

Kunnskapsbasert ryggomsorg – en pilotstudie om etterutdanning av allmennleger



Tema:
Rygg

Bakgrunn. Kunnskapsbaserte praksisretningslinjer om ryggomsorg gir anbefalinger basert på dagens beste foreliggende viten. Strukturert etterutdanning er en strategi for å implementere praksisretningslinjer.

Materiale og metode. Underordnede leger ved en akuttmedisinsk allmennlegevakt ble tilbudt etterutdanning i kunnskapsbasert ryggomsorg. Utdanningsprogrammet inneholdt en vanlig forelesning, et hefte og en dags hospitering hos ryggspesialist. Deltakerne besvarte et evalueringsskjema etter 3–6 måneder.

Resultater. Ti av 11 deltakende allmennleger besvarte skjemaet. Legene opplevde at etterutdanningen påvirket deres praktiske pasienthåndtering. Likevel angav halvparten av deltakerne at deres praksis fortsatt avvok fra kunnskapsbaserte anbefalinger, særlig fordi de opplevde at pasientene forventet raskere iverksettning av tiltak.

Fortolkning. Initiativer for å implementere kunnskapsbasert ryggomsorg i primærhelsetjenesten bør prioritere betydningsfulle avvik i praksis og spesifikt påvirke barrierene som opprettholder slik praksis.

Vond rygg er et viktig klinisk problem som er vanlig forekommende, forårsaker mye lidelse og er en dominerende årsak til arbeidsuførhet hos unge mennesker (1). Det er holdepunkter for at pasienter med vond rygg håndteres suboptimalt av helsevesenet. Behandlingspraksis varierer betydelig. Overforbruk av bildediagnostiske undersøkelser avdekker ofte falskt positive funn som bidrar til unødig engstelse og ressursbruk. Ryggeksperter mener ryggplager medikaliseres i overdreven og uheldig grad (1, 2). Kunnskapsbaserte praksisretningslinjer, som er utarbeidet på grunnlag av dagens beste viten, tar sikte på å bedre slike forhold (1, 3, 4).

De fleste konsultasjoner for vond rygg skjer i primærhelsetjenesten. Kunnskapsbaserte praksisretningslinjer kommer flest ryggpasienter til gode hvis allmennlegene kjenner anbefalingene og bruker dem i sin kliniske hverdag.

Etterutdanning for leger har til hensikt å

Finn Ø. Rasmussen

fira@uus.no

Nevrologisk avdeling

Medisinsk divisjon

Ullevål universitetssykehus

0407 Oslo

Rasmussen FØ.

Evidence-based back pain care – a pilot study of continuous medical education.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1794–6

Background. Evidence-based practice guidelines on back pain give recommendations on appropriate care in order to improve patient outcomes. One strategy used to implement practice guidelines is continuous medical education (CME).

Material and methods. Junior doctors working in a primary care emergency reception attended a CME programme with a lecture on back pain, a booklet on evidence-based back pain care and one day traineeship with a specialist working at a back pain clinic. Three to six months later the participants answered a questionnaire evaluating the programme.

Results. Ten out of the eleven participants answered the questionnaire. They felt that the CME programme had affected their professional practice; one in two thought that their practice still deviated from evidence-based recommendations, mostly because patients wanted faster interventions than the recommendations call for.

Interpretation. Initiatives to implement evidence-based back pain care should focus on the important deviations from recommended care and specifically seek to affect barriers that maintain such practice.

oppretholde eller forbedre legers kliniske prestasjonsevne (5). Tradisjonelle didaktiske forelesninger er beviselig lite effektive tiltak (6, 7). Legers kliniske atferd påvirkes mest effektivt når man benytter andre læringsprinsipper der læringen knyttes til klinisk praksis, undervisningen er interaktiv med mulighet for å praktisere ferdigheter og læreren kombinerer flere læringsmetoder (5, 8).

Jeg ville anvende denne kunnskapen om læring i et etterutdanningsstilbud til allmennleger for å øke deres kompetanse om kunnskapsbasert ryggomsorg. I denne artikkelen rapporterer jeg erfaringer fra en pilotstudie med et etterutdanningsprogram som inneholdt:

- En vanlig forelesning
- Et hefte om kunnskapsbasert ryggomsorg
- En dags hospitering hos ryggspesialist

Materiale og metode

En kunnskapsbasert standard for god ryggomsorg er enklest tilgjengelig fra nasjonale eller internasjonale praksisretningslinjer som er utviklet etter kunnskapsbaserte metoder. Jeg foretok en kritisk gjennomgang av ti praksisretningslinjer (9) og skrev et 20 siders hefte (10) om kunnskapsbasert ryggomsorg med utgangspunkt i de to beste praksisretningslinjene som forelå i 1998 (1, 3). Hefet gjennomgikk kollegial kritikk i eget fagmiljø.

Vi etablerte et samarbeid med allmennlegeeksjonen ved Oslo kommunale legevakt. I september 1998 holdt jeg en forelesning om kunnskapsbasert ryggomsorg i tilknytning til legenes vanlige undervisning. De underordnede legene fikk deretter tilbud om en dags hospitering ved ryggseksjonen på nevrologisk poliklinikk. Hospiteringen ble gjennomført i perioden november 1998 til april 1999.

Deltakerne fikk tilsendt heftet om kunnskapsbasert ryggomsorg en uke før hospiteringen. Hospiteringsdagen var tilpasset undervisningen ved at alle pasientene var der til førstegangsvurdering, og det var beregnet 30 minutter ekstra tid, slik at hver konsultasjon varte i 90 minutter. Hver lege fikk møte tre pasienter med vond rygg og en pasient med vond nakke.

Tre til seks måneder etter hospiteringsdagen fikk alle deltakende leger tilsendt et evalueringsskjema. De gav opplysninger om alder, kjønn og karrieresituasjon. De ble bedt om å bedømme undervisningen med henblikk på:

- Opplevd generell nytte
- Opplevd påvirkning av egen pasienthåndtering

Hver av de tre hovedelementene i undervisningsprogrammet skulle vurderes ved avkryssing i en av fire kategorier:

- Ingen nytte/effekt
- Litt nytte/effekt
- God nytte/effekt
- Svært god nytte/effekt

Deltakerne ble spurt om de mente deres praksis avvek i betydningsfull grad fra en oppgitt kunnskapsbasert standard (ramme). De ble også bedt om å vurdere subjektive årsaker til det eventuelle avviket ved å krysse av i en tabell som var utarbeidet med bakgrunn i en tidligere oversikt (11).

Det ble purret en gang på spørreskjemaet. Skjemaene ble bearbeidet og sammenfattet uten bruk av statistisk analyse.

Resultater

13 leger fikk tilbud om hospitering og 11 gjennomførte tiltaket. En lege meldte avbud på grunn av sykdom og en unnlot å møte. Ti av deltakerne besvarte evalueringsskjemaet. Det var fire kvinner og seks menn, median alder var 31,5 år. Legene hadde vært autorisert i 0–4 år, og median arbeidsperiode ved

En kunnskapsbasert standard for håndtering av pasienter med vond rygg

Initial vurdering

Ved hjelp av sykehistorie og en kortfattet klinisk ryggundersøkelse der man spesifikt søker etter tegn på alvorlig sykdom («røde flagg») kan legen:

- Bekrefte at ryggsymptomene har utgangspunkt i ryggsoylen.
- Deretter sortere til en av tre beskrivende diagnosekategorier som kan veilede videre tiltak.

1. Mulig alvorlig sykdom i virvelsoylen eller nevrologisk akuttillfelle (uttalte lammelser eller akutt cauda equina-syndrom)
2. Mulig nerverotssymptomer (isjias)
3. Uspesifikk vond rygg

Initial behandling

Pasienter med mistenkt alvorlig sykdom i virvelsoylen eller nevrologisk akuttillfelle, bør tas hånd om umiddelbart på den mest effektive måten.

Pasienter i de to andre diagnosekategoriene i aldersgruppen 20–50 år bør den første tiden behandles med

Vaktsom observasjon.

- Bildediagnostikk og/eller viderehenvisning er unødvendig.
- Beroligende informasjon med utgangspunkt i pasientens bekymringer.

Aktiv hvile.

Kroppens egne reparasjonsmekanismer stimuleres best når man er i mest mulig normal aktivitet innenfor de rammer smertene setter. Noe avlastning og hvile innimellom kan være nødvendig. Styrketrening er ikke anbefalt den første tiden.

Enkel symptomlindring.

- Med medikamenter (paracetamol, ikke-steroid antiinflammatoriske midler, kodeinholdige analgetika eller muskelavslappende midler).
- Ved egenbehandling med varme- eller kuldepakning.
- Ved manipulasjon. Man kan vurdere et behandlingsforsøk med manipulasjon i løpet av de første 4–6 ukene.

Revurdering

Pasienter som ikke er tilbake i normale aktiviteter og arbeid etter 4–6 uker bør vurderes på nytt for om mulig å påvise årsaken til forsinket tilheling. Legen må utelukke spesifikke årsaker til vond rygg som har betydning for håndteringen slik som tumor, infeksjon, bruddskade eller spondylartritt, og gjøre seg kjent med uheldige ikke-organiske faktorer slik som feiloppfatninger, urealistiske forventninger og psykososiale vansker.

Videre behandling

Pasienter med plagsomme utstrålende nerverotssymptomer i beina.

Kirurgisk behandling kan bli aktuelt hvis bildediagnostikk avdekker en patoanatomisk årsak.

Pasienter uten plagsomme utstrålende nerverotssymptomer i beina.

Hos flertallet av pasientene har vi ikke effektiv spesifikk behandling. Viktige tiltak er gradvis aktivisering og opptrening. Behandlingen bør være målrettet. Samarbeid med en velfungerende bedriftshelsetjeneste er det mest rasjonelle og effektive tiltaket med tanke på tilbakeføring til arbeid.

Oslo kommunale legevakt var 16 måneder. De fleste hadde ikke fastsatt sine karrierplaner i forhold til eventuell spesialistutdanning.

Forelesningen. Kun tre av ti leger deltok på forelesningen. De tre som deltok, angav god til svært god nytte av forelesningen og mente at den hadde god effekt på deres praktiske håndtering av pasienter med vond rygg.

Hefet. Alle hadde fått heftet. To hadde ikke lest det, tre hadde lest i heftet, mens fem brukte det. De som hadde lest heftet, hadde god til svært god nytte av det og mente det hadde god effekt på deres praktiske håndtering av pasienter med vond rygg.

Hospiteringsdagen. Alle oppgav god til

svært god nytte av hospiteringen. Ni av ti mente tiltaket hadde god til svært god effekt på deres praktiske håndtering av pasienter med vond rygg. Bare en angav litt effekt.

Et flertall av deltakerne ville beholde alle de tre undervisningselementene vi hadde benyttet.

Barrierer mot kunnskapsbasert praksis. Fem av ti deltakere oppgav at de håndterte sine ryggpasienter annerledes enn den oppgitte kunnskapsbaserte standarden (ramme). Hele seks opplevde at pasientene hadde forventninger om raskere iverksetting av tiltak, slik som bildediagnostisk utredning og henvisning til behandling eller spesialist, enn det som var anbefalt. Fire følte seg presset til

å gjøre noe selv om nytten av tiltaket var usikkert. To fant det vanskelig å følge med i informasjonsflommen med nyheter om god ryggomsorg. En deltaker følte seg fortsatt faglig usikker på ryggglidelser og lite kompetent i klinisk ryggundersøkelse.

Diskusjon

Et etterutdanningsprogram for allmennleger med muntlig og skriftlig informasjon om kunnskapsbasert ryggomsorg kombinert med hospitering en dag hos ryggspesialist oppleves av deltakerne som en nyttig læreform som påvirker deres praktiske pasienthåndtering. Likevel angav halvparten av deltakerne at deres praksis fortsatt avvek fra kunnskapsbaserte anbefalinger særlig fordi de opplevde at pasientene forventet raskere iverksetting av utrednings- og behandlings tiltak enn det som var anbefalt.

Denne undersøkelsen omfatter kun ti leger som alle arbeidet ved en akuttmedisinsk allmennlegevakt der de vanligvis treffer sine ryggpasienter bare en gang. En fastlege i primærhelsetjenesten vil følge sine pasienter over tid og ha en annen arbeidssituasjon. Evalueringen av undervisningen ble gjort ved ublindert innhenting av deltakende legers meninger. Det er derfor flere forhold som tilsier at resultatene av denne pilotstudien må vurderes forsiktig.

Det er verdt å merke seg at bare tre av ti leger deltok på forelesningen, selv om denne ble holdt i vanlig dagarbeidstid. En sannsynlig medvirkende årsak er at arbeidsordninger med vakt, avspasering og travle arbeidsdager gjør det vanskelig å prioritere deltakelse på undervisningsmøter. Forelesninger er i utgangspunktet en lite effektiv læremetode, og dårlig fremmøte er selvsagt et ytterligere problem.

Det ble nedlagt et betydelig arbeid med å lage et brukervennlig hefte om kunnskapsbasert ryggomsorg, og det var uventet at to av ti leger ikke hadde lest heftet og at bare halvparten brukte det for å lære mer. På den annen side er det forståelig at travle allmennleger, som skal vite litt om mye, prioriterer kortfattede kilder til nyttig pasientorientert kunnskap (12). Hefte som vi brukte kunne nok med fordel vært kortet ned.

Tilbakemeldingene om undervisningsopplegget var entydig positive, men deltakerne rapporterte bestående avvik i praksis. Årsakene til avviket overensstemmer med resultater fra andre undersøkelser (13, 14). Det er vanskelig å endre legers kliniske atferd, og mange faktorer bidrar til å opprettholde innarbeidede handlingsmønstre (15). Fremtidige initiativer for å implementere kunnskapsbasert ryggomsorg i primærhelsetjenesten bør rette innsatsen mot betydningsfulle avvik i praksis og spesifikt påvirke barrierene som opprettholder slik praksis med de mest effektive metodene (16). En spesialistpoliklinikk med henvisende allmennleger bør være en velegnet enhet for slik innsats.

Jeg takker mine kolleger ved Nevrologisk avdeling, Steinar T. Vilming, Tom Amundsen og Helge J. Nordal, som har gitt meg nyttige kommentarer underveis i dette arbeidet. Takk også til overlege Anne Kathrine Nore, allmennlege-seksjonen ved Oslo kommunale legevakt som organiserte undervisningen og til legene fra allmennlegevakten som deltok.

Litteratur

1. Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown K, Deyo R, Haldeman S et al. Acute low-back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR Publication no 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
2. Deyo RD, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001; 344: 363-70.
3. Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners, 1996.
4. Lærum E, Dullerud R, Kirkesola G, Mengs-hoel AM, Nygaard ØP, Skouen JS et al. Akutte korsryggsmarter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk, Ullevål universitetssykehus, 2002.
5. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999; 318: 1276-9.
6. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995; 153: 1423-31.
7. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282: 867-74.
8. O'Brien MAT, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). I: The Cochrane library, issue 3, 2001. Oxford: Update software, 2001.
9. Rasmussen FØ. Anbefalinger om ryggomsorg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2208-14.
10. Rasmussen FØ. Kunnskapsbasert ryggomsorg for allmennleger. *Utposten* 2001; 30: 6-17.
11. Oxman AD, Flottorp S. An overview of strategies to promote implementation of evidence based health care. I: Silagy C, Haines A, red. Evidence based practice in primary care. London: BMJ Publishing groups, 1998: 91-109.
12. Slawson DC, Shaughnessy AF. Obtaining useful information from expert based sources. *BMJ* 1997; 314: 947-9.
13. Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 640-4.
14. Shye D, Freeborn DK, Romeo J, Eraker S. Understanding physicians' imaging test use in low back pain care: the role of focus groups. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 83-91.
15. Hjortdahl P. Hvorfor og hvordan endre legers kliniske atferd? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2372-3.
16. Thorsen T, Mäkelä M, red. Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. DSI rapport 99.05. København: Institutt for sundhedsvæsen, 1999.

○