
Praksis og idealer ved håndtering av smerte i nakke og rygg

INVITERT KOMMENTAR

STEFÁN HJÖRLEIFSSON

stefan.hjorleifsson@uib.no

Stefán Hjörleifsson er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og fastlege ved Alrek legesenter.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Godt samarbeid på tvers av spesialiteter er avgjørende når pasienter med nakke- og ryggsmarter trenger oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

I de nasjonale retningslinjene for smerter i nakke og rygg anbefales det at pasientene henvises til tverrfaglig rehabilitering dersom de ikke er kommet tilbake i arbeid etter 6–8 uker etter at smertene oppsto [\(1\)](#). Likevel har mer enn ni av ti pasienter som henvises til nakke- og ryggpoliklinikkene ved norske sykehus, hatt smerter i over tre måneder, og mer enn fire av ti pasienter har hatt smerter i over to år [\(2\)](#).

Det er allmennlegene som skriver det overveiende flertallet av henvisningene til spesialisthelsetjenesten for nakke- og ryggsmarter, og det kan virke som om de venter for lenge i forhold til det retningslinjene tilsier. Men i vurderingen av hvor raskt en pasient bør henvises, må hensynet til kapasitet og bærekraft i helsetjenesten også telle med. Antallet pasienter som har funksjonstap i mer enn 6–8 uker, er antakelig så stort at det ville overbelaste spesialisthelsetjenesten hvis alle ble henvist så tidlig. Urealistiske retningslinjer er ikke nyttige.

En studie av Bjørneboe og medforfattere som nå publiseres i Tidsskriftet, bidrar til å belyse en viktig del av samarbeidet mellom første- og andrelinjen som skal hjelpe disse pasientgruppene [\(3\)](#). Forfatterne analyserte kvaliteten på 632 henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. De fant at opplysninger om klinisk undersøkelse av pasienten kun var inkludert i 57 % av henvisningene, og opplysninger om pasientens arbeidsstatus bare var tatt med i 69 % av henvisningene. Denne

mangelen fikk direkte konsekvenser, ettersom informasjon om klinisk undersøkelse og arbeidsstatus sammen med sykehistorie var de sterkeste prediktorene for om en henvisning ble godtatt.

«Denne mangelen fikk direkte konsekvenser, ettersom informasjon om klinisk undersøkelse og arbeidsstatus sammen med sykehistorie var de sterkeste prediktorene for om en henvisning ble godtatt»

De nasjonale retningslinjene anbefaler ikke rutinemessig MR ved utredning av nakke- og ryggplager. I Bjørneboe og medforfatteres studie forelå likevel opplysninger om MR-undersøkelse i hele 91 % av henvisningene. Positive, objektive funn har høy status i det medisinske kunnskapshierarkiet, og supplerende undersøkelser tillegges ofte mer vekt enn de kliniske vurderingene som baseres på sykehistorie og vanlig klinisk undersøkelse av pasienten. MR-undersøkelser av rygg og nakke er sjelden helt negative, og funn som ikke er årsaken til pasientens (nåværende) smerte blir ofte vektlagt for mye. «Ryggen min er ødelagt», sier pasienten som ikke har tro på bedring. «Jeg sliter forferdelig på grunn av et prolaps som jeg har hatt siden 1999 og et annet prolaps som ble funnet på bildene i 2020. Jeg har en CD med MR-bildene som jeg kan ta med til neste konsultasjon» (fiktiv pasienthistorie). At forbruket av poliklinisk MR er høyere i Norge enn så å si alle andre land i verden, kan bety at vi i noen tilfeller gjør pasientene sykere enn de hadde trengt å være (4).

«At forbruket av poliklinisk MR er høyere i Norge enn så å si alle andre land i verden, kan bety at vi i noen tilfeller gjør pasientene sykere enn de hadde trengt å være»

Ringberg dokumenterte i 2008 stor forskjell i henvisningsrate til spesialisthelsetjenesten og bildeundersøkelser blant fastleger i Nord-Norge (5). Fastlegene som henviste hyppig, rapporterte også oftere enn de som henviste sjeldnere at de forventet liten eller ingen nytte for pasienten. Tilsvarende ville det være nyttig å finne ut om det også er slik at noen av fastlegene oftere skriver mangelfulle henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikkene enn andre – og i så fall på hvilke andre områder disse fastlegene skiller seg ut.

Å bli konfrontert med praksisvariasjon gir anledning til faglig selvransakelse som kan være smertefull. Folkehelseinstituttet har nylig utgitt en rapport som indikerer at selvstendig næringsdrivende fastleger – spesielt de med lange pasientlister – er mindre restriktive portvoktere enn næringsdrivende fastleger (6). Selv om allmennlegene har tatt til motmæle mot at de lar seg påvirke av økonomiske insentiver på bekostning av faglige hensyn, må vi tåle at årsakene til praksisvariasjon blir utforsket.

Allmennlegenes henvisninger er noen ganger mangelfulle, det tas antakelig for mange bilder, og retningslinjene for nakke- og ryggsmarter kan være urealistiske på noen områder. Barnelegene og allmennlegene har nylig inngått samarbeid der man er blitt enige om håndteringen av de hyppigste tilstandene blant barn (7). Kanskje er tiden moden for et lignende samarbeid mellom fysikalsk medisin og allmennmedisin.

REFERENCES

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, 2007. <https://www.manuellterapi.no/wp-content/uploads/2017/05/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-for-korsryggsmerter-med-og-uten-nerverotaffeksjon.pdf> Lest 29.7.2025.
2. Norsk nakke- og ryggregister. Årsrapport 2024. <https://www.kvalitetsregistre.no/49d361/siteassets/dokumenter/arsrapporter/nakke--og-ryggregisteret/arsrapport-2024-nnrr.pdf> Lest 29.7.2025.
3. Bjørneboe J, Brox JS, Myhre K et al. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med smerter i nakke og rygg. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0324. [CrossRef]
4. OECD. Magnetic resonance imaging (MRI) exams. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/magnetic-resonance-imaging-mri-exams.html?oecdcontrol-98ede7f74a-var6=HP3> Lest 29.7.2025.
5. Ringberg U, Fleten N, Førde OH. Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. Br J Gen Pract 2014; 64: e426–33. [PubMed][CrossRef]
6. Mykletun A, Kraft KB, Hoff EH et al. Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen. Rapport 2025. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2025/fastlegenes-avlonningsform-og-insentiver-konsekvenser-for-portvokterrollen/> Lest 29.7.2025.
7. Helse Sør-Øst. Barn skal få bedre koordinerte helsetjenester. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/barn-skal-fa-bedre-koordinerte-helsetjenester/> Lest 29.7.2025.

Publisert: 6. august 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0463
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. september 2026.