

Om helsetjenesten

Tverrfaglige ryggpoliklinikker – et nytt behandlingstilbud

Sammendrag

Muskel- og skjelettplager representerer et stort helseproblem, spesielt i Vest-Europa og Nord-Amerika. Tverrfaglig behandling ved ryggpoliklinikker er den beste behandling for pasienter med omfattende plager og lengre sykmeldinger. Innledningsvis gir vi dokumentasjon på tverrfaglig behandling ved ryggpoliklinikker. Vi redegjør videre for innholdet i behandlingstilbudet ved en ryggpoliklinikk, og hvorfor tverrfaglig behandling er et godt tilbud. Samfunnsøkonomisk er det flere millioner kroner å spare hvert år på å behandle denne gruppen pasienter ved ryggpoliklinikker. Det synes i stor grad å være en politisk utfordring at ca. 20 % av ryggpasienter med langvarige plager ikke kommer i arbeid selv etter tverrfaglig rehabilitering ved ryggpoliklinikker.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2847

I Vest-Europa og Nord-Amerika utgjør muskel- og skjelettplager en stor andel av de totale helseproblemer (1, 2). Vi vet i dag at ulike former for fysioterapi og kiropraktikk alene ikke bidrar til å redusere sykefraværet hos ryggpasienter som har vært langvarig sykmeldt, sammenliknet med annen behandling (3). Bergens-prosjektet Aktiv oppfølging har vist at menn med hovedsakelig korsryggssmerter som var sykmeldt i gjennomsnittlig tre måneder eller hadde hyppige tilbakefall, kom oftere fullt tilbake i arbeid etter å ha blitt behandlet etter en lett tverrfaglig ryggmodell ved Nakke- og ryggpoliklinikken, Haukeland Universitets-sykehus sammenliknet med vanlig behandling initiert av primærlegen. Etter fradrag for kostnader var nettogevinsten for samfunnet, to år etter et enkelt tverrfaglig behandlingsprogram, 7 858 100 kroner (4). Upubliserte data viser at denne behandlingseffekten holder seg fortsatt fire år senere. Samme prosjekt viste også at pasienter med dårlig prognose og mer generaliserte muskelsmerter uten hovedsakelig korsryggssmerter, ble oftere friskmeldt av et mer omfattende tverrfaglig rehabiliteringsprogram egnet for denne gruppen sammenliknet med annen behandling (5). Dette er i tråd med tidligere studier som har vist at tverrfaglige behandlingsprogrammer som inkluderer tiltak mot arbeidsplassen, er mest effektive når det gjelder å få pasienter med langvarige ryggplager tilbake i arbeid og den mest kostnadsbesparende for samfunnet (6, 7).

Formålet med artikkelen er å gjøre rede for behandlingstilbudet ved en tverrfaglig ryggpoliklinikk. Hvorfor og hvordan slike poliklinikker bidrar til å få flere med langvarige ryggplager tilbake i arbeid enn annen behandling. Vi ønsker å formidle at de aller dårligst fungerende sjelden blir bedre av behandling ved en ryggpoliklinikk. Men funksjonsnivået og restfunksjonen kan måles ved klinikken og restarbeidsevnen bør kunne nyttiggjøres bedre i dagens samfunn.

Nakke- og ryggpoliklinikken

Som den første tverrfaglige ryggpoliklinikk ved et universitetssykehus ble Nakke- og ryggpoliklinikken etablert ved Haukeland Universitetssykehus 1. januar 1998. Poliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering tar imot ryggpasienter som fortrinnsvis har vært sykmeldt 2–4 måneder, eller som har hatt hyppige kortvarige sykmeldinger for det samme. Hovedmålsettingen er å få pasientene tilbake i arbeid. I noen tilfeller

tar man også imot pasienter som ikke har et arbeidsforhold. Gjennomsnittsalderen til pasienter som henvises til klinikken er ca. 40 år. Et fåtall av pasientene har prolaps i nakke/rygg, eller har trange forhold i spinalkanalen med radikulopati. Flertallet av pasienter med korsryggssmerter er menn, mens flertallet med generaliserte muskelsmerter er kvinner. Nakke- og ryggpoliklinikken ved Haukeland Universitetssykehus og ryggpoliklinikken ved Kysthospitalet i Hagevik er de eneste ryggpoliklinikker på Vestlandet. Ryggpoliklinikken ved Kysthospitalet i Hagevik behandler et begrenset antall av de pasienter som ikke egner seg for operasjon. Enkelte av dem som blir operert, blir også tilbudt etterbehandling ved denne klinikken. Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter i Sogn og Fjordane tar imot pasienter med mer kroniske ryggplager i regionen.

Ved Nakke- og ryggpoliklinikken, er det ansatt to leger med relevant spesialistkompetanse, fem fysioterapeuter, to sykepleiere, en psykolog og to sekretærer. Det utredes her 750–800 nye pasienter per år, og det blir gjennomført ca. 7 000 konsultasjoner per år fordelt på de ulike fagpersoner.

Lettere ryggplager

Pasienter som blir vurdert til å ha lettere form for korsryggplager, greier seg vanligvis med en grundig utredning og avklaring i forhold til plagene og råd om hvordan de kan ta bedre vare på sin rygg. Noen tilbys en kortere oppfølging ved poliklinikken, slik at man sikres at de selv gjennomfører de nødvendige endringer.

Alvorligere ryggplager

Korsryggspasienter som er langvarig sykmeldt eller har hatt hyppige tilbakefall de siste årene og som har vesentlige problemer med å forholde seg til smertene, blir tilbudt et individuelt tverrfaglig program ved poliklinikken. De første tre ukene tilbys pasientene til sammen to timer med undervisning i anatomi og smertefysiologi og seks timer per uke med ryggtrening. Treningsprogrammet består av øvelser som har som mål å bedre holdning og stabilitet i ryggen etter de nyeste behandlingsprinsipper for ryggtrening (8, 9). Denne behandlingen er individuell og skal blant annet tidlig gi pasienten en opplevelse av å sitte og stå bedre med mindre smerte. Videre prioriteres funksjonell trening slik at pasientene blir tryggere på å utføre vanlige oppgaver. Alle pasientene starter også med individuelt tilpasset kondi-

Jan Sture Skouen

jssk@helse-bergen.no

Nakke- og ryggpoliklinikken

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Haukeland Universitetssykehus

5021 Bergen

og

Seksjon for fysioterapivitenskap

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

Even Lærum

Formidlingsenheten

Nasjonalt ryggnettverk

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Ullevål universitetssykehus

Thor Øivind Jensen

Institutt for administrasjon og

organisasjonsvitenskap

Universitetet i Bergen

sjonstrening. Pasientene blir i løpet av ukene tilbudt individuelle samtaler med teamet eller en av fagpersonene. Videre oppfølging hos de enkelte fagpersoner blir avtalt etter behov. I samtaler med pasienten vektlegges en kognitiv tilnærming. I løpet av de individuelle tverrfaglige samtalene har vi som målsetting å oppnå tillit, trygghet og felles forståelse i forhold til rygglidelsen, og videre finne frem til måter å heve funksjonsnivået på, til tross for fortsatte smerter. I noen tilfeller er samboer eller ektefelle med på samtalene. Halvveis i programmet avtales det med pasienten en gradvis opptrapping tilbake til arbeid, og dette gjøres også kjent for primærlegen. I de fleste tilfellene tilstreber man å få pasientene tilbake til sitt tidligere arbeid, men noen pasienter trenger omskolering der det foreligger varig funksjonsnedsettelse av betydning. Poliklinikken tar også kontakt med arbeidsleder der det er snakk om forbedringer på arbeidsplassen. Pasientene innkalles til siste kontroll etter 12 måneder. Noen pasienter kan ha symptomer og funn som krever en nyere tverrfaglig spesialistvurdering med henblikk på kirurgisk behandling av ryggen, eventuelt innsettning av mellomvirvelskiveprotese (prosjekt).

Generaliserte muskelsmerter

Noen pasienter angir at de for flere år siden har pådratt seg et smerteproblem lokalt i nakken eller ryggen, med eller uten skadeårsak, men har over lang tid utviklet mer generalisert utbredte smerter i muskulaturen. En norsk studie har kunnet dokumentere at en slik utbredelse av smertene ofte finner sted (10). Dette synes å være pasienter som har mindre evne til å tolerere og mestre smertene tilstrekkelig. En annen kategori er de som oppgir regelmessig å være bekymret og engstelige for ulike forhold i hverdagen. Andre kan være svært samvittighetsfulle og aktive, men utvikler psykiske og fysiske plager fordi de føler de ikke strekker til. Lettere psykiske plager kan over lengre tid medføre økt aktivisering av musklene (11) eller manglende evne til å slappe av, og muskelsmerter utvikles gradvis flere steder på kroppen samtidig.

Pasienter med generaliserte muskelsmerter tilbys et egnet gruppebasert, tverrfaglig behandlingsprogram som innbefatter

undervisning, samtaler og trening over 3 1/2 uke, tre halve dager i uken. I undervisningen vektlegges hvordan smerter kan utvikle seg i muskulatur over tid uten at det foreligger tegn til sykdom eller skade i det nevromuskulære system. Gruppesamtalene tar særlig opp temaer om hvordan man på en bedre måte kan mestre problemer og bekymringer i hverdagen og hvorledes særlig muskelsmerter kan håndteres annerledes. Vi har erfaring med at gruppesamtaler passer bedre for kvinner enn menn. Man legger vekt på trening av kroppsbevissthet, avspenning og tøyingsøvelser. En del pasienter har godt av å trene kondisjon for å oppnå mer overskudd.

En større andel av pasienter med generelle muskelsmerter blir anbefalt omskolering og tilpasset arbeid pga. et langvarig redusert fysisk funksjonsnivå. Mange av pasientene blir også tilbudt individuell oppfølging i flere måneder etter behandling for å unngå tilbakefall.

Hvorfor tverrfaglig ryggpoliklinikk?

Et lokalt ryggproblem skal håndteres annerledes enn generaliserte muskelsmerter. Ryggpasienter med langvarige plager har ofte sammensatte problemer som krever innsats fra ulike fagpersoner. Det er en stor fordel at disse fagpersonene arbeider tett sammen til daglig, samarbeider om pasientene og gir dem de samme tilbakemeldingene. Dette gir det beste utgangspunktet for en felles behandlingsstrategi. Grundig utredning fra flere fagpersoner som gir den samme tilbakemeldingen i forhold til smerteårsak, prognose og behandlingstiltak bidrar til trygghet hos pasienten og tillit til behandlingen. Det er viktig at man i løpet av behandlingstiden skaper realistiske forventninger til rehabiliteringen hos pasienten som er i samsvar med den behandlere har. Ved ryggpoliklinikkene har man muligheter til å følge pasientene over tid og kontrollere at de kommer i gang med nødvendige endringer i sitt privatliv, på jobb og i forhold til egen helse. Dette er en viktig del av behandlingen og kan ofte ikke gjennomføres på tradisjonelle opptreningsinstitusjoner langt unna pasientenes bosted.

Andre faktorer av betydning for å komme tilbake i arbeid

Ryggpoliklinikkene har vist at de er i stand til å rehabilitere ryggpasienter med langvarig sykmelding fullt tilbake i arbeid i ca. 80 % av tilfellene, mens annen tilgjengelig behandling i dag bidrar til ca. 50–60 % (4, 12, 13). Dette er et godt resultat, men det burde være mulig å få flere av de resterende 20 % av ryggpasientene tilbake i arbeid. Psykiske og fysiske funksjonstester viser at mange av disse pasientene likevel har en restarbeidsevne som er tilstrekkelig til å kunne utføre et egnet arbeid. Man greier ofte ved ryggpoliklinikken å få motivert pasientene til å jobbe. Problemet er at det

ikke finnes tilrettelagte tilbud eller at pasientene ikke får jobb. For mange føles denne situasjonen som ydmykende byttehandel, å måtte godta et uførestempel som eneste utvei til et lite og stabilt utkomme (14).

Den nye intensjonsavtalen om inkluderende arbeidsliv synes å være god for pasienter som ikke har en varig funksjonsnedsettelse eller som har en mindre varig funksjonsforstyrrelse. Verre er det med den resterende femdelen som har mer omfattende varige funksjonsnedsettelser og som det i dag i liten grad er plass for i arbeidslivet i Norge. Vi mener det må være langt bedre politikk at det offentlige gir økonomisk støtte til varige, egnede arbeidsplasser, både i det offentlige og det private. Slik kan flere ryggpasienter som forblir på et lavt funksjonsnivå, delta mer aktivt i samfunnet, istedenfor å bli uføretrygdet.

Litteratur

1. Brage S, Lærum E. Ryggglidelser i Norge – en epidemiologisk beskrivelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1619–23.
2. SBU-rapport 2000. Ont i ryggen, ont i nakken. En evidensbasert kunnskapssammenstilling. Vol. I, II. Stockholm: SBU, 2000.
3. Abenham L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on back pain. Spine 2000; 25 (suppl 4): 1–33.
4. Skouen JS, Grasdal AL, Haldorsen EMH, Ursin H. Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave. Randomized controlled study. Spine 2002; 27: 901–10.
5. Haldorsen EMH, Grasdal AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. Pain 2002; 95: 49–63.
6. Lindström I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Fordyce WE et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. Phys Ther 1992; 72: 279–90.
7. Loisel P, Abenham L, Durand P et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. Spine 1997; 22: 2911–8.
8. Richardson C, Jull G, Hodges P, Hides J. Therapeutic exercise for spinal segmental stabilization in low back pain. Scientific basis and clinical approach. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
9. Sullivan PB. Lumbar segmental «instability»: clinical presentation and specific stabilizing exercise management. Manual Therapy 2000; 5: 2–12.
10. Forseth KØ, Førre Ø, Gran JT. A 5.5 year prospective study of self-reported musculoskeletal pain and fibromyalgia in a female population: significance and natural history. Clin Rheumatol 1999; 18: 114–21.
11. Wigers SH. Clinical studies of fibromyalgia with focus on etiology, treatment and outcome. Doktoravhandling. Trondheim: Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1996.
12. Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikerås 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: 2625–30.
13. Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? Spine 2000; 25: 1973–6.
14. Jensen TØ. Attføringsetikk i brukerperspektiv. Attføring og arbeid 1996; nr. 1, 4–9.

! Hovedbudskap

- Tverrfaglige ryggpoliklinikker synes å være det beste tilbudet for langvarig sykmeldte. Tilbudet gir også samfunnsøkonomisk gevinst
- Innholdet i behandlingstilbudet ved en ryggpoliklinikk blir omtalt
- Ca. 20 % av pasientene som blir behandlet ved ryggpoliklinikkene forblir sykmeldt, men mange har en restarbeidsevne som bør kunne utnyttes bedre