

Hva gjør primærlegen med ryggpasienten?

BAKGRUNN I 2001 gjennomførte vi en kartleggingsstudie blant allmennleger i Aust-Agder fylke og beskrev hvordan ryggpasienten ble utredet og behandlet av allmennlegen. Nå har vi gjennomført en ny kartlegging blant fastlegene i dette fylket.

MATERIALE OG METODE Alle fastlegene i Aust-Agder fikk tilsendt invitasjon til å delta i studien. De ble bedt om å registrere fortløpende alle pasienter som søkte lege med ryggplager som hovedgrunn i en periode på to uker og beskrive alle tiltak som ble iverksatt etter konsultasjonen.

RESULTATER Av 87 praktiserende fastleger var det 53 % som svarte. Samlet hadde legene hatt 5 822 pasienter i studieperioden, hvorav 3 % var ryggpasienter. Utredning og behandling av disse pasientene var i hovedsak uendret fra det som var praksis i 2001. Bare 41 % av legene oppga å ha et fast samarbeid med fysioterapeut og bare 11 % samarbeidet med kiropraktor, en reduksjon fra henholdsvis 73 % og 35 % i 2001. Legene oppga komorbiditet hos 37 % av pasientene. Like mange som i 2001 ble henvist til bildediagnostikk, men skjelett-røntgen og CT-undersøkelse var i hovedsak byttet ut med MR-undersøkelse.

FORTOLKNING Legene i dette utvalget behandlet sine ryggpasienter på omtrent samme måte som legene i undersøkelsen i 2001 gjorde, men de hadde i mindre grad samarbeid med fysioterapeuter og kiropraktorer. MR-undersøkelse var blitt førstevalg ved rekvirering av bildediagnostikk.

«Vond rygg» er en lidelse som fortsatt «rammer flest og koster mest» (1), og en tredel av befolkningen angir å ha hatt vondt i ryggen i løpet av de to siste ukene (2). Ryggplager svarer for 11 % av sykefraværet og ligger bak 9 % av uføretrygdingen (3) og er blitt betegnet som den mest kostbare ikke-dødelige enkeltlidelse i Norge (1).

Fra å være betraktet som en lidelse som krever ro og hvile oppfattes nå akutt vondt i ryggen å være normalt selvtilhørende innen få uker, og opprettholdelse av vanlig aktivitet anbefales (4). Ingen aktiv behandling er vist å påvirke det naturlige forløpet for akutte uspesifikke ryggplager (5, 6), mens trening kombinert med kognitiv tilnærming anbefales for langvarige ryggsmertor (7).

I 2001 gjennomførte vi en kartleggingsstudie blant allmennleger i Aust-Agder. Vi beskrev hvordan ryggpasienten ble utredet og behandlet av allmennlegen (8). Nasjonale retningslinjer for diagnostikk og behandling av ryggplager ble utgitt i 2002 og oppdatert i 2007 (9, 7). I perioden 2002–05 var Aust-Agder ett av to intervensjonsfylker i mediekampanjen for gode holdninger til ryggplager, *Aktiv Rygg* (2). Vi har nå gjennomført en ny kartlegging blant fastlegene i dette fylket. Formålet med denne studien var å se i hvilken grad legene i Aust-Agder hadde endret praksis etter ti år med søkelys på pasientgruppen med «vond rygg».

Materiale og metode

Fremgangsmåte og kartleggingsverktøy var de samme som i 2001 (8). Fra Legeforenin-

gens adresseregister fikk vi navn og adresse på alle fastleger i Aust-Agder. Disse fikk i januar 2011 brev med informasjon om studien samt 25 pasientregistreringsskjemaer. Slike skjemaer ble også sendt til legevakten i Arendal. Legene ble bedt om å registrere fortløpende alle pasienter som oppsøkte legen med ryggplager som hovedgrunn i perioden 24. januar–6. februar. Hver pasient skulle registreres anonymt på eget skjema. Regional etisk komité Vest vurderte at prosjektet ikke trengte godkjenning.

Registreringsskjemaet besto av spørsmål om bakgrunnsopplysninger, opplysninger om rygglidelsen og eventuell komorbiditet samt tiltak som ble foreslått/iverksatt etter konsultasjonen. Etter endt registreringsperiode skulle alle skjemaene returneres i ferdigfrankert konvolutt.

Registreringsskjemaene ble mottatt og bearbeidet for statistisk analyse ved Uni helse, enhet for Stress, helse og rehabilitering i Bergen. I analysen er det benyttet SPSS versjon 18.

Resultater

Av 103 inviterte leger var fem ikke praktiserende i Aust-Agder, tre var pensjonister, to var i permisjon, en var syk, og fem av slo uten å oppgi noen spesiell grunn. Av de 87 mulige respondentene var det 46 (52,9 %) som svarte. Fire av disse hadde ikke hatt noen ryggpasienter i den aktuelle perioden, mens de 42 gjenværende fastlegene hadde hatt 1–11 ryggpasienter hver (gjennomsnittlig 3,5 (SD 2,56)). Samlet hadde de 46 fastlegene hatt

Erik L. Werner

loewern@online.no

Uni helse, Uni Research
Allmenntmedisinsk forskningsenhet
Universitetet i Bergen
og
Eydehavn Legekontor
Arendal

Camilla Ihlebæk

Helse UMB, IHA

Universitetet for miljø- og biovitenskap
og
Uni helse, Uni Research
Allmenntmedisinsk forskningsenhet
Universitetet i Bergen



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Fastlegene i dette utvalget behandlet sine ryggpasienter i hovedsak på samme måte som legene i utvalget for ti år siden gjorde

Det ble rekvirert like mye bildediagnostikk som ti år tidligere, men nå fortrinnsvis MR-undersøkelse

Fastlegene i dette utvalget hadde i mindre grad fast samarbeid med fysioterapeut og kiropraktor om ryggpasientene enn legene i utvalget ti år tidligere hadde

totalt 5 822 pasienter i studieperioden, og av disse var det 161 ryggpasienter (2,8 %). I materialet inngår også seks pasienter fra legevakten, slik at totalt antall pasienter er 167.

Bare 19 av legene (41,3 %) hadde fast samarbeid med fysioterapeut, og fem (10,9 %) samarbeidet med kiropraktor. I 2001 var disse tallene henholdsvis 35 (72,9 %) og 17 (35,4 %). Hos 88 av fastlegenes ryggpasienter (52,7 %) hadde ryggplagene vart i over 12 uker.

I alt 62 pasienter (37,1 %) hadde tilleggsplager. Nedstemthet/depresjon ble rapportert hos 35 (21,0 %), tretthet hos 22 (13,2 %) og nakkeplager hos 21 (12,6 %), mens 14 (8,4 %) anga samtidig irriterbar tykktarm. For tre av pasientene ble alle fire tilleggsplager oppført, mens fem pasienter hadde tre tilleggsplager. Det var ingen åpenbar sammenheng mellom forekomsten av slik komorbiditet og varighet av ryggsmertene.

Av de 79 med akutte ryggplager (< 12 uker) ble 35 (44,3 %) henvist til bildediagnostikk. Denne andelen var 23,2 % i 2001. Av disse ble 23 (29,1 %) henvist til MR-undersøkelse i 2011, ingen i 2001. Frekvensen av henvisning til spesialisthelsetjenesten og andelen som fikk medikamentell behandling var uendret fra tidligere, men færre ble anbefalt behandling hos fysioterapeut og kiropraktor i 2011 enn i 2001 (tab 1). Det var også litt færre pasienter som ble sykmeldt i 2011 enn i 2001, men flere uten sykepenge-rettigheter (tab 1).

Diskusjon

Studien indikerer at fastlegene i 2011 i hovedsak behandlet sine ryggpasienter på samme måte som fastlegene i 2001 gjorde. Pasientene ble like ofte henvist til bildediagnostikk, men MR-undersøkelse var blitt førstevalget, også ved akutte ryggsmertener. Det ser ut til at legene behandlet ryggpasientene med lettere analgetika enn før, i tråd med retningslinjene. De henviste i mindre grad til fysioterapeut og kiropraktor, og færre oppga å ha fast samarbeid med disse yrkesgruppene.

De kliniske retningslinjene og den generelle samfunnsdebatten om «vond rygg» har de siste årene særlig satt søkelys på et antatt overforbruk av bildediagnostikk og sykmelding (10). I retningslinjene anbefales MR-undersøkelse for «vedvarende smerter uten tegn til bedring utover 4–6 uker» (7). Tidsrammen 4–6 uker er gitt fordi dette er det tidsforløpet hvor en uspesifikk ryggplage normalt tilheles spontant (11). Henvisning til MR-undersøkelse i akuttstadiet kan være

Tabell 1 Undersøkelse, utredning, behandling og sykemelding for pasientene i 2001 og 2011

	2001		2011	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Pasienter som ble klinisk undersøkt	177	(80,8)	120	(71,9)
Pasienter henvist til bildediagnostikk	88	(40,0)	65	(38,9)
Røntgen LS-columna	59	(26,9)	11	(6,6)
Røntgen bekken	12	(5,5)	1	(0,6)
CT LS-columna	50	(22,8)	8	(4,8)
MR LS-columna	2	(0,9)	46	(27,5)
Pasienter henvist til annenlinjetjenesten	67	(31,5)	50	(30,9)
Til fysioterapeut	70	(32,0)	39	(24,8)
Til kiropraktor	24	(10,9)	5	(3,3)
Pasienter som fikk forskrevet medikamenter	173	(78,6)	130	(77,8)
Antiflogistikum	114	(51,8)	90	(53,9)
Lette analgetika	49	(22,3)	59	(35,3)
Moderat sterke analgetika	59	(26,8)	48	(28,7)
Sterke analgetika	4	(1,8)	5	(3,0)
Hypnotikum	5	(2,3)	5	(3,0)
Nevroleptikum	5	(2,3)	6	(3,6)
Annet	21	(9,5)	9	(5,4)
Pasienter som ble sykmeldt	135	(62,2)	84	(51,5)
Uføretrygdde pasienter	12	(7,5)	14	(11,3)
Pasienter uten sykepenge-rettigheter	20	(12,4)	22	(17,7)

i tråd med retningslinjene hvis det ikke er noen tegn til bedring hos pasienten. Vi så imidlertid ingen signifikante forskjeller i funksjon eller smertenivå i 2011 sammenliknet med 2001 (ikke vist i resultatdel). Foruten å være unødig bruk av ressurser er henvisning til bildediagnostikk vist å være direkte sykdomsforlengende (12) og oftest uten innvirkning på behandlingen (13, 14).

Over halvparten av fastlegenes ryggpasienter var kronikere med langt sykdomsforløp, og en tredel hadde tilleggsplager. Det er tidligere rapportert at ryggpasienter som oppsøker allmennlege i større grad har komorbiditet og funksjonsnedsettelse enn andre behandleres ryggpasienter (15, 16). Særlig er depresjon vanlig forekommende (17).

De kliniske retningslinjene legger også vekt på at pasienter med «vond rygg» skal opprettholde normal aktivitet og anbefaler rask tilbakevending til arbeidet. Både andelen pasienter som allerede var sykmeldt og andelen pasienter som ble sykmeldt første gang var gått ned i 2011 sammenliknet med i 2001. I Norge har det de siste 10–15 år vært en nedgang i antall tilfeller der «vond rygg» har vært årsak til sykefravær (3).

Bare 53 % av legene besvarte henvendelsen. Vi vet derfor ikke hvor representative disse svarene er for fastlegene i Aust-Agder og i landet som helhet. Vi vet heller ikke hvor stor andel av dem som svarte i 2011 også besvarte spørsmålene i 2001, og kan ikke sammenlikne den enkelte leges svar på

de to tidspunktene. Funnene er imidlertid i tråd med norsk og internasjonal litteratur på de fleste områder, og bør derfor kunne antas å være valide.

Konklusjon

Fastlegene i dette utvalget behandlet sine ryggpasienter omtrent på samme måte som legene gjorde ti år tidligere. De største forskjellene er at MR-undersøkelse synes å ha erstattet skjelettrøntgen ved rekvirering av bildediagnostikk og at legene i mindre grad enn før oppgir å ha et fast samarbeid med fysioterapeuter og kiropraktorer. Det ble oppgitt at omtrent en tredel av legenes ryggpasienter hadde ledsagende komorbiditet.

Legeforeningens Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har gitt finansiell støtte til denne studien.

Erik L. Werner (f. 1957)

er dr.med. og spesialist i allmenntillegemisin. Han er fastlege og kommuneoverlege i Arendal og har deltidsstilling som seniorforsker ved Allmenntillegeminsk Forskningsenhet, Universitetet i Bergen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Camilla Ihlebæk (f. 1967)

er cand.scient. og dr.philos. Hun er professor i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap i Ås. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Ihlebaek C, Lærum E. Rammer flest, koster mest og får minst. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2106.
- Werner EL, Ihlebæk C, Lærum E et al. Low back pain media campaign: no effect on sickness behaviour. Patient Educ Couns 2008; 71: 198–203.
- Brage S, Ihlebæk C, Natvig B et al. Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføretelser. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2369–70.
- van Tulder M, Becker A, Bekkering T et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006; 15 (suppl 2): S169–91.
- Hurwitz EL, Morgenstern H, Kominski GF et al. A randomized trial of chiropractic and medical care for patients with low back pain: eighteen-month follow-up outcomes from the UCLA low back pain study. Spine 2006; 31: 611–22.
- Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2011; nr. 2: CD008112.
- Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, 2007.
- Werner EL, Lærum E, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1800–3.
- Lærum E, Dullerud R, Kirkesola G et al. Akutte korsryggsmerter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk – Formidlingsenheten, 2002.
- Lærum E, Brox JI, Werner EL. Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2248–51.
- Carragee EJ, Hannibal M. Diagnostic evaluation of low back pain. Orthop Clin North Am 2004; 35: 7–16.
- Chou R, Fu R, Carrino JA et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 373: 463–72.
- Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG et al. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome—multicenter randomized trial. Radiology 2004; 231: 343–51.
- Kvistad KA, Espeland A. Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmerter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2256–9.
- Hurwitz EL, Morgenstern H. The effects of comorbidity and other factors on medical versus chiropractic care for back problems. Spine 1997; 22: 2254–64.
- Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The treatment of neck and low back pain: who seeks care? who goes where? Med Care 2001; 39: 956–67.
- Reme SE, Eriksen HR. Is one question enough to screen for depression? Scand J Public Health 2010; 38: 618–24.

Mottatt 3.1. 2012, første revisjon innsendt 27.3. 2012, godkjent 2.10. 2012. Medisinsk redaktør Are Brean.