

Hva gjør primærlegen med ryggpasienten?

Bakgrunn. Korsryggssmerter utgjør et betydelig folkehelseproblem og koster det norske samfunn ca. 15 milliarder kroner årlig. Studiens formål var å vise hvordan primærlegene møter ryggpasientene, gjennom å kartlegge hvilke tiltak legen tar i bruk.

Materiale og metode. Alle allmennlegene i Aust-Agder ble bedt om å registrere fortløpende alle ryggpasientene i en 14-dagersperiode i 2001 på eget skjema.

Resultater. 53 av 80 leger sendte inn registrerings skjemaer, og 48 svarte også på et eget skjema om seg selv og sin praksis. Totalt 220 pasientkonsultasjoner ble registrert, 3,4 % av det totale antallet konsultasjoner disse legene hadde denne perioden. 81 % av pasientene ble undersøkt klinisk, 40 % fikk rekvirert bildediagnostikk, 79 % fikk medikamentell behandling, 32 % ble henvist til fysioterapeut, 11 % til kiropraktor og 31 % til annenlinjetjenesten. De som ble henvist til annenlinjetjenesten eller andre behandlere hadde oftest hatt sine ryggplager i mer enn 12 uker.

Fortolkning. De fleste ryggpasienter får medikamentell behandling og blir sykmeldt. Det blir henvist flere pasienter til røntgenundersøkelse enn det som anbefales i de nasjonale retningslinjene.

Ryggsmerter utgjør et betydelig folkehelseproblem, både helsemessig og samfunnsøkonomisk. Omtrent 60–90 % av befolkningen vil en eller flere ganger i livet oppleve ryggssmerter (1), og pasientgruppen er årsak til ca. 5 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis (2). Det er beregnet at de samlede utgifter til ryggrelaterte lidelser i Norge beløper seg til 15 milliarder kroner årlig (1), og 15 % av alle uføretrygdede er uføre på grunn av ryggglidelser (3).

Det store flertallet av ryggpasienter blir behandlet i primærhelsetjenesten med primærlegen som den sentrale aktør. Til tross for den store pasientgruppen og de svære kostnadene, vet vi lite om hvordan norske allmennleger behandler sine ryggpasienter. Internasjonalt foreligger noen få studier som beskriver primærlegers behandling av ryggpasientene (4–10). Nesten all ryggmedisinsk forskning i Norge er gjort i spesialisthelsetjenesten.

Erik L. Werner

erik.werner@c2i.net

Eydehavn Legekontor

4810 Eydehavn

Even Lærum

Camilla Ihlebæk

Nasjonalt Ryggnettverk

Formidlingsenheten

KGR, Ullevål universitetssykehus

0407 Oslo

Werner EL, Lærum E, Ihlebæk C.

How is the general practitioner managing the low back pain patient?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1800–3

Background. A great number of patients in general practice suffer from low back pain, and the total cost of this patient population is NOK 15 billion. The aim of this study was to find out how family doctors treat their low back pain patients.

Material and methods. During a two week period in 2001, all family doctors in Aust-Agder county were invited to register all patients suffering from low back pain. They also answered a questionnaire about themselves and their practice.

Results. Of the total 80 doctors invited, 53 (66 %) recorded their patients, and 48 (60 %) also answered the questionnaire. 220 patients were included; i.e. 3.4 % of the total number of patients seen in these practices during this period. 81 % of the patients underwent clinical examination, 40 % were referred to X-ray or CT, 31 % to an appropriate specialist, 32 % to physiotherapist and 11 % to chiropractor. Most of the patients were referred after 12 weeks of pain. 79 % of patients received a prescription. Only 24 % continued working activity.

Interpretation. Most patients in this study receive a medical treatment and a sick leave. More patients are referred to X-ray than what is recommended in the Norwegian guidelines.

Det er rimelig å anta at primærlegenes holdninger og tiltak i møtet med ryggpasienten vil kunne ha stor betydning for ryggglidelsens videre forløp og samfunnets kostnader, særlig i det akutte stadium av ryggglidelsen. Denne studien har til formål å kartlegge hvordan primærlegene i Aust-Agder gjennomfører utredning og behandling av den enkelte ryggpasient.

Materiale og metode

Samtlige 93 allmennleger i Aust-Agder ble invitert til å delta i studien. Det viste seg at 13 av disse ikke drev aktiv praksis som følge av høy alder, permisjon, overgang til annen

stilling eller midlertidig fravær i den aktuelle perioden. Det var derfor 80 leger som var aktuelle.

Alle legene fikk tilsendt 20 pasientregistreringsskjemaer og et skjema for utfylling av bakgrunnsopplysninger om legen selv. I en to ukers periode i januar/februar 2001, fylte legene ut et registreringsskjema for hver pasient med korsryggssmerter de hadde til konsultasjon. Pasienter som oppsøkte lege på legevakten, ble også inkludert.

Pasientregistreringsskjemaene som ble utfylt hos legene bestod av tre deler: bakgrunnsopplysninger om den aktuelle pasient; opplysninger om den aktuelle rygglidelse; og tiltak som ble foreslått/iverksatt etter konsultasjonen. Skjemaet var et enkelt avkryssingsskjema på to sider, med definerte svaralternativer.

Utsendelse og innhenting av skjemaer og databearbeiding av disse, er utført av Forskningsenheten, Nasjonalt Ryggnettverk i Bergen. Frekvensberegninger og khikvadrattester ble benyttet for å analysere data.

Resultater

43 leger sendte inn svarskjemaer umiddelbart etter registreringsperioden, og etter først skriftlig og deretter telefonisk purring til de øvrige, oppnådde vi til slutt svar fra 53 leger (66 %). 48 av disse, 39 menn og ni kvinner, sendte også inn et skjema med opplysninger om seg selv og egen praksis.

Bakgrunn

Legene registrerte til sammen 220 konsultasjoner for ryggplager i registreringsperioden. En pasient ble registrert to ganger, slik at materialet består av 219 forskjellige pasienter. 43 leger besvarte spørsmålet om totalt antall pasienter i den aktuelle registreringsperiode, og samlet hadde disse hatt 5 304 pasientkonsultasjoner i perioden. Forutsatt at disse 43 er representative for hele materialet, betyr det at ryggpasientene i denne registreringen utgjorde 3,4 % av legenes konsultasjoner.

Pasientenes demografiske fordeling er vist i tabell 1. Pasientenes smertelokalisasjon fremgår av tabell 2. Når det gjelder funksjonsnivå, hadde 98 pasienter (45 %), ifølge legens vurdering, sterke plager med vesentlig nedsatt funksjonsnivå, 97 (44 %) hadde moderate smerter og måtte tilpasse daglige aktiviteter, mens 24 (11 %) bare hadde lette plager som knapt affiserte hverdagen.

120 av legenes 220 pasientkontakter

(54%) hadde kortere enn 12 ukers sykehistorie, og av disse hadde 97 pasienter (44%) kortere enn fire ukers sykehistorie og 65 (30%) mindre enn en uke. 12 (5%) pasienter hadde fått smertene samme dag.

For 47 pasienter hos legene (21%) var dette deres første episode med ryggildelse, mens altså nesten fire av fem hadde hatt ryggplager tidligere.

Utredning

Hos 81% av pasientene hadde legen utført klinisk undersøkelse. 40% hadde fått rekvirert bildediagnostikk. Hos 26% av disse ble røntgenrekvisisjonen utfylt før det var gått fire uker. 81% av all bildediagnostikk gjaldt skjelettrøntgen, mens 50 pasienter (57%) hadde fått rekvirert CT og to pasienter MR. 28% av dem med ryggsmertor for første gang, fikk rekvirert bildediagnostikk.

Behandling

I tabell 3 og 4 fremkommer de ulike tiltak legen rekvirerte for den enkelte pasient. Med unntak av medikamentforskrivningen, fant vi ikke signifikante forskjeller med hensyn til pasientenes kjønn eller alder når det gjaldt legenes tiltak. På samme måte fant vi heller ikke forskjeller i legenes alder eller kjønn i forhold til hvilke tiltak som ble rekvirert, med unntak av medikamentell behandling. 85% av pasientene som hadde vært hos lege over 50 år fikk forskrevet medisiner, mot 71% som oppsøkte yngre lege ($p = 0,019$).

Medikamentell behandling ble gitt litt oftere til kvinner enn til menn. 85% av kvinnene, mot 72% av mennene ($p = 0,02$) fikk slik behandling. Det ser også ut til at pasienter i alderen 31–50 år hyppigere får forskrevet medikamenter, 84% av alle pasienter i denne aldersgruppen, mot 63% av de under 30 år, og 79% av pasientene over 50 år ($p = 0,015$). Forskrivningen hadde ikke sammenheng med varigheten av ryggsmertene, eller om det var førstegangs ryggsmerte eller residiv.

Totalt fikk 173 (79%) av pasientene forskrevet medikamentell behandling for sine ryggplager. Av disse fikk 49 (22%) anbefalt lette analgetika, mens 114 (52%) fikk resept på et antiflogistikum. 59 (27%) fikk moderat sterke analgetika og fire (2%) sterke analgetika. Fem pasienter fikk hypnotika, fem nevroleptika og 21 andre, ikke-spesifiserte medikamenter.

For 119 pasienter (54%) hadde legen instruert i egentrening etter fastsatt program, og hos 71 av disse mente legen at programmet ble fulgt. 61% av pasientene ble sykmeldt, eller var sykmeldt på forhånd. 6% var uføretrygdet og 9% hadde ikke trygderettigheter. Knappt en firedel av pasientene verken var eller ble sykmeldt.

Henvvisning

26% av dem som hadde blitt henvist til annenlinjetjenesten hadde hatt smerter i mind-

Tabell 1 Demografisk fordeling av alle pasientene

	Antall	(%)
<i>Kjønn</i>		
Menn	113	(51,3)
Kvinner	107	(48,7)
<i>Alder (år)</i>		
10–20	17	(7,7)
21–30	33	(15,0)
31–40	54	(24,5)
41–50	53	(24,1)
51–60	40	(18,2)
> 60	21	(9,5)
Ubesvart	2	(0,9)
<i>Yrkesaktive</i>	165	(75)
Ubesvart	4	(1,8)
<i>Utdanning</i>		
Grunnskole	80	(36,4)
Yrkesfaglig	95	(43,2)
Universitet/høyskole	31	(14,1)
Ubesvart	14	(6,4)

re enn 12 uker. Hvis vi bare ser på dem som hadde hatt ryggsmertor i mindre enn fire uker, var 8% henvist, og av dem som hadde hatt sine ryggsmertor mindre enn 12 uker var 42% henvist. Drøyt halvparten av pasientene som hadde hatt ryggsmertor utover 12 uker var altså ikke henvist. 22% av dem som hadde ryggsmertor for første gang, ble henvist til annenlinjetjenesten.

I dette materialet var 24 pasienter (11%) henvist til kiropraktor, mens 70 pasienter (32%) var henvist til fysioterapeut. Nesten 60% av dem som var henvist til kiropraktor eller fysioterapeut hadde mer enn 12 ukers smerteperiode. To av de 47 pasientene som opplevde sin første ryggepisode ble henvist fra legen til kiropraktor, mens 14 av disse ble henvist til fysioterapeut. 18 av de 220 pasientene som oppsøkte lege, hadde først vært hos kiropraktor.

Leger som henviste til fysioterapi, lot i 22 tilfeller (31%) fysioterapeuten velge behandling. Hvis legen foreslo eller rekvirerte aktiv behandling, ble oppvarming på sykkel, romaskin eller liknende anført i 4% av rekvisisjonene, styrketrening i 21%, medisinsk treningsterapi i 29%, tøyingsøvelser i 27% og instruksjon til egentrening i 51%. Av de passive behandlingsformer ble varme-pakninger anbefalt i 30%, massasje i 36% og ultralyd/laser i 7%.

Tabell 2 Smertelokalisasjon

Smertelokalisasjon	Antall	(%)
Kun korsryggssmerte	97	(44,0)
Smerte i korsrygg og nakke	27	(12,3)
Korsryggssmerte med diffus utstråling til sete og lår	68	(30,9)
Antatt rotsmerte	36	(16,4)

Lokalt samarbeidsnettverk

43 av de 48 legene som besvarte legeregistreringsskjemaet (90%) kjente til det lokale samarbeidsprosjektet Aktiv Rygg er Bedre Rygg i Aust-Agder, og 37 (77%) hadde henvist pasienter til prosjektet. Drøyt halvparten (25 leger) mente at denne satsingen i fylket hadde endret legens behandling av ryggpasienter. På spørsmål om hvordan, svarte legene at de hadde fått mer kunnskap og blitt mer oppmerksom på pasientgruppen. Spesielt tilbudet om rask vurdering (2–3 uker fra henvisningstidspunkt), var viktig for legenes bruk av tilbudet.

30 leger (63%) svarte at de føler seg faglig oppdatert og sikre i sin utredning og behandling av ryggpasienter. 26 (54%) har et fast program for denne utredningen og behandlingen, mens 21 (44%) ikke har det. 35 (73%) oppgav at de har et fast samarbeid med fysioterapeut og 17 (35%) med kiropraktor.

Diskusjon

Studien viser at legene i hovedsak møter ryggpasientene med sine vanlige og kjente verktøy: fire av fem pasienter får forskrevet medikamentell behandling, nesten halvparten får tatt røntgen og/eller CT, en av tre henvises til fysioterapeut og en av ti til kiropraktor. Påfallende mange henvises til annenlinjetjenesten i dette materialet, hvilket må være en direkte følge av prosjektet Aktiv Rygg er Bedre Rygg i Aust-Agder (11, 12). Legene svarer da også at den korte ventetiden og mulighet for deltakelse i en gruppebasert undervisnings- og treningsdel, har gjort dette til et praktisk og anvendelig tilbud.

De fleste pasientene har imidlertid sine ryggplager i mer enn 12 uker før de henvises til ryggpoliklinikk, fysioterapeut eller kiropraktor. Dette kan både skyldes at man forventer en spontan tilheling og at mange har erfart at tidlig henvisning til andre aktører ikke nødvendigvis fører til raskere bedring. Det kan imidlertid også tolkes slik at legene ikke opplever den akutte ryggsmerte som noe stort terapeutisk problem, vel vitende om at de fleste ryggplager går over av seg selv. I de tilfellene hvor den forventede spontantilheling uteblir, og plagene vedvarer, oppstår problemet for både lege og pasient. Mange vil da mene at legen har ventet for lenge, at pasienten burde ha vært henvist før.

Spørsmålet er om det er mulig å identifisere den enkelte pasient med økt risiko for å

Tabell 3 Tiltak ved ryggsmarter i forhold til varighet av smerten

Spørsmål	Totalt		Uker		Ikke svart (%)
	Ja (%)	< 4 (%)	5–12 (%)	> 12 (%)	
Antall	220				
Ble det rekvirert bildediagnostikk?	40,0	26,3	12,5	61,3	0,5
Ble pasienten henvist til annenlinjetjenesten?	30,5	12,1	13,8	74,1	3,2
Ble pasienten henvist til kiropraktor?	10,9	40,9	0	59,1	1,4
Ble pasienten henvist til fysioterapeut?	31,8	26,7	15,0	58,3	0,5
Ble pasienten instruert i egentreningsprogram?	54,1	33,6	11,2	55,1	9,1
Ble det forskrevet medikamentell behandling?	78,6	49,3	11,8	38,8	–

utvikle varig, arbeidshindrende korsryggsmerter tidligere. Flere internasjonale retningslinjer knytter begrepet «gule flagg» (se ramme) til en rekke psykososiale faktorer som synes å øke risikoen for varig arbeidsuførhet (13, 14). En norsk studie av tverrfaglig behandling, hvor graden av intervensjon ble basert på ulike fysiske, psykologiske og sosiale forhold hos den enkelte pasient, viste at riktig intervensjon til definert pasientgruppe, gitt på riktig tidspunkt kunne redusere risiko for varig uførhet på grunn av ryggplager (15). Det er viktig at legen gradvis utøver i forløpet øker oppmerksomheten mot «gule flagg», hvis forventet bedring ikke inntreffer. En adekvat oppfølging av denne pasientgruppen forutsetter imidlertid et tverrfaglig tilbud i annenlinjetjenesten.

Hele 97 av de 220 pasientene som oppsøkte primærlegene i registreringsperioden, hadde mindre enn fire ukers sykehistorie for den aktuelle ryggsmerte, og de fleste pasientene hadde hatt en eller flere ryggepisoder tidligere. Det er altså et stort antall pasienter med akutte og tilbakevendende plager som oppsøker allmennlegen. Legen har derfor mulighet til på et tidlig tidspunkt i forløpet, å avdramatisere og peke på den gode spontanprognosen, og samtidig utelukke «røde flagg» (se ramme) (16).

Pasienter har svært stor tiltro til røntgen som et objektivt diagnostikum som kan gi svar på det meste om ryggen (16). I denne studien er altså 40 % av pasientene henvist til bildediagnostikk. Av disse dominerer skjelettrøntgen med 81 % og CT med 57 %. Det er tidligere påpekt at slik bildediagnostikk blir rekvirert for ofte (17, 18), og funnene får sjelden terapeutiske konsekvenser. De norske, tverrfaglige retningslinjene for akutte ryggsmarter anbefaler ikke skjelettrøntgen ved uspesifikke korsryggsmerter på annet enn helt spesielle indikasjoner (1).

CT eller MR er anbefalt som primærundersøkelse ved alle typer korsryggsmerter, men først etter 4–6 uker dersom det ikke er tegn til bedring, eller er mistanke om alvorlig, underliggende patologiske tilstander. I denne studien blir CT rekvirert hos 50 pasienter og det virker rimelig samsvarende med mistenkt rotaffeksjon hos 36 pasienter. Det er i en annen studie fra Aust-Agder vist sammenfall av primærlegenes og ryggpoli-

Tabell 4 Tiltak for pasienter som hadde sin første episode med ryggsmarter (n = 47)

Spørsmål	Ja (%)
Ble det rekvirert bildediagnostikk?	13 (27,7)
Ble pasienten henvist til annenlinjetjenesten?	10 (21,7)
Ble pasienten henvist til kiropraktor?	2 (4,3)
Ble pasienten henvist til fysioterapeut?	14 (29,8)
Ble pasienten instruert i egentrening?	24 (54,5)

klinikkens diagnose rotaffeksjon i 61 % (11). Når bare to pasienter har fått rekvirert MR, henger dette sammen med at slik rekvisisjonsrett i Aust-Agder er forbeholdt sykehuslegene.

Ryggdiagnostikkens gule og røde flagg

Gule flagg

Vedvarende engstelse for at ryggplagene er noe farlig

Psykiske plager før ryggsmertene

Påvisbar angst og depresjon (eventuelt maskert depresjon), somatisering

Sosiale belastninger i familie eller

trivselsproblemer på jobb

Engstelse for å øke aktivitetsnivået

Manglende tro på bedring og videre

arbeidsevne

Dårlig fysisk form, manglende fysisk

aktivitet/trening

Røde flagg

Alder yngre enn 20 eller eldre enn 55 år

Konstante smerter, ev. tiltakende over tid;

hvilesmerter

Torakale smerter

Generell sykdomsfølelse og/eller vekttap

Traume, cancer, bruk av steroider eller

immunosuppressiver, stoffmisbruk

Utbredte nevrologiske utfall

Deformitet i columna

Høy SR, uttalt morgenstivhet med varig-

het over en time

Med 200 000 årlige skjelettrøntgenbilder av L-S columna på landsbasis, (18) er det nokså åpenbart at selv en liten reduksjon av disse ville ha stor betydning for samfunnsøkonomi, strålebelastning og røntgenkapasitet. Pasientenes forventninger vil ofte ha avgjørende betydning for hvilke tiltak legen iverksetter ved akutte ryggsmarter. Dette gjelder kanskje i særlig grad forventning om røntgenbilde og sykmelding. Leger vil gjerne være imøtekommende overfor sine pasienters ønsker, og det er pekt på at denne velviljen i seg selv kan bli et hinder for å handle i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer (17).

Legene har en stor utfordring i å forsøke å tolke pasientenes behov (19). Mange er engstelige for smertene i seg selv, og for at aktivitet vil forverre plagene. Retningslinjene fremhever nøktern informasjon, ledsaget av pasientbrosjyre og oppmuntring til tidlig gjenopptakelse av normal aktivitet, inkludert yrkesaktivitet, som en viktig del av behandlingen som påskynder tilhelingsprosessen (1).

63 % av legene føler seg faglig oppdatert, men bare halvparten følger en fastplan for behandlingen. Begge tallene indikerer et behov for nasjonale retningslinjer. Det er tidligere utarbeidet en praktisk rettet fremgangsmåte trinn for trinn til hjelp for allmennlegenes behandling av akutte ryggpasienter (20).

Konklusjon

Et stort flertall av ryggpasientene som oppsøker allmennlege i Aust-Agder blir behandlet med medikamentell smertelindring og sykmelding. I forhold til nasjonale retningslinjer er det et overforbruk av skjelettrøntgen. Tilbud om rask vurdering ved ryggpoliklinikken ved Aust-Agder sykehus er blitt et flittig brukt redskap for legene, idet en av tre ryggpasienter henvises dit. Henvisninger til annenlinjetjeneste så vel som til andre behandlere skjer dog oftest etter 12 ukers sykehistorie.

Legene møter mange ryggpasienter tidlig i forløpet og har gode muligheter til å påvirke forløpet gjennom avdramatisering, aktivisering og påpeking av den gode spontanprognose. Det er en viktig oppgave for legene å utelukke «røde flagg», og ved manglende tilheling vurdere utvikling av kroniske plager i lys av «gule flagg».

Litteratur

1. Nasjonalt Ryggnettverk, Formidlingsenheten. Akutte korsryggsmerter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt Ryggnettverk, Ullevål universitetssykehus, 2002.
2. Hunskaar S, red. Allmenntidrett – klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
3. Hagen KB. Uførepensjonering på grunn av ryggplager. Nytt fra Folkehelse, 2001. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2001.
4. van Tulder M, Koes BW, Metzemaekers JFM, Bouter LM. Chronic low back pain in primary care: a prospective study on the management and course. *Fam Pract* 1998; 15: 126–32.
5. Cherkov DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician variation in diagnostic testing for low back pain. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 15–22.
6. 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.
7. Frankel BSM, Moffett JK, Keen S, Jackson D. Guidelines for low back pain: changes in GP management. *Fam Pract* 1999; 16: 216–22.
8. di Iorio D, Henley E, Doughty A. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines. www.archfam.ama-assn.org/issues/v9n10/abs/foc005.html (Nov/Des 2000).
9. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ* 2001; 322: 1516–20.
10. McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. Back Pain in Primary Care. *Spine* 2001; 26: 2615–23.
11. Soldal D, Reiso H. Ryggpoliklinikk – foreløpige erfaringer fra Aust-Agder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1797–9.
12. Holanger R, Jørgensen G, Reiso H. Prosjekt «Aktiv Rygg» i Aust-Agder. En modellbeskrivelse av gruppebasert behandlingsintervensjon for ryggpasienter. *Fysioterapeuten* 2001; desember: 5–8.
13. Committee on Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.
14. Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Wellington, NZ: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997.
15. Haldorsen EMH, Ursin H. Bergensprosjektet: aktiv oppfølging. Prosjektrapport. Bergen: Universitetet i Bergen, 1998.
16. Waddell G. The back pain revolution. London: Churchill Livingstone, 1998.
17. Espeland A, Bærheim A, Albrektsen G, Korsbrette K, Larsen JL. Patients' views on importance and usefulness of plain radiography for low back pain. *Spine* 2001; 26: 1356–63.
18. Dullerud R. Bildediagnostikk ved lumbago og isjias. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1778–81.
19. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, van Tulder M, Grol R. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain. A qualitative study. *Spine* 2001; 26: E 348–53.
20. Werner EL. Utredning av ryggplager i allmennpraksis. *Porta Medicus*. Informasjons-CD i allmennpraksis. post@portamedicus.no

Uryddig om rehabilitering

Bredland EL, Linge OA, Vik K
Det handler om verdighet

2. utg. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. 252 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002. Pris NOK 299
ISBN 82-05-29941-2

Boken lanseres som egnet for studenter i helsefagutdanning og for alle som vil gi seg i kast med rehabiliteringsvirksomhet. Forfatterne tar utgangspunkt i kommunehelselovene, og behandler temaet hovedsakelig ut fra egne erfaringer med fysisk funksjonshemmede og eldre. De generaliserer imidlertid sine synspunkter til langt videre områder av faget. Deres prisverdige hovedbudskap er at personlig verdighet må settes som en overordnet verdi i det praktiske arbeid, og at «brukeren skal fungere i verdsatte roller» som det endelige målet ved rehabilitering.

Meget handler om ideologier med stadige gjentakelser. Vi finner imidlertid en god redegjørelse for den nye klassifikasjonen *International classification of functions*, et velskrevet avsnitt om brukermidvirkning, men med en svært langtrukket omtale av «prosessen», vinklet fra det vitenskapssyn som doseres i flere helsefag i høyskolene. Vi finner også noe om praktiske metoder, samt 45 sider om organisering og ledelse, der legen gis liten plass. Faget som legespesialitet og universitetsprofessoratene nevnes ikke. Det blir hevdet noe kontroversielle synspunkter på ledelse, og gufs fra profesjonskampenes tid fornemmes.

Forfatterne fremmer for øvrig budskapet i en noe moraliserende form, slik anmelderen ser det. Sammenblendingen av en tankevekkende ideologisk tilnærming til fagområdet og forholdsvise enkle praktiske faglige råd gir fremstillingen et uryddig preg. Bedre blir det ikke ved at deler av stoffet stadig relateres til de senere års statlige føringer for rehabilitering uten noen kritisk standpunkt. Et forsømt felt som kvalitetskontroll omtales ikke. Sykehjemssituasjonen gis bare et kort avsnitt, og opptreningsinstitusjonene blir bare så vidt nevnt. Man savner også omtale av trygdens betydning for motivasjonen og som alternativ til rehabilitering. Det er i det hele langt lettere å finne vesentlige mangler ved konseptet enn å kritisere forfatterens engasjerende budskap.

Det avsløres en viss historieløshet: Rehabilitering er ingen «ny tjeneste» i Norge som det hevdes, eller at «det først er i det siste at blikket er rettet mot den psykiske side». Ved studier av pionerarbeidene fra 1950-, 60- og 70-tallet ville forfatterne ha funnet at svært lite er nytt under solen, heller ikke på dette området. Av de ca. 140 referansene er de fleste fra 1990-tallet og senere. Ingen er fra før 1978!

Boken hadde tjent på å begrense seg til de ideologiske og dertil relaterte emner og på en kortere og mer konsis fremstilling. De

utvilsomt erfarne forfattere (to ergoterapeuter og en fysioterapeut, to av dem høyskolelektorer) hadde her hatt en sjanse til å fremme egne kritiske kommentarer til de nåværende bedrøvelige forhold på dette forsømte område av vår helsetjeneste.

Boken synes nok mer å være egnet som diskusjonsinnlegg enn som lærebok.

Anders Gogstad
Helle

Helse på tross av kronisk sykdom

Andersen S

Sundhed sidder mellem ørerne

Det at leve med en kronisk sykdom. 96 s. Silkeborg: Eget forlag, 2002.

Pris NOK ca. 100

ISBN 87-88130-47-9

Dette er en så uvanlig bok at jeg aldri har lest maken og den har gjort dypt inntrykk på meg.

Forfatteren er psykolog, 51 år, og har hatt Parkinsons sykdom i 13 år. Han er preget av sin sykdom, særlig fordi han har ufrivillige bevegelser (dyskinesier) som bivirkning av behandlingen. Jeg har hørt ham fortelle om sykdommen, sine erfaringer og refleksjoner, og boken er en systematisk rapport om dette.

Alvorlig kronisk sykdom er en krise som ryster hele ens virkelighetsoppfatning, men den gir også nye muligheter i livet. Det er helt avgjørende at man klarer å se det slik og erkjenne både tapene og mulighetene. Klarer den syke det, kan han eller hun mobilisere sine ressurser og lære noe viktig om livet og om seg selv. Derfor er det ingen selvmotsigelse å si at den kronisk syke har helse på tross av, eller kanskje til og med på grunn av, sykdommen. Og derfor har han valgt tittelen: *Sundhed sidder mellom ørerne*.

Boken starter med et kapittel om den forandringen sykdommen skaper i livet og om taklingen av denne forandringen. Så følger kapitler om pasientrollen, om depresjon og psykiske problemer, om hverdagslivet og om pårørende. På mange måter er boken en bruksanvisning for kronisk syke. Utgangspunktet er Parkinsons sykdom, men forfatterens erfaringer og refleksjoner er gyldige for de fleste kronisk syke.

Forfatteren skriver klart, kort og godt. Fremstillingen er usentimental og helt fri for bitterhet og selvmiddelighet. Det er blitt en både vakker og nyttig tekst, og jeg tror at mange kronisk syke og deres pårørende vil ha stor nytte av den.

Boken er utgitt på eget forlag, og forfatterens adresse er: Gudenåvej 3a, 8600 Silkeborg, Danmark.

Peter F. Hjort
Blommenholm