
Ryggproblem eller smerteproblem?

DEBATT

GEIR SIGURD HENRIKSEN

geir.sigurd@ryggforeningen.no

Geir Sigurd Henriksen er prosjektleder i Ryggforeningen i Norge (frivillig medarbeider) og selv rygg- og smertepasient. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Det mest sentrale symptomet ved kroniske ryggglidelser er smerte. Til tross for dette opplever vi lite fokus på fagområdet smertemedisin i det ryggfaglige miljøet.

Livstidsprevalensen for ryggglidelser i Norge er 60–80 % (1). Antallet uføre grunnet ryggglidelser er ca. 34 000, dvs. ca. 1 % av livstidsprevalensen (2). Det er denne «1 %-gruppen», som har smerter med sterk innvirkning på livet (funksjonelt, arbeidsmessig og sosialt), som er utgangspunktet for dette innlegget.

Så mye som 85 % av kroniske korsryggsmerter angis som uspesifikke fordi vi mangler en presis etiologisk forståelse av smertene (3). Uspesifikke ryggglidelser kategoriseres med utgangspunkt i smerte og smertens varighet som akutte, subakutte og kroniske/langvarige (3). Ettersom smerter er den viktigste indikatoren for diagnostisering og behandling, skulle man tro at ryggbehandlere var blant de fremste til å følge med på og å anvende den nyeste kunnskapen innenfor smerteforskning.

Nåværende behandlingspraksis

Vårt inntrykk er at det ryggfaglige miljøet i Norge i hovedsak har fokus på nociseptiv smerte og at hovedfokus ved uspesifikke kroniske/langvarige ryggsmerter blir rettet mot psykologiske/psykososiale faktorer. Kliniske retningslinjer for korsryggsmerter anbefaler en kognitiv rehabiliteringsmodell der man avdramatiserer smertene ved å gi kunnskap om at ryggen ikke vil skades av å gjenoppta normal aktivitet, men at dette snarere vil stimulere

tilfriskning (4). Ved sterke smerter som varer i over to år, blir avstivningskirurgi en behandling som vurderes for pasienter som har degenerative forandringer i lumbale skiver og som ikke har profittert på konservativ behandling (5).

Ved klinisk ryggforskning og annen kartlegging av ryggpasienter er det vanlig å benytte spørreskjemaet Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) (6). Utgangspunktet for skjemaet er en hypotese om at ryggpasienter kan ha en irrasjonell frykt for at fysisk aktivitet, inkludert yrkesaktivitet, kan skade ryggen. Teorien bak skjemaet er noe av grunnlaget for den kognitive rehabiliteringsmodellen, der målet er å motvirke at ryggpasienter inntar et uhensiktsmessig adferdsmønster i form av unnvikelse av fysisk aktivitet.

Kunnskap fra smerteforskning må inn

Innenfor smerteforskning er det gjort vesentlige framskritt i forståelsen av patofysiologiske årsaker til kroniske smerter. Dette handler blant annet om ulike former for dysfunksjon i nervesystemet som kan gi smertesensitivisering. En omfattende oversiktsartikkel viser at sentral sensitivisering er til stede ved en lang rekke lidelser i muskel- og skjelettapparatet (7).

Gjeldende kliniske retningslinjer for behandling av korsryggsmerter er fra 2007 og inneholder ikke beskrivelse av andre smertetyper enn nociseptive og nevropatiske smerter, sistnevnte begrenset til nerverotaffeksjon (4).

Behandlingen som per i dag tilbys pasienter med uspesifikke kroniske ryggsmerter hjelper et fåtall. Ryggfagfeltet kan trolig ha mye å vinne på å rette oppmerksomheten mot smerteforskning og patofysiologiske årsaker til kroniske ryggsmerter.

«Ryggfagfeltet kan trolig ha mye å vinne på å rette oppmerksomheten mot smerteforskning og patofysiologiske årsaker til kroniske ryggsmerter»

Det finnes i begrenset grad behandling for smerter forårsaket av dysfunksjon i sentralnervesystemet, men det er allikevel viktig å diagnostisere tilstandene, ikke minst for å unngå feilbehandling. Pasienter med disse smertetilstandene vil være unormalt smertesensitive og får ofte langvarig smerteforverring av normale fysiske belastninger. Pasientene vil skåre høyt på Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, men her er årsaken patofysiologisk og ikke psykologisk. Disse pasientene kan urettmessig oppleve å bli behandlet som irrasjonelle og som lite samarbeidsvillige i å normalisere fysisk aktivitet.

Kunnskap om smertemekanismer kunne gitt grunnlag for en konstruktiv pasientsamtale. Da kunne fokuset vært på kunnskapsdeling om smertemekanismer som samsvarer med pasientenes erfaringer, noe som i neste omgang kunne ha vært utgangspunkt for samtale om livsmestring til tross for store smertebegrensninger.

Kunnskap om disse smertemekanismene kan også bidra til bedre seleksjon av pasienter til kirurgi. Sterke smerter og degenerative forandringer er trolig ikke en god indikator for kirurgisk behandling. Degenerative forandringer i skjelett og mellomvirvelskiver er vanlige funn også hos symptomfrie og har ofte usikker sammenheng med smerter (8). Paradoksalt nok kan smertene være forårsaket av smertemekanismer der kirurgi er kontraindisert. En stor studie om fusjonskirurgi viste sammenheng mellom preoperativ høy skår på kartleggingsskjemaet Central Sensitisation Inventory (CSI) og dårlig utfall av behandlingen (9). Informasjon om smertemekanismer kan også forhindre at fortvilte pasienter søker uhensiktsmessig og potensielt skadelig behandling. Det er behov for å utvide det tverrfaglige teamet med smertefaglig kompetanse, ikke minst for å bidra diagnostisk i tidlig fase. Per i dag utgjør smertebehandlere som oftest endestasjonen, når pasientene er gitt opp av ryggmiljøet.

REFERENCES

1. Ihlebæk C, Brage S, Natvig B et al. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2365–8. [PubMed][CrossRef]
2. NAV. Mottakere av uføretrygd etter hoveddiagnose (primærdiagnose), alder og kjønn. Pr. 30.06.2017. Kvinner og menn. Antall. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/tabeller/mottakere-av-uforetrygd-etter-hoveddiagnose-primærdiagnose-alder-og-kjonn.pr.30.06.2017.kvinner-og-menn.prosent> Lest 8.11.2023.
3. Lærum E, Brox JI, Werner EL. Vond rygg–fortsatt en klinisk utfordring. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2248–51. [PubMed][CrossRef]
4. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter – med og uten nerverotaeffeksjon. <https://www.muskelskjeletthelse.no/wp-content/uploads/2016/06/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-korsryggssmerter-2007-Fullversjon.pdf> Lest 8.11.2023.
5. Solberg TK, Ingebrigtsen T, Olsen LR et al. Årsrapport 2022. Resultater og forbedringstiltak. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi. Punkt 6.6.1. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-07/%C3%85rsrapport%202022%20NKR%20ryggkirurgi.pdf> Lest 8.11.2023.
6. Waddell G, Newton M, Henderson I et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain 1993; 52: 157–68. [PubMed][CrossRef]
7. Arendt-Nielsen L, Morlion B, Perrot S et al. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. Eur J Pain 2018; 22: 216–41. [PubMed][CrossRef]

8. Kvistad KA, Espeland A. Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmarter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2256–9. [PubMed][CrossRef]

9. Bennett EE, Walsh KM, Thompson NR et al. Central Sensitization Inventory as a Predictor of Worse Quality of Life Measures and Increased Length of Stay Following Spinal Fusion. World Neurosurg 2017; 104: 594–600. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 1. desember 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0737

Mottatt 28.10.2023, første revisjon innsendt 4.11.2023, godkjent 8.11.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.