

---

## Må ryggsmarter gi ømme tær?

---

REDAKSJONELT

GULBRANDSEN P

---

*En artikkelserie om ryggsmarter i Tidsskriftet gjenspeiler vedvarende uenighet om diagnostikkog behandling*

Ryggen er et kors å bære for oss mennesker, og særlig gjelder det den lumbosakrale delen av den - korsryggen. Svært få er vel de voksne som ikke har erfart en kortere eller lengre episode med smerter i ryggen og den hjelpeløshet det medfører selv om kroppen ellers kan være i god trim. Fire av ti voksne nordmenn rapporterer ryggsmarter i løpet av entoukersperiode, 51 av 1000 personer i arbeidsstyrken har fravær mer enn tre dager per år pga. ryggsmarter, og rygglidelser utgjør 13-17% av diagnosene ved sykefravær, attføring og uførepensjon (1). Så denne ganske avgrensede del av kroppen, som ikke har vitale funksjoner, er også et smertensbarn for samfunnet.

Vi vet lite om årsakene til ryggsmarter, som antakelig er forskjellige og komplekse. Når man ikke vet sikkert hvaman leter etter, finner man gjerne det man er interessert i. Bortsett fra for visse etter hvert brukbart definertepatologiske tilstander, bl.a. skiveprolaps med tilhørende radierende smerte, Bekhterevs sykdom, spondylolistese og osteomyelitt, gis det da også til dels meget ulike forklaringer på ryggsmarter. Kiropraktorene opererer bl.a. med begrepet funksjonsbasert spinal lesjon, som de ikke definerer på en måte som medisinerne kan akseptere. Også medisineremellom hersker det uenighet om forklaringsmodeller. Den betydelige tendens til spontan remisjon gjør det naturligvis vanskelig å studere ryggsmertenes patofysiologi in vivo, og dette er nok en vesentlig forklaring på hvorfor man ikke er kommet nærmere en årsaksforståelse.

Forløpet varierer fra de helt korte, episodiske smertene til livslang lidelse. De kortvarige lidelsene er i stortflertall, men smertene er så plagsomme at mange søker hjelp tidlig. Dette gir rom for et variert marked av behandlingstilbud for akutte og subakutte tilstander. I ulik grad har disse aksept i det medisinske hus; for eksempler fysioterapi inne i varmen, kiropraktikk i vindfanget og osteopati fortsatt ute i kulden - uten at begrunnelser for denne forskjellen er veldokumentert. Heri ligger kimen til profesjonskonflikt.

Det varierende forløp bidrar også til at leger i forskjellige posisjoner møter pasientgrupper som er uliktsammensatt både når det gjelder årsaken til smertene og konsekvensene av dem (2). Dermed vil også legers inntrykk av hva som er riktig diagnostikk og behandling av ryggsmarter variere. Dette fordrer ydmykhet i diskusjon med kolleger med det annet ståsted enn en selv. Mange kan imidlertid fortelle at det skal lite til før de kritiske reaksjoner blir sterke og følelsesladete mellom personer som engasjerer seg i ryggbehandling. En kommentar i dette nummer av Tidsskriftet peker i retning av at enkelte fagmiljøer har oppnådd større politisk innflytelse enn andre (3). Ingen er tjent med at pasientens korsryggssmerter kompliseres med ømme tær hos terapeuter og forskere. Man undres stadig over hvor sterkt det emosjonelle engasjement er når det gjelder tolking av forskningsresultater, som a priori er rasjonell virksomhet.

Det synes ikke som om vi i dag står nærmere et svar på hvordan ryggsmarter skal håndteres enn sist Tidsskriftet hadde et temanummer om dette (4). Usikkerheten er stor, og gjelder ikke bare svakt definerte indikasjoner som kronisk ryggsmarter uten påvisbar årsak. Nylig ble sengeleie anbefalt ved prolaps i en dansk rapport fra Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (5), mens en større originalartikkel i New England Journal of Medicine konkluderer med at sengeleie er uten effekt (6). Og Cochrane-databasen har fortsatt bare fire ferdige oversikter om henholdsvis kirurgisk degenerativ lumbal spondylose og ved prolaps, akupunktur ved korsryggssmerter og transkutan elektrisk nervestimulering ved kroniske korsryggssmerter (7). Trolig er mekanismene bak ryggsmarter så sammensatte, både anatomisk, patologisk, patofysiologisk og psykologisk, at entydige anbefalinger basert på randomiserte kontrollerte forsøk kan være uoppnåelige.

Vi vil i flere numre av Tidsskriftet fremover belyse ryggsmertene fra ulike hold. I stedet for å skape en slags "skinnkonsensus" ved å redigere bort alle tegn til uenighet mellom forfatterne, har vi valgt å publisere mangfoldet. Vi har veid risikoen for å forvirre leseren opp mot behovet for å illustrere at det fortsatt synes å være mange veier til målet i behandlingen av ryggsmarter. I dette nummeret løfter vi frem samfunns- og pasientperspektivet med en epidemiologisk oversikt og to kvalitative originalartikler som beskriver kroniske ryggsmarter sett fra pasientens synsvinkel (1, 8, 9). De neste artiklene i serien vil gi oversikter over kirurgisk behandling, bildediagnostikk, fysioterapi, manuell fysioterapi og kiropraktikk, foruten en sammenlikning mellom ulike lands kliniske retningslinjer. En artikkel omhandler prognosen ved ryggsmarter, og vi får presentert særskilt et enkelt behandlingsregime ved subakutte ryggsmarter. Det gis også råd om klinisk håndtering i primærhelsetjenesten, og i tillegg presenteres flere originalarbeider. Om ikke leserens oppfatninger om hvordan ryggsmarter skal behandles er klarere etter serien, håper vi å bidra til at man er bedre orientert om feltet. Det er vanskelig for leger å signalisere tvil til pasienter, men det er en trøst både for legen og pasienten om det dreier seg om den samme tvilen hos forskjellige leger.

*Pål Gulbrandsen*

*Pål Gulbrandsen (f. 1955) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin. Han har redigert artikkelserien om ryggsmarter.*

---

## LITTERATUR

1. Brage S, Lærum E. Rygglidelser i Norge - en epidemiologisk beskrivelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1619-23.
  2. Wormgoor MEA, Bjørholt PG. Fysisk funksjonsnivå ved kronisk vond rygg. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1301-5.
  3. Lie H. Ryggmedisinen - fagfeltets troverdighet lider. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1636-7.
  4. Nylenna M. Vond rygg - vente og se? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3093-4.
  5. Ondt i ryggen. Behandling og forebygging. Medicinsk teknologivurdering. København: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 1998: 15-6.
  6. Vroomen PCAJ, deKrom MCTFM, Wilink JT, Kester ADM, Knottnerus JA. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. N Engl J Med 1999; 340: 418-23.
  7. <http://www.update-software.com/abstracts/revabstr/go5hindex.htm> (2.3.1999).
  8. Åbyholm AS, Hjortdahl P. Smertene styrer livet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1624-9.
  9. Åbyholm AS, Hjortdahl P. Å bli trodd er det viktigste. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1630-2.
- 

Publisert: 30. april 1999. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.