ALTFOR MANGE RYGGPASIENTER BEHANDLES FEIL

Tekst: Ole Kristoffer Larsen, kiropraktor og senior fagrådgiver i Norsk Kiropraktorforening

JANUAR 2026

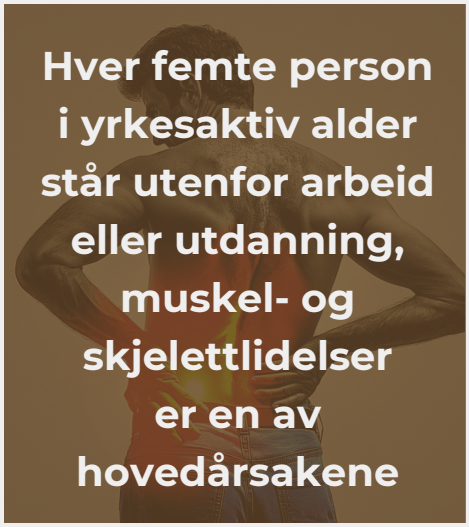
Ryggsmerter er en av våre vanligste helseplager. Likevel får mange pasienter behandling som ikke virker, gis for sent eller i verste fall gjør mer skade enn nytte. Det fører ikke bare til unødvendig lidelse for den enkelte, men også til store og unødvendige kostnader for samfunnet.

Vi har et solid kunnskapsgrunnlag for hva som bør prioriteres og hva som bør unngås. Det gir oss et tydelig ansvar for å handle deretter.

Hvor stort er problemet?

Ryggsmerter topper listen over årsaker til funksjonstap. I 2020 var så mange som 619 millioner mennesker rammet på verdensbasis, og tallet øker raskt. Innen 2050 forventes antallet å nå 843 millioner [1].

I Norge er muskel- og skjelettlidelser, særlig rygg- og nakkesmerter, blant de største årsakene til helsetap i arbeidsfør alder [2].



Vi vet også at lavere sosioøkonomisk status øker sannsynligheten for å falle ut av arbeidslivet [3], og tallene tyder på at de sosiale helseforskjellene er økende [4]. NAV-tall viser at rundt hver femte person i yrkesaktiv alder, står utenfor arbeid eller utdanning, med muskel- og skjelettlidelser
som en av de viktigste årsakene til dette [5, 6].
Tall fra Oslo Economics anslår at rygg- og nakkesmerter koster samfunnet over 220 milliarder kroner hvert eneste år, et beløp som trolig er betydelig høyere i dag [7].

Hva vet vi om behandling?

I 2018 oppsummerte verdens ledende ryggforskere kunnskapsgrunnlaget i The Lancet [8]. Konklusjonen var tydelig. Vi vet mye om hvordan pasienter med ryggsmerter bør behandles, og vi vet godt hva som ikke virker.

De fleste med uspesifikke korsryggsmerter har ikke behov for MR, annen bildediagnostikk, sterke medisiner eller kirurgi.

Likevel brukes slike tiltak hyppig i strid med både internasjonale anbefalinger og norske retningslinjer [8, 9].

94 % av kostnadene påløper i spesialist-helsetjenesten

Norske registerdata viser at de 5% mest kostnadskrevende muskel-skjelettpasientene står for omtrent 61 % av de totale kostnadene over fem år, og at rundt 94 % av disse kostnadene påløper i spesialist-helsetjenesten [10]. Mange av disse pasientene har ikke hatt kontakt med annet førstelinjetilbud enn fastlegen før de henvises. Samtidig brukes lavverditiltak altfor ofte [10–11. 12].

Dette mønsteret er dokumentert i norske registerdata for muskel-skjelettlidelser [10], og lignende mønstre er rapportert i Danmark som har et primærhelsetilbud sammenlignbart med det norske. Funnene rapportert i danske registerstudier viser at så mye som

30-50% av pasientene i spesialisthelsetjenesten ikke har mottatt retningslinjeforankret behandling i førstelinjetjenesten før de henvises [11, 12].

Hva virker?
Forskningen peker samstemt på flere tiltak med dokumentert effekt, der både The Lancet og WHO understreker betydningen av en aktiv og helhetlig tilnærming.

Pasientopplæring og trygging
Gode forklaringer og mestringsstrategier er anbefalt i alle retningslinjer [8, 9]. The Lancet understreker at pasientens forståelse av smerte og trygghet i aktivitet er nøkkelen til bedring, mens WHO anbefaler at strukturert pasientopplæring inngår som del av behandlingen [8, 13]. Dette krever tid og en god relasjon mellom pasient og behandler, noe som ofte utfordres av tidspress og pasientforventninger i allmennpraksis [14].

Bevegelse, aktivitet og arbeidsrettede tiltak
Tidlig aktivitet er en av de viktigste faktorene for å forebygge langvarige ryggplager. Passivitet øker risikoen for kroniske smerter, mens gradert retur til arbeid og tett oppfølging gir bedre resultater enn lange sykefravær [8, 13]. Både The Lancet-serien og WHOs retningslinjer løfter frem bevegelse og deltakelse fremfor passiv behandling, og anbefaler å redusere barrierer som ventetid og egenbetaling. Fysisk aktivitet og trening er sentrale virkemidler både i behandling og forebygging. Det er anbefalt at trening struktureres og tilpasses den enkeltes behov og preferanser [8, 13].

Tiltak på arbeidsplassen, inkludert ergonomisk tilrettelegging, samarbeid mellom arbeidsgiver og helsepersonell, og gradert retur til arbeid bidrar til raskere bedring og reduserer risikoen for langtids-sykefravær [15]. Dette samsvarer med The Lancet-seriens og WHOs vektlegging av aktivitet og arbeidsdeltakelse [8, 13].

Manuelle og andre ikke-medikamentelle tiltak
The Lancet advarer mot overforbruk av passive behandlinger som leddmanipulasjon, massasje og elektro-terapi alene, men åpner for tilpasset bruk som supplement til egenaktivitet [8].

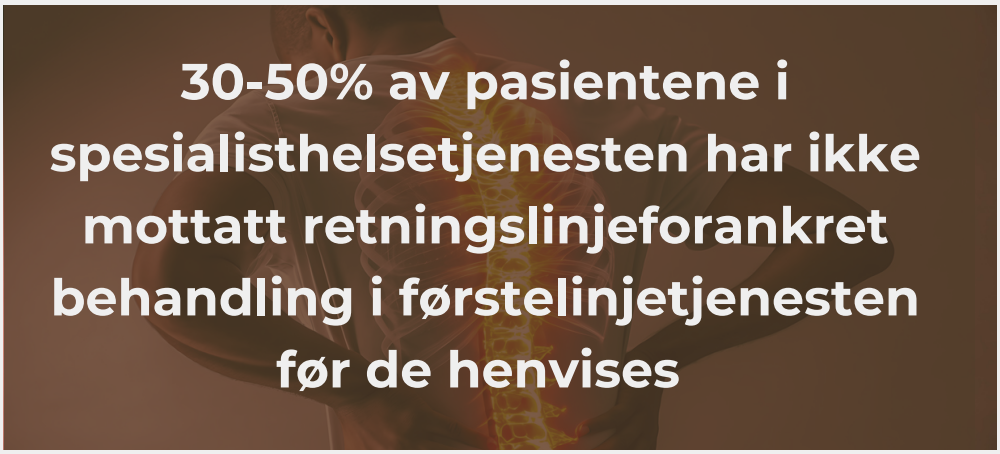
Tidlig aktivitet er en av de viktigste faktorene for å forebygge langvarige ryggplager.

WHO gir tilsvarende betingede anbefalinger. Spinalmanipulasjon og massasje kan vurderes som tillegg, mens traksjon, terapeutisk ultralyd, TENS og rutinemessig bruk av korsett eller belte frarådes [13].

Kognitive tilnærminger
The Lancet Back Pain Series etterlyste allerede i 2018 økt fokus på biopsykososiale og kognitive tilnærminger, og nyere studier bekrefter effekten.

Kognitivt rettede intervensjoner som fremmer forståelse, trygging, gradvis eksponering og aktiv mestring har vist gode resultater ved langvarige ryggsmerter. Eksempler på intervensjoner som har vist lovende resultater er Kognitiv funksjonell terapi (CFT) og Pain Reprocessing Therapy (PRT).

Kognitiv funksjonell terapi (CFT) ga store og vedvarende forbedringer i smerte og funksjon og var mer kostnadseffektiv, enn vanlig behandling ved ett års oppfølging [16]. En nyere treårs-oppfølging viser at de kliniske gevinstene i stor grad vedvarer over tid [17].



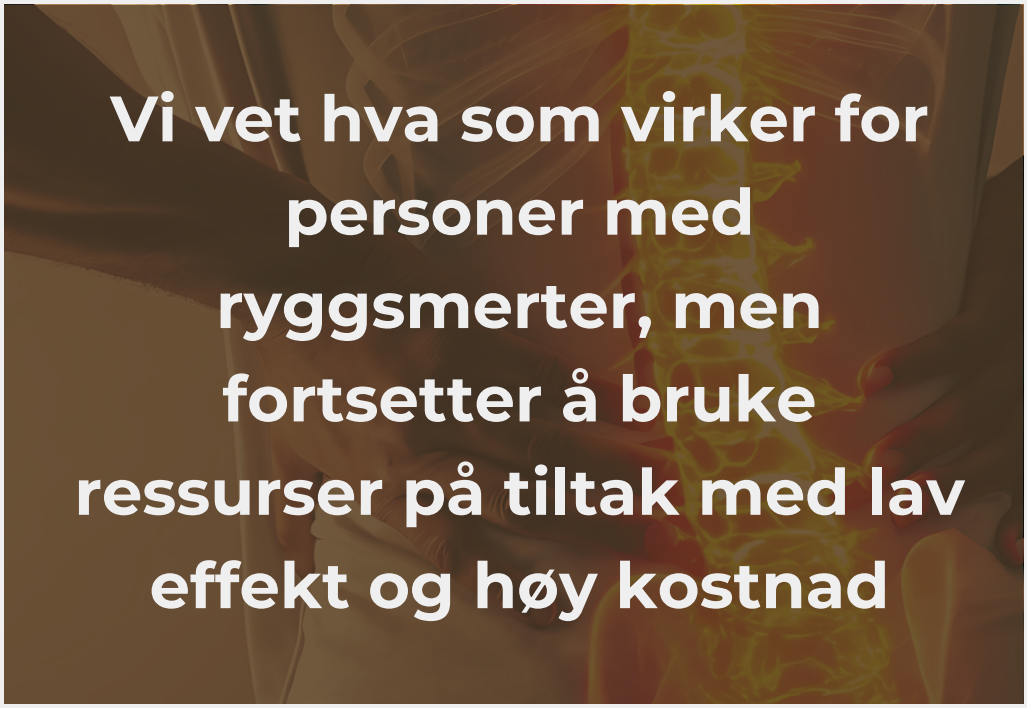
Pain Reprocessing Therapy (PRT) oppnådde at to av tre deltakere ble smertefrie eller nesten smertefrie etter fire uker, med vedvarende gevinst ved ett år [18].
WHO anbefaler at kognitiv atferdsterapi (CBT) kan inngå som del av behandlingen [13].

Multimodale forløp
For mer komplekse tilfeller gir tverrfaglig biopsykososial oppfølging bedre resultater enn enkelttiltak alene [19]. Både The Lancet og WHO anbefaler multimodale, koordinerte tiltak der leger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og andre samarbeider [8, 13].

Hvorfor er førstelinjen avgjørende?
De fleste pasienter med ryggsmerter har ikke behov for spesialistbehandling. For de fleste går plagene over uten spesifikke tiltak eller langvarig oppfølging. Førstelinjen må likevel ha kapasitet og kompetanse til å:

- Selektere pasienter som trenger spesialisthelsetjenesten, eksempelvis ved akutt prolaps med funksjonstap.
- Fange opp pasienter med høy risiko for langvarige plager og arbeidsfravær, og tilby tett oppfølging tidlig.

Tiltakene i WHOs retningslinjer er gode og gir oss på mange måter svaret på hva pasientene trenger sett som gruppe, men de må tilpasses pasientens situasjon.
Det er her alle tre deler av evidensbasert praksis – forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og pasientens verdier og behov må balanseres.



Ved å bygge videre på kompetansen som allerede finnes i førstelinjen, kan vi spare både pasientene og samfunnet for unødvendige kostnader. Dessverre brukes ressursene ofte motsatt: mest penger går til få pasienter, sent i forløpet, når plagene er blitt alvorlige og kostbare [10. 11. 12].

Forebygging og tidlig innsats får mindre oppmerksomhet, selv om det er her gevinsten er størst.

For å snu utviklingen må vi:

- Satse på riktig behandling, til rett tid, fra riktig kompetanse.
- Identifisere tidlig hvem som trenger kirurgi og hvem som trenger aktiv, mestringsorientert oppfølging.
- Stramme inn på lavverdi-praksis som rutinemessig MR og unødig bruk av sterke medisiner.
- Belønne forebygging, aktivitet og tiltak som holder folk i arbeid.

Hva må gjøres?
Vi vet hva som virker for personer med ryggsmerter, men fortsetter å bruke ressurser på tiltak med lav effekt og høy kostnad.

Ryggsmerter er en av våre største folkehelseutfordringer. Når feil behandling og feil ressursbruk får dominere, mister vi muligheten til å hjelpe pasientene tidlig og effektivt. Samtidig øker kostnadene dramatisk.

Selv om ryggsmerter er komplekse, trenger vi ikke gjøre det komplisert. Vi kan redusere både lidelse og samfunnsøkonomiske tap – men da må vi tørre å prioritere smartere.

Kilder:

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e316-e329.
2. Folkehelseinstituttet. Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: Folkehelserapporten [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022 [oppdatert 24. nov 2022; sitert 12. des 2025].
3. Folkehelseinstituttet. Sosiale helseforskjellar i Noreg. I: Folkehelserapporten [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022 [oppdatert 24. nov 2022; sitert 12. des 2025].
4. Al-Rammahy A, Al-Shather K, Bringedal BH. Sosial ulikhet i helse øker. Tidsskr Nor Laegeforen. 2024 Apr 30;144(6).
5. NAV. 1 av 5 står utenfor arbeidslivet [Internett]. Oslo: NAV; 2024 [publisert 15. feb 2024; sitert 12. des 2025].
6. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2024 [Internett]. Oslo: STAMI; 2024 [sitert 12. des 2025].
7. Oslo Economics. Bærekraft i praksis: Rygg- og nakkeplager i Norge [Internett]. Oslo: Oslo Economics; 2021 [sitert 12. des 2025].
8. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367.
9. Helsedirektoratet. Lumbago (L03) – korsrygg, symptomer/plager. I: Sykmelderveileder [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 2024; sitert 12. des 2025].
10. Amundsen O, Moger TA, Holte JH, Haavaag SB, Bragstad LK, Hellesø R, Tjerbo T, Vøllestad NK. Patient characteristics and healthcare use for high-cost patients with musculoskeletal disorders in Norway: a cohort study. BMC Health Serv Res. 2024 Dec 18;24(1):1583.
11. Clausen S, Hartvigsen J, Johansson MS, Kjønø LG, Grøn S, Skovsgaard CV et al. Healthcare Utilisation in Danish Primary Care Among Patients With Low Back or Neck/Thoracic Spine Pain Before and After Assessment in Secondary Care. Musculoskeletal Care. 2024 Dec;22(4):e70017.
12. Nim C, Hartvigsen J, Skovsgaard CV, Kongsted A, Downie A, Clausen S. Physiotherapy and chiropractic healthcare utilization in adults with spinal pain: four-year trajectories of 47,777 Danish individuals. J Public Health (Berl.) (2025).
13. World Health Organization. WHO guideline on non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Genève: World Health Organization; 2023.
14. Arnbak BA, Jensen TS, Lund RA, Hartvigsen J, Søndergaard J, Thomsen JL et al. Usual care for low back pain and barriers to best practice: A cross-sectional study in Danish general practice. Musculoskeletal Care. 2024 Jun;22(2):e1911.
15. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. J Occup Rehabil. 2018 Mar;28(1):1-15.
16. Kent P, Haines T, O'Sullivan P, Smith A, Campbell A, Schutze R et al. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. Lancet. 2023 Jun 3;401(10391):1866-1877.
17. Hancock M, Smith A, O'Sullivan P, Schütze R, Caneiro JP, Laird R, O'Sullivan K, Hartvigsen J, Campbell A, Wareham D, Chang R, Kent P. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): 3-year follow-up of a randomised, controlled trial. Lancet Rheumatol. 2025 Nov;7(11):e789-e798.
18. Ashar YK, Gordon A, Schubiner H, Uipi C, Knight K, Anderson Z et al. Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2022 Jan 1;79(1):13-23.
19. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 2;2014(9):CD000963.