

Kunnskap, praksis og holdninger til ryggglidelser hos leger, fysioterapeuter og kiropraktorer

Sammendrag

Bakgrunn. I Norge har de tre yrkesgruppene leger, fysioterapeuter og kiropraktorer offentlig autorisasjon for utredning og behandling av ryggplager. Studien sammenlikner kunnskap, praksis og holdninger i de tre yrkesgruppene.

Materiale og metode. Samtlige leger, fysioterapeuter og kiropraktorer i Vestfold, Telemark og Aust-Agder ble bedt om å besvare et spørreskjema om kunnskaper om ryggglidelser, valg av tiltak ved ryggglidelser og holdninger til ryggplager.

Resultater. Kiropraktorene hadde klart flest ryggpasienter i sin praksis og størst interesse for fagfeltet. Mens 77 % av fysioterapeutene ville henvise en pasient med akutt isjias til lege, ville bare 24 % av kiropraktorene gjøre det samme. 65 % av legene og 10 % av kiropraktorene ville henvise en pasient med kronisk ryggsmerte til fysioterapi. En av fem leger og kiropraktorer og 13 % av fysioterapeutene ville rekvirere skjelettrøntgen ved akutte korsryggsmarter. Svært få av helseaktørene mener at ryggsmarter er uforenlig med yrkesaktivitet. Få av dem mener at det som oftest er mulig å finne en sikker årsak til ryggplagene hos den enkelte.

Diskusjon. Studien viser små forskjeller mellom de tre yrkesgruppene i kunnskap og holdninger til ryggglidelser. Leger og fysioterapeuter har lange tradisjoner for gjensidig samarbeid, mens kiropraktorer i liten grad synes å henvise til andre behandlere. De fleste helseaktørene anbefaler fortsatt skjelettrøntgen ved de fleste ryggglidelser, hvilket ikke er i tråd med retningslinjene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Erik L. Werner
loewern@online.no

Aage Indahl
Spesialsykehus for rehabilitering, Stavern
3291 Stavern

Pasienter med ryggsmarter oppsøker mange ulike yrkesutøvere (1), men bare leger, fysioterapeuter og kiropraktorer har offentlig godkjenning for å utrede og behandle ryggplager (2). Mens leger og fysioterapeuter har lang tradisjon for samarbeid om flere pasientkategorier, er det først de senere årene vi kan registrere en økende gjensidig forståelse og samarbeid mellom leger og kiropraktorer. Både Norsk forening for ryggforskning og Nasjonalt ryggnettverk har stimulert slikt samarbeid (3), og pasientene ønsker det.

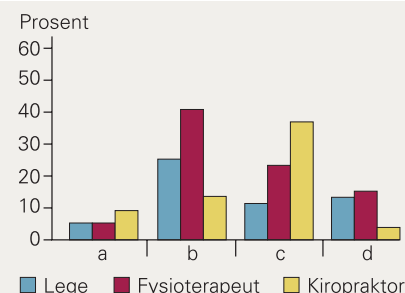
I fravær av vitenskapelig dokumenterbar patoanatomisk diagnostikk for inntil 85 % av pasienter med akutte ryggsmarter (4), er det naturlig å ha et bredt perspektiv på den enkelte ryggpasient. Samtidig er det viktig at aktørene er samstemte i sin kommunikasjon med ryggpasienten. Ulike tolkninger og formuleringer mellom profesjonene bidrar til økt usikkerhet og frustrasjon blant pasientene (5, 6). Et viktig formål med utarbeidningen av tverrfaglige retningslinjer (4) har nettopp vært å etablere en felles terminologi og forståelse for ryggsmarter blant aktørene. Moderne ryggbehandling vektlegger trygghetskapende kommunikasjon (7), og effekten av denne øker om den gjentas av flere behandlere (8).

Ihlebak & Eriksen har vist at leger og fysioterapeuter for en stor del har holdninger til ryggplager som harmonerer med budskapet i retningslinjene (9). Formålet med denne studien er å sammenlikne legers, fysioterapeuters og kiropraktors kunnskap, praksis og holdninger ved ryggplager.

Materiale og metode

Vi sendte i februar 2002 et spørreskjema til samtlige 414 leger, 663 fysioterapeuter og 28 kiropraktorer i primærhelsetjenesten i Vestfold, Telemark og Aust-Agder. Skjemaene ble returnert ubesvart av 119 fysioterapeuter og ti leger som mente deres yrkesutøvelse ikke gav grunnlag for å svare (praksis rettet mot spesielle pasientgrupper, ren administrativ stilling etc.). Av de resterende 974 helseaktørene, var det 193 leger (48 %), 255 fysioterapeuter (47 %) og 21 kiropraktorer (75 %) som besvarte skjemaet.

Figur 1



- Ryggsmarter er oftest uforenlig med yrkesaktivitet
- Ryggpasienter bør lytte til kroppen og unngå alt som provoserer frem ryggsmarter
- Som oftest er det mulig å finne en sikker årsak til ryggplagene hos den enkelte ryggpasient
- Mine oppfatninger om hvordan man skal forholde seg til ryggplager har endret seg siste 12 måneder

Andel i prosent av leger, fysioterapeuter og kiropraktorer som er enig eller helt enig i følgende fire utsagn

Skjemaet inneholdt foruten bakgrunnsopplysninger om den enkelte yrkesutøver, tre deler som omfattet spørsmål om kunnskaper, holdninger og tiltak man ville anbefale ved ulike typer ryggplager.

For kunnskapsspørsmålene ble det gitt 11 symptomer og tegn som respondentene ble

Hovedbudskap

- Leger, fysioterapeuter og kiropraktorer synes å ha sammenfallende kunnskaper om og forståelse av ryggglidelser
- Leger og fysioterapeuter opprettholder et tradisjonelt samarbeid med gjensidig henvisning, mens kiropraktorer i mindre grad henviser og blir henvist til fra andre aktører
- Skjelettrøntgen er fortsatt en hyppig benyttet undersøkelse ved alle typer ryggglidelser, hvilket ikke er i tråd med retningslinjene
- Helseaktørene har generelt liten tro på presis patoanatomisk diagnostikk ved ulike ryggglidelser

bedt om å bedømme som uspesifikk korsryggssmerter, nerverotaffeksjon eller rødt flagg, som er den diagnostiske inndeling som benyttes i de tverrfaglige retningslinjene (4). Tiltaksspørsmålene ble inndelt etter akutte og kroniske korsryggssmerter samt akutt og kronisk isjias med varighet mindre eller mer enn tre måneder som tidsaspekt for inndelingen. Svaralternativene var alltid, ofte, noen ganger og nesten aldri. Respondentene ble bedt om å forholde seg til i alt 22 ulike tiltak. Holdningsspørsmålene bestod av i alt 15 ulike utsagn, hvor man ble bedt om å krysse av grad av enighet med utsagnet. Svaralternativene var helt uenig/aldri, uenig/sjelden, både og/noen ganger, enig/ ofte og helt enig/alltid. I denne artikkelen er svaralternativene slått sammen, slik at tabellene og figuren kun viser andelen av svarene ofte eller alltid for hvert spørsmål/utsagn.

Skjemaene ble databearbeidet ved Forskningsenheten, Nasjonalt ryggnettverk, Universitetet i Bergen, og for statistiske analyser er det benyttet SPSS 11.5 for Windows.

Resultater

Medianverdien for totalt antall pasienter per uke for kiropraktorer var 99 (SD 35), for leger 81 (SD 41) og for fysioterapeuter 45 (SD 24). Medianverdien for ryggrelaterte konsultasjoner per uke var for kiropraktorer 81 (SD 38), for leger 8 (SD 5) og for fysioterapeuter 12 (SD 13). For kiropraktorene utgjør andelen ryggpasienter 82 % av alle behandlinger, for fysioterapeutene 27 % og for legene 10 %.

Graden av interesse for ryggmedisin og ryggpasienter viste samme forhold: 5 % av legene, 17 % av fysioterapeutene og 91 % av kiropraktorene angav betydelig interesse, 27 % av legene, 34 % av fysioterapeutene og 5 % av kiropraktorene hadde dette som et av flere interesseområder, og 62 % av legene, 41 % av fysioterapeutene og 5 % av kiropraktorene var interessert på linje med de fleste andre fagområder.

De tre profesjonsgruppene gir i hovedsak like svar på kunnskapsspørsmålene (tab 1). Betydelige smerter om natten blir av 86 % av kiropraktorene oppfattet som rødt flagg, mens 54 % av fysioterapeutene og 48 % av legene gjør det samme ($p = 0,003$). Opphevet dyp senerefleks i et nivå blir av 23 % av fysioterapeutene tolket som et mulig rødt flagg, mens bare 14 % av kiropraktorene og 9 % av legene gjør det samme ($p = 0,002$). Ridebukseanestesi blir av 81 % av kiropraktorene og 77 % av legene oppfattet som rødt flagg, men bare 55 % av fysioterapeutene gjør det samme ($p < 0,001$).

Spørsmålene vedrørende tiltak overfor ryggpasienter er delt i to grupper. I den ene ser vi på diagnostiske utredninger og oppfølging (tab 2), og i den andre på ulike behandlingstiltak (tab 3). Også her er det overveiene små forskjeller mellom profesjonene. De største ulikhetene fremkommer ved valg av

Tabell 1 Andel i prosent av legers, fysioterapeuters og kiropraktors vurdering av ulike tegn og symptomer i forhold til mulig diagnose (Flere enn ett svar mulig)

	Uspesifikk korsryggssmerter		Nerverotaffeksjon		Rødt flagg	
	(Prosent, 95 % KI)		(Prosent, 95 % KI)		(Prosent, 95 % KI)	
<i>Ridebukseanestesi</i>						
Lege	2	0–4	54	47–61	77	70–83
Fysioterapeut	8	5–12	59	53–65	55	49–61
Kiropraktor	0		43	20–66	81	63–99
<i>Positiv Lasègues test</i>						
Lege	3	1–6	99	97–100	6	2–9
Fysioterapeut	7	4–11	98	96–100	5	3–8
Kiropraktor	5	–5–15	95	85–105	5	0–15
<i>Nevrologisk utfall fra flere nivåer</i>						
Lege	3	1–6	38	31–45	83	78–89
Fysioterapeut	7	4–11	60	54–67	79	73–84
Kiropraktor	5	–5–15	52	29–76	76	56–96
<i>Positiv Babinskis refleks</i>						
Lege	4	1–7	24	18–31	75	69–81
Fysioterapeut	2	1–4	30	24–36	70	64–76
Kiropraktor	0		24	4–44	81	63–99
<i>Betydelige smerter om natten</i>						
Lege	52	44–59	35	28–42	48	40–55
Fysioterapeut	50	43–56	31	26–37	54	48–60
Kiropraktor	38	15–61	29	8–50	86	69–102
<i>Symptomer i begge legger</i>						
Lege	35	28–42	43	35–50	33	26–40
Fysioterapeut	25	20–31	62	56–69	37	31–43
Kiropraktor	52	29–76	52	29–76	57	34–80
<i>Intense korsryggssmerter</i>						
Lege	89	84–94	23	17–29	21	15–27
Fysioterapeut	86	82–91	19	14–24	39	33–45
Kiropraktor	95	85–105	29	6–50	54	20–66
<i>Opphevet dyp senerefleks i et nivå</i>						
Lege	3	1–6	95	92–98	9	5–14
Fysioterapeut	2	0–4	87	82–91	23	17–28
Kiropraktor	0		95	85–105	14	–2–31
<i>Unilateral isjiasmerter nedenfor kneet</i>						
Lege	5	2–8	93	90–97	4	1–7
Fysioterapeut	6	3–9	86	82–90	10	6–14
Kiropraktor	10	–4–23	95	85–105	14	–2–31
<i>Alder under 20 eller eldre enn 55 år</i>						
Lege	42	35–50	11	6–15	64	57–72
Fysioterapeut	42	35–48	12	8–16	64	58–70
Kiropraktor	52	29–76	10	–4–23	57	34–80
<i>Variierende smerteintensitet, bedre i ro</i>						
Lege	92	88–96	21	15–27	3	0–5
Fysioterapeut	92	88–95	27	21–32	4	1–6
Kiropraktor	86	69–102	24	4–44	5	0–15

samarbeidspartner, idet 77 % av fysioterapeutene vil henvise en pasient med akutt isjias til lege, mens bare 24 % av kiropraktorene vil gjøre det samme ($p < 0,001$). Samtidig vil 65 % av legene og 71 % av fysioterapeutene anbefale å henvise pasienter med kronisk ryggssmerter til fysioterapeut, mens bare 10 % av kiropraktorene er enig i dette ($p < 0,001$). Det er en tendens at leger og fysioterapeuter ved alle tilstander i liten grad vil anbefale henvisning til kiropraktor. Motsvarende vil kiropraktorer i enda mindre

grad henvise til lege og/eller fysioterapeut ($p < 0,001$). Det er bare leger og fysioterapeuter som overhodet vil anbefale behandling hos annen helseaktør enn de tre med offentlig autorisasjon, fortrinnsvis ved kroniske tilstander.

Ved akutte korsryggssmerter vil 22 % av legene, 19 % av kiropraktorene og 13 % av fysioterapeutene henvise ofte eller alltid til skjelettrøntgen. Ved akutt isjias øker andelen til henholdsvis 44 %, 45 % og 32 %. Også ved de kroniske lidelsene vil halvparten av

Tabell 2 Andel i prosent av leger, fysioterapeuter og kiropraktorer som angav alltid eller ofte på spørsmål om hvor ofte følgende tiltak er nødvendig hos ryggpasienter med og uten utstråling i akutt og kronisk fase av ryggdannelsen

	Leger		Fysioterapeuter		Kiropraktorer	
	(%)	(KI)	(%)	(KI)	(%)	(KI)
<i>Akutte korsryggssmerter (< 3 md)</i>						
Røntgen	22	16–28	13	9–17	19	1–37
CT	18	12–23	13	8–17	10	0–23
MR	5	2–8	9	5–13	5	0–15
Laboratorieprøver	30	23–36	9	5–13	0	
Kontrolltime	69	62–75	64	58–70	76	56–96
Henvvisning til lege	13	5–21	51	44–58	5	0–15
Henvvisning til fysioterapeut	40	33–47	52	45–59	0	
Henvvisning til kiropraktor	17	12–23	19	13–24	56	15–96
Henvvisning til annen	5	0–9	14	7–20	0	
<i>Kroniske korsryggssmerter</i>						
Røntgen	70	63–76	39	33–46	57	34–80
CT	43	36–51	31	25–37	5	0–15
MR	20	15–26	27	21–33	0	
Laboratorieprøver	66	59–72	24	16–27	6	0–17
Kontrolltime	79	73–84	59	52–66	65	42–88
Henvvisning til lege	32	21–42	55	48–62	10	0–24
Henvvisning til fysioterapeut	65	58–72	71	65–77	10	0–23
Henvvisning til kiropraktor	20	14–27	23	17–29	56	15–96
Henvvisning til annen	19	11–27	19	12–26	0	
<i>Akutt isjias (< 3 md)</i>						
Røntgen	44	37–51	32	26–39	45	21–69
CT	65	58–72	50	43–56	52	29–76
MR	26	20–32	39	33–46	15	0–32
Laboratorieprøver	31	24–38	14	9–19	0	
Kontrolltime	92	88–96	78	73–84	80	61–99
Henvvisning til lege	24	15–33	77	71–83	24	4–44
Henvvisning til fysioterapeut	40	33–48	55	48–62	0	
Henvvisning til kiropraktor	10	5–15	14	9–19	44	4–85
Henvvisning til annen	9	3–15	16	9–23	0	
<i>Kronisk isjias</i>						
Røntgen	48	41–55	42	35–48	52	29–76
CT	61	53–68	48	41–54	71	50–92
MR	33	26–40	49	42–55	30	8–52
Laboratorieprøver	47	40–54	24	18–30	6	0–17
Kontrolltime	73	66–79	62	56–69	89	73–105
Henvvisning til lege	51	40–61	69	62–75	10	0–24
Henvvisning til fysioterapeut	55	48–63	63	56–70	5	5–15
Henvvisning til kiropraktor	12	7–17	18	12–24	56	15–96
Henvvisning til annen	17	9–25	14	8–21	0	

aktørene henviser til skjelettrøntgen. Bruk av CT og MR øker ytterligere ved isjias.

Svært få av helseaktørene oppfatter at ryggsmerte oftest er uforenlig med yrkesaktivitet (fig 1). Det er klart flest fysioterapeuter som mener at ryggpasienter bør lytte til kroppen og unngå alt som provoserer frem ryggsmerte (41 %) ($p < 0,001$), og flest kiropraktorer (38 %) som mener at det som oftest er mulig å finne en sikker årsak til ryggplagene hos den enkelte ryggpasient ($p = 0,003$).

Diskusjon

Denne studien viser små forskjeller mellom de tre yrkesgruppene leger, fysioterapeuter og kiropraktorer i forhold til vurderingen av ulike tegn og symptomer hos ryggpasienter og anbefalingene om hvordan disse skal be-

handles. Våre resultater gir ikke grunnlag for å fremheve en yrkesgruppe fremfor noen av de andre når det gjelder det generelle kunnskapsnivået og sikkerheten for pasientbehandlingen.

Studien bekrefter i stor grad innarbeidede, tradisjonelle samarbeidsrelasjoner mellom helseprofesjonene, hvor særlig leger og fysioterapeuter synes å ha en utstrakt gjensidig henvisningspraksis. Det er kanskje overraskende at kiropraktorene synes å være den gruppen som i minst grad velger å samarbeide med andre aktører. Troen på egen behandlingsform synes å være overveldende (tab 3), og det er bare i forhold til akutt isjias det vises noen grad av reservasjon. Retningslinjene angir ingen presis anbefaling i forhold til manipulasjonsbehandling ved uspesifikke korsryggssmerter (4), men sier

at slik behandling «...kan vurderes for pasienter som trenger ekstra hjelp og som etter en tid ikke har kommet tilbake i vanlige aktiviteter», og at «det er moderat grunnlag for å anbefale manipulasjon tidlig i forløpet, kanskje etter 1–2 uker». Anbefalingene er mer presise når det gjelder nerverotaffeksjon, hvor det heter at «manipulasjon skal ikke benyttes for pasienter med alvorlige eller progredierende nevrologiske utfall». Isjias er imidlertid i dagligtale ikke ensbetydende med nerverotaffeksjon, men oftere en beskrivelse på en generell utstrålende smerte (10), og kiropraktorenes anbefalinger i denne studien er derfor ikke nødvendigvis i konflikt med retningslinjene.

Det er påfallende at så mange av aktørene fortsatt anbefaler bruk av skjelettrøntgen ved akutte tilstander. Dette er ikke i tråd med retningslinjene (4), men i overensstemmelse med tidligere funn fra Aust-Agder, hvor 81 % av all bildediagnostikk var skjelettrøntgen og ble rekvirert hos 40 % av alle ryggpasienter hos primærlegen (11). En endring av legenes rekvireringsmønster vil kunne ha betydning både for helseforetakenes ressurser og pasientenes stråledoser (12). Espeland og Bærheim viser i en studie at leger kan føle seg presset av andre faggrupper til å rekvirere et røntgenbilde, til tross for usikker eller tvilsom indikasjon. Pasientene forteller at fysioterapeuten ikke vil starte behandling før et bilde er tatt (13). Vår studie bekrefter at dette i noen grad kan være tilfellet, ved at profesjonene har nokså sammenfallende anbefalinger om henvisning til skjelettrøntgen.

Alle gruppene anbefaler kontrolltime ganske liberalt. Dette vil trolig både av aktørene og pasientene oppfattes som omsorgsfullt og ansvarsfullt. Flere forskere har imidlertid tatt til orde for at dette kan være med på en medikalisering og sykeliggjøring av en tilstand som man ønsker i større grad å oppfatte som et normalfenomen (14, 15). Både de høye insidens- og prevalenstillene for ryggplager og den gode prognosen for spontantilheling (16, 17), er tatt til inntekt for et syn om at behandlergruppens intervensjon i seg selv er vedlikeholdende for plagene. Man forsøker å oppmuntre ryggplagede til større grad av egenomsorg, men dette blir til dels motarbeidet av helseprofesjonenes tradisjon for kontrolltimer. Sannsynligvis er det forskjell på pasientenes grad av evne til egenomsorg, men økt oppmerksomhet blant aktørene om disse avveiningene vil kunne differensiere tilbudet til de ulike pasientene i større grad.

I den pågående debatt om de somatiske årsaksforhold ved ryggdannelser er det interessant å merke seg at klinikerne i denne studien overveiende ikke støtter utsagnet «som oftest er det mulig å finne en sikker årsak til ryggplagene hos den enkelte ryggpasient». Kiropraktorene er den gruppen som i størst grad gir sin støtte til utsagnet, men også blant disse er det bare litt over en tredel som

Tabell 3 Andel i prosent av leger, fysioterapeuter og kiropraktorer som alltid eller ofte gav følgende råd og forskrivninger – eventuelt henviste til annen behandler som kunne gi den aktuelle behandling – til ryggpasienter med og uten utstråling i akutt og kronisk fase av rygg-lidelsen

	Leger		Fysioterapeuter		Kiropraktorer	
	(%)	(KI)	(%)	(KI)	(%)	(KI)
<i>Akutte korsryggssmerter (< 3 md)</i>						
Øvelser	79	73–85	79	73–84	65	42–88
Fysioterapi	46	39–53	67	61–74	0	
Sengeleie < 2 dg	23	17–29	27	22–33	0	
Sengeleie > 2 dg	2	0–3	6	2–9	0	
Injeksjoner	2	0–3	1	0–3	0	
Traksjon	4	1–7	21	15–26	10	0–23
Manipulasjon	11	7–16	19	14–24	100	
Korsett	0		5	2–7	14	0–31
Innleggelse	1	0–2	0		0	
Ikke-steroide antiinflammatoriske midler	92	88–96	50	43–57	50	26–74
Perorale steroider	4	1–7	0		0	
Muskelrelakserende midler	18	12–23	28	22–35	16	0–34
Paracetamol	88	83–93	48	40–55	35	12–58
<i>Kroniske korsryggssmerter</i>						
Øvelser	91	86–95	98	96–100	86	69–102
Fysioterapi	72	65–78	84	79–89	5	0–15
Sengeleie < 2 dg	2	0–4	6	3–9	0	
Sengeleie > 2 dg	1	0–3	0		0	
Injeksjoner	3	0–5	4	1–6	0	
Traksjon	4	1–6	20	15–25	24	4–44
Manipulasjon	10	6–15	17	12–22	100	
Korsett	3	0–5	3	1–6	0	
Innleggelse	2	0–3	1	0–2	0	
Ikke-steroide antiinflammatoriske midler	64	57–70	15	9–20	5	0–15
Perorale steroider	0		2	0–5	0	
Muskelrelakserende midler	11	6–15	10	6–15	6	0–17
Paracetamol	72	66–78	23	17–29	6	0–17
<i>Akutt isjias (< 3 md)</i>						
Øvelser	57	50–64	61	55–67	33	11–55
Fysioterapi	39	32–46	63	56–69	0	
Sengeleie < 2 dg	28	21–34	35	29–41	10	0–23
Sengeleie > 2 dg	4	1–7	9	5–13	10	0–23
Injeksjoner	2	0–3	2	0–5	0	
Traksjon	9	5–13	24	18–30	19	1–37
Manipulasjon	5	2–9	4	2–7	57	34–80
Korsett	2	0–4	6	3–9	24	4–44
Innleggelse	1	0–3	2	0–4	0	
Ikke-steroide antiinflammatoriske midler	92	88–96	41	34–49	60	36–84
Perorale steroider	1	0–2	6	2–10	5	0–16
Muskelrelakserende midler	22	16–28	29	22–35	25	4–46
Paracetamol	88	83–93	51	44–58	35	12–58
<i>Kronisk isjias</i>						
Øvelser	84	78–89	93	89–96	81	63–99
Fysioterapi	70	63–76	79	74–84	10	0–23
Sengeleie < 2 dg	4	1–7	5	2–7	0	
Sengeleie > 2 dg	1	0–3	0		0	
Injeksjoner	1	0–3	1	0–3	0	
Traksjon	5	2–9	24	18–30	38	15–61
Manipulasjon	6	2–9	8	5–12	95	85–105
Korsett	1	0–2	1	0–3	0	
Innleggelse	4	1–7	3	0–5	0	
Ikke-steroide antiinflammatoriske midler	65	58–72	16	11–22	10	0–24
Perorale steroider	1	0–2	4	1–7	0	
Muskelrelakserende midler	12	7–17	11	6–16	5	0–15
Paracetamol	76	70–82	25	19–32	5	0–15

gjør det. I en annen studie basert på det samme materialet, fremkommer det imidlertid at kiropraktorene er den gruppen som har minst tiltro til rygglidelsenes gode spontanprognose, mens legenes holdning stort sett er at ryggplager tilheler uavhengig av hvilken behandling som gis (18).

Litteratur

- Coulter ID, Hurwitz EL, Adams AH et al. Patients using chiropractors in North America – Who are they, and why are they in chiropractic care? *Spine* 2002; 27: 291–8.
- Forskrift av 21. desember 2000 om autorisasjon m.m. av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområdet (EØS). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
- Berg O. Kunnskap og politikk. En evaluering av Nasjonalt ryggnettverks virksomhet 1999–2003. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2003.
- Nasjonalt ryggnettverk. Akutte korsryggssmerter. Tverrfaglige, kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, 2002.
- McIntosh A, Shaw FM. Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expect* 2003; 6: 19–29.
- van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM et al. Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: a descriptive study. *Spine* 1997; 22: 76–82.
- Waddell G. The back pain revolution. London: Churchill Livingstone, 1998.
- Lærum E. What is «The good back-talk»? Abstract 016. Montreal: Montreal International Forum V for Primary Care Research on Low Back Pain, 2002.
- Ihlebaek C, Eriksen HR. The «myths» of low back pain: Status quo in Norwegian general practitioners and physiotherapists. *Spine* 2004; 29: 1818–22.
- <http://www.thephysiotherapy.co.uk/back/sciatica.html> (18.5.2005).
- Werner EL, Lærum E, Ihlebaek C. Hva gjør primærlægen med ryggpasienten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1800–3.
- Espeland A, Bærheim A, Albrektsen G et al. Patients' views on importance and usefulness of plain radiography for low back pain. *Spine* 2001; 26: 1356–63.
- Espeland A, Bærheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guidelines barriers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2003; 3: 8.
- Indahl A. Et enkelt behandlingsregime for subakutte ryggssmerter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1906–8.
- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ* 2001; 322: 1516–20.
- Brage S, Lærum E. Ryggglidelser i Norge – en epidemiologisk beskrivelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1619–23.
- Ursin H. Prognose ved ryggglidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1909–12.
- Werner EL, Ihlebaek C, Skouen JS et al. *Spine* 2005, godkjent for publisering.