

# Finnes det god behandling for kroniske korsryggsmerter(CLBP)?

En vurdering av forskning og klinisk praksis fra et pasientperspektiv

av Geir Sigurd Henriksen, Bergen 17. jan. 2021

## Innledning

Det har blitt større fokus på at behandling som tilbys pasienter skal være "evidensbasert". Vi finner følgende definisjon av begrepet i Tidsskriftet for den norske legeforeningen: <https://tidsskriftet.no/2019/10/sprakspalten/det-bor-hete-evidensbasert-medisin>

Uttrykket *evidence-based medicine* ble lansert i 1991 som en ny tilnærming til medisinsk opplæring og kliniske beslutninger (1, 2). Begrepet innebærer at vurderinger i klinisk praksis bør være basert på en systematisk innsamling av god dokumentasjon av effekten av en intervensjon, helst fra randomiserte kontrollerte studier og metaanalyser. *Evidence-based medicine* har fått stor betydning for klinisk praksis, medisinsk forskning og helsepolitiske vurderinger i alle land, også Norge, og det britiske tidsskriftet BMJ omtalte introduksjonen av *evidence-based medicine* som en av de 15 viktigste milepælene i medisins historie etter 1840 (3). (Kilde: Tidsskr Nor Legeforen 2019 doi: 10.4045/tidsskr.19.0348. Forfatter: Petter Gjersvik).

I Nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggsmerter fra 2007 er det lagt stor vekt på at rådene som gis for undersøkelse og behandling tar utgangspunkt i evidensbasert kunnskap. I del 1 ser vi derfor nærmere på 3 forskningsprosjekter som sier noe om effekten av behandlingene som per i dag anbefales for målgruppen.

I del 2 ser vi på klinisk praksis i lys av del 1. Behandlingsapparatet utfordres i forhold til at de overvurderer effekten av anbefalt behandling, og har en svært lite "evidensbasert" tilnærming til pasientene som ikke profiterer på anbefalt behandling.

I del 3 utfordres fagmiljøet i forhold til at de fortsatt i stor grad behandler ryggen som en "mekanisk innretning". Det refereres fra to artikler som omhandler dysfunksjon i nervesystemet og stilles spørsmål ved at ryggforskere ikke i større grad har rettet oppmerksomhet mot å se etter forklaring på ryggsmerter innenfor smerteforskningen.

**En nødvendig begrepsavklaring:** Korsrygg smerter er den hyppigste årsaken til sykefravær og arbeidsuførhet. 80-90 % av alle korsrygg lidelser defineres som uspesifikke. Hva ligger i begrepet "uspesifikke ryggsmerter"? Begrepet forklares på følgende måte i en oversiktsartikkel i Tidsskriftet for den norske legeforening: <https://tidsskriftet.no/2010/11/oversiktsartikkel/vond-rygg-fortsatt-en-klinisk-utfordring>

*Hele 85 % tilhører gruppen uspesifikke ryggsmerter fordi vi mangler en presis etiologisk forståelse av smertene. Det er mange strukturer i og omkring rygg søylen som kan gi opphav til identiske smerter, og sannsynligvis virker disse strukturene sammen, slik at en videre subklassifisering blir vanskelig. (Forfattere: Even Lærum, Jens Ivar Brox, Erik L. Werner, Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2248-51 doi: 10.4045/tidsskr.09.0844)*

Med utgangspunkt i forklaringen ovenfor kan kroniske uspesifikke korsrygg smerter oversettes med; kroniske korsrygg smerter med usikker årsak. Begrepet "uspesifikk" kan virke tilslørende. Man kan lett få assosiasjoner til noe som er diffust eller lite konkret. For pasienter som har kroniske korsrygg smerter er smertene ofte svært konkrete og spesifikke. Det som derimot pasientene kan oppleve som uspesifikt, diffust og lite konkret er behandlernes respons på pasientenes beskrivelse av smertene. Fordi begrepet uspesifikt virker mer tilslørende enn opplysende velges betegnelsen "Kroniske korsrygg smerter" og den engelske forkortelsen CLBP(chronic low back pain) i fortsettelsen for å benevne kroniske korsrygg smerter med usikker årsak.

**Om forfatteren av dokumentet:** Geir Sigurd Henriksen har vært aktiv i Ryggforeningen i Norge siden 1997 og har hatt flere sentrale tillitsverv. I en periode på 10 år var han prosjekt koordinator for søknader til Stiftelsen Helse og Rehabilitering(nå Stiftelsen Dam). Ryggforeningen kanaliserte ca. 15 millioner til ulike rygg forskningsprosjekter i denne perioden. Hans kanskje viktigste kompetanse i forhold til dette dokumentet er 30 års smertefull erfaring med kroniske korsrygg smerter.

## Innhold

<b>Innledning</b> .....	1
<b>DEL I FORSKNING</b> .....	4
1. Forskning på kirurgi og konservativ behandling ved kroniske korsryggsmerter.....	4
1.1. Den kognitive rehabiliteringsmodellen .....	5
1.2. De kirurgiske behandlingene.....	5
1.3. Pasientutvalget for studiene - Inklusjons og eksklusjonskriterer.....	5
1.4. Valg av intervensjoner i avstivningsstudiene - Diskusjon.....	6
1.5. Utvalg av pasienter til protesestudien - Diskusjon.....	7
2. Resultater.....	8
2.1. Behandlingseffekt.....	9
2.2. Behandlingsresultater - Diskusjon.....	12
2.3. Formidling av resultatene - Diskusjon.....	13
2.4. Failed back surgery .....	15
<b>DEL II KLINISK PRAKSIS</b> .....	16
Innledning.....	16
3.1. Det problematiske (tillits)bruddet i behandlingsforløpet .....	18
3.2. Fear-avoidance beliefs .....	20
3.3. Ødeleggende for behandler- /pasientrelasjonen.....	22
3.4. Negativ dynamikk tilknyttet neglisjering av funksjonsbegrensninger .....	23
3.5. Konsensus kan hindre utvikling av fagfeltet.....	23
3.6. Hvor er vi, og hvor skal vi .....	24
3.7. Hvordan hjelpe de vi ikke kan hjelpe.....	26
<b>Del III MULIGE SMERTEMEKANISMER VED CLBP</b> .....	27
4. Sentral sensitisering.....	27
4.1. Smertemekanismer - Diskusjon .....	28

# DEL I

## FORSKNING

### 1. Forskning på kirurgi og konservativ behandling ved kroniske korsryggsmerter

Det finnes ikke mange studier med god forskningsfaglig kvalitet som har sett på effekten av ulike behandlingstilnærminger for kroniske korsryggsmerter (CLBP). Vi ser nærmere på 3 norske studier som er publisert i anerkjente internasjonale fagtidsskrifter:

1. **Randomized Clinical Trial of Lumbar Instrumented Fusion and Cognitive Intervention and Exercises in Patients with Chronic Low Back Pain and Disc Degeneration** (SPINE Volume 28, Number 17, pp 1913–1921 ©2003) (Brox et al. 2003) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12973134/>

2. **Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: A prospective randomized controlled study** (J.I. Brox et al. / Pain 122 (2006) 145–155) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16545523/>

Disse 2 studiene ble slått sammen etter 4 år og fulgt opp av en oppfølgingsstudie som vurderte langtidseffekter 9 år etter intervensjonene:

**No difference in 9-year outcome in CLBP patients randomized to lumbar fusion versus cognitive intervention and exercises** (Eur Spine J (2012) 21:2531–2538) (Froholdt et al. 2012) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22669708/>

3. **Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with lowback pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study** (BMJ 2011;342:d2786) (Hellum et al. 2011) <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d2786>

Studien ble fulgt opp av en studie som så på langtidseffekter 8 år etter intervensjonene:

**Total disc replacement versus multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic low back pain and degenerative discs: 8-year follow-up of a randomized controlled multicenter trial** (The Spine Journal, Volume 17, ISSUE 10, P1480-1488, October 01, 2017) (Furunes et al. 2017) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28583869/>

**NB:** I fortsettelsen vil de to første studiene omtales som "avstivningsstudie 1" og "avstivningsstudie 2", og den tredje som "protesestudien".

De 3 studiene har valgt å sammenligne effekten av kirurgisk behandling med det de har vurdert som den beste tilgjengelige konservative behandlingen for målgruppen. Alle tre studier valgte den samme kognitive tverrfaglige rehabiliteringsmodellen.

### 1.1. Den kognitive rehabiliteringsmodellen

Kortversjonen i beskrivelse av den konservative behandlingen er:

***Kognitiv intervensjon/trening bestod av undervisning for å gi pasienten en forståelse av at vanlig fysisk aktivitet ikke skader skiven, og anbefaling om å bruke ryggen og bøye den. Dette ble forsterket av tre daglig fysiske treningsøkter i 3 uker.(Brox et al. 2003)***

Det er vesentlig å beskrive hva denne intervensjonen faktisk består av for at metoden skal være etterprøvable. Avstivningsstudie 1, som var den første, har lagt vekt på å gi en mest mulig presis beskrivelse av enkeltelementene som intervensjonen består av. De andre to studiene henviser til denne studien i sine beskrivelser av metoden. Protesestudien ser ut til å ha tilført intervensjonen noen nye elementer. Vi gjengir beskrivelsene i **vedlegg 1**.

### 1.2. De kirurgiske behandlingene

I avstivningsstudiene ble det utført posterolateral fusjon med transpedikulære skruer i L4 - L5-segmentet og / eller L5 - S1-segmentet. I protesestudien ble det utført erstatning av degenerativ intervertebral korsryggskive med kunstig korsryggskive (ProDisc II, Synthes Spine). Vi gjengir beskrivelser av de kirurgiske intervensjonene i **vedlegg 2**.

### 1.3. Pasientutvalget for studiene - Inklusjons og eksklusjonskriterer

Pasientene i de 3 studiene faller innenfor sekkebetegnelsen kroniske korsryggsmerter (CLBP). I tillegg til smerter er degenerasjon av ryggskiver det viktigste inklusjonskriteriet. De 3 studier ser på skivedegenerasjon ved å måle høyden på de to nederste ryggskivene. Pasienter blir inkludert dersom skivehøyden er redusert med mer enn 40 %. I protesestudien benyttes også følgende inklusjonskriterier som ikke benyttes i de andre studiene:

*Modic changes type I or II, or both, high intensity zone in the disc, and morphological changes classified as changes in signal intensity in the disc of grade 3 or 4. The disc was classified as degenerative if the first criterion alone or at least two changes were found on magnetic resonance imaging. (Furunes et al. 2011)*

I sin avhandling beskriver Furunes de ulike tegnene på skivedegenerasjon som inngår i inklusjonskriteriene for protesestudien. Han refererer til studier som viser at disse tegnene ikke er sikre tegn på årsak til smerter. Studiene han refererer til viser at forandringene også finnes hos asymptotiske personer. Men det fremkommer at det er en overhyppighet av disse funnene hos personer med CLBP.

Avstivningsstudie 2 berører det samme temaet:

*To our knowledge experienced clinicians carefully evaluated the patients included in the present study. However, patients' back problems are often labeled discogenic pain*

*although the validity of clinical signs, reduced disc height, Modic changes or high intensity zone lesions are highly questionable (Hurri et al., 2004). Recent studies indicate that invasive procedures like discography are not helpful as a diagnostic procedure in most cases (Carragee, 2000; Carragee and Hannibal, 2004). Despite the lack of validated diagnostic criteria, patients are increasingly being offered fusion surgery or disc prosthesis at spine centers in most western countries.* ( J.I. Brox et al. / Pain 122 (2006), s 153)

Det ble henvist 121 pasienter til avstivningsstudie 1. Av disse ble 57(47 %) ekskludert mens 64(53 %) ble inkludert etter screening.

Det ble henvist 113 pasienter til avstivningsstudie 2. Av disse ble 53 (47 %) ekskludert mens 60(53 %) ble inkludert etter screening.

Det ble henvist 605 pasienter til protesestudien. Av disse ble 432(71 %) ekskludert mens 173(29 %) ble inkludert etter screening.

#### 1.4. Valg av intervensjoner i avstivningsstudiene - Diskusjon

Det er grunn til å stille spørsmål ved den faglige begrunnelsen for den kirurgiske intervensjonen i avstivningsstudiene, eller retttere sagt, fravær av en slik begrunnelse. Det eneste som eksplisitt skrives om dette er denne setningen fra avstivningsstudie 1:

The aim of the procedure is to stabilize the involved segments and to reduce pain.(Brox et al. 2003, Spine s.1916)

Det gis ingen begrunnelse for hvorfor avstivning av segmenter i ryggen skal redusere smerter. Det ville vært naturlig i det minste å ha en hypotese om hvilke strukturer i ryggen man mente var årsak til smertene, og deretter begrunnet hvorfor en avstivning av leddet ville redusere smertene. Med utgangspunkt i inklusjonskriteriene kan vi anta at man tror smertene skriver seg fra en eller flere av strukturene som utgjør leddet; kanskje først og fremst ryggskiven, men kanskje også fasettleddene med leddkaplser, virvelendeplater, ligamenter mm. Man antar trolig at bevegelse i kombinasjon med vektbærende belastning på disse strukturene gir smerter. Ved å fiksere leddet vil man fjerne eller redusere belastningen på disse potensielt smertegivende strukturene. Dersom denne tolkningen er riktig, oppstår det et nytt stort paradoks, og det er forklaringsmodellen bak den konservative behandlingsintervensjonen:

Her er forklaringsmodellen at nervereseptorer i ryggskivene og fasettleddene styrer dyp ryggmuskulatur ved refleksivt samspill mellom de ulike strukturene. Man antar at dysfunksjon i dette reflekssystemet fører til spenninger og krampetilstander i dyp ryggmuskulatur som igjen fører til smerter. Målet med behandlingen er å få pasientene til å normalisere bruken av ryggen mest mulig for å gi positiv stimulering til dette reflekssystemet, slik at systemet normaliseres. Pasientene blir bedt om å bruke ryggen, bøye den, og ikke være for forsiktige. Pasientene deltar i et daglig aktivitetsprogram med vekt på bevegelse, og blir anbefalt å bruke ryggen mest mulig normalt. Det blir blant annet fokusert på å bøye ryggen når man skal plukke opp lette gjenstander fra gulvet.

Teorien som ligger til grunn for den konservative behandlingstilnærmingen, å oppfordre pasienten til økt bevegelighet i det smertefulle området av ryggen, ser ut til å være det motsatt av teorien som ligger til grunn for den kirurgiske intervensjonen, å fikse leddet. Man kan få en fornemmelse av at behandlingen bestemmer diagnosen, og ikke omvendt.

## 1.5. Utvalg av pasienter til protesestudien - Diskusjon

Følgende utdrag gir grunn til å stille spørsmål ved om inklusjons og eksklusjonskriteriene i protesestudien var gode nok:

*Our study was not designed to evaluate specific mechanisms of reduction of pain and disability. Possible explanations for the pain reduction are removal of the disc in the surgical group and better coping in the rehabilitation group, but the patients were heterogeneous and probably had a mixed aetiology difficult to separate. Even though we did not have a control group, the mixed causes of chronic low back pain, the association of surgery with potentially serious complications, and the considerable improvement in the rehabilitation group suggest that it is reasonable to consider a rehabilitation programme before surgery. (Hellum et al. 2011)*

Det er grunn til å stille spørsmålstegn ved det etiske når man rekrutterer pasienter til en stor kirurgisk intervensjon, som innebærer risiko for alvorlige komplikasjoner, når man har stor usikkerhet omkring hva som er gode objektive indikasjoner på at pasientene vil profitere på behandlingen. Det er også grunn til å stille spørsmålstegn ved at man rekrutterte pasienter med alder helt ned til 25 år. Hva vet man om levetiden til implantatet? Det representerer en høy risiko for skader og forverring å skulle fjerne skiveimplantatet. Protesestudien rapporterer et tilfelle av revisjonskirurgi som anskueliggjør risikoen: *One patient had a serious complication: at the three month follow-up, the polyethylene inlay was found to be dislodged. During revision surgery, injury to the left common iliac artery led to compartment syndrome resulting in a lower leg amputation. (Hellum et al. 2011)*

Det ble rapportert at 8 % av pasientene hadde forverring 2 år etter det kirurgiske inngrepet som følge av komplikasjoner, der benamputasjonen var det mest alvorlige.

Det er allikevel etiske faktorer som taler for at studien ble gjennomført. Det var i forkant av studien en god del oppmerksomhet i mediene på pasienter som ønsket behandling med skiveprotese med utgangspunkt i at denne behandlingen var tilgjengelig i utlandet og på en norsk privatklinikk. Det norske helsevesenet var tilbakeholdne med å ta i bruk metoden, men mange pasienter fikk utført behandlingen for egne midler. Noen av disse pasientene opplevde å bli friske som følge av behandlingen, noe som bidro til at det nesten ble et folkekrav at behandlingen skulle tilbys i det offentlige helsevesenet.

Man kan vurdere at det var bedre å utføre denne behandlingen innenfor rammen av en forskningsstudie, når mange pasienter uansett ville bli behandlet med metoden. Endringer i behandlingspraksis etter studien kan tyde på at dette var en riktig vurdering. Resultatene fra studien har trolig bidratt til en bedre vektning av potensiell gevinst opp mot risiko når behandlere og pasienter vurderer denne type behandling.

Når vi ser på tall fra Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi finner vi at det ble gjennomført 169 operasjoner med skiveprotese i 2011 mens tallet for 2019 var 82. Det er grunn til å tro at protesestudien har bidratt til en restriktiv bruk av skiveproteser, noe som antagelig medfører at færre blir utsatt for behandling som potensielt kan forverre deres tilstand.

## 2. Resultater

Studiene er ikke designet for å måle isolert behandlingseffekt av de to behandlingstilnærmingene. Hovedmålet for studiene var å måle forskjeller i effekt mellom intervensjonene. Det primære resultatmålet som benyttes er Oswestery disability index(ODI).

**Oswestery disability index(ODI)** er et spørreskjema som er utformet for å kartlegge korsryggpasienters funksjonsevne i dagliglivet. ODI består av 10 spørsmål med svaralternativer, hvorav ni kartlegger evne til å utføre dagligdagse gjøremål og sosial aktivitet, og et kartlegger smerte. Skjema scores på en skala fra 0-100 hvor 0=ingen funksjonsbegrensninger eller smerte og 100=verst tenkelig funksjonsbegrensning og smerte. Skjemaet er tatt med som **vedlegg 3** og finnes på denne linken: <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/FORML%20forskningsenhet%20for%20muskel%20og%20skjeletthelse/oswestry%20liste%20for%20funksjonsbegrensninger.pdf>

Det blir angitt at studiene er designet for å avdekke en signifikant forskjell mellom behandlingene ved forskjell i score på 10 poeng eller mer på ODI.

Som nevnt kan studiene ikke si noe sikkert om effekten av intervensjonene hver for seg. Ved å sammenligne tilstanden til pasientene før(baseline) og etter intervensjonene kan man allikevel få en indikasjon på behandlingseffekt, spesielt ved store endringer, men dette må tolkes med forsiktighet.

Studiene er designet for å kunne påvise en signifikant forskjell mellom intervensjonene ved forskjell i ODI på 10 poeng. Dette tilsier at forbedringen må være større enn dette for å kunne konkludere at behandlingen har effekt når hver av behandlingene vurderes isolert ut i fra score før og etter behandling. Det er grunn til å tro at placebo vil påvirke resultatene. Behandlerne som gjennomfører intervensjonene har med all sannsynlighet en positiv forventning til resultater av egen behandling noe som lett vil kunne smitte over på pasientene. Det er ikke benyttet en "nøytral" referansegruppe i studiene og man kjenner derfor ikke det naturlige forløpet for pasientene om de ikke hadde mottatt noen av behandlingene. En nøktern vurdering kan tilsi at man må se en forbedring på mer enn 15 poeng på ODI for å si med noen grad av sannsynlighet at behandlingene har hatt reell effekt. Protesestudien sier følgende om dette:

*Unplanned analyses (analyses not recorded in the original protocol). We conducted a per protocol analysis for the primary outcome variable (score on Oswestry disability index). Consistent with criteria from the Food and Drug Administration(8), we considered an individual change in score of at least 15 points from baseline to two year follow-up as a minimal important change. (Hellum et al. 2011)*



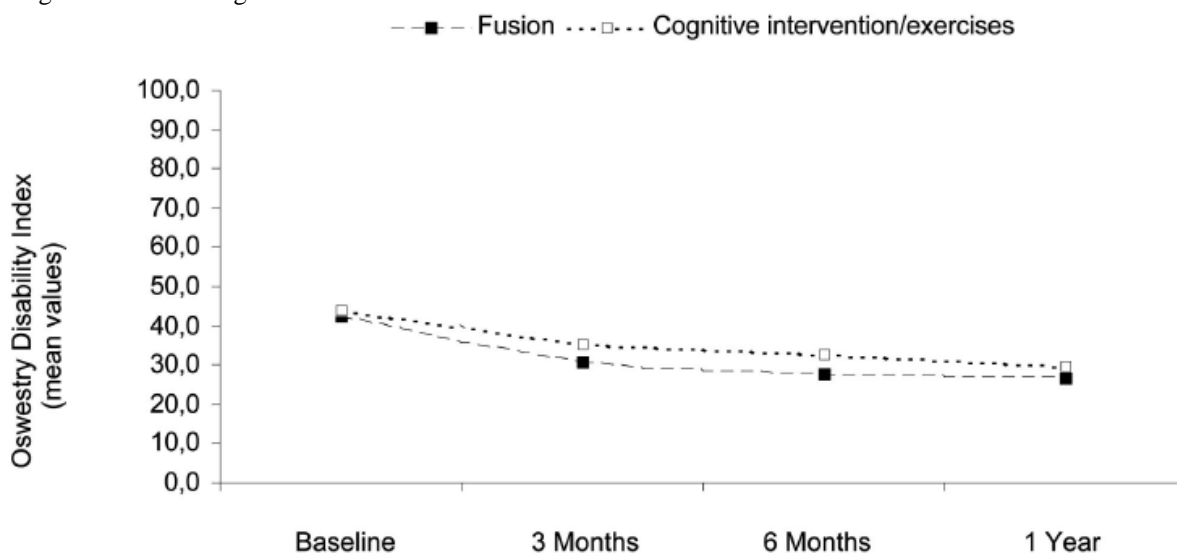
## 2.1. Behandlingseffekt

Når det gjelder endring fra baseline ser vi i fortsettelsen på tre effektmål: Primær ODI, smerter og endring i yrkesstatus. Disse er valgt fordi de trolig gir de mest objektive indikasjonene på effekt av behandlingene og fordi forbedringer av disse faktorene vil være viktige for pasientene. Informasjonen i de neste avsnittene baseres på tallmaterialet i forskningsrapportene. Det er viktig å ha et mest mulig objektivt grunnlag for diskusjoner tilknyttet tolkning av resultatene og hvilken klinisk betydning resultatene bør få.

### 2.1.1. Behandlingseffekt på ODI 1 år etter intervensjonene

**ODI avstivningsstudie 1:** Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på ODI med 15 poeng(41-26) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 12 poeng(42-30).

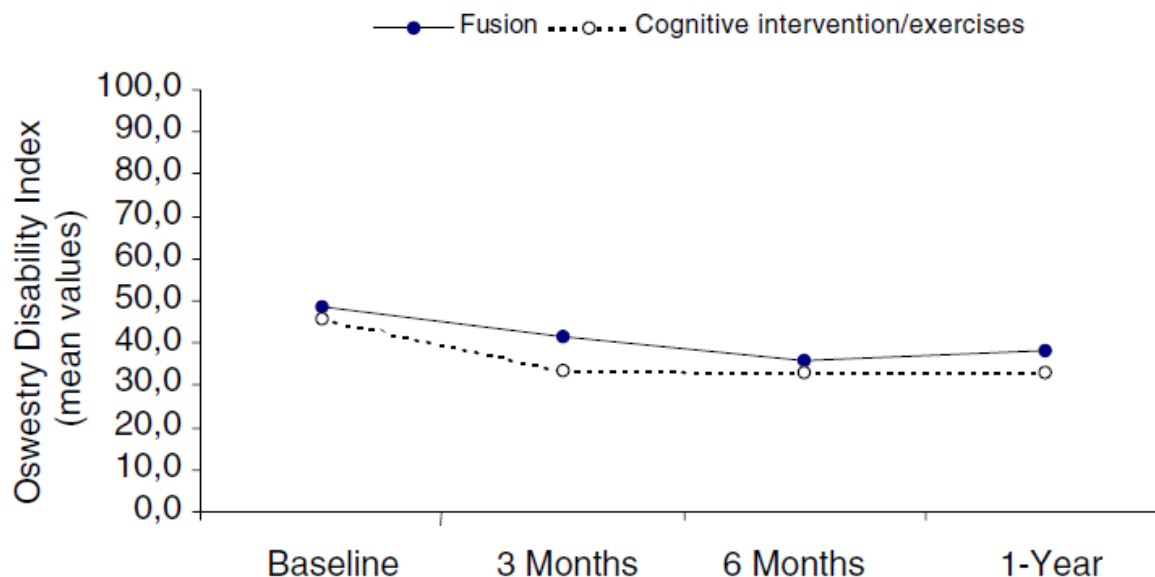
Diagram fra avstivningsstudie 1:



### ODI avstivningsstudie 2:

Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på ODI med 8,9 poeng(47,0 - 38,1) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 12,8 poeng(45,1 - 32,3).

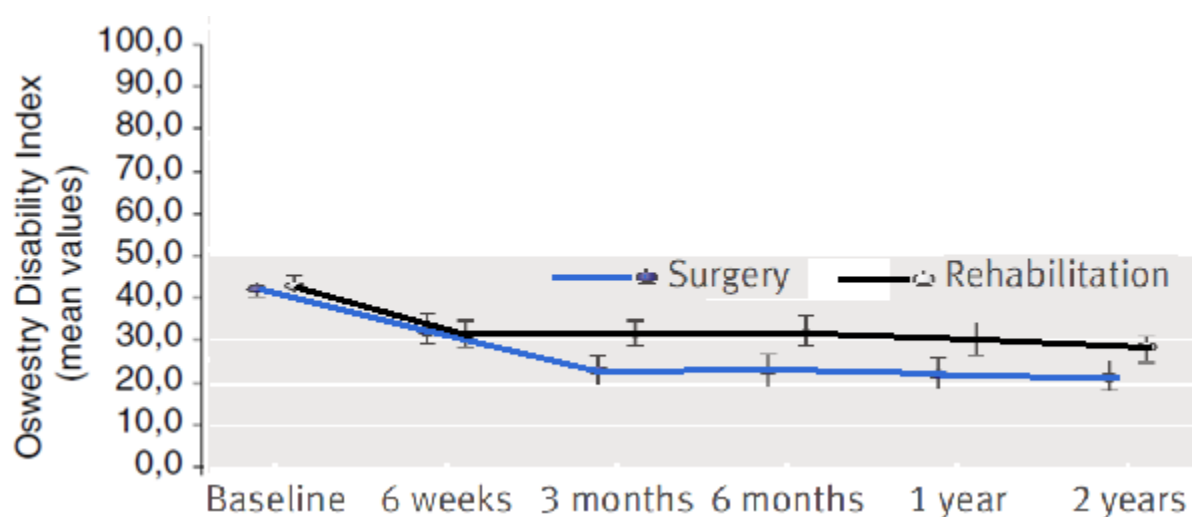
Diagram fra avstivningsstudie 2:



### ODI protesestudien:

Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på ODI med 19,5 poeng(41,8 - 22,3) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 9,8 poeng(42,8 - 33,0).

Diagram fra protesestudien:

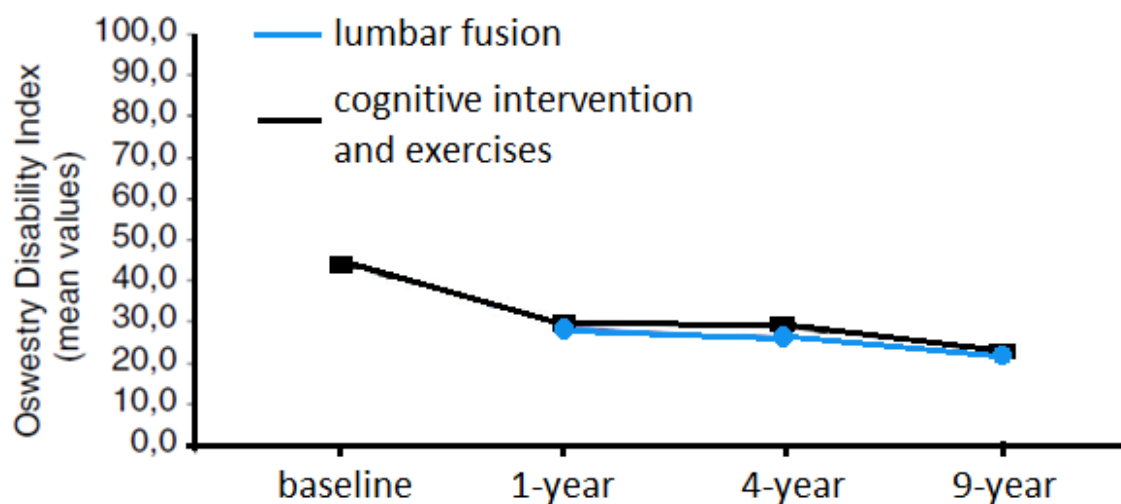


Diagrammet er endret i forhold til diagrammet i forskningspublikasjonen slik at proporsjonene på y akse er sammenlignbare med diagrammene for avstivningsstudiene.

### ODI avstivningsstudier 9 år etter intervensjon:

Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på ODI med 20,2 poeng(44,5 - 24,3) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 19,8 poeng(44,4 - 24,6).

Diagram fra avstivningsstudier, 9 års oppfølging:



Diagrammet er endret i forhold til diagrammet i forskningspublikasjonen slik at proporsjonene på y-aksen er sammenlignbare med diagrammene for 1-års oppfølgingen av avstivningsstudiene.

### ODI protesestudien 8 år etter intervensjon:

I forhold til baseline hadde kirurgisk gruppe en reduksjon på ODI med 20,0 poeng(41,8 - 21,8) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 14,4 poeng(42,8 - 28,4).

#### 2.1.2. Behandlingseffekt på smerter 1 år etter intervensjonene:

##### Ryggmerter avstivningsstudie 1 (0 - 100):

Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på 22,7 poeng(62,1-39,4) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 15,4 poeng(64,1-48,7).

##### Ryggmerter avstivningsstudie 2 (0 - 100):

Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på 13,9 poeng(64,6-50,7) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 15,2 poeng(64,7-49,5).

##### Ryggmerter protesestudien (0 - 100):

Kirurgisk gruppe hadde en reduksjon på 29,3 poeng(64,9 - 35,6) mens i konservativ gruppe var reduksjonen på 20,4 poeng(73,6 - 53,2).

### 2.1.3. Behandlingseffekt på yrkesstatus 1 år(2 år for protesestudien) etter intervensjonene:

Gjennomsnittsalder for pasientene i de tre studiene varierer fra 41-43,5 år. Det er all grunn til å tro at det er et viktig mål for pasientene å komme tilbake i lønnet arbeid. Tilbakevending til arbeid vil derfor være en god markør for effekt av behandlingen.

#### **Yrkesstatus avstivningsstudie 1:**

I kirurgisk gruppe viste baseline at 9 (24 %) var i arbeid, mens 1 år etter intervensjon var 8 (22 %) i arbeid. I konservativ gruppe viste baseline at 6 (22 %) var i arbeid, mens 1 år etter intervensjonen var 9 (33 %) i arbeid.

#### **Yrkesstatus avstivningsstudie 2:**

I kirurgisk gruppe viste baseline at 1/20 (5 %) var i arbeid, mens 1 år etter intervensjon var 2/20 (10 %) i arbeid, dvs. en forbedring på 5 prosentpoeng. I konservativ gruppe viste baseline at 3/21 (14,3 %) var i arbeid, mens 1 år etter intervensjonen var 8/21 (38,1 %) i arbeid, dvs. en forbedring på 23,8 prosentpoeng.

I denne studien gjelder tallene bare for de som hadde et ansettelsesforhold i utgangspunktet. Pasienter med uførepensjon og annet (hjemmeverende, student og arbeidsledig) er ekskludert.

#### **Yrkesstatus protesestudien:**

Ved starten av studien var 28 % (46) av pasientene i arbeid, heltid eller deltid. Ved to års oppfølging hadde dette økt til 56 % (n = 74). Det var en "netto tilbake til arbeid" rate på 31 % (n = 21) i kirurgisk gruppe og 23 % (n = 15) i rehabiliteringsgruppe.

## 2.2. Behandlingsresultater - Diskusjon

Det er all grunn til å ta høyde for stor usikkerhet når man skal se på behandlingseffekt ved å vurdere endring fra baseline til oppfølging når studiene ikke har en kontrollgruppe. Når man ser på endringer hos pasienter før og etter behandling for å påvise behandlingseffekt av hver av de to intervensjonene kan ikke resultatene legitimeres med et randomisert design. Randomiseringen handler om å påvise forskjeller mellom de to intervensjonene, og ikke absolutt behandlingseffekt av den enkelte behandling isolert sett. Når man ser på behandlingseffekt isolert på hver av de to intervensjonene må man betrakte designet som en prospektiv longitudinell studie (forløpsstudie), og da blir påliteligheten til resultatene mye svakere enn ved et randomisert design der intervensjonsgruppen(e) blir sammelignet med en kontrollgruppe.

Som referert tidligere henviser protesestudien til kriterier fra " Food and Drug Administration" at en individuell endring i poengsum på 15 ODI-poeng fra baseline til to år oppfølging vil være laveste grense for å indikere viktig endring. Det er bare kirurgiske grupper i avstivningsstudie 1 og protesestudien som kommer over denne grensen med henholdsvis 15 og 19,5 poeng bedring på ODI. Dvs. at gjennomsnittlig behandlingseffekt tangerer eller kommer så vidt over nedre grense for viktig endring.

Når man ser hvor liten forskjell det er på resultatene mellom studiene og mellom de ulike intervensjonene er det grunn til å spørre om andre faktorer enn selve behandlingen er vesentlige for forløpene. Mangelen av en kontrollgruppe diskuteres i avstivningsstudie 1:

The lack of a “no treatment” group is a limitation of the present study. This raises the possibility that neither treatment was effective and that the modest improvements noted in the primary outcome measure simply reflected the natural history of the problem among subjects recruited. (Brox et al. 2003, s 1919)

En annen faktor som gir usikkerhet i forhold til å predikere sannsynlig behandlingsresultat for personer med CLBP som oppsøker disse behandlingene er følgende: I protesestudien ble 605 pasienter henvist for inklusjon. Av disse var det bare 173 som passerte inklusjons og eksklusjonskriteriene og ble inkludert i studien. I de 2 avstivningsstudiene ble ca halvparten av de henviste pasientene inkludert. Det er grunn til å tro at mange som oppsøker helsevesenet pga CLBP, som ikke ville blitt inkludert i disse studiene pga inklusjons og eksklusjonskriteriene, vil få tilbud om både konservativ og kirurgisk behandling. På grunn av dette blir usikkerheten for utfallet enda større for den enkelte pasient som oppsøker behandling for CLBP enn det som fremkommer i denne studien.

En faktor som trolig favoriserer den kirurgiske behandlingen er at inklusjonskriteriene primært har tatt utgangspunkt i hvilke pasienter man antar vil profitere best på kirurgisk behandling. Det legges vesentlig vekt på degenerative forandringer i mellomvirvelskiver hos pasienter som skal inkluderes.

Det fremgår av studiene at det er store forskjeller i resultater på individnivå. I protesestudien trekkes det frem at 18 pasienter (24 %) i operasjonsgruppen og 4 pasienter (6 %) i rehabiliteringsgruppen rapporterte full bedring. Om man referer til denne studien kan man derfor antyde at pasienter som oppsøker behandlingene for CLBP kan forespeiles at 1 av 4 får full bedring av operasjonen, mens sannsynligheten ved rehabilitering er 1 av 17, men bare om pasientene ville passert inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dersom vi legger inn usikkerhet tilknyttet at studien ikke er designet for å måle behandlingseffekt på individnivå, noe man bør gjøre, blir resultatene dårligere.

### 2.3. Formidling av resultatene - Diskusjon

Formidling av forskningsresultater kan være en vanskelig øvelse, og formidlingen nedenfor kan tjene som eksempler på dette.

Protesestudien ved 8 års oppfølging fikk finansiering fra Stiftelsen Dam via Ryggforeningen i Norge. I prosjektbiblioteket på nettsidene til stiftelsen kan vi lese følgende formidling av resultatene i sluttrapport fra studien:

<https://www.dam.no/prosjekter/langtidsoppfolging-av-ryggproteser/>

*Majoriteten av pasientene, både de opererte og de som fikk moderne tverrfaglig rehabilitering, rapporterte gode resultater 8 år etter behandling, men de opererte hadde i gjennomsnitt litt bedre resultater. Med godt langtidsresultat i begge behandlingsgrupper anbefales en trinnvis behandling algoritme ved at pasienter som kan egne seg for*

skiveprotesekirurgi først gjennomgår moderne rehabilitering før kirurgi vurderes for å unngå unødvendige operasjoner.

På HelseSmart.no <https://www.helsesmart.no/skiveprotese-rygg/bergen/#behandlingsresultat> kan vi lese følgende:

**Hvilket resultat kan man forvente etter operasjon med skiveprotese?**

*Det har vært en stor utvikling innen behandling med skiveprotese de seneste årene og det er en behandlingsform det forskes mye på.*

*De fleste oppnår god effekt av behandlingen, ca 80 % av pasientene er fornøyde med operasjonsresultatet.*

*Ved å velge ut de rette pasientene for denne behandlingen viser det seg at flere oppnår bedring av sine ryggsmertter med operasjon enn uten operasjon. Samtidig er det viktig å være klar over at ikke alle blir bedre av operasjonen, og noen få kan oppleve komplikasjoner av behandlingen. Det er derfor viktig å først forsøke behandling uten operasjon og å velge ut de rette pasientene for kirurgisk behandling.*

Hvordan resultater fra forskning formidles er viktig. Formidlingen legger viktige premisser for pasienter, helsearbeidere og helsepolitikere i deres vurdering av hva som er god behandling. I formidlingen ovenfor tar man ingen forbehold om at studiene i utgangspunktet **ikke** er designet for å måle isolert behandlingseffekt for hver av behandlingene. Det ser ut til at man refererer til resultatene fra de "ikke planlagte analysene" (analyser som ikke var med i den originale protokollen). I 8-års oppfølgingen av protesestudien sies følgende:

*The authors advocate reporting the proportion of patients achieving a minimal or substantial clinical difference in each group, rather than reporting mean group differences. Therefore, we did an additional analysis and calculated the proportion of patients with a clinically important improvement, which in FDA studies is defined as a minimum of 15 points improvement in ODI [19,20]. We found a clinically important improvement in a significantly larger proportion of patients in the TDR group (70%) than in the MDR group (50%) at 8-year follow-up. (Furunes et al. 2017)*

Å antyde at 70 % av pasientene i kirurgisk gruppe og 50 % i rehabiliteringsgruppen passerer laveste grense for klinisk meningsfull forbedring er noe ganske annet enn å si at flertallet hadde gode resultater av behandlingene. Om noe skal betegnes som "et godt resultat" bør resultatet være vesentlig bedre enn å passere laveste grense for klinisk meningsfull forbedring. Om man først skal formidle sekundære resultater fra studien, ville det gitt et mer riktig bilde å også oppgi hvor mange pasienter som rapporterte full bedring. Her er tallene 24 % for kirurgisk gruppe og 6 % for rehabiliteringsgruppe. I tillegg er det nødvendig å gi informasjon om bakgrunnen for tallene: At studien ikke var designet for å måle absolutt effekt, verken på gruppenivå eller individnivå, og at det derfor er stor usikkerhet knyttet til tallene. Man kan ikke legitimere tallene med at de har fremkommet i en studie med randomisert design. Randomiseringen var kort og godt ikke innrettet for å måle dette.

En nokså utbredt oppfatning blant ryggpasienter er at de er så dårlige at de ikke har noe å tape på å forsøke en operasjon. De av oss som har fulgt en del ryggpasienter som har

gjennomgått ryggoperasjoner vet at dette resonnementet ikke stemmer. Den brutale sannheten er at man alltid kan bli verre. Det er derfor viktig at man også formidler at det var deltakere i studiene som ble dårligere.

Man får stadig eksempler på at ryggkirurgiske inngrep ser ut til å ha oppsiktsvekkende god effekt på enkelte pasienter. For personer som lider av alvorlige kroniske ryggsmertor som sterkt begrenser mulighetene for livsutfoldelse, er det forståelig at de er villige til å utsette seg for ganske stor risiko. Selv om det kanskje bare er 10-20 % sjansen for et godt resultat kan den enkelte vurderer at dette er tilstrekkelig for å ta sjansen. Så lenge pasienten tar en kalkulert beslutning på grunnlag av nøktern og god informasjon om inngrepet er det liten grunn til å moralisere over denne form for risikotaking. Det som derimot ikke er greit er når klinikker reklamerer med at de oppnår gode resultater for 80 % av pasientene, noe man ikke har faglig dekning for å hevde.

## 2.4. Failed back surgery

En betegnelse som har vært en del av fagterminologien innenfor ryggkirurgi i mange år er "Failed back surgery syndrome". Følgende forklaring av begrepet er hentet fra <https://www.spine-health.com/treatment/back-surgery/failed-back-surgery-syndrome-fbss-what-it-and-how-avoid-pain-after-surgery>

*Failed back surgery syndrome (also called FBSS, or failed back syndrome) is a misnomer, as it is not actually a syndrome - it is a very generalized term that is often used to describe the condition of patients who have not had a successful result with back surgery or spine surgery and have experienced continued **pain after surgery**. There is no equivalent term for failed back surgery syndrome in any other type of surgery (e.g. there is no failed cardiac surgery syndrome, failed knee surgery syndrome, etc.).*

Fra et pasientperspektiv er det uforståelig at fagmiljøer har innført begrepet Failed back surgery. Man får inntrykk av at dette begrepet brukes for å betegne et uforklarlig fenomen som resulterer i et dårlig behandlingsresultat etter ryggoperasjoner, og at det ikke er uttrykk for at kirurgen har gjort en dårlig jobb. En betegnelse som trolig ville gi et sannere uttrykk for årsak til dårlig behandlingsresultat ved ryggoperasjoner kunne være: "Failed back diagnosis". Dette begrepet ville i større grad ansvarliggjort behandlingsmiljøet og ansporet til større anstrengelser for å forske mer på årsaksmekanismene som forårsaker ryggsmertor.

# DEL II

## KLINISK PRAKSIS

### Innledning

Hvilken behandling tilbys når en person har blitt sykemeldt pga korsryggsmerter? Yrkesgruppene som i all hovedsak behandler disse pasientene i akutt og subakutt fase (sykemeldt 6-12 uker) er fysioterapeuter og kiropraktorer. Vi kan også etter hvert legge til osteopater og naprapater. For pasienter med CLBP har den kognitive rehabiliteringen som inngår i studiene blitt stadig mer sentral i behandling av pasientgruppen. Når personer har vært sykemeldt på grunn av uspesifikke ryggsmerter i ett år eller lenger blir også kirurgi en behandling som tilbys, spesielt i forhold til pasienter som har degenerative forandringer i lumbale skiver og som ikke har profitert på den kognitive rehabiliteringen.

Korsryggsmerter er den hyppigste årsaken til sykefravær og arbeidsuførhet. For 80-90 % av alle med CLBP kjenner man ikke smerteårsaken. Når pasienter oppsøker ryggbehandlere ute i den kliniske hverdagen møter de allikevel ikke en sterk erkjennelse av manglende forståelse for årsaker til ryggsmerter. Det er ikke slik at 85 % av de som oppsøker behandlere får høre at behandleren ikke vet hva som forårsaker smertene. Forklaringene er mange, og ulike profesjoner har ulike forklaringer.

En artikkel i legetidsskriftet med overskriften Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring, berører denne tematikken: <https://tidsskriftet.no/2010/11/oversiktsartikkel/vond-rygg-fortsatt-en-klinisk-utfordring>

*Hos fire av fem pasienter med ryggsmerter er det ikke mulig å stille en spesifikk diagnose med tilhørende årsaksrettet behandling (4). Det finnes et vidt spekter av terapeuter med og uten autorisasjon som ofte med overbevisning tilbyr sine tjenester. Dette kan føre til overbehandling, medikalisering og usikre pasienter (5). (Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2248-51, Forfattere: Even Lærum, Jens Ivar Brox, Erik L. Werner)*

Fordi de fleste akutte ryggsmerter har en god prognose kan de ulike profesjonene, med hver sine forklaringsmodeller, allikevel komme godt fra det. Alle behandlerne, på tross av ulike behandlingstilnærminger, opplever at de fleste akutte ryggpasienter blir bedre. Problemet for behandlerne er de 1-2 % av pasientene som ikke blir bedre. Når korsryggsmerter blir kroniske får ryggbehandlerne krevende utfordringer. Med de akutte ryggtilfellene får behandlerne en stadig bekreftelse på at pasientene blir bra igjen, og det er forståelig at dette blir tolket som at deres forklaringer på årsaker og påfølgende behandling har god effekt. Når kronikerne kommer, møter man disse med de samme diagnostiske tilnærmingerne og i stor grad den samme "verktøykassen" som de akutte og subakutte pasientene. Men denne gangen er bildet omvendt i forhold til behandlingsresultater. Det er nå et fåtall som profiterer på behandlingen, mens det store flertallet opprettholder smertetilstanden eller blir verre. Når man har kommet hit skjer det noe i behandleres tilnærming. Istedenfor en erkjennelse av at det er vanskelig å gi riktig behandling når man ikke kjenner årsaken til pasientens smerter griper mange til et fagområde man i utgangspunktet ikke forventer at ryggbehandlere skal ha mye kompetanse på, nemlig psykologi. Man etablerer psykiske forklaringsmodeller på



hvorfor pasienter opprettholder smerteatferd på tross av at man ikke kan finne somatiske årsaker til smerteatferden.

Om vi gjør et raskt hopp tilbake til klinikerne som møter de akutte ryggpasientene, så kan en del av disse ha et virkelighetsbilde om at de vet hva som forårsaker de fleste korsryggsmerter. Dette kan være noe av forklaringen til at mange klinikere ganske ukritisk aksepterer de psykiske forklaringsmodellene. Det er allikevel vanskelig å forstå at store deler av det ryggfaglige miljøet aksepterer og implementerer en psykologisk tilnærming til CLBP som ikke er basert på positive funn på psykiske lidelser, men derimot baseres på mangel av somatiske funn. Dette står i sterk kontrast til at 80-90 % av CLBP ikke har kjent årsak.

Over de siste årene har det vært økt fokus på å subgruppere korsryggglidelser, ikke minst i forhold til å vurdere hvilke pasienter som kan profitere på kirurgisk behandling. Dette er viktig, men det ser ut til at man leter for smalt. Man tar fortsatt i all hovedsak utgangspunkt i en "mekanisert" forståelse av rygg og ryggsmerter. Dette gjelder også forskningsstudiene vi har sett nærmere på i del 1. I disse studiene er hovedfokuset at smertene er forårsaket av degenerative forandringer i mellomvirvelskiver. Resultatene i studiene, spesielt i forhold til kirurgisk behandling, tyder på at dette er riktig for noen av pasientene, men flertallet av pasientene blir ikke vesentlig bedre. Den konservative behandlingen som inngår i studiene, som er den behandlingen som generelt anbefales for pasienter som ikke tilbys kirurgi, ser også ut til å hjelpe noen, men flertallet av pasientene blir ikke vesentlig bedre.

Når man leser konklusjonen fra protesestudien, så anbefaler man at pasientene først skal gjennomgå kognitiv rehabilitering og at kirurgi eventuelt skal gjennomføres hos pasientene som ikke profiterer på den konservative tilnærmingen. Man kan ikke utelukke at de som profiterer best på den konservative behandlingen også vil profiterer best på den kirurgiske behandlingen, og da blir det feil å definere en behandlingsrekkefølge. Det er ikke et godt diagnosekriterie for kirurgi at pasienten ikke har hatt effekt av en annen behandling; i dette tilfellet kognitiv rehabilitering.

Det har ikke vært vesentlige fremskritt over de siste 30-40 årene i forhold til å redusere de hvite områdene på diagnosekartet. Det kan være grunn til å spørre om man leter for smalt. Hovedsymptomet ved kroniske korsryggsmerter er, naturlig nok, smerter. Innenfor smertemedisin har det over de siste 30-40 årene fremkommet ny og viktig kunnskap rundt dysfunksjon i nervesystemet, både perifert og sentralt, som årsak til kroniske smerter. Det er vanskelig å forstå at det ryggfaglige miljøet ikke i større grad har søkt svar innenfor dette fagområdet. Dette temaet tas opp i slutten av dette notatet.

Overfor deler av behandlingsapparatet kan det av og til være på sin plass at noen påtar seg rollen som barnet i eventyret om "keiserens nye klær". I overført betydning vil det være å ta i for hardt og si at keiseren er naken, men det kan nok være grunnlag for å si at keiseren i en del sammenhenger er svært tynnkledt.

### 3.1. Det problematiske (tillits)bruddet i behandlingsforløpet

En pasienthistorie:

Andreas er en uføretrygdet bygningsarbeider på 42 år. Han har gjennomgått 2 store ryggoperasjoner med dårlig resultat. Han har sterke smerter og må ligge store deler av dagen. Det hele begynte for 8 år siden. Han fikk akutte smerter i korsryggen som gjorde det umulig å gå på jobben. Han oppsøkte fastlegen og ble sykemeldt i 14 dager. En leder på arbeidsplassen hadde god erfaring med en kiropraktor for behandling av sin egen vonde rygg. Andreas oppsøkte kiropraktoren og fikk manipulasjonsbehandling. Etter 4 uker var han fortsatt sykemeldt. Fastlegen søkte ham inn på en ryggpoliklinikk for en multidisiplinær undersøkelse. Han hadde vært sykemeldt i 8 uker når han kom til ryggpoliklinikken. Her ble han undersøkt nøye av en spesialist i fysikalsk medisin og en fysioterapeut. Det ble også gjort radiologiske undersøkelser. Disse viste noe degenerative forandringer i ryggskiver L4-L5 og L5-S1. Ved ryggpoliklinikken fikk han innføring i anatomi og fysiologiske aspekter ved ryggen, med en forklaringsmodell på at smertene kunne være forårsaket av krampetilstander i dyp ryggmuskulatur som følge av dysfunksjon i det refleksbaserte systemet som styrer denne muskulaturen. Det ble gitt råd om å normalisere bruken av ryggen mest mulig for å gi positiv stimulering til dette reflekssystemet. Han fikk også beskjed om å tøye korsryggen ved foroverbøyning for å motvirke kramper i dyp ryggmuskulatur. Han fikk utarbeidet et daglig aktivitetsprogram med vekt på bevegelse og tøyning, og ble anbefalt å bruke ryggen mest mulig normalt. Det ble blant annet fokusert på å bøye ryggen når man skulle plukke opp lette gjenstander fra gulvet. Andreas synes han opplevde noe bedring som følge av denne behandlingsstrategien og etter 12 uker sykemelding forsøkte han å gjenoppta arbeidet med 50 % sykemelding. Til tross for at han fortsatt hadde mye smerter fortsatte han å jobbe i 50 % stilling det neste halve året. Men mot slutten av dette halvåret tiltok smertene, og han fikk som følge av dette også søvnproblemer. Når han nå oppsøkte fastlegen var han mer smertepreget enn da ryggproblemene debuterte. I tillegg til smerter i korsryggen hadde han nå også smerter ned i begge ben. Han hadde også mer stivhet og smerter i skuldre og nakke, noe som medførte mye spenningshodepine. Han ble igjen sykemeldt. Med utgangspunkt i de radiologiske funnene på skivedegenerasjon ble han henvist til en ortopedisk avdeling for vurdering. Han gikk igjennom nye grundige radiologiske undersøkelser. Det ble påvist redusert skivehøyde med ca 40 % i nivå L5-S1, men bare ubetydelige endringer i L4-L5. Med bakgrunn i funnene, og at han ikke hadde respondert positivt på konservativ behandlingstilnærming, ble det besluttet å gjennomføre en operasjon med skiveimplantat i nivå L5-S1. Det kirurgiske inngrepet ble gjennomført 10 måneder etter den første sykemeldingen. Andreas opplevde mye smerter etter operasjonen men dette var noe han hadde blitt forespeilet på forhånd. Han opplevde at smertebilde hadde endret seg i forhold til før operasjonen og tok dette som et tegn på at disse smertene handlet om sårmerter og følger av strekk i muskulaturen på grunn økt skivehøyde i det opererte segmentet. Han økte gradvis aktivitetsnivået og etter fire måneder ble han enig med legen om å gjenoppta arbeid. Det ble avtalt med arbeidsplassen at han skulle ha lettere type arbeid i de første månedene. På tross av lettere arbeid ble smertene forverret i de påfølgende månedene. Han benyttet stadig mer smertestillende medikamenter og benyttet også noe sovemedisin. Ett år etter at han gjenopptok arbeidet ble han igjen sykemeldt. Han ble henvist til en ny vurdering hos ortopedisk avdeling. Før denne konsultasjonen ble det foretatt nye radiologiske undersøkelser. Når

Andreas kom til konsultasjon var han spent på om de hadde funnet noe på de nye bildene, men legen hadde raskt forklart at bildene ikke viste noe som kunne forklare smertene. Skiveimplantatet satt som det skulle og det var ikke påviselige endringer i skivenivå over. I konsultasjonen med legen beskrev Andreas den faktiske situasjonen som medførte at han måtte ligge mye av dagen pga smertene. Det å være i oppreist stilling, stående eller sittende, medførte økt smerte og det å ligge flatt var det eneste som ga lindring. På dette tidspunktet i samtalen hadde Andreas vært oppreist lenger enn vanlig og han kjente et sterkt behov for å kunne ligge flatt for å avlaste ryggen. Han spurte derfor om han kunne legge seg på undersøkelsesbenken før de fortsatte samtalen. Istedenfor å svare på spørsmålet ble legen tydelig irritert, og gav uttrykk for at man ikke blir bedre av å ligge. Han ga tydelig uttrykk for at Andreas måtte gjenoppta trening og normal aktivitet. Det ble ikke avtalt ny konsultasjon.

Fastlegen henviste ham igjen til ryggpoliklinikken. Fra dette tidspunktet opplevde Andreas en påfallende endring i måten han ble møtt på. Det ble ikke foretatt noen fysisk undersøkelse. Istedenfor å søke årsaker til de fysiske smertene ble hovedfokus nå rettet mot psykiske faktorer. Det ble stilt spørsmål rundt psykososiale forhold både privat og på arbeidsplassen og det blir mer enn antydning at han hadde et overdrevent fokus på fysiske smerter. Det ble referert til at han var blitt meget grundig undersøkt og at de ikke fant noe som kunne forklare smertene. Han ble derfor utfordret til å ignorere smertene med utgangspunkt i at smertene ikke var farlige. Andreas ba om å bli henvist til andre spesialister som kanskje kunne finne smerteårsaken men dette hadde de ingen tro på ville føre frem. De formidlet videre at psykiske utfordringer kan gi seg utslag i form av smerter i kroppen. Når han kom hjem etter denne konsultasjonen dundret han knyttneven i veggen og hadde en skikkelig utblåsning. Han skjønte tegninga og opplevde situasjonen utrolig frustrerende. Han hadde alltid vært pliktoppfyllende og arbeidsom og så skulle han plutselig nå får slengt i trynet at han var en unnasluntrer som ikke hadde lyst til å gå på jobben og som latet som han hadde vondt i ryggen.

Noen uker etter denne hendelsen hadde kona til Andreas kommet oppglødd hjem fra jobben. Hun hadde kommet i prat med en kollega som hadde fortalt om en venn som hadde hatt store rygg smerter uten at det norske helsevesenet hadde kunnet hjelpe ham. Denne personen hadde oppsøkt en ryggklinik i utlandet som benyttet en ny type diagnostikk, og etter en operasjon på denne klinikken hadde han blitt helt smertefri. Andreas søkte opp klinikken på internett og fant informasjon som virket tillitvekkende. Klinikken benyttet en diagnostisk tilnærming for å finne skader i ryggskiver som kunne gi store smerter. Etter noe tid oppsøkte Andreas denne klinikken for en utredning. Pga reisen var han uvanlig dårlig når han kom fram. Når han henvendte seg i resepsjonen ble han overrasket: Damen bak skranken spurte helt uoppfordret om han kunne sitte eller om han hadde behov for å ligge mens han ventet på legen. I konsultasjonen henviste legen til MR-bilder som de hadde fått oversendt og forklarte at de mistenkte at skiven over det opererte nivået kunne være årsak til smertene. De hadde observert sprekkdannelse i et område av skiven som de visste var innervert. Han forklarte at de ville injisere bedøvelse i skiven for å se om dette påvirket smertene. Smerteblokaden ble injisert dagen etter, og han merket en markert smertelindring i timene etterpå, men ikke fullstendig smertefrihet. Han anga resultatene på et skjema og skulle treffe legen dagen etter. I møte gav legen uttrykk for at ryggskiven med stor sannsynlighet var årsak til smertetilstanden, både med utgangspunkt i MR bildene og effekten av skiveblokaden, og at de anbefalte en operasjon. Når Andreas var vel tilbake på hotellrommet fikk han

en sterk følelsesmessig reaksjon, og tårene strømmet på. Det var en enorm lettelse at de hadde funnet årsaken til smertene, og at det var mulig å behandle. Litt senere ringte han opprømt hjem til kona og fortalte at de hadde funnet årsaken til smertene. Vel tilbake i Norge søkte han om å få dekket operasjon ved klinikken. Søknaden ble forelagt det norske fagmiljøet men de avviste behandlingen som eksperimentell og konkluderte med at de ikke kunne anbefale behandlingen. De sa samtidig at behandlingen som ble søkt dekket, innsetting av skiveprotese, også kunne utføres i Norge, men at de ikke fant indikasjoner for denne behandlingen. De advarte om at en operasjon på for dårlig grunnlag kunne medføre forverring av tilstanden.

Når dette svaret kom i posten var kona til Andreas resolutt. Hun sa at situasjonen slik den var ikke kunne fortsette og hun hadde undersøkt muligheten for å ta opp et lån på huset for å betale for operasjonen. Andreas var frustrert men ikke spesielt overrasket over uttalelsen fra det norske fagmiljøet. Når det gjaldt det de sa om risiko for å forverre tilstanden tenkte han at det allerede var så ille at han ikke hadde noe å tape. To måneder seinere reiste han til klinikken for å gjennomføre operasjonen med egne midler. Dette er en konstruert historie, men handlingen har sitt utgangspunkt i reelle pasienthistorier.

### 3.2. Fear-avoidance beliefs

Fear-avoidance beliefs er navnet på en teori om at ryggpasienter kan ha overdreven frykt for bevegelse og fysisk aktivitet og at dette fører til passivitet og inaktivitet som bidrar til å opprettholde og forverre ryggplagene.

Gordon Waddell som utformet teorien på 80 og 90-tallet har også laget et spørreskjema som skal avdekke om ryggpasienter lider av Fear-avoidance beliefs. Betegnelsen på skjemaet er Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) og skjemaet er tatt med som **vedlegg 4** og finnes på denne linken: [https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/FORML,%20forskningsenhet%20for%20muskel%20og%20skjeletthelse/fear\\_avoidance.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/FORML,%20forskningsenhet%20for%20muskel%20og%20skjeletthelse/fear_avoidance.pdf)

Når en person oppsøker helsevesenet med ryggproblemer foregår undersøkelser og diagnostisering som forventet, men for en god del pasienter vil man ikke gjøre funn som kan forklare smertetilstanden. Mange av disse pasientene opplever en overraskende endring i tilnæringsmåte fra behandlere når man har kommet hit. Nå rettes fokuset plutselig over på psykiske faktorer som mulig årsak til sykdomsutfordring, men man benytter ikke objektive undersøkelser for å finne indikasjoner på psykisk lidelse. Det som snarere blir gjort er at behandlerne bruker mangel på somatiske funn som bevis for at her er det psykiske faktorer som er årsak til smerteutfordringen. Man stiller altså en diagnose på grunnlag av hva man ikke har funnet. Dette er mildt sagt en lite faglig fremgangsmåte for å stille en diagnose. Man kan få en uvel følelse av at denne tilnærmingen først og fremst er til hjelp for behandleren. Behandleren slipper å forholde seg til egen manglende kunnskap. Om man skulle sette en "diagnose" på denne behandleradferden kunne man kanskje innført begrepet; **Fear-avoidance due to lack of knowledge.**

For at skjemaet fear-avoidance beliefs questionnaire skal kunne avdekke fenomenet det er lagd for, må man legge inn en viktig forutsetning. At man kan stille en sikker diagnose

på pasientens ryggproblem og vite at smertene som pasienten rapporterer ikke forverres av fysisk aktivitet. Dersom pasienter har en smertelidelse som opprettholdes av andre smertemekanismer enn de man kan finne ved undersøkelser av ryggen, og denne smertetilstanden beviselig blir verre av fysisk aktivitet, så vil jo tolkningen av skjemaet gi et galt resultat. De som scorer høyt på FABQ kan kort og godt ha en annen grunnlidelse enn de som scorer lavt.

Teoriene tilknyttet Fear-avoidance beliefs har fått stort innpass i fagmiljøer som forholder seg til ryggpasienter. Også de tre studiene vi omtaler i dette skrevet benytter spørreskjemaet (FABQ) som en del av undersøkelsen. Et eksempel på at tankegodset får sterk innvirkning for behandling av ryggpasienter er følgende utdrag fra en nasjonal veileder som vi finner på Helsedirektoratets nettsider:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/muskel-og-skjelettsystemet-1/generelt-om-sykmelding-ved-uklare-smertetilstander-i-muskel-skjelett-og-rygg-gule-flagg>

*1.10.13. Generelt om sykmelding ved uklare smertetilstander i muskel, skjelett og rygg. Gule flagg.*

*Sykmelding ved uspesifikk ryggglidelse*

*Korsryggsmarter deles inn akutte, med varighet under 3 måneder, og langvarige (mindre heldig kalt kroniske). Langvarige smerter ledsages ofte av inaktivitet og engstelse for å gjøre bestemte bevegelser som gjør vondt. Subakutte korsryggsmarter er en undergruppe av de akutte med varighet mellom 6 og 12 uker. Diagnostisk kan smertene deles inn i tre hoveddiagnosekategorier som veileder videre håndtering:*

- *Uspesifikke korsryggsmarter (80–90 %)*
- *Nerverotaffeksjon (5–10 %)*
- *Mulig alvorlig underliggende sykdom/cauda equina (1–5 %). Identifikasjon av røde flagg*

*Det er god dokumentasjon for at uspesifikke ryggglidelser ikke blir bedre av sykmelding.*

*Sykefraværet for ryggglidelser har gått ned. Likevel utgjør ryggglidelser fortsatt den største andelen av sykefraværet.*

*Sykmelder må være ekstra bevisst på om følgende forhold foreligger:*

- *En feilaktig oppfatning om at ryggsmarter er farlige og kan bli verre eller invalidiserende.*
- *Redusert aktivitet og unngåelsesatferd av frykt for smerter.*
- *En oppfatning om at hvile og ro er bedre enn aktivitet, for å bli bra.*
- *Tendens til depresjon, rus og sosial tilbaketrekning.*
- *Sosiale eller økonomiske problemer.*

Ved langvarige kroniske ryggsmarter kan det være grunn til å nærme seg problemet med utgangspunkt i at man ikke først og fremst står overfor et ryggproblem men et smerteproblem. Med dette som utgangspunkt blir det lettere å se at dagens tilnærming til pasientgruppen kan arte seg lite hensiktsmessig. Alle pasienter med en langvarig kronisk ryggglidelse/smertelidelse er klar over at man ikke blir bedre av å være i ro. Det som er situasjonen er at fysisk aktivitet forverrer smerten så kraftig at man ikke klarer å utholde det. Å få seg fortalt at smerten ikke er farlig, og at man bare kan ignorere den og gå på jobb som vanlig vitner om at avsender av budskapet ikke forstår hva det handler om. La oss sammenligne med en annen pasientgruppe for å tydeliggjøre problemstillingen. Personer som har amputert kroppsdeler kan ha intense fantomsmerter, spesielt de som har mistet kroppsdeler som følge av ulykker. Dersom man skulle behandle disse pasientene etter anbefalingene for kroniske ryggpasienter vil

pasientene bli fortalt at smertene de kjenner ikke er farlige. Å være i aktivitet vil ikke skade benstompen og man kan trygt ta på benprotesen, gå på jobb og gjenoppta vanlige aktiviteter. Alle forstår det vanvittige i en slik tilnærming men det kan føles like vanvittig for en kronisk ryggpasient når han opplever lignende resonnementer fra behandlere. Til de som tenker at dette er en "søkt" sammenligning. Det finnes dokumentasjon på at dysfunksjon i sentralnervesystemet spiller en rolle hos en del pasienter med CLBP. Dette omtales som perifer og sentral sensitisering og årsaksmekanismene er sterkt beslektet med årsaksmekanismene ved fantomsmerter. Dette berøres i del III.

### 3.3. Ødeleggende for behandler- /pasientrelasjonen

Det er ødeleggende for behandler- pasientrelasjonen om behandleren ikke tror på pasientens beskrivelse av egen sykdom. Stort sett vil ikke behandlere eksplisitt si at de ikke tror på det pasienten beskriver. Men når behandleren foreslår et handlingsmønster som åpenbart ikke er forenlig med pasientens beskrivelse av smertebegrensninger så oppfatter pasienten, med rette, at behandleren ikke tror på pasientens beskrivelse. En historie fra virkeligheten kan illustrere dette:

Det handler om en person med kroniske ryggsmertener som har vært sterkt smertepreget i flere år og som oppsøker en tverrfaglig avdeling for diagnostikk og behandling. Personen lider av alvorlig grad av sittehemning som en direkte følge av smertene. Tilknyttet undersøkelsene beskriver pasienten at han ikke kan være i oppreist stilling, sittende eller stående, mere enn 10 til 15 minutter av gangen og at han etter disse minuttene må ligge flatt for å roe ned smertene i ca 1 time, før han igjen kan være i oppreist stilling i nye minutter. Som en følge av dette må han ligge på undersøkelsesbenken under samtalene med behandlerne. Etter flere undersøkelser konkluderer primærbehandleren med at mangel på objektive funn gjør at man ikke har noen behandling å tilby. Tilknyttet samtale med en annen behandler på avdelingen hadde pasienten fanget opp at det fantes mestringsgrupper der utgangspunktet er at pasienter i fellesskap arbeider med mestringsstrategier for lidelser man må leve med. Pasienten refererte til dette og sa at han var interessert i å være med i en slik mestringsgruppe. Da kommer behandleren med en uventet respons. Behandleren sier at man må kunne sitte for å delta i en mestringsgruppe. Pasienten repliserer at han er vant til å ligge der andre sitter så det er ikke noe problem for ham å ha med et liggeunderlag og delta liggende på disse gruppesamlingene. Da får behandleren et litt brydd ansiktsuttrykk og sier at det vil virke demotiverende for de andre pasientene i mestringsgruppen om noen skal ligge der. Du må først trene på å kunne sitte i de 2 timene samlingene varer. Pasienten blir, naturlig nok, provosert av denne uttalelsen og gir tydelig uttrykk for at det er smertene som fører til sittehemningen og at dette ikke er noe man kan "trene bort". Dette blir møtt med taushet og pasienten skjønner at det er formålsløst og fortsetter samtalen...

En logisk følge av en slik konsultasjon er at pasienten ikke fester lit til det denne behandleren sier i forhold til behandlingsmuligheter for pasientens rygg-/smerteproblem. Behandleren har jo gitt til kjenne at vedkommende ikke tror at smertene er reelle, og da er det rasjonelt fra pasientens ståsted å tenke at denne behandleren har dårlige forutsetninger for å si noe om hva som finnes, eller eventuelt ikke finnes, av behandlingstilnærminger for pasienten.

Med ujevne mellomrom dukker det opp saker i mediene der pasienter ønsker å få dekket behandling ved private klinikker i utlandet. Som oftest handler dette om kirurgisk behandling.

Da hender det at det kommer indignerte uttalelser fra det norske fagmiljøet om at behandlingstilnærmingen er eksperimentell og ikke kan anbefales. De samme fagpersonene er seg sannsynligvis ikke bevisst at de nærmest skyver pasienter over i hendene til de utenlandske klinikkene ved måten de møter pasientene på når pasientene søker hjelp hos dem. Dersom det norske fagmiljøet hadde møtt disse pasientene med større lydhørhet og vist at de tror på pasientens smertebeskrivelse og funksjonsbegrensninger kunne de satt seg i en posisjon der de kunne ha blitt viktige veiledere for pasientene i møte med de private tilbydere.

### 3.4. Negativ dynamikk tilknyttet neglisjering av funksjonsbegrensninger

Det kan være vanskelig å formidle hvor krevende det er å ha en belastningsrelatert smertelidelse som trigges av å være i oppreist stilling, sittende eller stående. En mentalitet som kan illustreres med TV-programmer av typen "Ingen grenser" kan bidra til ytterligere å forsterke stigmaet tilknyttet sittehemning. I denne serien var personer med handicap på strabasiose turer med Lars Monsen. Her fikk man se hva for eksempel rullestolbrukere og blinde klarer på tross av sitt handicap, og så skal noen med litt vondt i ryggen ha tilrettelegging for å kunne ligge over alt...

Når helsepersonell gir uttrykk for at ryggpasienter med alvorlig sittehemning egentlig ikke har en reell fysisk begrensning kan de påføre pasienten skyld, skam og dårligere selvtillit. Dette bidrar i neste omgang til at mange ikke ønsker å eksponere seg og sitt ryggproblem, noe som lett medfører tilbaketrekning og isolering. Dette kan øke risikoen for angst og depresjon. Paradoksalt nok vil i neste omgang helsepersonell ofte bruke symptomene på angst og depresjon som forklaring på pasientens smerteproblem og smerteadferd.

At helsepersonell ikke tar pasientenes reelle funksjonsbegrensninger på alvor gjør det også vanskeligere å bygge opp en opinion for å bedre forholdene tilknyttet universell utforming og andre viktige spørsmål for denne pasientgruppen. Man skal ha "sterk rygg" for å stå på kravene for tilrettelegging tilknyttet sin sittehemning når helsevesenet, direkte eller indirekte, gir uttrykk for at dette egentlig er pasienter som har unødvendige mentale sperrer og som ikke forstår hva som er til deres eget beste. Når man som pasient heller ikke har en diagnoseknagg som forklarer smertene blir det enda vanskeligere. Alle kjenner jo noen som har vondt i ryggen, men som allikevel klarer å drive med aktiv trening eller gå på jobben. Et eksempel på det er toppidrettsutøvere som Martin Johnsrud Sundby, som har ryggproblemer men allikevel trener og kjemper for å kunne delta i kommende ski-VM. Det er påfallende hva det kan gjøre med selvtilliten til en ryggpasient med alvorlig sittehemning dersom man for eksempel får påvist boreliose. Plutselig gir helsearbeidere forståelse for smerteadferden, naboer og venner uttrykker sympati og pasienten får mye positiv oppbakking for at man klarer å holde motet oppe på tross av en alvorlig sykdom osv.

### 3.5. Konsensus kan hindre utvikling av fagfeltet

Konsensus innenfor ryggbehandling har et positivt utgangspunkt ved at man anser det som hensiktsmessig at behandlere har en noenlunde felles virkelighetsoppfatning av hva rygglidelser er og hvordan de best kan behandles. Men det finnes en stor fallgrube

ved konsensusarbeid, og det er når man danner konsensus for en behandling eller et tiltak der man har lite objektiv og sikker kunnskap.

Når man i et fagmiljø blir enige om en forståelsesramme tilknyttet kroniske ryggtilstander som ikke er basert på objektiv og forskningsbasert kunnskap kan dette føre til en sementering av feilaktige oppfatninger. Av og til kan man mistenke konsensusarbeid for å tjene et tvilsomt formål: Å bidra til mindre støy i fagmiljøene og å gi den enkelte fagutøver ryggdekning for å konkludere med at ryggpasienter med CLBP som ikke profiterer på tilgjengelig behandling har et adferdsproblem og ikke et somatisk problem. Bruken av tilnærminger som fear-avoidens beliefs kan tjene som eksempel på dette: Behandleren har foreskrevet anbefalt behandling, at pasienten skal gjenoppta normal aktivitet og ignorere ryggsmertene. Når pasienten ikke følger anvisningen kan behandleren konkludere med at dette skyldes fear-avoidance beliefs, og ikke at pasienten har en smerteårsak som behandleren ikke har oppdaget eller forstått. En fantastisk redningsbøye for behandleren som fungerer hver gang. Behandleren kan henvise til faglig konsensus som forteller at dette er fagmiljøene enige om. Behandleren har ryggen fri, og den "vanskelige pasienten" er satt sjakk matt.

Den medisinske historien gir oss mange eksempler på uheldig konsensus i fagmiljøer. Tre eksempler fra nyere tid: På femtitallet var det konsensus at personer med hjerteinfarkt skulle ha sengeleie. Nå vet vi at mange pasienter trolig døde pga. dette. Nå er fokuset at pasientene raskest mulig skal på bena igjen, vanligvis allerede dagen etter infarkt.

Det andre eksempelet handler om at fagmiljøet innenfor barnemedisin etablerte konsensus om at spedbarn skulle sove i mageleie. Nå vet vi at vi unngår mange krybbedødsfall ved at spedbarn legges i ryngleie.

Det tredje eksemplet handler om behandling av for tidlig fødte. Det var over mange tiår konsensus om at premature barn med pustevansker skulle gis rent oksygen. Nå vet vi, bl.a. takket være forskningen til en norsk forsker, Ola Didrik Saugstad, at overlevelsen er bedre og følgeskadene av behandlingen mye lavere ved å benytte vanlig luft.

### 3.6. Hvor er vi, og hvor skal vi

Da Waddell utviklet sin teori om fear-avoidance beliefs på 80-tallet var noe av fokuset antagelig en nødvendig korrigerende til det som på dette tidspunktet var det gjeldende synet i behandling av korsryggsmerter. På denne tiden var begrepet skiveutglidning fortsatt vanlig i dagligtale når man omtalte ryggproblemer. På sykehusene ble det arrangert ryggskoler der hovedbudskapet var å bøye ryggen minst mulig. Man skulle alltid bøye knærne, også om man bare skulle plukke opp en binders fra gulvet. Det ble anbefalt å fjerne underskap under vasken på badet slik at man kunne bøye knærne og ikke ryggen når man skulle vaske ansiktet. Videre anbefalte man spesifikk trening for å bygge opp et sterkt muskelkorsett som skulle stabilisere og holde den vonde ryggen på plass. Bruk av ryggkorsett ble også anbefalt enkelte ryggpasienter med utgangspunkt i det samme, nemlig å stabilisere ryggen. I Norge kom Aage Indahl inn som et friskt pust i denne stive og rigide virkeligheten med sine teorier om bevegelighet og utfoldelse på midten av 90-tallet. Det er grunn til å tro at både Waddell og Indahl, med litt ulike



forklaringsmodeller, har bidratt til å avlære en feil tilnærming til ryggglidelser som det samme helsevesenet over noen tiår hadde postulert. På en måte kan vi si at Waddell og Indahl har vært med på å rette opp skadene fra en dysfunksjonell strategi som helsevesenet hadde påført pasientene. Indahl er selv inne på dette når han skriver følgende i en forskningsartikkel:

The notion that the causes of LBP are "slipped discs, pinched nerves and subluxed joints and that one might end up in a wheelchair," is well established in the general population. By being careful many hope to avoid doing more damage to their spine. They behave like people walking on ice, they are on guard all the time. **It might be that our medical advice and treatments for the last 50 years or so have made the ice even thinner for the patients. Maybe this is part of the explanation for the epidemic increase in chronic LBP.** Thus a major part in our program in making LBP into a benign self-limiting condition has been to assure our patients that the ice is solid. (Kilde: **Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial**, A Indahl<sup>1</sup>, L Velund, O Reikeraas SPINE Volume 20, Number 4, pp 473-477 01995)

Noe som ser ut til å være et tilbakevendende problem er at én kjepphest overtar for en annen. Nå skal plutselig alle kroniske korsryggglidelser forklares med uhensiktsmessig adferd og bevegelsesmønster hos pasientene. For det store flertallet av pasienter med langvarige kroniske ryggsmertesmerter, som ikke profiterer på kognitiv rehabilitering, er det all grunn til å spørre om de har andre og mer varige grunnlidelser som forårsaker smertene. De aller fleste ryggproblemer som oppstår har en god prognose og vil stort sett gå over av seg selv. Så lite som 1-2 % av ryggglidelser utvikler seg til å bli kroniske. Så mange som 70-80 % av befolkningen opplever ryggproblemer, så selv om 1-2 % høres lite ut, utgjør det likevel 40 000- 80 000 personer. Det er denne pasientgruppen som er hovedutfordringen for helsevesenet, og for så vidt også trykdevesenet, og det er her vi trenger mer kunnskap om årsaker i håp om å finne gode behandlingstilnærminger.

Det finnes noen som tenker i nye retninger for å finne svar på årsaker til kroniske ryggglidelser, men det er allikevel et dominerende inntrykk at fagmiljøene fortsatt har en nokså ensidig mekanisk forståelsesramme for ryggproblemer. Man benytter mye bildediagnostikk og tenker at det alltid må være synlige vevsskader eller avvik i ryggen som forårsaker ryggsmertene. Men dette er ikke konsekvent. Når man ikke finner synlige funn i ryggen som kan forklare smertene går man til den andre ytterligheten. Man definerer årsaken til smerten som uttrykk for et psykisk problem og ikke et somatisk problem. For noen av oss, som ikke er del av det ryggfaglige miljøet, er det med undring vi registrerer at ikke flere fagpersoner i ryggmiljøet retter oppmerksomhet på et mer nærliggende helseområde: Primærsymptomet til CLBP ligger i navnet, nemlig smerter. En fagprofesjon som opplagt burde vært en del av enhver tverrfaglig ryggklinikk er spesialister i smertebehandling. De vil kunne bidra i diagnostikk for å avklare situasjonen for pasientene. Like viktig som å initiere behandling er å si noe om behandlinger som ikke vil ha effekt, og som snarere vil bidra til å forverre pasientens smerteproblem. Det kan blant annet handle om å hindre at pasienter utsettes for kirurgi som de ikke vil profitere på. Smertemedisin kan også ha en viktig rolle i forhold til lindrende behandling for pasienter med et kronisk smerteproblem, men poenget her er å argumentere for at de må tidligere inn i behandlingsforløpet og bidra i forhold til diagnostikk.

For å illustrere poenget vil jeg dele en personlig erfaring:

Jeg har en langvarig rygghistorie som blant annet inneholder en avstivningsoperasjon. Operasjonen gjorde meg ikke bedre og jeg har fortsatt en svært krevende smertesituasjon som gjør meg 100 % arbeidsufør og gir meg store begrensninger i forhold til livsutfoldelse. På tross av dette er jeg ikke blant de som jakter på en ny ryggoperasjon som skal gjøre meg frisk. Hovedårsaken til dette er en smertebehandler jeg kom i kontakt med for en del år siden. Han forholdt seg til smerteproblemet på en veldig konkret måte og hadde en systematisk tilnærming for om mulig å komme nærmere en forklaring på smertene. Behandleren foretok grundige intervjuer og kliniske undersøkelser for å finne ut av hvordan smertene artet seg. Videre satte han diagnostiske blokader i spesifikke strukturer i ryggen hvor jeg i etterkant gjennomførte fysiske aktiviteter for å undersøke hvordan blokadene påvirket smertebildet. Etter hvert fikk behandleren et klart bilde av at dette handlet mer om et smerteproblem enn et ryggproblem. Han innviet meg i forskningslitteratur som omhandlet overfølsomhet i sentralnervesystemet, og for første gang opplevde jeg at det var godt samsvar mellom egne erfaringer av hvordan smertene artet seg og det som var beskrevet i faglitteraturen. Når jeg forsto at den sentrale sensitiseringsen trigges av helt ordinære stimuli fra det perifere nervesystemet i ryggen, forsto jeg helt intuitivt at det å skulle utsette seg for nye ryggoperasjoner ville være formålsløst og bare lede til en forverring av smerteproblemet. Etter denne erkjennelsen har det vært lettere å forsones seg med problemet og ha fokus på størst mulig livsutfoldelse på tross av de helsemessige begrensningene. Jeg har nå ikke oppsøkt behandlingsapparatet på mange år, kort og godt fordi jeg er klar over at det per i dag ikke finnes behandling som kan løse dette smerteproblemet. Samtidig skal det sies at jeg fortsatt har et håp om at det på et eller annet tidspunkt skal komme behandling som kan ha effekt på disse smertemekanismene, men hovedfokuset er å leve så meningsfullt som mulig slik situasjonen er.

### 3.7. Hvordan hjelpe de vi ikke kan hjelpe

Hvordan skal ryggebehandleren forholde seg til pasienter som har vært gjennom alle tilgjengelige utredninger uten at man har kunnet påvise årsaken til smertene som pasienten beskriver? Et godt utgangspunkt vil være å ta pasienten på alvor og forholde seg til symptombildet pasienten beskriver på en åpen og fordomsfri måte.

Videre kan det på dette tidspunktet være tid for en ny rolleforståelse: Når man har kommet hit er ikke ryggebehandleren lenger spesialist. Her vet behandleren like lite som pasienten, eller vent litt, kanskje pasienten i enkelte tilfeller vet litt mer enn behandleren.

Fra dette utgangspunktet kan det bli en fruktbar dialog om hvordan pasienten, på tross av smerter og funksjonsbegrensninger, kan leve et mest mulig fullverdig liv. Smertelindring, psykisk hjelp for å takle en krevende smertesituasjon, transportordninger for å øke mobiliteten, tekniske hjelpemidler, ivaretagelse av helseaspekter som kan være følgelidelser av funksjonsbegrensningene er noen eksempler på temaer man kan arbeide med.

Det vil kunne gi gode synergier at pasienter og behandlere deler kunnskap. Pasientene kan gi viktig kunnskap om hvordan ulike tilstander arter seg, og behandlerne kan over tid, ved å kommunisere med mange pasienter, kanskje oppdage interessante mønstre som igjen kan føre til nye hypoteser som kan underlegges systematisk arbeid og lede til

ny kunnskap om lidelsene. Som pasient har det også en stor verdi å oppleve at det finnes engasjerte fagpersoner som ønsker å utvikle fagfeltet og vinne ny kunnskap. Det skaper håp, og håp kan være helsebringende!

## Del III

# MULIGE SMERTEMEKANISMER VED CLBP

## 4. Sentral sensitisering

I det ryggfaglige miljøet ser det ut til at man nesten utelukkende forholder seg til nociseptive smerter, med unntak av nerverotaffeksjon. Innenfor smertemedisin har man i flere tiår vært klar over at kroniske smerter kan oppstå som følge av sykdom, skade eller dysfunksjon i nervesystemet, både perifert og sentralt. Erfarne klinikere innenfor smertebehandling, med mye erfaring i behandling av pasienter med kroniske korsryggsmerter, gir uttrykk for at smertebildet ofte kan være en miks av nociseptiv smerte, perifer sensitisering og sentral sensitisering. I fortsettelsen gjengis utdrag fra to fagartikler som omhandler sentral sensitisering. Informasjon om sentral sensitisering er tatt med som eksempel på en mulig årsak til kroniske smerter som maner til ydmykhet hos ryggbehandlere i møte med pasienter som har et symptom-bilde som ikke passer med deres eget "diagnosekart". Det kan hende at det er kartet, og ikke terrenget det er noe galt med.

Her følger utdrag fra en artikkel i det svenske legetidsskriftet om dysfunksjon i sentralnervesystemet som årsak til muskel- og skjelettsmerter (**Vedlegg 5**):

[https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/7/7725/LKT0741s2959\\_2964.pdf](https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/7/7725/LKT0741s2959_2964.pdf)

**Central sensitisering.** Med central sensitisering avses oppkomst av overretbarhet av nociceptiva neuron, främst i ryggmärgens bakhorn. Fenomenet förekommer normalt och syftar till smärtförstärkning och immobilisering efter akut trauma. Det kan även uppkomma till följd av upprepad eller ihållande perifer nociception, t ex vid långvarig, repetitiv muskelbelastning. Överretbarheten är normalt reversibel om den perifera nociceptionen upphör [7, 8]. Men hos en mindre grupp, sannolikt predisponerade individer, kan långvarig eller irreversibel central sensitisering utvecklas och medföra långvarig smärta.

(...) Vid långvarig muskuloskeletal smärta kan detta yttra sig som abnorm ömhet (allodyni), smärta (hyperalgesi) och eftersmärta (kvarstående värk), t ex efter ringa muskelbelastning.

(Kilde: Jan Lidbeck, med dr, överläkare, Smärtrehab, VO Planerade operationer, Helsingborgs lasarett, läkartidningen nr 41 2007 volym 104).

En annen artikkel som gir en god beskrivelse av hvordan sentral sensitisering arter seg finner vi i tidsskriftet til den norske tannlegeforeningen. Selv om beskrivelsen tar utgangspunkt i smerter fra tenner og kjeve fremgår det av artikkelen at mekanismene trolig er de samme for mange kroniske smertetilstander:

<https://www.tannlegetidende.no/i/2012/10/dntt-494855>

*Innenfor eksperimentell og klinisk smerteforskning finnes det støtte for at mange kroniske smertetilstander er forårsaket av sentral sensitisering (27, 29). (Kilde: Artikkel fra tannlegetidsskrift gjengitt i fortsettelsen)*

**Sentral sensitisering** oppstår som en videreføring av perifer sensitisering i form av intens og høyfrekvent stimulering av WDR- og NS-nevroner i hjernestammen (figur 4 og 5B) (3). Dette kan føre til en «wind-up» reaksjon i disse nevronene som leder smertesignalene videre sentralt til thalamus og hjernebark. Ved «wind-up» vil nevronene fortsette å sende signaler sentralt selv etter at perifer stimulering har opphørt. De aktiverte nevroner får et senket smerteterskelnivå og vil reagere på signaler som i utgangspunktet ikke fører til aktivering. I tillegg mister WDR-nevronet evnen til å skille mellom stimuli som trykk, berøring, leddsans, temperatur og smerte. Samtlige stimuli vil tolkes som smerte, også impulser som tidligere var ubevisst (3). Smerten opprettholdes nå av normal tonus i Ab-fibre. Over tid vil det perifere smertefulle området øke i utbredelse. Dette fører til at flere nevroner blir aktivert og deltar i smerteoverføring på hjernestammenivå (figur 5B). Pulpainflammasjon og inngrep i en vital pulpa er rapportert å forårsake sentral sensitisering (3, 21, 26, 27). Sentral sensitisering og økning av de smertereseptive områder er trolig hovedmekanismen bak såkalt projisert eller overført smerte (18), det vil si smerte som projiseres til andre områder på kroppen enn der den går ut ifra. Slike smerter er relativt ofte lokalisert til ansikt, tenner og andre orale vev (3, 4). Både perifere og sentrale smertemekanismer, kombinert med såkalt trigeminal konvergens kan føre til overført smerte (figur 3) (22, 27, 28). Det vil si at ett og samme WDR-nevron mottar nociseptive signaler fra flere tenner og orofasiale områder samtidig i tillegg til smertesignaler fra muskler og ledd i nakkeregionen (figur 4) (3, 18). Overført smerte opptrer ofte sammen med utvikling av kronisk smerte.

*(Kilde: Siv Rosendorf Kvinnsland, Inge Fristad og Inger Hals Kvinnsland, Nor Tannlegeforen Tid 2012; 122: 754—9)*

#### 4.1. Smertemekanismer - Diskusjon

Med unntak av nerverotaffeksjon ser det ut til at de fleste ryggbehandlere forutsetter at all smerte som ryggpasienter beskriver er nociseptiv. Når man fastlår at man ikke kjenner smerteårsaken til anslagsvis 85 % av pasientene med CLBP, er det grunn til å spørre om man har oversett smertemekanismer som ikke er nociseptive.

Det finnes dokumentasjon på at smertemekanismer som ikke er nociseptive spiller en rolle hos pasienter med CLBP, og det er uforståelig at det ryggfaglige miljøet ikke har viet mer oppmerksomhet mot dette. Det er avgjørende å vinne mer kunnskap om årsaker til CLBP for å kunne gi riktig behandling, og like viktig, for å avklare hvilken behandling pasienten ikke skal utsettes for.

Et tankeeksperiment: La oss ha som utgangspunkt at korsryggsmertene til en del pasienter er forårsaket av sentral sensitisering. Da vil alle former for fysisk aktivitet generere smerter. Disse pasientene vil score høyt på FABQ, men i dette tilfellet ville scoren ikke dokumentert fear-avoidens beliefs men derimot naturlig og forventet adferd som følge av sentral sensitisering. Dersom sentral sensitisering er årsak til smerter hos pasienter med CLBP vil behandlere begå stor urett om de forsøker å legge press på disse pasientene for å få dem til "å gjenoppta normal aktivitet."