två månader (44, 45). Den sista tredjedelen tenderar å andra sidan att ha fortsatta problem även ett helt år efter insjuknandet.

Om vi på allvar ska komma till rätta med folkhälsoproblemet nacksmärta – så att problemet verkligen kan åtgärdas när det väl har inträffat (vilket förstås är särskilt viktigt för de som annars drabbas av kroniska besvär) eller, ännu hellre, kan förebyggas från att inträffa från första början – tycks det därför behövas ett forskningsgenombrott. För att bädda för ett sådant genombrott kan exempelvis forskningsråd verka för att forskning om nacksmärta erhåller finansiering mer i paritet med problemets storleksordning; nacksmärta är ett av de problem som över huvud taget bidrar mest till sjukdomsördan, men forskningen på området tillhör knappast de mest välfinansierade.

I en sådan satsning tycks det rimligt att hålla öppet både för (I) att dagens bristande evidens framför allt kan visa sig beror på att insatserna eller studierna hittills hållit för låg kvalitet designmässigt (och att genombrott skulle kunna komma kring exempelvis psykosociala faktorer eller fysisk aktivitet) såväl som för (II) att man hittills inte studerat rätt saker, utan behöver satsa på nydanande studier.

För den enskilde med nacksmärta rekommenderar vårdguiden att man kontaktar vården direkt om smärtan kommer efter en skada, och annars om den inte gått över inom två veckor (www.1177.se, 2018-11-12). Trots det magra evidensläget för åtgärder med effekt på själva smärtan är det viktigt att komma ihåg att vårdbesöket kan vara motiverat för att utesluta ovanliga, men allvarliga, orsaker till nacksmärtan (såsom infektioner, cancer, hjärtkärlproblem eller frakturer) och för att ge information om naturalförloppet.

Validerade självskattningsinstrument kan vara till hjälp i såväl utredning som i att följa utvecklingen av sådant som smärtintensitet och nedsättning av motorisk och psykosocial funktion – särskilt om aktiva åtgärder riktade mot själva smärtan hur som helst provas (3). En viktig roll för vården är förstås också att utreda och motverka vanlig samsjuklighet samt konsekvenser av smärtan, såsom nedstämdhet och ångest.

Tack

Värdefulla synpunkter på texten har lämnats av Lena Holm, Vicky Bartelink, David Ebbevi och Pernilla Svefors samt deltagare vid två seminarier på CES.

Referenser

1. Burstein R, Fleming T, Haagsma J, Salomon JA, Vos T, Murray CJ. Estimating distributions of health state severity for the global burden of disease study. *Population health metrics*. 2015;13:31.
2. Lager A, Andersson E, Ahrén J. Protokoll för sammanställningar av sammanställningar om folkhälsoproblemens orsaker. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting;2016.
3. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, et al. Neck Pain: Revision 2017. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2017;47(7):A1-A83.
4. Bier JD, Scholten-Peeters WGM, Staal JB, Pool J, van Tulder MW, Beekman E, et al. Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nonspecific Neck Pain. *Physical therapy*. 2018;98(3):162–71.
5. Kjaer P, Kongsted A, Hartvigsen J, Isenberg-Jorgensen A, Schiottz-Christensen B, Soborg B, et al. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset neck pain or cervical radiculopathy. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2017;26(9):2242–57.
6. Cote P, Wong JJ, Sutton D, Shearer HM, Mior S, Randhawa K, et al. Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2016;25(7):2000–22.
7. Bussieres AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, Hayden J, et al. The Treatment of Neck Pain-Associated Disorders and Whiplash-Associated Disorders: A Clinical Practice Guideline. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2016;39(8):523-64 e27.
8. Acute Neck and Back Pain: Preventive Interventions – Effects of Physical Training, Manual Treatment and Cognitive Behavioral Interventions. SBU Systematic Review Summaries. Stockholm2016.
9. Miyamoto GC, Lin CC, Cabral CMN, van Dongen JM, van Tulder MW. Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. *British journal of sports medicine*. 2018.
10. Yao M, Sun YL, Dun RL, Lan TY, Li JL, Lee HJ, et al. Is manipulative therapy clinically necessary for relief of neck pain? A systematic review and meta-analysis. *Chinese journal of integrative medicine*. 2017;23(7):543–54.
11. Yang JD, Tam KW, Huang TW, Huang SW, Liou TH, Chen HC. Intermittent Cervical Traction for Treating Neck Pain: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Spine*. 2017;42(13):959–65.

12. Shekelle PG, Paige NM, Miake-Lye IM, Beroes JM, Booth MS, Shanman R. The Effectiveness and Harms of Spinal Manipulative Therapy for the Treatment of Acute Neck and Lower Back Pain: A Systematic Review. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Washington (DC)2017.
13. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. 2017;30(6):1149–69.
14. Fredin K, Loras H. Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain – A systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal science & practice*. 2017;31:62–71.
15. Seo SY, Lee KB, Shin JS, Lee J, Kim MR, Ha IH, et al. Effectiveness of Acupuncture and Electroacupuncture for Chronic Neck Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American journal of Chinese medicine*. 2017;45(8):1573–95.
16. Liu F, Zhou F, Zhao M, Fang T, Chen M, Yan X. Acupotomy Therapy for Chronic Nonspecific Neck Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2017;2017:6197308.
17. Cramer H, Klose P, Brinkhaus B, Michalsen A, Dobos G. Effects of yoga on chronic neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*. 2017;31(11):1457–65.
18. Chen X, Coombes BK, Sjogaard G, Jun D, O'Leary S, Johnston V. Workplace-Based Interventions for Neck Pain in Office Workers: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical therapy*. 2018;98(1):40–62.
19. de Campos TF, Maher CG, Steffens D, Fuller JT, Hancock MJ. Exercise programs may be effective in preventing a new episode of neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of physiotherapy*. 2018;64(3):159–65.
20. Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Roe C, Lund T, Marklund S, et al. Workplace interventions for neck pain in workers. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(4):CD008160.
21. Coury HJCG, Moreira RFC, Dias NB. Evaluation of the effectiveness of workplace exercise in controlling neck, shoulder and low back pain: a systematic review. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(6):461–79.
22. Hoe VC, Urquhart D, Kelsall HL, Sim MR. Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;Aug 15(8).
23. Driessen MT, Proper KI, van Tulder MW, Anema JR, Bongers PM, van der Beek AJ. The effectiveness of physical and organisational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*. 2010;67(4):277–85.
24. Cote P, van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, et al. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2009;32(2 Suppl):S70–86.
25. Kim R, Wiest C, Clark K, Cook C, Horn M. Identifying risk factors for first-episode neck pain: A systematic review. *Musculoskeletal science & practice*. 2018;33:77–83.

26. Jun D, Zoe M, Johnston V, O'Leary S. Physical risk factors for developing non-specific neck pain in office workers: a systematic review and meta-analysis. *International archives of occupational and environmental health*. 2017;90(5):373–410.
27. Hamberg-van Reenen HH, Ariens GA, Blatter BM, van Mechelen W, Bongers PM. A systematic review of the relation between physical capacity and future low back and neck/shoulder pain. *Pain*. 2007;130(1–2):93–107.
28. Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P, Purepong N, Pensri P, van der Beek AJ. The association between physical activity and neck and low back pain: a systematic review. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2011;20(5):677–89.
29. Paksachol A, Janwantanakul P, Purepong N, Pensri P, van der Beek AJ. Office workers' risk factors for the development of non-specific neck pain: a systematic review of prospective cohort studies. *Occupational and environmental medicine*. 2012;69(9):610–8.
30. McLean SM, May S, Klaber-Moffett J, Sharp DM, Gardiner E. Risk factors for the onset of non-specific neck pain: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*. 2010;64(7):565–72.
31. Ariens GA, van Mechelen W, Bongers PM, Bouter LM, van der Wal G. Physical risk factors for neck pain. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2000;26(1):7–19.
32. Peloso PM, Khan M, Gross AR, Carlesso L, Santaguida L, Lowcock J, et al. Pharmacological Interventions Including Medical Injections for Neck Pain: An Overview as Part of the ICON Project. *The open orthopaedics journal*. 2013;7:473–93.
33. Gross AR, Peloso PM, Galway E, Navasero N, Essen KV, Graham N, et al. Physician-delivered injection therapies for mechanical neck disorders: a systematic review update (non-oral, non-intravenous pharmacological interventions for neck pain). *The open orthopaedics journal*. 2013;7:562–81.
34. Climent JM, Kuan TS, Fenollosa P, Martin-Del-Rosario F. Botulinum toxin for the treatment of myofascial pain syndromes involving the neck and back: a review from a clinical perspective. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2013;2013:381459.
35. Diwan S, Manchikanti L, Benyamin RM, Bryce DA, Geffert S, Hameed H, et al. Effectiveness of cervical epidural injections in the management of chronic neck and upper extremity pain. *Pain physician*. 2012;15(4):E405–34.
36. Trinh K, Cui X, Wang YJ. Chinese herbal medicine for chronic neck pain due to cervical degenerative disc disease. *Spine*. 2010;35(24):2121–7.
37. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, et al. Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015(5):CD010664.
38. Ortego G, Villafane JH, Domenech-Garcia V, Berjano P, Bertozzi L, Herrero P. Is there a relationship between psychological stress or anxiety and chronic nonspecific

- neck-arm pain in adults? A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2016;90:70–81.
39. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003(2):CD002194.
 40. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4 Suppl):S39–51.
 41. Malfliet A, Kregel J, Cagnie B, Kuipers M, Dolphens M, Roussel N, et al. Lack of evidence for central sensitization in idiopathic, non-traumatic neck pain: a systematic review. *Pain physician*. 2015;18(3):223–36.
 42. Saragiotto BT MG, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(Issue 6. Art. No.: CD012230.).
 43. Roelofs PDDM Deyo R, Koes BW, Scholten RJPM, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(Issue 1. Art. No.: CD000396.).
 44. Hush JM, Lin CC, Michaleff ZA, Verhagen A, Refshauge KM. Prognosis of acute idiopathic neck pain is poor: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2011;92(5):824–9.
 45. Schellingerhout JM Heymans MW, Verhagen AP, Lewis M, de Vet HC, Koes BW. Prognosis of patients with nonspecific neck pain: development and external validation of a prediction rule for persistence of complaints. *Spine*. 2010;35 (Aug 1)(17):E 827–35.

ISBN 978-91-87691-57-7



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING