

Ryggpoliklinikk – foreløpige erfaringer fra Aust-Agder

Bakgrunn. Ryggsmarter er et stort helseproblem og den viktigste årsaken til sykefravær. Artikkelen presenterer erfaringene fra Ryggpoliklinikken ved Aust-Agder sykehus.

Materiale og metode. Demografiske data, diagnoser fra henvisningene (ICPC) og Ryggpoliklinikken (ICD-9), og tiltak vedrørende 206 pasienter, for perioden 1. januar til 30. april 1998, ble innsamlet.

Resultater. 41 % var kvinner (gjennomsnittsalder 45 år), 59 % menn (gjennomsnittsalder 44 år). Gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk time var 35 dager, mot 49 dager før opprettelsen av Ryggpoliklinikken. 43 % var prioritert til time innen to uker, og ble undersøkt innen 16 dager i gjennomsnitt. 125 (63 %) av 200 var henvist med uspesifiserte ryggsmarter. Av dem fikk 99 (79 %) slik diagnose ved klinikken. 75 (37 %) var henvist med diagnosen mellomvirvelskiveskade med smerteutstråling. Ryggpoliklinikken fant at 46 (61 %) av dem hadde klinisk skiveprolaps eller spinalstenose.

Fortolkning. Ryggpoliklinikken er en enkel tverrfaglig samarbeidsmodell som samler omsorgen for ryggpasienter.

Ryggsmarter er et stort helseproblem, og den viktigste årsaken til sykefravær (1, 2). 70 % av dem som er sykmeldt for ryggsmarter/isjias mer enn 14 dager, blir friskmeldt innen tre måneder (3). I Aust-Agder varte 16 % av de ryggrelaterte sykmeldingene i 1995 mer enn sju uker. Ved ryggplager med smerteutstråling var andelen 35 % (1).

Ryggsmarter er sjelden tegn på alvorlig sykdom. Pasienter som er usikre på årsakene til sine ryggsmarter kan bli utrygge og passive. Kroniske smertetilstander kan oppstå, noe som vanskeliggjør tilbakeføring til arbeidslivet (4). Det tilbys mange ulike behandlinger for ryggglidelser fra helsevesenet og alternative terapeuter (5–10). Det er en risiko for at fagfolks intervensjon ved ryggglidelser kan medføre medikalisering og kronifisering av problemet (9). Dagens kunnskap tilsier at ryggpasienter selv må bidra til å bedre sin rygg. En aktiv tilnærming til plagene synes å være best for ryggen (4).

Ryggpasienter henvises til ulike spesialis-

Dag Soldal

dag.soldal@aassh.no
Revmatologisk avdeling
Serviceboks 605
Aust-Agder sykehus
4809 Arendal

Harald Reiso

Fylkestyngdekantoret i Aust-Agder
Postboks 1853 Stoa
4858 Arendal

Soldal D, Reiso H.

A report from the back pain outpatient clinic at Aust-Agder County Hospital, Norway.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1797–9

Background. Back pain is a major health problem and the most important disorder associated with sickness absence. This report presents experiences from a back pain outpatient clinic.

Material and methods. We collected demographic data, diagnoses on the referrals (ICPC) and in the outpatient clinic (ICD-9) and recommendations given to 206 patients, referred 1 January to 30 April 1998.

Results. 41 % were women (mean age 45), 59 % men (mean age 44). Mean waiting time before appointment was 35 days compared to 49 days before the clinic was opened. 43 % were prioritised for an appointment within two weeks; mean waiting time in this group was 16 days. 125 (63 %) of 200 were referred with non-specific low back pain. Of these, 99 (79 %) were given the same diagnosis in the clinic. 75 (37 %) had a referral diagnosis of lumbar disk injury with radiation, of whom 46 (61 %) were diagnosed with lumbar nuclear prolapse or lumbar spinal stenosis in the clinic.

Interpretation. An outpatient clinic may be a useful way to organise the specialist health service system for back pain patients.

ter ved norske sykehus. I spesialisthelsetjenesten bygger valg av utredning og behandling på lokale tradisjoner. En nevrologisk vurdering kan konkludere med at pasienten ikke har tegn til nevrologiske forandringer, og en ortopedisk vurdering med at det ikke kan gjøres noe kirurgisk for pasienten. Slike svar kan skape ny usikkerhet og hjelpeløshet hos pasient og henvisende lege. Pasienten kan ende opp i en henvisningsrunddans mellom ulike spesialiteter. Ved Aust-Agder sykehus (tidligere Aust-Agder sentralsykehus) har flere medisinske fagområder tradisjonelt utredet og behandlet pasienter henvist for ryggsmarter, fysikalsk-medi-

sinsk, ortopedisk, nevrologisk, eller revmatologisk poliklinikk. Mange pasienter blir kun henvist til røntgenavdelingen for bilde-diagnostisk utredning.

Ut fra ønsket om å bedre utrednings- og behandlingstilbudet for ryggpasienter i Aust-Agder, ble prosjektet «Aktiv rygg er bedre rygg i Aust-Agder» satt i gang høsten 1997. Det ble finansiert av trygdeataten gjennom «Kjøp av helsetjenester for sammensatte lidelser» (11). Ryggpoliklinikken ble opprettet. Videre ble det etablert et gruppebasert behandlingstilbud i primærhelsetjenesten for sykmeldte ryggpasienter, Aktiv gruppebasert intervensjon. Aktiv gruppebasert intervensjon varer i ti dager og ledes av to fysioterapeuter (12). Inntil ti deltakere får et tilbud med vekt på informasjon, aktivitet og trening. Opplegget har som mål å gi pasientene grunnlag for å ta ansvar for egen ryggomsorg.

«Ryggløypa» for ryggpasienter slik den var i Aust-Agder i år 2001, er vist i rammen.

Årlig henvises cirka 500 ryggpasienter til Ryggpoliklinikken. Aust-Agders befolkning er på vel 100 000 innbyggere. Om lag 100 leger driver allmennpraksis i fylket.

Denne artikkelen presenterer virksomheten ved Ryggpoliklinikken for perioden 1. januar til 30. april 1998.

Materiale og metode

Det ble samlet opplysninger om diagnoser og tiltak for 206 henviste ryggpasienter, 204 fra primærleger, to fra andre poliklinikker ved sykehuset. De 204 pasientene ble etter vurdering av henvisningsbrevene prioritert i tre kategorier: førsteprioritet – undersøkelse innen to uker, annenprioritet – innen en måned og tredjeprioritet – innen to måneder. Henvisende legers bruk av ICPC (International Classification of Primary Care) (13) ved diagnosene L02, L03, L84 og L86 ble sammenliknet med poliklinikkens ICD-9 diagnoser. ICPC diagnosene ble gruppert i ryggglidelser med (L86) og uten (L02, L03, L84) utstråling.

Resultater

84 (41 %) av pasientene var kvinner, 122 menn. Kvinnene hadde en aldersfordeling på 16–78 år (gjennomsnitt 45 år), menn 13–77 år (gjennomsnitt 44 år). Den dominerende aldersgruppen var 40–50 år hos begge kjønn, 27 % av kvinnene og 29 % av mennene. 60 primærleger henviste i firemånedersperioden 1–14 ryggpasienter hver (gjennomsnitt tre). 18 leger henviste en pasient

Tabell 1 Primærlegers henvisningsdiagnoser (ICPC¹) versus Ryggpoliklinikkens ICD-9²⁻⁴ diagnoser for 200 pasienter henvist til Ryggpoliklinikken, Aust-Agder sykehus, 1. januar til 30. april 1998

	ICD-9									
	Skiveprolaps/ spinalstenose ²		Uspesifiserte ryggglidelser ³		Fibromyalgi		Andre ⁴		Sum	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
ICPC										
Ryggplager uten utstråling (L02, L03, L84)	16	(13)	99	(79)	3	(2)	7	(6)	125	(63)
Ryggplager med utstråling (L86)	46	(61)	28	(37)	0	–	1	(< 2)	75	(37)
Totalt	62	(31)	127	(64)	3	(1)	8	(4)	200	(100)

¹ L02 Rygg symptomer/plager, L03 Korsrygg symptomer/plager eksklusive prolaps, L84 Ryggsyndromer uten utstråling, L86 Mellomvirvelskiveskade med smerteutstråling

² 722.1 Lumbago/isjias som skyldes prolaps av mellomvirvelskive, 724.0 Spinalstenose

³ 724.2 Lumbago, 724.3 Isjias, 724.4 Lumbosacral neuropati eller radikulopati i.n.a., 724.5 Uspesifiserte ryggsmarter (dorsalgia)

⁴ 723.4 Cervicobrakial radikulopati i.n.a, 726.9 Entesopati, 733.0 Osteoporose, 738.1 Spondylolistese, 741.9 Spina bifida, uspesifisert, 756.1 Kyfoscoliose

Tabell 2 Tiltak for pasienter henvist til Ryggpoliklinikken, Aust-Agder sykehus, 1. januar til 30. april 1998

Tiltak	Kvinner Antall	Menn Antall	Sum	
			Antall	(%)
Råd	47	61	108	(52)
Ryggmøte	15	31	46	(22)
Aktiv gruppebasert intervensjon	7	9	16	(8)
Henvist til annen behandling ¹	7	8	15	(7)
Kontroll ved poliklinikken	6	6	12	(6)
CT uten avtalt kontroll	1	5	6	(3)
Andre tiltak ²	1	2	3	(2)
Totalt	84	122	206	(100)

¹ Fem henvist fysioterapi ambulant, fire søkt innlagt i sykehus, tre til ortopedingeniør for ortosetilpasning, to til røntgenavdelingen – en for sideleddsinjeksjon og en for kymopaininjeksjon i mellomvirvelskive, en søkt til utføringssenter

² To henvist til videre utredning, en gitt råd om varig trygdeytelse

hver, 19 leger to hver, og to leger henviste ti og 14 pasienter hver.

Ventetid for poliklinisk undersøkelse

Gjennomsnittlig ventetid var 35 dager (0–125 dager). For førsteprioritet 16 dager (0–34 dager), for annenprioritet 39 dager (16–83 dager) og for tredjeprioritet 64 dager (14–125 dager). Av 204 pasienter hen-

vist fra primærlege fikk 87 (43 %) førsteprioritet, 63 (31 %) annenprioritet, og 54 (26 %) pasienter fikk tredjeprioritet.

Diagnoser på henvisningene og ved Ryggpoliklinikken

200 pasienter ble henvist fra primærlegene med ICPC ryggdiagnoser (seks pasienter var enten henvist fra annen sykehusspesialist,

hadde ikke-ryggrelaterte, eller ikke-klassifiserbare henvisningsdiagnoser, og er ikke tatt med). Av 125 pasienter henvist med diagnosen L02, L03 eller L84 hadde 99 (79 %) en uspesifisert ryggglidelse etter ICD-9 (tab 1).

Av 75 pasienter henvist med diagnose L86 hadde 46 (61 %) klinisk skiveprolaps eller spinalstenose. Ingen pasienter fikk påvist sykdommer i indre organer, karsykdommer, ondartede sykdommer eller infeksjoner som årsak til ryggplagene.

Tiltak

Tiltak som ble iverksatt for ryggpasientene etter undersøkelsene ved Ryggpoliklinikken fremgår av tabell 2.

108 pasienter (52 %) fikk råd om aktiv innsats i trening og arbeid etter at undersøkelsene utelukket alvorlig ryggglidelse og prognosen ble vurdert som god. 46 (22 %) ble henvist til ryggmøte, 8 % til Aktiv gruppebasert intervensjon og 18 % til annet. 15 kvinner og 31 menn ble henvist til ryggmøtet, hvorav henholdsvis 13 og 14 ble operert.

Diskusjon

Lang ventetid på utredning og behandling må ikke bidra til at en lidelse som i utgangspunktet er godartet og bør ha god prognose blir kronisk, med tap av arbeid og uførhet til følge. Ryggpoliklinikken prioriterte sykmeldte pasienter til time innen to uker etter at henvisningen var mottatt, andre pasienter innen fire til åtte uker. De høyest prioriterte hadde i gjennomsnitt 16 dagers ventetid til poliklinisk vurdering i denne perioden.

Det var stor grad av enighet (79 %) mellom henvisende lege og poliklinikken om diagnosene hos pasienter med uspesifiserte ryggglidelser (L02, L03, L84), mindre enighet (61 %) om diagnosene hos pasienter med spesifiserte årsaker til ryggglidelsen (L86). Trolig bruker primærlegene L86 generelt som diagnose ved ryggglidelser med utstrålende smerter.

Det første polikliniske møtet kan ha en terapeutisk verdi. Her avklares ryggglidelsen, og det gis instruksjon som gir pasienten trygghet

Ramme

«Ryggløypa» i Aust-Agder

– En pasient med ryggproblemer oppsøker sin primærlege for diagnose, behandling og eventuell sykmelding.

– Primærlegen ser at pasienten kan bli langvarig sykmeldt (mer enn åtte uker), har hatt gjentatte sykmeldinger tidligere, eller vurderes å ha dårlig prognose, og henviser pasienten til Ryggpoliklinikken.

– Pasienten mottas på Ryggpoliklinikken snarest mulig, helst innen to uker, og undersøkes av lege og fysioterapeut (ryggteam). Eventuelle tilleggsundersøkelser rekvireres.

– Motiverte sykmeldte pasienter kan henvises til «Aktiv gruppebasert intervensjon» i primærhelsetjenesten. Den ledes av to fysioterapeuter i ti dager, for inntil ti ryggpasienter.

– Ved indikasjon for operativ behandling vurderes pasienten i ryggmøte. Ryggteamet utvides med ortoped og nevroradiolog.

for at ryggen tåler å utsettes for et aktivt liv. 52 % av de henviste pasientene fikk kun råd etter utredningen. En slik strategi støttes, slik vi ser det, av Indahl og medarbeidere ved ryggpoliklinikken i Østfold (14, 15).

Kjønnsforskjellen mellom antall pasienter henvist til ryggmøte og antall som ble operert var uventet. Kanskje foreligger det ulikhet mellom kjønnene i måten de kommuniserer sine ryggplager til behandlere på, eller det kan være at mannlige og kvinnelige ryggpasienter blir ulikt behandlet av helsevesenet.

8 % av pasientene ble henvist til Aktiv gruppebasert intervensjon i studieperioden. 15–20 % av pasientene ved Ryggpoliklinikken blir henvist til Aktiv gruppebasert intervensjon i løpet av ett år. Det er ikke sikkert at ryggskole eller slike gruppebehandlinger kan redusere lengden av sykmel-dingsepisoder, men det er grunn til å tro at de kan ha effekt ved å redusere tilbakefall og lengde på senere sykmeldinger (16). Det er til nå ikke klarlagt hvem som bør få et slikt tilbud, hva det skal inneholde av aktivitet og intensitet eller hvor lenge pasientene skal følges opp (17).

Ryggpoliklinikken er en enkel tverrfaglig samarbeidsmodell som samler omsorgen for ryggpasienter.

Litteratur

1. Brage S, Lærum E. Ryggglidelser i Norge – en epidemiologisk beskrivelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1619–23.
2. Andersson GBJ. Epidemiology of low back pain. Acta Orthop Scand 1998; 69 (suppl 281): 28–31.
3. Hagen KB, Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population. Spine 1998; 23: 2091–5.
4. Bendix T. Ondt i ryggen. Ugeskr Læger 2001; 163: 4994–8.
5. Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. Spine 1998; 23: 2616–24.
6. Brox JI, Hagen KB, Juel NG, Storheim K. Har treningsterapi og manipulasjon effekt ved korsryggsmerter? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2054–8.
7. Foster NE, Thompson KA, Baxter GD, Allen JM. Management of non-specific low back pain by physiotherapists in Britain and Ireland. Spine 1999; 24: 1332–42.
8. Myhrvold K. Kiropraktikk generelt og ved korsryggslidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2054–8.
9. Tacci JA, Webster BS, Hashemi L, Christiani DC. Clinical practices in the management of new-onset, uncomplicated, low back workers' compensation disability claims. J Occup Environ Med 1999; 41: 397–404.
10. van Tulder MW, Cherkun DC, Berman B, Lao L, Koes BW. The effectiveness of acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. Spine 1999; 24: 1113–23.
11. Hagen TP, Østveiten HS. Trygdepenger under kniven. Analyse av trygdeetatens kjøp av behandling til sykmeldte. NIBR prosjektrapport nr. 16/1999. Oslo: Norsk institutt for by og region-forskning, 1999.
12. Jørgensen G, Holanger R, Reiso H. Aktiv rygg er bedre rygg i Aust-Agder. Fysioterapeuten 2001; 13: 5–9.
13. Kodeverk ICPC. www.kith.no/kodeverk/icpc/default.htm (7.4.2002).
14. Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. Spine 1995; 22: 473–7.
15. Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikeraas O, Ursin H. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. Spine 1998; 23: 2525–30.
16. Lønn JH, Glomsrød B, Soukup MG, Bo K, Larsen S. Active back school: prophylactic management for low back pain. Spine 1999; 24: 865–71.
17. Bendix AF, Bendix T, Haestrup C. Can it be predicted which patients with chronic low back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program? Spine 1998; 23: 1775–83.

○

bøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøker

Brukbar håndbok for evaluering av diagnostiske tester

Knottnerus JA, red

The evidence base of clinical diagnosis

226 s, tab, ill. London: BMJ Books, 2002.

Pris GBP 30

ISBN 0-7279-1571-1

Å tenke i sannsynligheter i vurderingen av diagnostiske tester slo gjennom på 1980-tallet. Den danske indremedisinen Henrik Wulffs bok *Rationel klinik* ble en inspirasjonskilde for mange leger som ville forske på diagnostikk. Han brukte 2 x 2-tabellen for å anskueliggjøre og beregne testers nytteverdi. Han viste hvordan sensitivitet, spesifisitet og prevalens hver for seg innvirker på sannsynlighet for sykdom. Denne form for sannsynlighetsberegning hadde tidligere blitt lansert av matematikeren Bayes i form av en ligning (Bayes' teorem). David Sackett har utviklet denne tankegangen videre, og skrev i 1985, sammen med Haynes og Tugwell, den pedagogiske og velformulerte *Clinical epidemiology*, som har fått en betydelig utbredelse.

Man har etter hvert høstet en del erfaring med metodene for å analysere diagnostiske testers nytteverdi, som ble presentert i de

ovennevnte bøker. Det er nok derfor BMJ Books har funnet det på sin plass å gi ut en bok som kan supplere tidligere lærebøker i klinisk epidemiologi. Boken er en artikkel-samling som er redigert, og i stor grad skrevet av André Knottnerus. Han er tilknyttet avdeling for allmennmedisin ved universitetet i Maastricht i Nederland og har de siste 20 årene vært blant de fremste i Europa når det gjelder forskning på diagnostikk.

Et viktig budskap i boken er at sensitivitet og spesifisitet ikke bare skal sees på som testegenskaper, men også som egenskaper hos pasientene med og uten den sykdommen man ønsker å diagnostisere. Sensitiviteten vil variere med alvorlighetsgraden av sykdommen, spesifisiteten med forekomsten av andre tilstander som også kan gi positivt testresultat. Seleksjon av pasienter, f.eks. til undersøkelse på sykehus, kan føre til opphopning av testpositive både blant pasienter med og uten den aktuelle sykdommen. Svakheter ved gullstandard vil slå ulikt ut på sensitivitet og spesifisitet avhengig av prevalensen av sykdommen blant pasientene som blir undersøkt. Testegenskapene man finner har derfor vanligvis bare gyldighet i pasientgrupper som tilsvarer dem som har vært med på evalueringen, og kan ikke uten videre overføres til andre pasientpopulasjoner. Når dette budskapet fremkommer så tydelig hos de

fleste forfatterne, er det rart at man ikke klarer å foreta en avklaring når det gjelder bruken av Bayes' teorem. Nomogrammet som har vært brukt til å beregne sannsynlighet for sykdom ved positiv test når man kjenner testens sensitivitet, spesifisitet og sykdommens prevalens (eller pre-test-sannsynlighet) har fortsatt fått sin plass i Sacketts bidrag, (som for øvrig er det mest velkrevne kapitlet). Dette til tross for at Sackett som de fleste av de andre forfatterne understreker at sensitivitet og spesifisitet ikke er konstante testegenskaper. Det burde kommet klart frem at Bayes' teorem er en matematisk modell som sjelden bør komme til praktisk anvendelse.

I boken finner man en god gjennomgang av analysemetoder, som bruk av ROC-kurver, logistisk regresjon og beregning av konfidensintervall. Boken forutsetter basal kjennskap til klinisk epidemiologi. Den vil kunne være nyttig for leger som er i gang med evaluering av diagnostiske tester. Den er for omstendelig og lite pedagogisk skrevet til å kunne bli en inspirasjonskilde for dere som tenker på å komme i gang med slik forskning. Da vil jeg heller anbefale Sacketts *Clinical epidemiology*.

Hasse Melbye

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø