

Hvordan går det med manuellterapipasienten?

- en 8 ukers oppfølging av 72 pasienter med nakke eller korsryggsplager i Oslo, som kommer til manuellterapeut i primærkontaktrollen uten henvisning fra lege



Kandidatnr:163209

Masteroppgave i helsefag

Studieretning Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Seksjon for fysioterapivitenskap

Institutt for samfunnsmessige fag

Universitetet i Bergen

Høst 2008

Antall ord: 11107

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN	9
2	TEORI	10
2.1	Epidemiologiske forhold med hensyn til nakke og ryggplager	10
2.1.1	Forekomst av nakke- og ryggplager i befolkningen	10
2.1.2	Årsaker til nakke- og ryggplager	11
2.1.3	Risikofaktorer/ Prognostiske faktorer	11
2.1.4	Komorbiditet	13
2.2	Kostnader	14
2.3	Et historisk tilbakeblikk	14
2.4	Fra Henvisningsprosjekt til Primærkontaktfunksjonen	14
2.5	Manuellterapeutens virkemidler	15
2.5.1	Anamnesen.....	15
2.5.2	Den kliniske undersøkelsen	15
2.5.3	Diagnostisering	16
2.5.4	Manuellterapeutens tiltak.....	16
2.5.5	Klinisk resonnement	17
2.6	Retningslinjer for henvisning	18
2.6.1	Henvisning til bildediagnostikk	18
2.6.2	Henvisning til legespesialist	18
2.6.3	Henvisning til fysioterapeut.....	18
3	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING:	19
3.1	Hensikt	19
3.2	Problemstilling	20
4	METODE	20
4.1	Valg av metode	20
4.2	Utvalg	21
4.2.1	Inklusjonskriterier	21
4.2.2	Eksklusjonskriterier	21
4.3	Rekruttering av primærkontakter til studien	21
4.4	Datainnsamling	22
4.5	Spørreskjemaer anvendt i studien	23
4.5.1	Ved inklusjonen	23

4.6	Spørreskjemaer anvendt ved 8 ukers oppfølging	23
4.7	Diagnostisering av pasientens plager	25
4.8	Primærkontaktens tiltak	26
4.8.1	Takstbruk og tidsbruk	27
4.9	Organisering av instituttene i forhold til trening.....	27
4.10	Antallsberegninger og dataanalyse	28
5	GODKJENNINGEN AV STUDIEN	28
6	ETISKE BETRAKTNINGER	29
7	RESULTATER	29
7.1	Deskriptive data	29
7.2	Demografiske Variabler/ Bakgrunnsinformasjon	30
7.3	Pasientens diagnoser:	31
7.4	Effekt mål	31
7.5	Manuellterapeutenes og deres arbeidsplass	33
7.6	Antall behandlinger hos manuellterapeut	33
7.7	Manuellterapeutens tiltak:.....	33
8	DISKUSJON.....	35
8.1	Populasjon og utvalg.....	35
8.1.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	35
8.1.2	Inklusjonsprosessen	37
8.1.3	Geografisk nedsalgsfelt og ekstern validitet.....	38
8.2	Metode.....	39
8.2.1	Valg av studiedesign	39
8.2.2	Valg av effekt mål og kartlegging av behandling.....	40
8.3	Datainnsamling og studiens interne validitet	40
8.4	Resultater av effekt mål ved 8 ukers oppfølging.....	41
8.4.1	Daglig funksjon.....	41
8.4.2	Livskvalitet	42
8.4.3	Arbeidsstatus og sykmelding	42
8.4.4	”Patient Satisfaction”	43
8.5	Manuellterapeutens tiltak og behandling	44
8.5.1	Henvi sning til andre yrkesgrupper.....	44

8.5.2	Sykemelding	45
8.5.3	Behandling	45
8.6	Videre studier	48
9	KONKLUSJON	48

Vedlegg:

1. Informert samtykke, pasient
2. Informert samtykke, manuellterapeut
3. Inklusjonsskjema, spørreskjema
4. Symptomprofil, tverrsnittstudie
5. 8 ukers oppfølging, spørreskjema
6. Spørreskjema, tiltak manuellterapeut
7. Godkjenning REK-øst
8. Godkjenning NSD

Sammendrag:

”Hvordan går det med manuellterapi-pasienten?

- en 8 ukers oppfølging av 72 pasienter med nakke eller korsryggsplager i Oslo, som kommer til manuellterapeut i primærkontaktrollen uten henvisning fra lege”

Klinisk mastergradstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Seksjon for fysioterapivitenenskap, Universitetet i Bergen

År: 2008

Bakgrunn: Studiens hensikt er følge en gruppe pasienter med akutte, sub-akutte og langvarige nakke eller ryggplager fra første møte med manuellterapeut i primærkontaktfunksjonen (uten henvisning fra lege). En tverrsnittsstudie ved inklusjonstidspunktet for å kartlegg pasientenes symptomprofil danner baseline for denne studiens effektmål. Etter 8 ukers behandling ble pasientens egenrapporterte status med hensyn til smerte, funksjon, livskvalitet, arbeidsstatus og ”patient satisfaction”. Endringer i variablene ble registrert. Manuellterapeutens tiltak ble også kartlagt.

Studiedesign: En prospektivt kohort studiedesign med baselinemålinger og 8 ukers oppfølging.

Metode: 72 pasienter med nakke eller ryggplager ble inkludert i studien, undersøkt og behandlet av manuellterapeut. 60 pasienter svarte på validerte reliable spørreskjemaer: Smertevariabel (NRS), daglige funksjoner (ODI/NDI), livskvalitet (EQ-5D skala 0-100), arbeidsstatus, samt nytte av behandling/fornøyd med behandling(”patient satisfaction”). 28 manuellterapeuter svarte på spørreskjema om behandlingsmodaliteter, organisering av behandling, takst og tidsbruk 83 %, sykemeldingfrekvens og henvisningsfrekvens til andre behandlere.

Resultater : Ved 8 uker rapporterte pasientene redusert smerte svarende til en klinisk meningsfull endring(mean -2,4 NRS), bedring. 63 % hadde god nytte av behandlingen og 93 % var av daglig funksjon (14-8,mean 6) bedret livskvalitet (64,7-74,3, mean 9,7), arbeidsstatus forble uforandret, nytte av/fornøyd medbehandlingen: 63,3 % helt bra/ mye bedre, 33,3 % litt bedre/ 93,3 % meget fornøyd. Manuellterapeuten sykemeldte 11% og friskmeldte 7% i løpet av 8 ukers perioden. og henviste 25 % til andre yrkesgruppe. Pasienten fikk gjennomsnittlig 6

behandlinger, som i vesenlig grad bestod av individuell oppfølging i form av manuellterpитеknikker, pedagogisk veiledning, treningsinstruksjon og hjemmeøvelser/ trening.

Konklusjon: Pasientene hadde god effekt av manuellterapeutens tiltak. Arbeidstatus for pasienter på langvarig trygdeordninger endret seg ikke til tross for mindre smerter, bedre funksjon og bedre livskvalitet etter behandling, og dette samsvarer med andre sammenlignbare studier. Manuellterapeutens tiltak var effektive og viste seg kortsiktig ressursbesparende. I lys av pasientenes symptomprofil i inklusjonsstudien er relevant å rette riktig tiltak mot riktig pasient til rett tid for å unngå langtids sykefravær.

Summary

What happens to the manualtherapy patients– A 8 week follow up 72 patients in Oslo suffering form neck or low back pain treated by the manual therapists as primary care providers without physician referral

Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Seksjon for fysioterpivitenskap, Universitetet i Bergen

Background: The aim of this study was to follow 72 patients with acute, sub- acute and chronic neck or low back pain during 8 weeks being treated without physician referral in manual therapy clinics as a primary care facility in Oslo and observe change of outcome measurements from baseline.

Study design: A prospective cohort study with 8 weeks follow-up.

Method: At the end of 8 weeks 60/ 72 patients answered valid and reliable treatment outcomes pain(NRS), daily functional level (ODI/ NDI), quality of life (EQ-5D), "return to work" questionnaire, and "patient satisfaction" questionnaire as valid and reliable outcome measures. The manual therapists answered questions about "Number of treatments", sicklisting, referrals to other medical professionals and treatment modalities and time spent on patient care.

Results: 12 drop-outs at 8 week follow-up. Variable change of outcome measures: Clinically significant reduction of pain (mean – 2,8), daily function moderately improved (14-8, mean6), quality of life scale moderately improved (64,7-74,3, mean 9,7) and patient satisfaction(greatly improved:63,3%, minimal change:33.3 %, 93,3% very satisfied). "Return to Work" remained unchanged.

The manual therapy treatments: patients received mean of 6 treatments, predominantly individual treatments of manual techniques (mobilization, manipulation), (mean 4,88); patient education approach, supervised exercise home ex.program. 11,1 % of the patients were sicklisted by the manual therapist ,and 7 % of them went back to work during the 8 week period. 14% were referred to radiology/MRI, 1,9% to other specialist MD`s, 9,7 % to physical therapy.

Conclusion: In spite of improved treatment outcome measures of pain, functional status, quality of life, high patient satisfaction scores, the "back to work" status remained unchanged, which is comparable to other studies on a similar patient population. Considering patients score on the Ørebro Screening Questionnaire when

evaluating patients for treatment, the right treatment approach applied to the right patients at the right time would most likely benefit the patient as well as society.

1 Bakgrunn

Etter et lovforslag på Stortinget i 1999, der pasienter med muskelskjellett lidelser (L-diagnoser) skulle ha tilgang til manuellterapeuter og kiropraktorer uten henvisning fra lege, og samtidig beholde sin rett til trygderefusjon, ble en prøveordning etablert i 3 av landets fylker. Hensikten var å være ressurs- og kostnadsbesparende for samfunn og individ, være lettere tilgjengelig for brukerne, og få mer fornøyde brukere. Prøveprosjektet i 3 fylker (Nordland, Hordaland og Vestfold) i perioden 2002- 2004, viste seg vellykket. En lovendring trådte i kraft 1. januar 2006 der primærkontaktrollen for manuellterapeuter og kiropraktorer ble innført over hele landet. Dette medførte store endringer i premisene for vår yrkesutøvelse. I den nye rollen som primærkontakt kan pasienter komme direkte til manuellterapeuten uten henvisning fra lege, vi kan sykemelde inntil 8 uker og henvise pasienter til andre spesialister, bildediagnostikk og til fysioterapibehandling. Vi har fått et større ansvar på mange nivåer av vår yrkesutøvelse, samtidig som vi selv må sette søkelys på om opprettelse av primærkontaktfunksjonen svarer til dens intensjon. En av de viktigste forventningene knyttet til innføringen av primærkontaktfunksjonen er at ordningen skal være ressurs- og kostnadsbesparende. Det er derfor viktig å rette vår oppmerksomhet mot hvilke pasienter som benytter seg av primærkontaktfunksjonen og særlig de pasienter som har vist seg å ha høyest risiko for et langt sykdomsforløp (Grotle, Brox, & Vollestad, 2004a).

Ved å definere denne gruppen pasienter i risikozonen på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet, kan riktige tiltak iverksettes, til rett tid, og bidra til å redusere risiko for langvarig sykdom (Waddell, 2004; Haldorsen et al., 2002). I denne sammenheng brukes ofte betegnelsene "rød", "gule" og "grønne" flagg om pasienters sykdoms- og risikoprofil for å definere pasientgrupper. Betegnelsen røde og gule flagg er internasjonalt anerkjente begreper. "Røde flagg" er varselfaktorer i anamnese og sykehistorie som kan skyldes alvorlig underliggende patologi. "Gule flagg" peker hovedsakelig på psykososiale risikofaktorer for utvikling av langvarige rygg- og nakkeplager ((Linton & Boersma, 2003a). "Grønne flagg" betegner pasienter med liten fare for å utvikle et langvarig sykdomsforløp (Lærum et al. 2007).

Dette masterprosjektet er en del av en større studie for å kartlegge karakteristika ved pasienter som oppsøker manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen. Den første delen av studien, en tverrsnittstudie, konkluderer med at manuellterapeuter i har like stor eller større andel pasienter med høy risiko for utvikling av langvarige plager som primærlegene og av resultater som fremkommer i andre sammenlignbare studier (Grotle et al., 2005a; Grotle, Vollestad, & Brox, 2006a; Hurley et al., 2000c; Ødegaard, 2008b). Studiepopulasjonen viser moderat til høy grad av komorbiditet, hadde stor grad generaliserte smerter. Hver fjerde pasient mottar langvarige trygdeordninger. Studien viste også at populasjonen hadde gjennomsnittlig høyt utdanningsnivå og opprettholdt høyt funksjonsnivå (Ødegaard, 2008a).

I denne delen av studien ser jeg på hvordan det gikk med pasientene i løpet av 8 uker etter første konsultasjon med hensyn til smerter, funksjonsnivå og arbeidsstatus. Jeg ser også på hvilke tiltak manuellterapeuten har vært iverksatt, hvilken nytte pasientene mener å ha hatt av behandlingen og om de har vært fornøyd med behandlingen.

2 Teori

2.1 Epidemiologiske forhold med hensyn til nakke og ryggplager

2.1.1 Forekomst av nakke- og ryggplager i befolkningen

En studie utført av STAMI (Statens Arbeidsmiljøinstitutt) viser at 30- 50% av yrkesaktive mennesker (30-45 år) i Norge utvikler nakke og ryggplager i tidspunktet 2000-2001 (Mehlum I et al., 2008). Disse funn er sammenfallende med funn i andre norske studier som fant at 50 % av den voksne befolkningen hadde hatt ryggplager i løpet av 1 år (Brage S, Lærum E, 1999). Inndeles ryggplager i plager med og uten nerverotaffeksjon, er prevalensen for menn 3-5 % og for kvinner 1-4 % ved ryggplager forårsaket av nerverotaffeksjon i Norge (Lærum, 2007). Av disse pasientene blir færre enn 5 % kirurgisk behandlet (Lærum, 2007).

Forekomsten av ryggplager hos eldre(over 65 år) er lite undersøkt, men av de studier som foreligger, er det lite som peker på at forekomsten er mindre enn befolkningen under 65 år (Lærum, 2007). Den sterkeste prediktive faktoren for at man rammes av

flere tilfeller av ryggplager i livet er at man har hatt tidligere ryggplager(Waddell, 2004).

2.1.2 Årsaker til nakke- og ryggplager

Genetiske faktorer har vist seg å ha betydning for utvikling av degenerative skiveproblematikk i nakke og rygg(Videman & Nurminen, 2004). Livsstilsrelaterte faktorer som overvekt, røyking eller en sedat livsstil viser ingen klare årsaker til ryggplager (Lærum, 2007). Man ser derimot at alle disse kan være konfunderende faktorer til ryggplager i forhold til risiko for utvikling av langvarige plager både i rygg og nakke. I Gortles studie fant man at 2 eller flere nevrologiske tegn, røyking, høy skåring på psykososial tester og opplevelsen av stress, ga 3-5 ganger høyere odds for langvarig fravær fra arbeidslivet (Grotle et al., 2005b; Mehlum, Kristensen, Kjuus, & Wergeland, 2008c)

Nakke og rygg smerter kan ha opphav i alle strukturer som har smerteførende nervefibre. Det er ofte et sammensatt bilde der smerteprovokasjonen kommer fra flere strukturer samtidig: muskulatur og muskelfester, mellomvirvelskiver, leddbånd, skjelettet, leddkapsel og nervefibre er alle strukturer som gir lignende type smerter, og utbredelse av smerter. Samtidig kan smerter fra indre organer referere smerter til muskelskjelettområder(Lærum et al., 2007). Den spesifikke biomedisinske diagnose kan derfor være vanskelig å stille.

I denne studien har vi inndelt plagenes varighet i akutte plager med varighet inntil 2 uker, sub-akutte plager fra 2-12 uker og langvarige plager fra 3-12 måneder, og plager utover 1 år.

2.1.3 Risikofaktorer/ Prognostiske faktorer

Waddell hevder at den store endring i moderne behandling av nakke og ryggplager ikke er endringer av epidemiologiske faktorer, fordi forekomst er uendret, men i ny kunnskap om ryggplagers etiologi, risikofaktorer, arbeidsmiljøforskning og endringer i samfunnsstrukturen. De psykososiale faktorer har vist seg å ha større effekt på prognosen for nakke – og ryggplager i forhold til langvarig sykefravær enn den biomedisinske diagnosen (Waddell, 2004).

Risikofaktorer som vi forstår den ut fra begrepet ”**Gule Flag**g” er når personer med muskelskjelettplager viser dårlig tilpasset holdninger og forståelse av smerter, åpenlys smerteadferd blant sine nærmeste, forsterket emosjonell adferd, dårlig sosialt nettverk, mistriivsel i arbeidssituasjonen, lave forventninger til behandling og liten tro på egne mestringsevner (Grotle et al., 2005c; Linton & Hallden, 1998c; Grotle et al., 2005d; Linton & Hallden, 1998b). Antall smerteområder hos pasienter med muskelskjelettplager har vist seg å være sterkt forbundet med utvikling av langvarige plager og permanent arbeidsuførhet (Kamaleri et al. 2008 93). I tillegg kommer problemets alvorlighetsgrad, høy grad av komorbiditet, lengden på sykdomsforløpet, demografiske faktorer, sosioøkonomiske faktorer, genetiske faktorer, effekt av tidlige tiltak og lengden på sykefravær. Desto flere sammenfallende faktorer tilstedet samtidig, desto dårligere prognose for å redusere smerte, bedret funksjonsnivå, bedret livskvalitet og å komme tilbake til arbeidslivet (Waddell, 2004). Langworthy så om psykososial risikoprofil var bestemmende for utfall av kiropraktorbehandlinger hos akutte og sub-akutte ryggpasienter. Pasientene i studien hadde høy skår på smerter og funksjonbegrensning, men lav skår på psykososial risikoprofil(Langworthy & Breen, 2007). Effekt av behandling var snarere avhengig av plagenes varighet og pasientenes generelle helse (Langworthy et al., 2007; Rubinstein et al., 2008a). Dette stemmer ikke overens med funnene ved inklusjonsdelen i denne studien som del av denne studien, der vi ser 21,1 % av pasientene ligger i høyrisikozonen med moderat til høy grad av komorbiditet, og 19,6 % av pasientene var i sub-akutt fase. Derimot ser vi at resultatet av effektmål at pasientene i denne studien viste klinisk signifikant bedring av få behandlinger, til tross for at 39,5 % av pasientpopulasjonen hadde hatt sine plager lengre enn 1 år.

Demografiske faktorer som sosial status og høyt utdanningsnivå er en prognostisk faktor som har betydning for utvikling av nakke- skulder og korsryggsplager. Det er lavere prevalens i grupper med høyere utdanning sammenlignet med grupper med tunge, fysiske eller repetative arbeidsoppgaver. Årsaken kan bero på mindre fysisk belastning, men også større tilfredshet i arbeidssituasjonen (Mehlum, Kristensen, Kjuus, & Wergeland, 2008b). Andre demografiske forhold som påvirker sykdom og sykefravær er sosioøkonomisk konjunktur i samfunnet.

Arbeidsrelaterte faktorer som ensidig og stor belastning på ryggen over tid sammenfallende med stort psykisk stress og mistriivsel på arbeidsplassen er også viktig å se på for å forstå årsakssammenhenger av nakke og ryggplager(Waddell, 2004).

I en studie gjort på Oslos befolkning den fysiske arbeidsbelastningen var tema fant man at korsryggsplager hadde størst prevalens (69 % blant menn, 67 % blant kvinner) i yrkesgrupper som hadde tungt fysisk arbeid, sammenlignet med yrkesgrupper med mer sedate arbeidsoppgaver(37 % blant menn, 44% blant kvinner). For nakke og skulderplager så man høy prevalens både hos yrkesgrupper med fysisk tungt arbeid (67 % blant menn, 73 % blant kvinner) og også i yrkesgrupper med stillesittende, ensidige arbeidsoppgaver (61 % blant kvinner, 41 % blant menn) (Mehlum, Kristensen, Kjuus, & Wergeland, 2008a).

Det psykososiale arbeidsmiljøet er avgjørende for å komme tilbake til arbeidsplassen etter langvarig sykefravær. Når pasienten mister kontakten med arbeidsplassen, føler lite støtte fra arbeidsgiver og/eller kolleger og mistriivsel reduseres muligheten til å komme tilbake ytterligere. Dersom plagene er oppstått i arbeidssituasjonen og gjennom arbeidsmiljøet, kan mange ha frykt for å komme tilbake til en arbeidssituasjon der de ikke føler at skaden blir tatt på alvor. Dette gjelder skader av både fysisk og psykisk årsak (Waddell, 2004; Waddell, 2004).

2.1.4 Komorbiditet

Med komorbiditet forstås tilstedeværelsen av andre diagnoser i tillegg til en hoveddiagnose.

Flere studier viser til sammenheng mellom tilstedeværelsen av andre plager og utvikling av korsryggsmerter (Waddell, 2004). Grad av komorbiditet øker med økende alder. En norsk studier viser sammenfallende mellom korsryggplager og høy grad av komorbiditet (Hagen, Svensen, Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 2006). Derfor er kunnskap om pasienters helsetilstand og sykehistorie viktig å forholde seg til, dersom man skal estimere prognosen og risikofaktorer hos pasienter med muskelskjelettplager i forhold til funksjon, smerter og sykefravær og effekt av tiltak(Sangha, Stucki, Liang, Fossel, & Katz, 2003; Slover, Abdu, Hanscom, & Weinstein, 2006; Slover, Abdu, Hanscom, Lurie, & Weinstein, 2006).

2.2 Kostnader

Hvert år uføretrygdes nye 4000-5000 mennesker på grunn av ryggplager, noe som gjør ryggplager til den aller hyppigste enkeltårsak til uføretrygding. Til sammen var nær 43 000 mennesker uføretrygdet i på grunn av ryggglidelser i 2003.

Totalkostnadene for pasienter med ryggplager er i underkant av 15 milliarder årlig (Lærum et al. 2007). Det er ingen tvil om at behandlings - og sykefraværskostnadene av pasienter med nakke- og ryggplager er en stor økonomisk belastning for de norske samfunn.

Den samfunnsøkonomiske besparelsen i sluttevalueringen av HVP var på det tidspunkt usikre. Dog viste sluttrapporten (1) at det i prøvefylkene lå en nedgang i sykepengeutbetaling på 1-2 %, som utgjorde en innsparing på ¼ til ½ milliard kroner (Sluttrapport SINTEF). De siste meldinger fra NAV viser en reduksjon i sykefraværprosenten i andre kvartal i 2008 for nakke- og ryggplager med sammenlagt 0.7 % sammenlignet med samme periode i 2007 (Nettsted "Manuellterapi.no"2008).

2.3 Et historisk tilbakeblikk

Manuellterapifaget har tradisjoner i Norge tilbake til 1950 tallet. Den faglig utviklingen har skjedd i takt med en internasjonalisering av utdanning og endringer i norsk lovverk. Fra å være en videreutdanning som ble organisert på de ulike fysikalske institutter rundt om i landet er den blitt er den akademisk utdanning med Klinisk Mastergrad i Manuellterapi, som vi har den på UiB i dag. Det utdannes om lag 20 manuellterapeuter hvert annet år på UiB, og mange fysioterapeuter å ta manuellterapiutdanningen i utlandet, og avlegger veiledet klinisk praksis og eksamen i Norge etter 1 år. Vi har i dag om lag 400 manuellterapeuter i Norge.

2.4 Fra Henvisningsprosjekt til Primærkontaktfunksjonen

I løpet av de 3 år som snart har gått siden at manuellterapeuter ble primærkontakt, er det store sykefraværet fremdeles urovekkende.

Den nye sykemeldingsblanketten ”Raskere Tilbake”(Rikstrygdeverket i Norge & NAV, 2008d) er et nytt tiltak der målet er bedret samhandling mellom NAV, arbeidstaker, arbeidsgiver og den sykemeldende part. Arbeidstaker skal ha rett til tilrettelagte arbeidsoppgaver i sykemeldingsperioden. Manuellterapeuter i primærkontaktrollen blir derfor en viktig deltager i prosessen med opprettholde pasientens kontakt med arbeidsplassen og redusere langvarig sykefravær (Rikstrygdeverket i Norge & NAV, 2008c; Waddell, 2004).

2.5 Manuellterapeutens virkemidler

2.5.1 Anamnesen

Formålet med anamnesen er å kartlegge plagenes alvorlighetsgrad i form av ”Røde Flagg”, ”Gule Flagg” eller ”Grønne Flagg”. Karakteristikken av smertene kan si noe om vevskaden, men er heller uspesifikk(Lærum & m.fl., 2007). Bruk av smertestillende medikamenter, annen symptomlindring/provokasjon, pasientens alder og døgnvariasjon er av interesse for å forstå alvorlighetsgraden av plagene(Lærum et al., 2007). Det aktuelle problems varighet klassifiserer plagen som akutt, sub-akutt eller langvarig og effekt av tidligere behandlinger og grad av komorbiditet kan forteller noe om plagenes prognose.

Mestring av plagene og innvirkning på hverdagslivet med hensyn til arbeidsstatus, daglig aktiviteter og livskvalitet forteller noe om mestring av plagene(Solberg, Olsen, Ingebrigtsen, Hofoss, & Nygaard, 2005b). Anamnesenopptaket gir manuellterapeuten en gylden anledning til å reflektere sammen med pasienten, og skape kontakt og kommunikasjon (Jones & Rivett, 2004; Kirkesola & Solberg, 2007; Waddell, 2004).

2.5.2 Den kliniske undersøkelsen

Den kliniske undersøkelsen følger opp funn i anamnesen. For nakke og ryggplager er det av interesse å skille mellom alvorlig patologi, ”røde flagg”, nerverotsaffeksjon, uspesifikke nakke – og ryggsmarter og graden av ”gule flagg”(Lærum et al., 2007; Waddell, 2004).

Funksjonelle prøver og provokasjonstester i belastet stilling kan avdekke holdningsanomalier, atrofier, deformiteter, kraftnedsettelse,

bevegelsesmønster/avvergemønster og bevegelsesutslag, balanse og plagenes alvorlighetsgrad i forhold til funksjonsbegrensninger. En nøye nevrologisk utredning der nervestrekktester, testing av reflekser, sensibilitet og segmentell muskelkraft og koordinasjon kan avdekke "Røde Flagg". Det skal være samsvar i mellom funnene for å gi oss et bilde nerverotaffeksjonens nivåbestemmelse(Kirkesola et al., 2007; Lærum et al., 2007; Solberg, 2007; Waddell, 2004). Testing av spesifikk mobilitet er et relevant, provokasjonstester, palpasjon og mobilitetstester kan nivåbestemme plagene i columna (Kirkesola G, Solberg AS; 2007;Solberg AS, 2007). Tiden manuellterapeuten bruker på første undersøkelse og organiseringen av den, kan være av betydning for konklusjonen man kan dra etter første undersøkelse og prøvebehandling.

2.5.3 Diagnostisering

Nakke og ryggsmarter deles ofte inn i:

1. Uspesifikke nakke og korsryggssmerter; 2. nerverotaffeksjon; 3. Muligheter for underliggende alvorlig patologi / nevrologisk akutt tilfelle - "Røde Flagg".

Ut fra anamnese og undersøkelse i lys av smertefysiologi kan en muligvis få frem en spesifikk diagnose, men like ofte vet vi at det i klinikken kan være vanskelig å forklare graden av vevskade og smerteopplevelse ut fra våre funn (Jones et al., 2004). Studier viser at i 15 % av tilfeller med korsryggsplager var det mulig å gi plagene en vevspesifikk diagnose(Jones et al., 2004; Lærum et al., 2007).

Bildedagnostikk ville nok gi flere spesifikke diagnoser, men dette bekrefter ikke alltid plagenes årsak, siden man blant normalbefolkningen kan ha samme funn uten symptomer(Gilbert et al., 2004) I 15 % av tilfeller med korsryggsplager er det mulig å gi plagene en vevspesifikk diagnose.

.

I denne studien ble pasientens plager ble diagnostisert etter ICPC-2 klassifiseringssystem i koder,

2.5.4 Manuellterapeutens tiltak

Når pasienten er undersøkt og man har konstatert at pasienten ikke har alvorlig nerverotaffeksjon eller alvorlig sykdom("Røde Flagg"), er uspesifikke smerter i nakke og rygg i akutt fase er den viktigste oppgaven å avdramatisere plagenes

alvorlighetsgrad. Manuellterapeutens pedagogiske og kognitive tilnærming til pasienten og problemstillingen er viktig allerede i denne fasen for å unngå unødig frykt for smerter, oppmuntre til aktivitet og diskutere muligheter for å være i arbeid, og er særdeles viktig for de pasienter der man vet at tilheling kan ta tid (Indahl et al. 1998). Sykemeldingsordningen "Raskere Tilbake" gir mulighet til samhandling mellom pasient, behandler og arbeidsplass for bedre tilrettelegging av arbeid til tross for redusert arbeidsevne (Rikstrygdeverket i Norge & NAV, 2008b).

Rådgivning om smertebehandling er viktig i en tidlig fase, spesielt med tanke på nevrogene smerter og faren for kronifisering.

Manuellterapeuter har virkemidler som manipulasjon, mobilisering, bløtdelsbehandling, tøyninger og øvelser/trening. Nyere randomiserte, kontrollerte studier viser at pasienter har nytte av tidlig intervensjon med behandling og øvelser både av hensyn til å redusere smerter, bedre funksjonsnivået, lavere sykefravær, og ikke minst redusere frykten for alvorlig sykdom (Grunnesjo, M.I. et al. 2004; Wand BM et al., 2004; Wright A et al., 2005). Dersom manuellterapeuter tar primærkontaktrollen på alvor med omlegging av praksis for akutt-timer, kommer denne pasientgruppen til behandling tidlig i sykdomsfasen.

2.5.5 Klinisk resonnement

Refleksjonsstadiet etter den kliniske anamnesen og førstegangsundersøkelsen danner man grunnlaget for en arbeidshypotese om den biomedisinske diagnose, og en tiltaksplan legges. Klinisk resonnement krever at behandleren konstant vurderer egne valg i forhold til effekt av iverksatt tiltak på alle nivåer av behandlingen (Jones et al., 2004). Klinisk resonnement innbefatter også menneskekunnskap og interesse for å forstå pasientens plager, smerteforståelse, mestringsstrategier, hvilken påvirkning høy grad av komorbiditet har på pasientens problemstilling og livssituasjonen personen befinner seg i (Jones, Rivett 2004; Kamaleri et al., 2008; Kamaleri et al, 2008; Slover et al. 2006).

Gjennom bruk av validerte spørreskjema som belyser pasientens psykososiale ståsted, smerte og funksjonsnivå samt komorbiditetsgrad kan manuellterapeuten

raskere iverksette relevante tiltak i lys av undersøkelsen, med større kunnskap om pasientens risikoprofil (Grotle, Vollestad, & Brox, 2006b; Linton & Hallden, 1998a; SINTEF, 2003c; Waddell, 2004; Waddell, 2004).

2.6 Retningslinjer for henvisning

2.6.1 Henvisning til bildediagnostikk

Hensikten med bildediagnostikk er å stille en diagnose og det bør være en klinisk indikasjon for undersøkelsen og gi kunnskap som får behandlingsmessige konsekvenser for pasienten, som i tilfeller der man mistenker "Røde Flagg", har sterke symptomer ut over 6 ukers varighet eller nerverotaffeksjon på grunn av prolaps og av andre årsaker uten bedring av kliniske funn (Jarvik et al. 2002). Henvisning til bildediagnostikk må vurderes ut fra flere hensyn: hensynet til pasientens helse fordi undersøkelsen påfører pasienten økte stråledoser ved røntgen eller CT, og av økonomiske hensyn til pasienten når enkelte bildediagnostiske kriterier kan gi pasienten rett til full refusjon av behandling (Faggruppen for Manuellterapi, 2003a).

Valg av undersøkelse bestemmes av den kliniske indikasjonen for undersøkelsen i samhandling med radiolog (Lærum et al., 2007).

2.6.2 Henvisning til legespesialist

Akutt henvisning til legespesialist eller akuttavdeling på sykehus foretas ved kliniske tegn på cauda equina, progredierende nevrologiske utfall eller mistanke om fraktur, ved forverring av pasienters tilstand med hensyn til symptomer og kliniske funn, samt sterke smerter som ikke svarer på smertebehandling mistanke om "Røde Flagg" (Lærum et al. 2007). Manuellterapeuten må henvise pasienten til fastlegen dersom pasienten skal ha reseptbelagte medisiner, ønsker blodprøver, mistanker om bakteriell infeksjon, eller om pasientens lidelser ligger utenfor manuellterapeutens fagområde. Primærkontakten kan også henvise pasienter til psykolog. (Faggruppen for Manuellterapi, 2003b; Jones et al., 2004).

2.6.3 Henvisning til fysioterapeut

Det kan være nødvendig for manuellterapeuten å henvise pasienten til fysikalsk behandling der manuellterapi ikke er relevant behandling, eller pasienten har fått manuellterapibehandling, og det er blitt vurdert at pasienten kan fortsette med andre behandlingsformer / egenaktivitet under veiledning av fysioterapeut med rett til trygderefusjon, slik at pasienten beholder sine økonomiske rettigheter i forhold til folketrygden (Faggruppen for Manuellterapi, 2003c; Jones et al., 2004).

3 Hensikt og Problemstilling:

3.1 Hensikt

I rollen som primærkontakt, hvor pasienter med muskelskjelett plager kan komme direkte til manuellterapeut uten henvisning fra lege, stilles det større krav til manuellterapeutens evne til å kunne avdekke sammensatte og komplekse sykdomsbilder hos pasienten, stille en så nøyaktig diagnose som mulig, samt å iverksette adekvate tiltak hurtigst mulig. Det er derfor viktig å øke kunnskap om manuellterapeutens pasienter, sett i lys av risikofaktorer for utvikling av langvarige sykdomsforløp. Denne type studie har ikke tidligere vært gjort på manuellterapeuter og deres pasienter i primærkontaktfunksjonen i Norge.

Som nevnt innledningsvis er denne oppgaven en del av en større studie, der del 1 er en tverrsnittsstudie for å kartlegge karakteristika hos nakke og ryggpasienter som henvender seg direkte til manuellterapeut uten henvisning fra lege (Vedlegg 1)

I denne delen av studien følger jeg 72 av de inkluderte pasientene i tverrsnittstudien fra første konsultasjon hos manuellterapeut og i 8 uker fremover og ser på pasientens egenrapporterte status med hensyn til smerte, funksjon, livskvalitet og arbeidsstatus. Videre vil jeg kartlegge hvilken behandling pasientene har fått, samt se på nytten de har hatt av å komme til manuellterapeut i primærkontaktrollen, og tilfredsheten med behandlingen.

3.2 Problemstilling

- Hvordan er pasientenes egenrapporterte status med hensyn til smerte, funksjon, livskvalitet og arbeidsstatus 8 uker etter behandlingsstart, og hvilke endringer ser vi på disse variablene fra inklusjonen i studien?
- Har pasientene hatt nytte av behandlingen, og er pasientene fornøyd med behandlingen?
- Hvilke tiltak har manuellterapeuten iverksatt?

I denne studien omfatter ”tiltak” begrepet også antall behandlinger, om pasienten fortsatt var i behandling etter 8 uker, samt takst- og tidsbruk.

4 Metode

4.1 Valg av metode

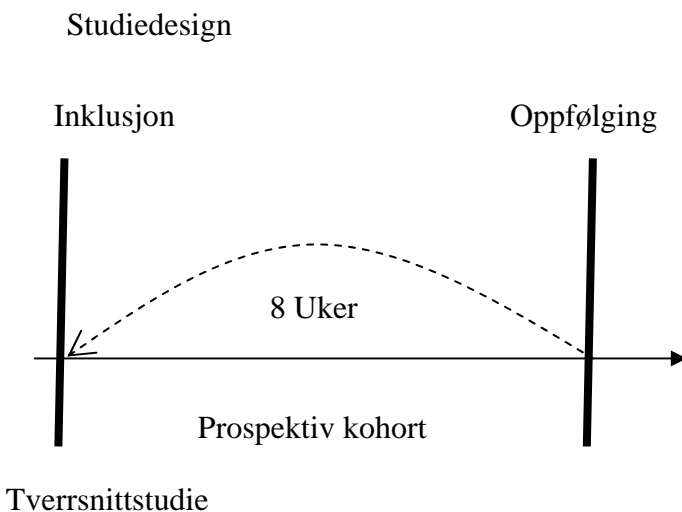


Fig.1 (modifisert etter Storheim K.)

Valg av studiedesign er en prospektiv kohort studiedesign med 8 ukers oppfølging. En kohort- studie gir muligheter for å undersøke årsaker til sykdom gjennom å se på sammenhengen mellom eksponering og sykdomsutvikling. Studiens omfang og oppgavens krav gjør det imidlertid nødvendig å begrense seg.

Det var ikke relevant å foreta en prediksjon av status etter 8 uker opp i forhold til symptomprofilen ved inklusjon av denne pasientgruppen på grunn av studiens korte varighet. Innsamlede data vil man kunne bruke i en prediksjonsstudie på et senere tidspunkt om man ønsker å følge opp studien lenger.

4.2 Utvalg

Pasienter er rekruttert fra populasjonen av pasienter som oppsøker manuellterapeuter i primærkontaktrollen ved private institutter i Oslo.

4.2.1 Inklusjonskriterier

- personer over 18 år som kom til manuellterapeut i primærkontaktrollen
- kommer til manuellterapeut uten henvisning fra lege
- akutte, sub-akutte og langvarige plager i columna (rygg eller nakke) som hovedsymptom
- pasientene skulle ikke vært behandlet for samme lidelse i løpet av de siste 4 uker før inklusjonen. De ville i så tilfelle vært screenet, og det ville da kunne påvirke symptom bildet og deres adferd.
- pasientene som underskrev samtykkeerklæring for deltagelse i studien ble inkludert.(vedlegg 2)

4.2.2 Eksklusjonskriterier

Pasienter som ikke behersket norsk skriftlig og muntlig ble utelatt, da studien var basert på utfylling av spørreskjemaer. Gravide og rus/ medikamentmisbrukere ble også utelatt fra studien.

4.3 Rekruttering av primærkontakter til studien

Studien ble først introdusert ved en presentasjon i et forum der manuellterapeuter var kursdeltagere. Deretter ble institutter i Oslo med manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen selektert ut fra ønsket om at så mange bydeler i Oslo

skulle være representert, og å gi et representativt bilde av klinisk praksis. Instituttene ble kontaktet via telefonen etter en tilgjengelig liste fra faggruppens nettsider (www.manuellterpi.com), og personlig kjennskap til instituttens beliggenhet. Det ble avtalt tid for et presentasjonsmøte av studien. Det ble informert at presentasjonen kunne ta fra 30-60 minutter. På institutter med sekretærfunksjon deltok sekretærene på presentasjonsmøtet, og ville da være de som rekrutterte og administrerte pasienter til prosjektdeltagelse på de respektive institutter.

15 instituttene som ble kontaktet for et presentasjonsmøte, og 47 manuellterapeuter underskrev kontrakt på at de skulle bestrebe seg på å rekruttere et selvvalgt antall pasienter til prosjektet (Vedlegg 3).

Presentasjonene ble gjort i tidspunktet 13.mars og 30. april 2008.

Det ble opplyst om at all informasjon om den enkelte manuellterapeut og instituttet er konfidensielt, og kun tilgjengelig for de prosjektansvarlige.

Det ble utarbeidet et flytskjema som den enkelte primærkontakten og instituttens sekretærer fikk utdelt. Dette viste gangen i arbeidet med pasientinkluderingen, fremdriften i studien gjennom 8 uker fra inkluderingstidspunktet av pasientene. Kontakten med instituttene ble opprettholdt gjennom hele prosessen via e-post, telefon eller personlig kontakt av masterstudentene i forskergruppen i Masterstudiet.

4.4 Datainnsamling

Rekrutteringen foregikk ved at alle nye pasienter som oppsøkte manuellterapeut som primærkontakt fortløpende med nakke og ryggplager ble inkludert i studien dersom pasienten oppfylte inkluderingskriteriene, og sa seg villig til å delta i studien.

Pasientene ble bedt om å komme 30 minutter før behandlingstid, for å ha god tid til besvarelse av spørreskjemaer.

Pasientene ble nøye informert om studiens hensikt, gangen i studien med hensyn til deres deltagelse og gjennomføringen av studien. Det ble presisert for pasienten på dette tidspunkt at hun/ han ville få tilsendt nye skjemaer åtte uker etter første konsultasjon, og at det ville bli sendt påminnelser om svar uteble.

Pasientene fylte ut 8 standardiserte validerte spørreskjemaer før sitt første møte med manuellterapeuten. Utfylte spørreskjemaer ble lagt i en forseglet, merket, nummerert

og frankert konvolutt og sendt direkte til prosjektkoordinator. Utfylte skjemaer var ikke tilgjengelige for manuellterapeut. Etter åtte uker fra første konsultasjon mottok pasient nye spørreskjemaer per post, som ble besvart og returnert til prosjektkoordinator i ferdig frankert konvolutt. Dersom svar uteble sendte koordinator nytt spørreskjema per post for 1. og 2. gangs purring. Manuellterapeuten ble kontaktet via telefon etter åtte uker for å besvare spørreskjema om pasientens diagnose, antall behandlinger, sykemeldingsstatus, behandlingstiltak, takstbruk og henvisning til supplerende undersøkelser eller andre behandlere. Alle manuellterapeuter i studien hadde elektronisk journalføring, som gjorde denne prosessen gjennomførbar per telefon.

4.5 Spørreskjemaer anvendt i studien

4.5.1 Ved inklusjonen

I tverrsnittstudien (basisen for denne masteroppgaven) fylte pasientene ut ” Ørebro Screeningskjema for muskelskjelettplager”(Grotle, 2006;Linton, 1998, funksjonsskjema Oswestry Disability Index (rygg) (Fairbank, 1980; Grotle, 2003;Roland, 2000) eller Neck Disability Index (nakke) (Vernon, 1991), Smertetegning(Ohlund, 1996), skjema for demografiske variabler, komorbiditetsskjema (Sangha, 2003) og tidligere behandling, samt EQ-5D for livskvalitet (www.eurqol.org) (vedlegg 4). Resultatene av Inklusjonsstudien er rapportert av Thomas T. Ødegaard (vedlegg 1).

4.6 Spørreskjemaer anvendt ved 8 ukers oppfølging

Smerter

Endringer i smerte fra inklusjonen til 8 uker etter første behandling ble evaluert ved bruk av Nurmeric Rating Scale (NRS) Skalaen går fra 0-10 der 0 er ”ingen smerte”, og 10 er ” høyst tenkbare smerte”. En endring i smerteskår på -2,5 og -3,5 betegner den minste kliniske meningsfulle endring av smerte for pasienter med sub-akutte/langvarige ryggplager respektive akutte ryggpasienter, og uttrykker ” stor forandring”

og ”veldig fornøyd” på ”Patient Satisfaction ” skåren (Ostelo et al., 2005). Skjemaet er reliabilitetstestet og validert av Grotle (Grotle et al. 2003).

Nurmeric Rating Scale (NRS), eller andre psykologiske evalueringsformer (Voorhies, Jiang, & Thomas, 2007). I denne studien valgte vi smertetegning som en av smertevariablene ved inklusjonen, samt NRS, som er skalert fra 0-10 der 0 er ingen smerte, og 10 er ”høyst tenkbare smerte”. En endring i smerteskår på -1, eller 15 % betegner ”litt bedring”, mens en endring -2 på NRS, eller -33 % og er sammenlignbart med ”mye bedre” forbedring og er en klinisk signifikant bedring (Ostelo & de Vet, 2005a; Salaffi, Stancati, Silvestri, Ciapetti, & Grassi, 2004). NRS er en smertevariabel i Ørebro skjemaet.

Funksjoner i dagliglivet

Funksjonsskjema for korsryggspasienter The Oswestry Disability Index (ODI) (Fairbank et al., 1980) og funksjonsskjema for nakkepasienter Neck Disability Index (NDI) (Vernon et al., 1991) ble fylt ut ved inklusjonen og ved 8 ukers oppfølging. Skjemaene er 10 delt og beskriver dagliglivets ulike funksjoner. Skåringer innenfor de ulike funksjoner går fra 0-5 poeng innenfor hvert funksjonsområde. Resultatet summeres der 0 er ingen funksjonsbegrensning og maksimal skår er 50, som tilsvarer 100 (100 % funksjonshemming) og beregnes i prosent. En kliniske meningsfull endring er beregnet til å være 10- 12 prosentpoeng.

Skjemaene er oversatt til norsk, og har akseptabel validitet og god reliabilitet (Grotle et al., 2003; Vernon et al., 2008). Skjemaene viser seg velegnet til bruk i studiesammenheng så vel som i klinisk praksis, og fanger opp funksjonsendringer ved både akutte og langvarige nakke og ryggplager (Ackelman & Lindgren, 2002; Chan Ci, Clair, & Edmondston, 2008; Grotle, Brox, & Vollestad, 2003; Ostelo & de Vet, 2005b).

Livskvalitet

Livskvalitet ble kartlagt ved hjelp av EQ-5D og en helsetilstandsskala fra 0-100, hvor det skal angis selvopplevd helsetilstand i øyeblikket (www.euroqol.org). I denne masteroppgaven begrenser jeg meg til å bruke helsetilstandsskalaen som en del av

EQ5D og er reliabilitetstest i sammenheng med smerte og funksjon. (Solberg, Olsen, Ingebrigtsen, Hofoss, & Nygaard, 2005a; Borsbo, Peolsson, & Gerdle, 2008; Ostelo & de Vet, 2005c).

Arbeidsstatus

Pasientene besvarte spørsmål om de var i inntektsgivende arbeid, sykemeldt eller mottok andre trygdeordninger. Ved å se på arbeidsstatus/ sykemeldingsstatus etter 8 uker ønsker jeg å vise endringer i forhold til inklusjonstidspunktet.

Avkrysningsmulighetene vi brukte lister opp følgende inntektsgivende arbeid, skoleelev/student, ulønnet arbeid/ hjemmeværende, arbeidsledig, alderspensjonist, attføring/rehabilitering, uføretrygdet (evt. %), aktivt sykemeldt, friskmeldt.

Arbeidsstatus/ sykefravær er et validert og reliabilitetstestet effektmål i denne typen studie (Grotle, Brox, & Vollestad, 2004b; Storheim, Brox, Holm, Koller, & Bo, 2003b)

Pasient tilfredshet

Det anbefales kartlagt via to ulike skalaer (Hudak & Wright, 2000a; Ostelo & de Vet, 2005d). Denne kategorien måler: 1) opplevd nytte av behandlingen på en skala 1-7, der 1 er "Jeg er helt bra" og 7 er "Jeg er verre enn noen gang".

2) tilfredshet med behandling totalt sett på en skala fra 1-5 (inkluderer terapeut, omsorg/ oppmerksomhet, oppfølging, fasiliteter) der 1 er "Fornøyd" og 5 er "Misfornøyd" (Hudak et al., 2000; Ostelo et al., 2005) (vedlegg 5).

4.7 Diagnostisering av pasientens plager

Pasientens plager ble diagnostisert etter ICPC-2 klassifiseringssystem i koder:

- 1) L01 nakkesymptom/plager,
- 2) L02
- 3) L03 dorsalgia, ryggsymptomer/plager, rygg smerter INA, lumbalgia, rygg smerter thoracalt, rygg smerter lumbosacralt/ iliosacralt
- 4) L83 nakkesyndrom, cervicalt skiveprolaps, cervicobrachialt syndrom
- 5) L84 lumbago, rygg syndrom
- 6) L85 ervervet deformitet rygg/ skoliose/ kyfose
- 7) L86 ischias, rygg syndrom med smerteutstråling, lumbalt skiveprolaps

8) L88 inflammatoriske leddplager(Mb.Bechterw, reumatoid artrit)

4.8 Primærkontaktens tiltak

Det ble utarbeidet et skjema for å kartlegge tiltak manuellterapeuter bruker i klinisk praksis (vedlegg 6).

Antall behandlinger

Manuellterapeuten svarte på antall behandlinger, om behandlingen var avsluttet eller fortsatte etter 8 ukers perioden.

Sykemelding

I sykmeldingskartleggingen ble det skilt mellom hvem som foreskrev sykemeldingen, om den var foreskrevet av manuellterapeut eller av lege. Kartlegging inkluderer også lengden på sykemelding, om friskmeldingsdatoen ligger innenfor 8 uker(Faggruppen for Manuellterapi, 2003d).

Henvisninger

til bildediagnostikk, legespesialist og fysioterapeut ble kartlagt (Faggruppen for Manuellterapi, 2003e).

Organisering av behandling

ble delt opp i individuell oppfølging, om pasienten hadde fått trening. Manuellterapeuten oppgir antall ganger. Vi kartla også om pasienten får hjemmetrening/følger eget treningsopplegg ("ja eller nei" svar)(Faggruppen for Manuellterapi, 2003f).

Behandling

Behandlingen ble kategorisert i 1) informasjon, råd, veiledning, ergonomi, pedagogisk/kognitiv samtale(Lærum et al., 2007) 2) bløtdelsmobilisering, tøyning og spesifikk leddmobilisering (Grunnesjo, 2004;Rubinstein, 2008). 3) beskriver trening og øvelser(Aure, Nilsen, & Vasseljen, 2003c; Lærum et al., 2007; Wand et al.,

2004b; Wright, Lloyd-Davies, Williams, Ellis, & Strike, 2005a), 4) manipulasjonsbehandling (Grunnesjo, 2004 ;Hurley, 2005;Rubinstein, 2008 ;Wand, 2004), 5) beskriver modaliteter som varme, kulde, elektroterapi, laser og ultralyd. Antall ganger pasienten har hatt de ulike behandlingskategoriene ble registrert.

4.8.1 Takstbruk og tidsbruk

Takstbruk er i henhold til ”Rikstrygdeverkets takstplakat for fysioterapeuter med kommunalt tilskudd”. Takster som manuellterapeuter hever spiller manuellterapeuters spesialkompetanse innenfor muskelskjelett plager.

Undersøkelsestaksten og tiden ved undersøkelse og behandling

Førstegangs undersøkelse

A1d er manuellterapeutens 30 minutter, A1f undersøkelsestid over 30 minutter.

- 1) Takstkombinasjonen A1d, A1f, A8a utgjør undersøkelsestakst med prøvebehandling 60 minutter,
- 2) Takstkombinasjonen A1d, A8a utgjør undersøkelsestakst med prøvebehandling 40 - 45 minutter

Oppfølgende behandling

- 1) ”A8a” er grunntaksten for manuellterapi behandling i inntil 20 minutter, sammen med A2g (trening med spesialutstyr) utgjør denne taksten 30 minutter
- 2) ”A8b” er tilleggstaksten ved manuellterapibehandling over 20 minutter, sammen med A2g utgjør denne taksten 30-40 minutter
- 3) ”A2g” er tilleggstaksten ved trening på instituttet med spesialutstyr og brukes i tillegg til manuellterapitakstene
- 4) ”C32” er gruppetreningstakst.

Her ble også antall oppfølgende behandlinger angitt.

4.9 Organisering av instituttene i forhold til trening

Vi ønsket å vite om alle instituttene hadde treningsfasiliteter.

4.10 Antallsberegninger og dataanalyse

Prosjektgruppens intensjon om å inkludere 100 pasienter i studien ble av tidsmessige begrensninger ikke oppfylt med hensyn til Mastergradsprosjektene. Antallet er ikke styrkeberegnet, men tilsvarer antall inkludert i lignende studier (Aure, Nilsen, & Vasseljen, 2003b; Grotle et al., 2005e; Hurley et al., 2000b; Langworthy et al., 2007; Linton & Boersma, 2003b; Wand et al., 2004a; Wright, Lloyd-Davies, Williams, Ellis, & Strike, 2005b). Dataanalysen er utført av analyseprogrammet SPSS versjon15 for Windows, og har vært tilgjengelig for nedlasting for Mastergradsstudenter ved UiB. Alle punched data var aidentifisert. Det ble anvendt deskriptive analyser ved baseline, "paired sample t-test" ble brukt for å undersøke endringene fra studiens baseline til 8 ukers oppfølging. "Unpaired sample t-test" ble brukt for å undersøke forskjeller mellom "drop-outs" og pasienter som gjennomførte 8 ukers oppfølging. Signifikansnivå ble satt til 0,05.

5 Godkjenningen av studien

Prosjektgruppe ble dannet høsten 2007 og det ble deretter sendt søknad til Etisk komité om godkjenning av prosjektet (vedlegg 5). Prosjektet ble godkjent senere samme høst (vedlegg). Videre var det nødvendig å innhente godkjenning fra NSD, for å vise at innhentet data ble håndtert i tråd med de krav som stilles til aidentifisering databehandling (vedlegg 6).

Prosjektgruppen har bestått av:

Hanne Dagfinnrud, PT, spes. Manuellterapi, PhD, Diakonhjemmet Sykehus

Kjersti Storheim, PT, PhD, Ullevål Universitetssykehus og UiB

Fred Hatlebrekke, PT, spes. Manuellterapi, Hans & Olaf Fysioterapi, Oslo

Vibeke Røstad, PT, spes. Manuellterapi, Toppidrettssentret, Oslo

Thomas T. Ødegaard, PT, masterstudent manuellterapi, UiB

Ingebjørg Hoftaniska, PT, manuellterapeut, masterstudent i manuellterapi, UiB

6 Etiske betraktninger

Prosjektet er godkjent i REK-øst (vedlegg 7). Prosjektet tilfredsstillter kravene til offentlig godkjenning, innhenting og håndtering av data, og oppfyller krav til aidentifisert databehandling (Vedlegg 8). Pasienter og manuellterapeuter som har underskrevet samtykkeerklæring er alle informert om at de, ifølge Helsinkideklarasjonen, på ethvert tidspunkt kan trekke seg fra studien uten å måtte oppgi grunn, noe heller ikke ville få konsekvenser for videre behandling hos manuellterapeuten. Vi har vært bevisst på at deltagelse i prosjektet kan ha medført ekstra belastning for pasientene som ikke ville vært tilstede i vanlig klinisk praksis. Pasientene skulle inkluderes fortløpende i en viss periode våren 2008.

Jeg har selv ikke vært involvert i pasientkontakten, da ingen på mitt institutt har rekruttert pasienter til prosjektet. Pasientene har selv henvendt seg til instituttene for behandling, og er deretter spurt om å delta i prosjektet ettersom de har oppfylt inklusjonskriteriene. Undersøkelse og oppfølgende behandlinger av pasientene hos manuellterapeuter har foregått helt lik klinisk praksis. Min kontakt med instituttene har vært via telefon eller E-post, og har vært i forhold til supplering av inklusjonsskjemaer, og deretter ved at manuellterapeutene svarte på spørreskjema om tiltak ved slutten av 8 ukers perioden.

7 Resultater

7.1 Deskriptive data

Av de 15 instituttene som ble kontaktet for et presentasjonsmøte, var et institutt ikke interessert i å delta i prosjektet. På de ulike instituttene var det flere av primærkontaktene som ikke ønsket å delta i studien. De oppga ulike årsaker, blant annet hevdet flere at de hadde få pasienter som kom uten henvisning eller tidspress, dessuten var det flere som var fraværende ved presentasjonsmøtet på de større instituttene. 47 manuellterapeuter underskrev kontrakt på at de skulle bestrebe seg på å rekruttere et selvvalgt antall pasienter til prosjektet, og 28 sendte pasienter til

prosjektet. Av de 28 manuellterapeutene var det 9 som hver inkluderte 1 pasient, slik at det i hovedsak ble 19 manuellterapeuter som inkluderte pasienter til prosjektet.

”Follow-ups”/ ”drop-outs”

77 pasienter ble inkludert i tverrsnittstudien (del 1 av prosjektet), hvorav 72 pasienter regnes inn i denne delen av studien på grunn av tidsrammen. 5 pasienter nådde ikke 8 ukers oppfølging før datainnsamling til denne masteroppgaven måtte avsluttes. Av de 72 inkluderte pasienter svarte 60 (38 kvinner og 22 menn) pasienter (83,3 %) på spørreskjema ved 8 ukers oppfølging. Manuellterapeutene svarte på spørreskjema vedrørende samtlige 72 pasienter ved 8 ukers oppfølging. For de pasienter som ble inkludert fra 1.mai 2008 til midten av juni ble det for noen pasienter notert forsinkelser i 8 ukers svarskjema på grunn av ferieavvikling, og forårsaket derfor 1. og 2. gangs purringer.

Drop-outs

Blant ”drop- outs” som ikke besvart 8 ukers spørreskjema var det 9 kvinner og 3 menn, der 5 hadde nakkeplager og 7 hadde ryggplager. Blant ”drop-out” pasientene var det ved inklusjonen litt høyere score på gule flagg og komorbiditet, samt lavere score på livskvalitetsbarometeret, men forskjellene var ikke signifikante. Smerte og funksjonsscoren er tilnærmet lik gruppen som besvarte 8 ukers spørreskjema ($p=0.05$).

7.2 Demografiske Variabler/ Bakgrunnsinformasjon

Alder (mean, SD, range) n=72	43, 5 (14,7), (18-80)
Kjønn (% kvinner / menn)	65,3 % / 34,7 %
Født i Norge (% ja / nei)	84,5 % / 15,5 %
Utdanningsnivå (% 12 års utdanning)	75 %
Medikamentell behandling siste uke (% Nei)	48,6 % NEI
Røyking (% ja / nei)	19,4 % / 80,6 %
Hovedsymptom (% korsrygg / nakke)	54,1 % / 45,9 %

Tabell 1 Demografiske variabler beskrevet for de 72 pasientene inkludert i denne delen av studien

Resultatene av tverrsnittstudien (del 1 prosjektet) er tidligere omtalt introduksjonene i denne delen av studien og ligger dessuten som vedlegg. Her vises resultatene som omfatter problemstillingen fra denne studien.

7.3 Pasientens diagnoser:

Av 33 (45,9 %) pasienter med nakkeplager var 18,2 % diagnostisert med en spesifikk diagnose (L82, L83), mens 81,8 % hadde en uspesifikk diagnose (L01). Av 39 (54,1 %) pasientene med korsryggsplager hadde 28,2 % en spesifikk diagnose (L86), hvor 3 disse også hadde en inflammatorisk diagnose (L 88). 71,8 % av ryggpasienten hadde en uspesifikk diagnose.

7.4 Effektmål

Tabell 2 Effektmål: Endring av funksjon, smerte og livskvalitet i løpet av 8 uker

N= 60 Variabel	Inklusjon			Etter 8 uker			Endring Mean (SE)	p- verdi
	Mean	(SD)	Range	Mean	(SD)	Range		
Funksjon (0-100) n=60	14,0	8,6	0-49	8,0	6,4	0-49	6,0 (1,1)	<0,001
Smerte (0-10) n=60	6,1	2,1	1-10	3,3	2,3	0-10	2,8 (0,4)	<0,001
EQ-5D "barometer" (0-100) n=60	64,7	18,6	20-100	74,3	17,6	25-95	9,7 (2,8)	0,001

Tabell 2 Størrelsen av effekt som det fremkommer fra inklusjonen og etter 8 uker.

Resultatene av inklusjonsdelen av studien er tidligere omtalt i introduksjonen av denne delen av studien. Her vises resultatene som omfatter problemstillingen for denne studien. Viser endringer i smerter, funksjon og livskvalitet i løpet av 8 uker.

Nytte og fornøydhhet av behandling ("Patient Satisfaction")

Tabell 3 Pasientens nytte av og fornøydhhet med manuellterapibehandlingen

N= 60	Antall pasienter	Prosent
Helt bra/ mye bedre	38	63,3 %
Lite forandring	20	33,3 %
Forverring	2	3,3 %
Fornøyd	56	93,3 %
Verken – eller	3	5,0 %
Misfornøyd	1	1,7 %

Tabell 3 Beskrivelse av pasientenes selvopplevde nytte av behandlingen hos manuellterapeuten i forhold til bedring vises i de øvre 3 linjer av tabellen. De nedre 3 linjer viser pasientens fornøydhhet med møtet med manuellterapeuten i primærkontaktrollen med hensyn omsorg, forventninger til behandling, fasiliteter(Hudak & Wright, 2000b; Ostelo & de Vet, 2005e).

Arbeidsstatus

Tabell 4 Endringer i arbeidsstatus i løpet av 8 uker

Hovedsysselsetting	Inklusjon(n=77)	8 uker (n=60)
Inntektsgivende arbeid	57,9 %	57,6 %
Student/pensjonist/arbeidsledig	15,8 %	17,0 %
Aktivt sykemeldt	0	1,7 %
Sykemeldt	5,3 %	10,2 %
Uføretrygdet/attføring/rehabilitering	21 %	13,6 %

Tabell 4 Pasientenes hovedsysselsetting ved inklusjon og etter 8 uker.

Endringer i arbeidsstatus kan forklares ut at 4 pasienter som var i langvarig trygdeordning var "drop-outs", 3 personer i langvarig trygdeordning kom over i "sykemeldt" kategorien, 2 personer gikk fra langvarig trygdeordning til inntektsgivende arbeid, samtidig sykemeldte manuellterapeutene x antall pasienter ut over 8 ukers perioden.

7.5 Manuellterapeutenes og deres arbeidsplass

Alle institutter hadde treningsavdelingen og 39,3 % var utstyrt med hovedsakelig med MTT- utstyr, mens de resterende 60,7 % var utstyrt med en blanding av MTT, Red Cord og moderne treningsapparater.

7.6 Antall behandlinger hos manuellterapeut

Pasienter inkludert i denne delen av studien hadde fått gjennomsnittlig 6 (range: 1-21; SD: 3,5) behandlinger. 6 pasienter hadde bare hatt 1 undersøkelse, mens 6 hadde i tillegg hatt 1 ekstra behandling. Av de 72 inkluderte pasientene hadde 66,7 % (n=48) avsluttet behandlingen i løpet av 8 ukers perioden, mens 33,3 % (n=24) fortsatt var under behandling.

7.7 Manuellterapeutens tiltak:

Takst- og tidsbruk:

Førstegangs undersøkelse:

Den hyppigst anvendte taksten for førstegangsundersøkelsen var A1d+A1f+a8a (67 %), gjennomsnittlig tidsbrukt var 53 minutter. A1d+A8a ble brukt i 33 % av førstegangsundersøkelsene.

Oppfølgende behandlinger:

66 av 72 pasienter hadde oppfølgende behandlinger. Takstkombinasjonen A8a+A8b er den hyppigst brukte (92,4 %), og gjennomsnittlig tidsbruk på oppfølgende behandlinger er overkant av 30 minutter.

Henvising til andre yrkesgrupper

Tabell 5 viser antall henviste pasienter og fordelingen av dem i løpet av 8 ukers oppfølging.

N= 72	Antall henviste pas.	Prosent
Bilddiagnostikk	10	13,9 %
Legespesialist	1	1,4 %
Fysioterapeut	7	9,7 %

Sykmeldingsprofil

14 (19,4 %) pasienter var sykemeldt i løpet av 8 ukers oppfølgingsperioden, hvorav manuellterapeuten sykemeldte 8 (11,1 %) og legen sykemeldte 6 (8,3 %) pasienter. Vi vet fra inklusjonsdata at 5 av 77 pasienter var sykemeldt da de ble inkludert i studien. I løpet av 8 ukers perioden friskmeldte manuellterapeuten 5 av de 8 pasientene.

Manuellterapeutenes behandling

Tabell 6 Behandlingen pasientene fikk og organisering av den i løpet av 8 uker

N= 72	mean	SD	range
Info./råd/veil./kogn.	3,88	2,77	0-11
Man.ter./ bløtdelsmob.	4,26	2,93	0-13
Trening/øvelser	3,08	3,97	0-21
Manipulasjon	2,69	2,62	0-13
Varme/kulde/el.terapi	0	0	0
Individuell behandl.	4,88	2,79	0-13
Veiledet trening	2,86	3,99	0-21

I tabell 7 viser at pasientene fikk **gjennomsnittlig 4,88** individuelle behandlinger som gjennomsnittlig bestod av **3,88** ganger informasjon, råd, veiledning, **4,26** ganger manuellterapi, bløtdelsmobilisering, tøyning, **2,69** ganger manipulasjon, og **3,08** ganger trening/øvelser som i **2,86** tilfeller var veiledet av manuellterapeuten

Tabell 7 Hvor mange fikk hjemmetrening

n= 72	Antall personer	Prosent
Ingen hjemmetrening	27	37,5 %
Har fått hjemmetrening	45	62,5 %

Tabell 8 Antall pasienter som var i trening eller som fikk hjemmetrening i løpet av behandlingsperioden på 8 uker.

8 Diskusjon

Gjennom denne studien – en prospektiv kohort studie med 8 ukers oppfølging - ønsket jeg å undersøke endring i pasienter med nakke eller ryggplagers egenrapporterte status med hensyn til smerte, funksjon, livskvalitet og arbeidsstatus 8 uker etter behandlingsstart hos manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen. Videre skulle jeg kartlegge manuellterapeutens iverksatte tiltak, samt se på nytten pasientene mente de hadde hatt av å komme til manuellterapeuten i primærkontaktfunksjonen. Pasientene rapporterte mindre smerte, bedre funksjon og livskvalitet, mens arbeidsstatus viste seg uendret etter 8 uker. Majoriteten av pasientene hadde avsluttet behandlingen på dette tidspunkt. De hadde gjennomsnittlig hatt 6 behandlinger, som i stor grad var individuell behandling. Manuellterapiteknikker og ”informasjon/ råd/ veiledning” var de hyppigst anvendte behandlingsmodaliteter. Pasientene ble bare i få tilfeller sykemeldt innenfor perioden, og det ble registrert få henvisninger til andre yrkesgrupper. Pasientene hadde hatt stor nytte av behandlingen og var svært tilfredse.

8.1 Populasjon og utvalg

8.1.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

De kriterier vi valgte for inklusjonen av pasienter til hovedstudien var innenfor rammer som vi mente ville gi et bilde av klinisk hverdag for manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen. For å belyse alle sider av primærkontaktrollen ville vi inkludere pasienter uten henvisning fra lege som kan synliggjøre bruken av

sykemeldingsretten og henvisningsretten til videre utredning i spesialisthelsetjenesten og til fysioterapibehandling, i hvilken grad manuellterapeutens pasienter er den enkle pasienten med ”grønne flagg”, og om primærkontaktfunksjonen også inkluderte pasienter med stor risiko for å utvikle langvarige plager. Tverrsnittsstudien i dette prosjektet har vist at 38,2 % av deltagerne har moderat til høy risiko for utvikling av langvarige plager og funksjonssvikt. Dette indikerer manuellterapeuten i primærkontaktfunksjonen ikke bare har de lette nakke og ryggpasientene.

Aldersbegrensningen ble satt til 18 år. Dette fordi pasientene da selv kan bestemme om de ville delta i studien uten samtykke fra foreldre/ foresatte. Det betyr at barn og unge er ekskludert fra studien, men er fortsatt en pasientgruppe som kommer til manuellterapeutene i primærkontaktfunksjonen. Det viste seg imidlertid at en inkludert pasient var 17 år og dermed under aldersgrensen for deltagelse. Vi utelot å sette en øvre aldersgrense. Dette fordi eldre aldersgruppen utgjør en stor del av den behandlingssøkende populasjonen, og vi ønsket å se i hvilken grad denne aldersgruppen med nakke eller ryggplager benyttet manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen. I sammenlignbare studier har noen satt øvre aldersgrense på 60-65 år, mens andre har ikke har begrenset nedre aldersgrense for deltagelse (Grotle, Brox, & Vollestad, 2004c; Hurley et al., 2000a).

Et viktig inklusjonskriterium var at pasientene skulle beherske norsk skriftlig og muntlig. Dette fordi spørreskjemaene krever god språkforståelse, og skulle fylles ut i løpet av 30 minutter.

Til tross for at nakke og ryggpasienter utgjør en stor andel av vår pasientgruppe, utgjør plager og lidelser i andre kroppsdelene enn det denne studien omfatter en stor gruppe av de pasienter som manuellterapeuter undersøker og behandler. Når vi da ser at flere av manuellterapeutene (28 av 44) som var villige til å delta i studien ikke har rekruttert pasienter, eller har sendt 1 pasient, kan en av forklaringene være at de primært behandler en pasientpopulasjon som faller utenfor denne studiens inklusjonskriterier.

Eksklusjonskriterier

Pasienter som hadde vært under behandling for nakke eller ryggplager i løpet av de siste 4 uker ble utelukket fra studien. Vi ønsket at resultatene ikke skulle påvirkes av den sykdomskunnskap og informasjon de eventuelt hadde fått gjennom nylig gjennomgått behandling. Manuellterapeuter behandler gravide kvinner med nakke og bekken/ ryggproblemer, men denne gruppen ble utelukket fra studien på grunn av studiens ansvarsforhold til eventuelle store belastninger studien måtte få på den gravide, samtidig som forestående fødsel kunne utelukke 8 uker oppfølging. Rusmisbrukere ble også ekskludert.

8.1.2 Inklusjonsprosessen

Blant de instituttene som deltok i studien hadde 6 sekretærfunksjon. Minst en sekretær på hvert institutt deltok på opplæringsmøtene. Alle fikk skriftlig informasjon om studiens hensikt, gangen i arbeidet med inklusjon/eksklusjons kriterier og gangen i studien med 8 ukers oppfølging. Dette fordi alle skulle få lik informasjon og derved ivaretar intern validitet. Vi har ikke oversikt over hvordan primærkontaktene eller sekretærene informerte pasienten om deltagelsen, men mener det er grunn til å tro at inklusjonsprotokollen ble fulgt. I studier som denne med utfylling av spørreskjemaer er det viktig å forhåndsinformere pasienten om studiens hensikt og tiden som kreves av dem for deltagelse, slik at tidsfaktoren ikke hindrer deltagelse eller påvirker svarprosessen. Jeg tok personlig kontakt med de instituttene jeg hadde rekruttert per telefon hver 2. uke.

Prosjektgruppen hadde i utgangspunktet sett for seg en inklusjonsperiode på 2-4 uker. Dette viste seg å være urealistisk fordi det tok tid for instituttene å sette av tid til presentasjonsmøtet. Jeg hadde presentasjonsmøter på deltagende institutter mellom 13. mars til 30. april 2008. At det tok lengre tid å presentere prosjektet på alle tiltenkte institutter enn forventet, har blant annet sin forklaring i ferier, fridager og kursvirksomhet blant manuellterapeutene. Til tross for utvidet inklusjonstid var inkluderte pasienter langt unna det antall vi hadde planlagt (100), slik at vi tok kontakt med instituttene i august for utvidelse. "Cut off" ble satt til første halvdel av august for masterprosjektet slik at data for 8 ukers oppfølgingen skulle kunne bearbeides. Tiden til tross ble det færre pasienter inkludert i prosjektet enn forventet

(72). Det kommer fortsatt mange pasienter med henvisning fra primærlege og speisalisttjenesten på sykehus til manuellterapeuter i Oslo. Dette kan bero på et større helsetilbud i storbyen Oslo, at fastlegeordningen i Oslo er mer stabil enn den er i norske utkantstrøk, og at pasienter av gammel vane går til fastlegen først med alle sine plager. Henvisningsprosjektets evaluering viste en reduksjon av henviste pasienter fra 95 % til 25 % i løpet av 2 års perioden HVP varte. Erfaringer fra dette masterprosjektet tyder på at dette ikke er tilfellet i Oslo.

Manuellterapeutene har vært i primærkontaktrollen i snart 3 år, og er fortsatt i en situasjon der de skal legge om klinisk praksis ved å ha daglige akuttimer tilgjengelig, ”lære” å henvise pasienter til fysioterapeuter, samtidig som man skal endre vaner både hos seg selv og sine ”gamle” pasienter, og fylle forpliktelsene til det offentlige. I forhold til denne studiens rammer er det ingen grunn til å tro at inklusjonskravene og inklusjonsprosessen ikke ble oppfylt, men andre rammer ville muligens gitt andre resultater.

8.1.3 Geografisk nedsalgsfelt og ekstern validitet

I studiens planleggingsfase ble det tidlig klart at det var primærkontaktfunksjonen i Oslo vi ønsket å se på. Gjennom utallige faglige diskusjoner med kolleger som hadde deltatt i Henvisningsprosjektet, har det dannet seg et bilde av at primærkontaktrollen i Oslo fungerte forskjellig fra mange andre steder i landet. Denne studien kunne gi muligheter til å se på noen sider av primærkontaktrollen i Oslo. Det ble det lagt vekt på at institutter fra alle deler av Oslo skulle være representert, slik at alle type brukere av primærkontakttjenesten var inkludert med hensyn til demografiske variabler. Dersom Oslo deles ”øst” for lavinntkomst/ lavere utdannings områder, og ”vest” for høyinntkomst/ høyere utdannings områder med hensyn representasjonen i studien, finner vi 11 av totalt 31 institutter med manuellterapeuter i primærkontaktrollen vest i byen, mens de resterende ligger øst i byen, eller sentrumsnært. I denne studien har 11 av 14 institutter beliggenhet i Oslo øst eller sentrumsnært, mens 3 institutter lå den vestlige delen av byen. Valg av behandlingssted sier imidlertid lite hvilken bydel pasientene bor i, blant annet fordi pasienter i inntektsgivende arbeid like ofte benytter behandlingsfasiliteter nært arbeidsplassen som nært hjemmet, samt at pasientpopulasjonen er generelt mobil i forhold til valg av behandlere. Det gir et inntrykk av at vårt utvalg er representativt

for Oslo by, og den geografiske beliggenheten av manuellterapiinstituttene i byen er av mindre betydning.

Hvorvidt resultatene fra denne studien har en ekstern validitet som er gjeldene for primærkontaktfunksjonen med sammenlignbar pasientpopulasjon i resten av landet, kan vi derimot ikke si noe om. Dette blant annet fordi det er første gangen denne studiens problemstilling er undersøkt blant manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen i Norge. SINTEFF studien evaluerte Henvisningsprosjektet i 2003, men hadde et annet populasjonsfokus og en annen problemstilling enn vi har hatt i denne studien (SINTEF, 2003b). Vi finner derimot likhetstrekk med sammenlignbare publiserte, studier med lignende problemstillinger utført andre deler av landet, med hensyn til pasientpopulasjon og skår på effektmål (Grotle, 2005).

8.2 Metode

8.2.1 Valg av studiedesign

En prospektiv kohort studiedesign er velegnet til denne type observasjonsstudie. Ved å observere en populasjon over tid kan man vanligvis si noe om effekt av eksponering. I denne studien er eksponeringstiden på 8 uker for kort til å fremme bastante påstander om effekt av eksponering. Man kan heller ikke si om endringer i effektmål skjer på grunn av at tiden går eller om behandlingen er årsak til endringene uten å inkludere en kontrollgruppe som ikke fikk behandling. En kontrollgruppe ville vært særdeles aktuelt for de akutte nakke og ryggpasientene, fordi det har vært diskutert om tidlig behandling av akutte pasienter er nødvendig eller om tiden er avgjørende gruppen med plager over lang tid vil jeg tro at det er større sannsynlighet for at endringer i effekt skyldes behandlingen (Grunnesjo, Bogefeldt, Svardsudd, & Blomberg, 2004).

Denne delen av studien hadde en ”drop-out” på 17 % i løpet av 8 ukers perioden. Dette er innenfor akseptable rammer (Fletcher & Fletcher Suzann W, 2005). Analyser av ”drop-outs” versus de som fullførte studien viste dessuten at det ikke var signifikante forskjeller i basisverdier mellom de to gruppene.

8.2.2 Valg av effektmål og kartlegging av behandling

Effektmål: I denne studien har vi valgt å forholde oss til effektmål som smerter, funksjon, livskvalitet og arbeidsstatus over 8 uker fra inklusjonsdato. Effektmålene er internasjonalt validert, har høy reliabilitet og benyttes i denne typen studier for å måle effekt av tiltak (Grotle et al., 2005;Grotle et al. 2006;Hurley et al., 2000). Størrelsen av effekt eller effektforskjeller er målt kvantitativt eller kommentert i forhold til om endringen er klinisk signifikant (Ostelo et al., 2005). For smerter er effektstørrelsen kvantifisert, funksjonen og livskvalitet ble målt i prosent, og arbeidsstatus kvantifisert i prosent. Nytt og tilfredshet med behandlingen er beskrevet og kvantifisert som ”helt bra/ mye bedre”, ”litt bedre” eller ”ingen endring”

Kartlegging av behandling er referert som telldata med hensyn til antall behandlinger totalt så vel som antall av konkrete behandlingstiltak, takstbruk/tidsbruk, henvisninger og sykemelding. Kartleggingen av behandlinger er ikke validert eller reliabilitetstestet, men gir et troverdig bilde av manuellterapeuters hverdag.

8.3 *Datainnsamling og studiens interne validitet*

Alle svarconvolutter og utsendinger av 8 ukers spørreskjemaer ble administrert av prosjektkoordinator. Det ble ikke gjennomført en pilot på studien, noe som vi i ettertid så ville kunne lettet logistikken for prosjektadministreringen. Spørreskjemaene ODI og NDI ble lagt inn i spørreskjema heftet som løse ark, ettersom pasienten var nakke eller korsryggspasient. Begge skjemaene skulle besvares på begge sider, noe som ble oversett av noen få pasienter i ved starten av inklusjonsprosessen. Vi merket deretter alle løse skjemaer, for besvaring på begge sider. I 8 ukers skjemaene ble derfor alle skjemaer heftet sammen.

Tidsaspektet rundt datainnsamlingen gjorde at 8 ukers dato for en del pasienter falt mellom 1. juli og 1. august 2008, som for noen var midt i sommerferien. Derfor besvarte noen pasienter skjemaer 4-6 uker senere enn antatt dato. Dette kan ha påvirket svarene på effektmålene, og derved påvirket studiens **interne validitet**.

Andre faktorer som kan ha påvirket intern validitet er måten pasientene var blitt informert på. Vi har ikke spurt pasientene om de har fått annen behandling i løpet av 8 uker enn den manuellterapeuten har gitt, noe som selvsagt kan ha påvirket effektskåren. Deltagelse i studien i seg selv kan ha endret bevissthet angående temaer vi har spurt om og derved også endret adferd med hensyn til 8 ukers oppfølging. Massemedias fokus på høyt sykefravær er en annen faktor som kan påvirke adferdsendringer.

8.4 Resultater av effektmål ved 8 ukers oppfølging

8.4.1 Smerte

Smerte ble kartlagt ved bruk av en Numerisk Smerteskala (NRS). NRS er valgt ut fra høy spesifisitet og sensitivitet i forhold til å fange opp endringer i smerte ved selvrappporterende spørreskjemaer hos nakke og ryggpasienter (Grotle, 2004). Det var signifikant bedring av smerter gjennom oppfølgingsperioden, ettersom gjennomsnittlig smerteskår sank fra 6,1 til 3,3 på NRS. I tillegg til å være statistisk signifikant, er det også en klinisk meningsfull endring. (Grotle et al., 2003 Ostelo et al., 2005. Salaffi et al 2004). Funnene samsvarer med funn om effektmål fra Grotle`s og Hurly`s studier (Grotle, 2005; Hurley, 2000).

Et interessant spørsmål ville være om noen pasientkategorier endret seg mer enn andre med hensyn til smerter. Det ville imidlertid være for omfattende å gå inn på innenfor rammene av denne masteroppgaven.

8.4.1 Daglig funksjon

Oswestry Disability Index (ryggsmerter) og Neck Disability Index (nakkesmerter) viste en signifikant bedring av funksjonsskår på gjennomsnittlig 6 prosentpoeng. Dette er imidlertid mindre enn det som kan betraktes som en klinisk meningsfull endring av daglige funksjoner (Ostelo & de Vet, 2005f). På en annen side rapporterte pasientene overraskende små funksjonsbegrensninger ved inklusjon en i prosjektet, og dermed er forbedringspotensialet mindre. Det er viktig å merke seg at funksjonsbegrensningene i utgangspunktet var lav (13,9) sett i sammenheng med rapportert smerte og arbeidsstatus på samme tidspunkt.

8.4.2 Livskvalitet

Vi besluttet at livskvalitetsbarometeret (0-100) for helsetilstand skulle være effektmål i denne studien, både ved inklusjon og ved 8 ukers oppfølging. Ved 8 ukers oppfølging viste skåren en statistisk signifikant bedring ($p < 0,001$). En studie blant pasienter med Mb. Bechterew viser at skåren for livskvalitet er tett knyttet opp mot funksjon, smerter og sykdomsaktivitet (iza-Ariza et al., 2008). Det kan være sammenlignbart med vurdering av egen helse hos langvarige/ kronisk nakke og ryggplager, som vi møter det i denne studien. Det er lett å tenke seg at personer med langvarige plager ser på seg selv som ”rygg” pasient/ ”nakke” pasient, og dere opplevelse livskvalitet varierer mellom gode og dårlige faser i nakke eller ryggplagene. Samtidig er det viktig å inkludere dimensjonen livskvalitet i vurderingen om sykdomstilstanden og behandlingen har konsekvenser for pasienters liv (Laake et al., 2007). Hvordan pasienter vurderer egen helse i øyeblikket sammen med andre effektmål som smerter og funksjon er nyttig kunnskap for valg av hvilke behandlingsformer kommer pasienten best til gode (Borsbo et al., 2008). Faktor avgjørende for opplevelsen av livskvalitet, kan være sterke smerter/ store begrensninger når en viktig funksjon i livet ditt skal utføres, til tross for at mange andre funksjoner er smertefrie. Utfallet på livskvalitetsbarometeret behøver altså ikke bare å ha relasjon til nakke eller ryggplager, men til individets andre sykdommer, generell helse, søvnløshet og psykososial helse (Laake et al., 2007). Den observerte endringen i denne studien er imidlertid ikke innenfor rammen av det som kan betraktes som klinisk signifikant (Ostelo & de Vet, 2005g).

8.4.3 Arbeidsstatus og sykmelding

Endringer i arbeidsstatus kan forklares ut at 4 pasienter som var i langvarig trygdeordning var ”drop-outs”, 2 personer gikk fra langvarig trygdeordning til inntektsgivende arbeid. 3 personer i langvarig trygdeordning kom over i ”sykmeldt” kategorien noe som er overraskende og som kan skyldes feil i pasientenes egenrapportering eller i datapunchingen. Manuellterapeutene sykmeldte i alt 8 pasienter, og av disse var 3 fortsatt sykemeldt etter 8 ukers perioden, mens 1 pasient var aktivt sykemeldt. Ved 8 uker var fortsatt 25,5 % (sykemeldte, uføretrygdede og attføring / rehabilitering) ikke i inntektsgivende arbeid. Til tross for den positive endringen av alle effektmål blant en pasientgruppe der 75 % av gruppen hadde et

høyt utdanningsnivå, forble arbeidsstatus uendret. Er denne gruppen forskjellig fra normalbefolkningen etter 8 uker? Kan man ha forventning om å endre arbeidsstatus i løpet av 8 hos en gruppe der 40 % har hatt plager i mer enn et år.? Det store spørsmålet er hvilke virkemidler og tiltak vil kunne påvirke tilbakegang til inntektsgivende arbeid i større grad enn det vi har sett i denne og sammenlignbare studier (Waddell G, Burton AK, 2005). Storheim viste i sin studie at både gruppetrening og kognitive tiltak separat ga bedring av smerter, funksjon, emosjonelt stress og livskvalitet, men ingen effekt på tilbakegang til arbeid (Storheim et al., 2003). Ved å gi pasienten en spesifikk diagnose i den grad dette lar seg gjøre, gi gode forklaringer, involvere pasienten i egen behandling og avgjørelser, samt skape samhandling mellom pasient, arbeidsgiver og behandler vil man trolig kunne redusere frykt for aktivitet og skape trygghet til å holde seg aktiv på arbeidsplassen selv i skadet periode (Marhold, Linton, & Melin, 2002; Wormgoor, Indahl, van Tulder, & Kemper, 2006; Rikstrygdeverket i Norge & NAV, 2008a). Langvarig sykefravær er et sammensatt problem, som krever et sammensatt behandlingstilbud om pasientene skal komme tilbake i arbeid og til en arbeidssituasjon de kan mestre (Gimmestad, 2008).

8.4.4 "Patient Satisfaction"

I litteraturen omtales nytte av - og fornøydhet med behandling som "patient satisfaction".

Pasientens opplevelse av " nytte- og fornøydhet" blir av Ostelo sett på som et effektmål hos ryggpasienter og sees i sammenheng med og resultat av andre effektmål som smerte, funksjon og arbeidsstatus. Ostelo viser til "minste kliniske meningsfulle endring" i denne sammenhengen står som " helt bra/ mye bedre" og "fornøyd" , oppleves forskjellig av pasienter med akutte, sub-akutte og langvarige plager (Ostelo et al., 2005). "Nytte og fornøydhet" er også en dimensjon av effektmål som gir behandleren verdifull kunnskap om man med tiltakene har oppnådd ønsket effekt (Hudak PL, Wright JG, 2000). I denne studiepopulasjonen hvor mer enn 50 % av pasientene har langvarige plager, er det flere som rapporterer "lite forandring", men som likevel er "fornøyd" med behandlingen ved at de trolig har kjent seg ivaretatt, har fått svar på sine undringer rundt nakke og ryggplager og fått gode råd til mestring av sine smerter og livssituasjon.

8.5 Manuellterapeutens tiltak og behandling

8.5.1 Henvisning til andre yrkesgrupper

Manuellterapeutene i primærkontaktrollen i denne studien henviser bare i liten grad pasienter til bildediagnostikk (13,7 %). Av de 72 pasientene manuellterapeutene behandlet hadde 18,2 % nakkepasienter og 28,2 % av korsryggspasienten fått en spesifikk diagnose. Dersom manuellterapeuten ikke mener at bildediagnostisk undersøkelse vil gi ny kunnskap om pasientens problemer, eller vil endre behandlingen er man kanskje tilbakeholden med denne ressursbruken (Jarvik et al., 2002 ;Jarvik et al., 2005). Dette kan også ha sammenheng med at manuellterapeuter er bevisst på det faktum at den biomedisinske diagnose ikke alltid kan sees i sammenheng med funn fra bildediagnostiske undersøkelser..

Henvisning til legespesialist ble brukt ved 1 tilfelle, og kan henge sammen med hyppigheten vi ser pasienter med nakke eller ryggplager som har behov for kirurgi, og dette kan sies å samsvare med Kliniske Retningslinjer for henvisning(Faggruppen for Manuellterapi, 2003g; Lærum et al., 2007) Det er viktig å henvise pasienter med rygg og nakkeplager som ikke har forventet respons på behandling innen rimelig tid, eller om man mistenker en annen underliggende diagnose enn først antatt (Lærum et al., 2007).

Henvisning til fysioterapeut ble foretatt ved 7 tilfeller (9,7 %). Det kan forklares i forhold til hvordan primærkontaktrollen fortsatt administreres blant manuellterapeuter som deltok i denne studien, eller at man ikke ser verdien eller nødvendighet av at fysioterapeuter overtar ansvaret for pasienter som kan ha nytte av utvidet individuell treningsoppfølging etter at manuellterapeutens behandling er avsluttet (Wand et al., 2004). Kanskje ønsket de også å ha totalansvaret selv?

Det er her viktig å poengtere at 8 ukers tidsperspektivet for å gi et sannferdig bilde av manuellterapeutens henvisningsfrekvens for kort. Det kan samtidig si noe om implementeringen av primærkontaktrollen blant den gruppen primærkontakter som ble inkludert i denne studien i lys av inklusjonsprosessen.

8.5.2 Sykemelding

Studien viser at manuellterapeuten sykemelder pasientene i lavere grad (11 %) enn det Henvisningsprosjektet viste (26,6 % i 2003) (SINTEF, 2003a). Det er ikke mulig å si om våre funn er representativt for den egentlige sykemeldingsfrekvensen i løpet av et helt år. En langsiktig studie ville vært relevant om dette skal undersøkes.

8.5.3 Behandling

8.5.3.1 Informasjon/råd/veiledning

Denne kategorien innbefatter også **pedagogisk og kognitiv tilnærming** til pasientens problemstilling, og ble gitt gjennomsnittlig 3,88 ganger, og som en del av annen individuell behandling. For pasienter med høy redselsfaktor for å være i aktivitet kreves sannsynligvis flere sesjoner med kognitiv tilnærming (Haldorsen, 2002; Jones, 2004; Storheim, 2003).

I forhold til den kognitive tilnærmingen for forebygging av langvarige plager hos pasienter i risikozonen må manuellterapeuten være særdeles oppmerksom på pasientens forståelse av sitt problem i forhold til kliniske funn, smerte mestring og råd til aktivitet som forebyggende tiltak, og kan være avgjørende for at pasienter i inntektsgivende arbeid forblir der (Laerum E, 2006; Lærum et al., 2007; Soderlund et al, 2000; Tveito et al, 2004; van den Heuvel et al., 2005; Wand et al., 2004).

Sekundærforebygging som intensiv aktiv ryggskole med trening og kognitiv tilnærming er et tiltak som har vist seg effektivt i forhold til residiv (Glomsrød, 2001). For pasientene med plager over lang tid ligger fokuset på endring av tankesett, smerte mestring og økning av aktivitetsnivå (Indahl, 1995). Kognitiv behandling og tverrfaglig tilnærming bør settes i gang så snart som mulig når man opplever at pasienten ikke har forventet respons til behandling og se dette i sammenheng med skår på Øreborskjema ved inklusjonen (Haldorsen, 1998; Haldorsen, 2002). Ved hjelp av Screeningskjema for muskelskjelett plager (Ørebroskjemaet) så vi ved inklusjonen til studien at 21,1 % av pasientene i denne studien er i høyrisikozonen for å utvikle langvarige plager og at 21 % av populasjonen var i langvarige trykdeordninger. Det ville det vært interessant å vite om det er en sammenheng mellom antall behandlinger i denne kategorien og pasienter som skårer høyt på "Gule Flag". Vi vet ikke hvilke pasienter tiltaket er brukt på, eller i hvilken grad. Det

ligger utenfor oppgavens problemstilling, men ville vært relevant i kunnskap i forhold til Nasjonale Kliniske Retningslinjer (Lærum et al., 2007). Dersom vårt mål er å beholde flest mennesker i inntektsgivende arbeid og forebygge langvarig sykdom det viktig å fokusere på den pedagogiske / kognitive tilnærmingen til pasientene, som også helseminister – og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen etterlyser i Dagens Medisin 20.november 2008 når han ønsker at primærkontakter skal involvere seg i rollen som helsepedagoger (Tine Dommerud, Dagens Medisin, Nov. 2008).

8.5.3.2 Manuellterapi/mobilisering/ bløtdelsbehandling/tøyning

Behandlingsmodaliteten ble gitt gjennomsnittlig 4,24 ganger, mens **manipulasjonsbehandling** ble gitt gjennomsnittlig 2,69 ganger. I Nasjonale Kliniske Retningslinjer er det ikke skilt på mobilisering og manipulasjonsbehandlinger. Flere forfattere har sett på effekten av manuellterapi i forhold både akutt, subakutt og langvarige ryggplager (Hurley, 2005). Kent mener at det finnes få studier høy kvalitet viser at mobilisering og manipulasjonsbehandlinger har effekt på uspesifikke ryggplager, og det behøves derfor flere effektstudier (Kent, Marks, Pearson, & Keating, 2005; Lærum et al., 2007)). Burton har i en 4 år kohortstudie kommet frem til at pasienter med tilbakevendende ryggplager har god effekt av manipulasjonsbehandling, også de pasienter som skårer høyt på psykososiale risikofaktorer (Burton, McClune, Clarke, & Main, 2004). Aure`s studie viste til bedre effekt av manuellterapibehandling på langvarige sykemeldte pasienter hensyn til smerter, funksjon og tilbakevending til arbeid både kortsiktig og langsiktig, i forhold til en sammenlignbar gruppe som kun fikk trening (Aure, Nilsen, & Vasseljen, 2003a).

Studier viser også at tidlig intervensjon med manuellterapiteknikker i behandlingsforløpet har positiv effekt på smerter, funksjon og livskvalitet og psykososiale aspekter hos pasienter med akutte nakke og ryggplager, som samsvarer med manuellterapeuters kliniske erfaring (Wand et al., 2004) Rubinstein hevder i en studie om kiropraktorpasienter, at den eneste tilsynelatende viktigste variabelen for effekt av behandling er plagenes varighet (Rubinstein et al., 2008b).

Manipulasjonsbehandlinger ble rapportert færre ganger enn forventet (mean 2,69). Manuellterapeuter har et stort behandlingsspekter som bestemmes av kliniske funn, pasientens alder, tilstedeværelsen av komorbiditet, generelle helsetilstand,

psykososial helsetilstand og effekt av tidligere behandlinger. Ser man på gjennomsnittlig tidsbruk for oppfølgende behandling som ligger i overkant av 30 minutter kan det vise at manuellterapeuter bruker mange behandlingsmodaliteter i løpet av en behandlingssesjon, og gir individuell behandling (mean 4,88).

8.5.3.3 Varme/ kulde/ elektroterapi/ terapeutisk ultralyd

Disse modaliteter ble ikke benyttet som behandlingsform hos noen manuellterapeuter inkludert i denne studien. Det kan bero på flere faktorer. Etersom manuellterapeuter er opptatt av manuelle behandlingsformer til smertelindring, blir trolig de passive behandlingsmodalitetene, som også er dårlig dokumentert, regnet som mindreeffektive i forhold til manuellterapeutens øvrige behandlingsspekter (Lærum et al., 2007). Triggerpunktbehandling med akupunktur nåler anvendes også av manuellterapeuter som smertebehandling, men kan ikke belastes innenfor takstplakatens rammer, og er heller ikke tatt med i denne studien.

8.5.3.4 Treningsinstruksjon/øvelser

ble gitt gjennomsnittlig i 3,1 behandlinger, oftest som en del av den 30 minutters oppfølgende behandlingen. Individuell oppfølging av trening ble gitt gjennomsnittlig 2,86 ganger, og 62 % av pasientene fikk **hjemmeøvelser/trening**. Trening er en viktig del av manuellterapeutens behandlingsspekter, og er i tråd med evidensbasert behandlingsskunnskap. Individuell treningsveiledning versus gruppetrening varierer nok i forhold til pasientens smerter, funksjonsnivå, om de er vant til trening/ fysisk aktivitet. Som Storheim påpeker til i sin studie krevde gruppetrening en større grad av motivasjon til tross for at det reduserte smerter blant sub-akutte ryggpasienter (Storheim et al. 2003). Wright fant at en kortvarig individuell behandling sammen med gruppetrening blant akutte og sub-akutte ryggpasienter hadde gunstig effekt på smerter, funksjon og sykefravær (Wright et al., 2005). Andre studier har funnet at kognitivt basert trening hatt god effekt på sub-akutte og langvarige ryggplager, men er mer tilbakeholden med å anbefale trening/ øvelser i akutt fase (Helewa et al., 1993; Hildebrandt et al., 2000; Hodges et al., 1996; Indahl et al., 1998; Lindstrom et al., 1992; Lærum et al., 2007). De siste års forskning på motorisk kontroll av trunkus muskulatur for pasienter med ryggplager har

manuellterapeuter tatt inn i sin forståelse av treningsveiledning, ryggskoleinformasjon, råd og veiledning til sine pasienter (Helewa et al., 1993;Hodges et al, 1996). Manuellterapeuter i primærkontaktrollen har muligheter til å henvise pasienter videre til fysioterapeuter der det er behov for tettere individuell treningsoppfølging. Enkelte studier har vist at det å være godt trent generelt å være trent påvirker sykefravær i gunstig retning (Storheim, Brox, Holm, Koller, & Bo, 2003a; van den Heuvel et al., 2005). Gjennom egen klinisk erfaringer opplever jeg bedre mestring og lavere sykefravær hos pasienter som er godt trent.

8.6 Videre studier

Studiens datamateriale har potensial til å belyse en rekke interessante spørsmål, mens oppgavens omfang begrenser hvilke problemstillinger jeg har mulighet til å besvare. Interessante spørsmål som kan belyses gjennom mer omfattende dataanalyser er eksempelvis sammenhengen mellom høy skår på Ørebro-skjemaet hos akutte, sub-akutte og kroniske og pasientens status på lengre sikt. En annen problemstilling vil være å se om anamneseopptaket til manuellterapeuten predikere langsiktig utfall for smerter, funksjon og arbeidsstatus. Videre ville det være interessant å gå inn på hvilke tiltak som er igangsatt overfor pasienter med ulik symptomprofil, og gå mer i dybden på om tiltakene er i tråd med gjeldende retningslinjer for behandling. Det kan også være at man bør utvide studien til se på langsiktige effektmål på denne gruppen, spesielt med hensyn til endring av arbeidsstatus.

Faggruppens mål er at manuellterapeuter legger om praksis slik at vi møter intensjonene med primærkontaktfunksjonen over hele landet. Gjennom prosjektet har jeg fått inntrykk av at dette bare delvis er tilfelle blant manuellterapeuter som har deltatt i denne studien. Derfor bør det gjøres en studie for mer detaljert og langsiktig kartlegging av dette.

9 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å kartlegge endringer i 72 nakke/ ryggpasienters egenrapporterte status i forhold til smerte, funksjon, livskvalitet og arbeidsstatus seg i løpet 8 uker etter sitt første møte med manuellterapeut i primærkontaktfunksjonen.

Vi ønsket også å se hvilke tiltak manuellterapeutene hadde iverksatt, om pasientene hadde hatt nytte av behandlingen, og om de var fornøyd med behandlingen. Blant de 60 pasientene (83,3 %) som besvarte spørreskjemaer etter 8 uker ble smerter gjennomsnittlig redusert tilsvarende en klinisk signifikant endring. Funksjoner i dagliglivet og livskvalitet bedret seg også, men i mindre grad. I tillegg hadde majoriteten av pasientene høy grad av "patient satisfaction". Til tross for disse positive endringene var arbeidsstatus uforandret for pasientene på langvarige trygdeordninger. Dette er i samsvar med tidligere forskning i sammenlignbare studier.

Manuellterapeutens tiltak viser at pasienten hadde få (6) behandlinger, og behandlingen bestod av individuell oppfølging som informasjon/ råd/ veiledning, manuelle behandlingsmodaliteter og treningsoppfølging. Det faktum at manuellterapeutene sykemeldte i lav grad, viste lav henvisningsprosenten til andre yrkesgrupper og at 16 manuellterapeuter inkluderte de fleste av 72 pasienter med nakke eller ryggplager til studien, kan si oss noe om implementering av primærkontaktrollen i det geografiske nedslagsfeltet studien gjelder for.

På grunn av studiens korte varighet kan ingen bastante konklusjoner dras på bakgrunn av ny kunnskap denne studien måtte tilføre fagmiljøet. Det som imidlertid blir synliggjort gjennom denne studien, og andre sammenlignbare studier, er at det er svært vanskelig å motivere pasienter på langvarig trygdeordninger tilbake til arbeidslivet. Det er derfor viktig å se på hvilke pasienter har best nytte av manuellterapeutens tiltak sett i lys av pasientenes risikoprofil kartlagt ved hjelp av validerte og reliable screeningskjemaer som "Ørebro Screeningskjema for Muskelskjelettplager". Studier har vist at tidlig behandlingsintervensjon også har langsiktig effekt, men det er avgjørende å rette riktige tiltak mot riktig pasient til rett tid, og på den måten unngå langvarig sykefravær. Manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen har muligheter til å være den "Helsepedagogen" samfunnet etterlyser (Tine Dommerud, 2008).

Reference List

- Ackelman, B. H. & Lindgren, U. (2002). Validity and reliability of a modified version of the neck disability index. *J.Rehabil.Med.*, 34, 284-287.
- Aure, O. F., Nilsen, J. H., & Vasseljen, O. (2003a). Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*, 28, 525-531.
- Aure, O. F., Nilsen, J. H., & Vasseljen, O. (2003c). Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*, 28, 525-531.
- Aure, O. F., Nilsen, J. H., & Vasseljen, O. (2003b). Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*, 28, 525-531.
- Borsbo, B., Peolsson, M., & Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health - a study of chronic whiplash-associated disorders. *J.Rehabil.Med.*, 40, 562-569.
- Burton, A. K., McClune, T. D., Clarke, R. D., & Main, C. J. (2004). Long-term follow-up of patients with low back pain attending for manipulative care: outcomes and predictors. *Man.Ther.*, 9, 30-35.
- Chan Ci, E. M., Clair, D. A., & Edmondston, S. J. (2008). Validity of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale for measuring disability associated with chronic, non-traumatic neck pain. *Man.Ther.*.

Faggruppen for Manuellterapi (2003d). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Faggruppen for Manuellterapi (2003a). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Faggruppen for Manuellterapi (2003e). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Faggruppen for Manuellterapi (2003b). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Faggruppen for Manuellterapi (2003g). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Faggruppen for Manuellterapi (2003f). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Faggruppen for Manuellterapi (2003c). *Retningslinjer for Manuellterapeuter*

Manuellterapeutenes Servicekontor.

Fletcher, R. H. & Fletcher Suzann W (2005). *Clinical Epidemiology*. (4th ed.)

Lippencott, Williams, Wilkins.

Gilbert, F. J., Grant, A. M., Gillan, M. G., Vale, L., Scott, N. W., Campbell, M. K. et

al. (2004). Does early imaging influence management and improve outcome in patients with low back pain? A pragmatic randomised controlled trial.

Health Technol. Assess., 8, iii, 1-iii131.

Gimmestad, Johnny (2008, May 25). "Bommer på Sykefravær". *Aftenposten*.

Grotle, M., Brox, J. I., Veierod, M. B., Glomsrod, B., Lonn, J. H., & Vollestad, N. K.

(2005b). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine*, 30, 976-982.

Grotle, M., Brox, J. I., Veierod, M. B., Glomsrod, B., Lonn, J. H., & Vollestad, N. K.

(2005c). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine*, 30, 976-982.

Grotle, M., Brox, J. I., Veierod, M. B., Glomsrod, B., Lonn, J. H., & Vollestad, N. K.

(2005d). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine*, 30, 976-982.

Grotle, M., Brox, J. I., Veierod, M. B., Glomsrod, B., Lonn, J. H., & Vollestad, N. K.

(2005a). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine*, 30, 976-982.

Grotle, M., Brox, J. I., Veierod, M. B., Glomsrod, B., Lonn, J. H., & Vollestad, N. K.

(2005e). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine*, 30, 976-982.

Grotle, M., Brox, J. I., & Vollestad, N. K. (2004c). Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measurements used for patients with low back pain. *Spine*, 29, E492-E501.

Grotle, M., Brox, J. I., & Vollestad, N. K. (2003). Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index. *J.Rehabil.Med.*, 35, 241-247.

- Grotle, M., Brox, J. I., & Vollestad, N. K. (2004b). Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measurements used for patients with low back pain. *Spine, 29*, E492-E501.
- Grotle, M., Brox, J. I., & Vollestad, N. K. (2004a). Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measurements used for patients with low back pain. *Spine, 29*, E492-E501.
- Grotle, M., Vollestad, N. K., & Brox, J. I. (2006a). Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. *Clin.J.Pain, 22*, 458-467.
- Grotle, M., Vollestad, N. K., & Brox, J. I. (2006b). Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. *Clin.J.Pain, 22*, 458-467.
- Grunnesjo, M. I., Bogefeldt, J. P., Svardsudd, K. F., & Blomberg, S. I. (2004). A randomized controlled clinical trial of stay-active care versus manual therapy in addition to stay-active care: functional variables and pain. *J.Manipulative Physiol Ther., 27*, 431-441.
- Hagen, E. M., Svensen, E., Eriksen, H. R., Ihlebaek, C. M., & Ursin, H. (2006). Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine, 31*, 1491-1495.
- Haldorsen, E. M., Grasdal, A. L., Skouen, J. S., Risa, A. E., Kronholm, K., & Ursin, H. (2002). 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*, 95, 49-63.

Hudak, P. L. & Wright, J. G. (2000a). The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine*, 25, 3167-3177.

Hudak, P. L. & Wright, J. G. (2000b). The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine*, 25, 3167-3177.

Hurley, D. A., Dusoair, T. E., McDonough, S. M., Moore, A. P., Linton, S. J., & Baxter, G. D. (2000c). Biopsychosocial screening questionnaire for patients with low back pain: preliminary report of utility in physiotherapy practice in Northern Ireland. *Clin.J.Pain*, 16, 214-228.

Hurley, D. A., Dusoair, T. E., McDonough, S. M., Moore, A. P., Linton, S. J., & Baxter, G. D. (2000b). Biopsychosocial screening questionnaire for patients with low back pain: preliminary report of utility in physiotherapy practice in Northern Ireland. *Clin.J.Pain*, 16, 214-228.

Hurley, D. A., Dusoair, T. E., McDonough, S. M., Moore, A. P., Linton, S. J., & Baxter, G. D. (2000a). Biopsychosocial screening questionnaire for patients with low back pain: preliminary report of utility in physiotherapy practice in Northern Ireland. *Clin.J.Pain*, 16, 214-228.

Jones, M. & Rivett, D. (2004). *Clinical Reasoning for Manual Therapists*. (First ed.) London: Elsevier Limetid, Butterworth Heineman.

- Kent, P., Marks, D., Pearson, W., & Keating, J. (2005). Does clinician treatment choice improve the outcomes of manual therapy for nonspecific low back pain? A metaanalysis. *J.Manipulative Physiol Ther.*, 28, 312-322.
- Kirkesola, G. & Solberg, A. (2007). *Klinisk Undersøkelse av Ryggen*. (2.utgave ed.) Kristiansand,Norway: Høyskoleforlaget A/S- Norwegian Academic Press.
- Lærum, E. & m.fl. (2007). *Nasjonale kliniske retningslinjer: Korsryggsmarter-med og uten nerverotsaffeksjon* Sosial- og Helsedirektoratet.
- Langworthy, J. M. & Breen, A. C. (2007). Psychosocial factors and their predictive value in chiropractic patients with low back pain: a prospective inception cohort study. *Chiropr.Osteopat.*, 15, 5.
- Linton, S. J. & Boersma, K. (2003a). Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin.J.Pain*, 19, 80-86.
- Linton, S. J. & Boersma, K. (2003b). Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin.J.Pain*, 19, 80-86.
- Linton, S. J. & Hallden, K. (1998a). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin.J.Pain*, 14, 209-215.
- Linton, S. J. & Hallden, K. (1998b). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin.J.Pain*, 14, 209-215.

- Linton, S. J. & Hallden, K. (1998c). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin.J.Pain*, 14, 209-215.
- Marhold, C., Linton, S. J., & Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *J.Occup.Rehabil.*, 12, 65-75.
- Mehlum, I. S., Kristensen, P., Kjuus, H., & Wergeland, E. (2008a). Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain? *Scand.J.Work Environ.Health*, 34, 250-259.
- Mehlum, I. S., Kristensen, P., Kjuus, H., & Wergeland, E. (2008b). Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain? *Scand.J.Work Environ.Health*, 34, 250-259.
- Mehlum, I. S., Kristensen, P., Kjuus, H., & Wergeland, E. (2008c). Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain? *Scand.J.Work Environ.Health*, 34, 250-259.
- Ødegaard, T. T. (20-11-2008a). "Hva karakteriserer pasienter som kommer til manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen".
Ref Type: Unpublished Work
- Ødegaard, T. T. (20-11-2008b). "Hva karakteriserer pasienter som kommer til manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen".
Ref Type: Unpublished Work
- Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005a). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005b). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005d). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005c). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005g). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005f). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Ostelo, R. W. & de Vet, H. C. (2005e). *Clinically important outcomes in low back pain* (Rep. No. 19).

Rikstrygdeverket i Norge & NAV. (1-9-2008d). "Raskere Tilbake".

Ref Type: Unenacted Bill/Resolution

Rikstrygdeverket i Norge & NAV. (1-9-2008c). "Raskere Tilbake".

Ref Type: Unenacted Bill/Resolution

Rikstrygdeverket i Norge & NAV. (1-9-2008a). "Raskere Tilbake".

Ref Type: Unenacted Bill/Resolution

Rikstrygdeverket i Norge & NAV. (1-9-2008b). "Raskere Tilbake".

Ref Type: Unenacted Bill/Resolution

- Rubinstein, S. M., Knol, D. L., Leboeuf-Yde, C., de Koekkoek, T. E., Pfeifle, C. E., & van Tulder, M. W. (2008a). Predictors of a favorable outcome in patients treated by chiropractors for neck pain. *Spine*, 33, 1451-1458.
- Rubinstein, S. M., Knol, D. L., Leboeuf-Yde, C., de Koekkoek, T. E., Pfeifle, C. E., & van Tulder, M. W. (2008b). Predictors of a favorable outcome in patients treated by chiropractors for neck pain. *Spine*, 33, 1451-1458.
- Salaffi, F., Stancati, A., Silvestri, C. A., Ciapetti, A., & Grassi, W. (2004). Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *Eur.J.Pain*, 8, 283-291.
- Sangha, O., Stucki, G., Liang, M. H., Fossel, A. H., & Katz, J. N. (2003). The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Rheum.*, 49, 156-163.
- SINTEF (2003b). *Evaluering av Henvisningsprosjektet, Sluttrapport fra SINTF*
SINTEF.
- SINTEF (2003c). *Evaluering av Henvisningsprosjektet, Sluttrapport fra SINTF*
SINTEF.
- SINTEF (2003a). *Evaluering av Henvisningsprosjektet, Sluttrapport fra SINTF*
SINTEF.
- Slover, J., Abdu, W. A., Hanscom, B., Lurie, J., & Weinstein, J. N. (2006). Can condition-specific health surveys be specific to spine disease? An analysis of the effect of comorbidities on baseline condition-specific and general health survey scores. *Spine*, 31, 1265-1271.

Slover, J., Abdu, W. A., Hanscom, B., & Weinstein, J. N. (2006). The impact of comorbidities on the change in short-form 36 and oswestry scores following lumbar spine surgery. *Spine*, *31*, 1974-1980.

Solberg, A. (2007). *Klinisk Undersøkelse av Nakke-Skulder*. Høyskoleforlaget-Norwegian Academic Press.

Solberg, T. K., Olsen, J. A., Ingebrigtsen, T., Hofoss, D., & Nygaard, O. P. (2005b). Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery. *Eur.Spine J.*, *14*, 1000-1007.

Solberg, T. K., Olsen, J. A., Ingebrigtsen, T., Hofoss, D., & Nygaard, O. P. (2005a). Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery. *Eur.Spine J.*, *14*, 1000-1007.

Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I., Koller, A. K., & Bo, K. (2003b). Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial. *J.Rehabil.Med.*, *35*, 132-140.

Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I., Koller, A. K., & Bo, K. (2003a). Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial. *J.Rehabil.Med.*, *35*, 132-140.

Tine Dommerud (2008, November 20). "Lei av dum debatt om pengemas" Bjarne Håkon Hansen, Helse og omsorgsminister. *Dagens Medisin*.

van den Heuvel, S. G., Boshuizen, H. C., Hildebrandt, V. H., Blatter, B. M., Ariens, G. A., & Bongers, P. M. (2005). Effect of sporting activity on absenteeism in a working population. *Br.J.Sports Med.*, 39, e15.

Videman, T. & Nurminen, M. (2004). The occurrence of anular tears and their relation to lifetime back pain history: a cadaveric study using barium sulfate discography. *Spine*, 29, 2668-2676.

Voorhies, R. M., Jiang, X., & Thomas, N. (2007). Predicting outcome in the surgical treatment of lumbar radiculopathy using the Pain Drawing Score, McGill Short Form Pain Questionnaire, and risk factors including psychosocial issues and axial joint pain. *Spine J.*, 7, 516-524.

Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. (2nd edition ed.) London UK: Churchill Livingstone.

Wand, B. M., Bird, C., McAuley, J. H., Dore, C. J., MacDowell, M., & De Souza, L. H. (2004b). Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine*, 29, 2350-2356.

Wand, B. M., Bird, C., McAuley, J. H., Dore, C. J., MacDowell, M., & De Souza, L. H. (2004a). Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine*, 29, 2350-2356.

Wormgoor, M. E., Indahl, A., van Tulder, M. W., & Kemper, H. C. (2006). Functioning description according to the icf model in chronic back pain:

disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. *J.Rehabil.Med.*, 38, 93-99.

Wright, A., Lloyd-Davies, A., Williams, S., Ellis, R., & Strike, P. (2005a). Individual active treatment combined with group exercise for acute and subacute low back pain. *Spine*, 30, 1235-1241.

Wright, A., Lloyd-Davies, A., Williams, S., Ellis, R., & Strike, P. (2005b). Individual active treatment combined with group exercise for acute and subacute low back pain. *Spine*, 30, 1235-1241.

Vedlegg 1

Symptomprofilen

	Prosent
Örebro screening for gule flagg (0-210) (Mean, SD, range)	85, (29,5), (35 –184)
- liten risiko < 90	61,8 %
- moderat risiko 90 til 105	17,1 %
- høy risiko > 105	21,1 %
Komorbiditet (0- 48)	
- 0 plager	15,6 %
- 1-5 plager	66,3 %
- 6-11 plager	18,2 %
Funksjon (0-100%) (Mean, SD, range)	13,9, (9,0), (0 – 49)
Smerte (0-10) (Mean, SD, range)	6,0, (2,12), (1 – 10)
Smertetegning	
- lokaliserte smerter %	56,8 %
- generaliserte smerter %	44,2 %
Livskvalitet (0-100) (Mean, SD, range)	63,7, (19,5), (20 – 100)
Sykemeldings status	
- sykemeldt	5,3 %
- attføring/uføretrygd	21 %
- inntektsgivende arbeid	57,9 %
- studenter/pensjonister/arbeidsledige	15,8 %
Varighet av plager	
- Akutte (0- 2 uker)	27,6 %
- Subakutte (2- 12 uker)	19,6 %
- Langvarige (3mnd – 12 mnd)	13,2 %
- Plager utover 1. år	39,5 %



Informasjon til pasienter som oppsøker manuellterapeut i primærkontaktfunksjon og som ønsker å vurdere deltagelse i prosjektet:

«Hvem er manuellterapi-pasienten?»

Manuellterapeuter har fra 2006 funksjon som primærkontakter for pasienter med muskel-skjelett lidelser. Primærkontaktfunksjonen innebærer at pasienter kan henvende seg direkte til manuellterapeut uten rekvisisjon fra lege. Betegnelsene røde, gule og grønne flagg er innarbeidet internasjonalt for å gjøre behandlere oppmerksom på symptomer og tegn som kan ha spesiell betydning for oppfølgingen av den enkelte pasient. Det er en pågående diskusjon om i hvilken grad manuellterapeuters pasienter i hovedsak er pasienter med enkle og ukompliserte tilstander, eller om pasientene også har mer kompliserte og sammensatte problemer som krever en dertil egnet behandling. Det er derfor viktig med økt kunnskap om manuellterapeuters pasientprofil og om manuellterapeuter fanger opp symptomer og tegn som kan ha spesiell betydning for prognosen. Mange studier har dokumentert at det er mulig å identifisere kjennetegn på utvikling av langvarige plager og funksjonsproblemer. Eksempler på dette er arbeidsmessige, økonomiske og psykologiske faktorer.

Formålet med dette prosjektet er å kartlegge smerte, funksjon og livskvalitet hos korsrygg- og nakkepasienter som kommer til behandling hos manuellterapeut i primærkontaktfunksjon. I tillegg ønsker vi å undersøke hvordan status er 8 uker etter første besøk hos manuellterapeut, hva pasientene har gjennomgått av behandlingstiltak, grad av sykmelding og om behandlingen de har fått er i tråd med gjeldende retningslinjer.

Om du velger å bli med på prosjektet vil du bli spurt om å fylle ut et spørreskjema på venteværelset før første undersøkelse / behandling hos manuellterapeuten. Spørreskjemaet kartlegger de viktigste risikofaktorene hos pasienter med nakke og ryggplager. I tillegg spør vi om ditt arbeid, utdanning og familiesituasjon, om du har andre sykdommer eller lidelser, smertelokalisasjon, medikamentforbruk, tidligere utredning og behandling, livskvalitet og funksjon i dagliglivet. Det tar ca 20-30 minutter å fylle ut skjemaet. Denne tiden skal ikke gå på bekostning av tiden du ordinært skulle hatt med manuellterapeuten. Dine svar på spørreskjema vil umiddelbart bli forseglet og sendt til forskergruppen som står bak prosjektet. På denne måten får ikke manuellterapeuten kjennskap til dine svar. Behandlingen hos manuellterapeut vil foregå som en hvilken som helst vanlig behandlingsserie gitt av manuellterapeut tilpasset deg og ditt problem og uten påvirkning fra prosjektets side.

Åtte uker etter at du kom til manuellterapeuten første gang vil du få tilsendt nytt spørreskjema der du skal svare på noen av de samme spørsmålene, i tillegg til spørsmål om behandlingen du har fått hos manuellterapeuten. Svarene er konfidensielle og vil heller ikke da bli tilgjengelige

for din manuellterapeut. Din manuellterapeut vil bli spurt om hvilken behandling han/hun har gitt deg, men ikke om resultatet av behandlingen eller om forhold knyttet til deg som person.

Prosjektet gjennomføres etter gjeldende regler for forskningsprosjekter. Du kan på et hvert tidspunkt trekke deg fra undersøkelsen uten begrunnelsesplikt og uten at dette får konsekvenser for videre behandling. Du har nøyaktig de samme rettighetene og forsikringsvilkårene som du ville hatt dersom du ikke deltok i denne undersøkelsen. Dersom du trekker deg fra undersøkelsen har du rett på å kreve dataene slettet. Dersom feil oppdages har du rett på å få korrigert opplysningene.

Dataene som innhentes vil lagres i manuelle arkiv med personidentifikasjon som låses inn, og du har til enhver tid full innsynsrett i dataene. Dataene avidentifiseres ved elektronisk lagring på PC for statistiske analyser (lagres kun med nummer). Ingen av dataene sammenholdes med elektroniske registre. Lagringen av data vil foregå i henhold til personsopplysningsloven. Prosjektet er initiert av Faggruppen for manuellterapi / Norsk Fysioterapeutforbund og utføres av to masterstudenter i manuellterapi ved Universitetet i Bergen. Resultatene vil derfor legges grunnlaget for to matergradsoppgaver ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, og eventuelle publikasjoner i nasjonale og/eller internasjonale tidsskrifter. Datatilsynet og Etisk komité har godkjent prosjektet.

Prosjektet planlegges avsluttet høsten 2008, og alle sensitive persondata vil bli slettet innen 2 år etter at studien er ferdig. Dersom nye studier basert på de innsamlede opplysninger blir aktuelle, ber vi om tillatelse til å henvende oss for nytt samtykke for slik bruk.

Dersom du har spørsmål underveis, kan du ringe koordinator for forskningsprosjektet, manuellterapeut Vibeke Røstad på tlf. 48059504 eller prosjektleder Kjersti Storheim på tlf. 99708783.

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og blitt forklart informasjonen på medfølgende informasjonsskriv om prosjektet, og sier meg villig i å delta i undersøkelsen.

Jeg har forstått at deltakelsen er frivillig.

Underskrift

Dato

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Vedlegg 3

Kontrakt mellom deltagende manuellterapeut og prosjektansvarlige for prosjekt om manuellterapeuters pasienter:

Deltagende manuellterapeut:.....Nummer:.....

Som manuellterapeut i primærkontaktfunksjon skal jeg tilstrebe å inkludereantall korsrygg/nakkepasienter som kommer uten henvisning fra lege i senere avtalte uker på vinteren/våren 2008. Alle aktuelle pasienter forespørres fortløpende om studiedeltakelse.

Jeg skal følge anviste rutiner for håndtering av spørreskjema utfylt av pasient ved inklusjon til studien for å sikre blinding.

Ved hver nye pasientinklusjon skal jeg fylle ut et spørreskjema etter å ha undersøkt pasienten 1.gang. Utfylt skjema legges i en frankert konvolutt og returneres til prosjektadministrator. Tilsvarende spørreskjema fylles ut 8 uker etter inklusjonen av pasient og returneres til prosjektkoordinator.

Åtte uker etter hver pasientinklusjon svarer jeg per telefon mer detaljert på spørsmål om pasienthåndtering.

Manuellterapeutens underskrift; dato..... Navn.....

Vi takker for all hjelp med prosjektet, og vil på et senere tidspunkt invitere alle deltagende manuellterapeuter på et lukket seminar der resultatene fra prosjektet fremlegges for første gang. Alle innsamlede data både fra manuellterapeut og pasient er konfidensielle og kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner. Datatilsynet og Etisk komité (REK Øst) har godkjent prosjektet.

Vedlegg 3

SPØRRESKJEMA for pasienter som deltar i manuellterapiprosjektet for kartlegging av symptomprofil

INKLUSJON

Løpenummer: _____ (fylles ut av prosjektet) Initialer: _____ Dato: _____

Hovedsymptom: Korsryggsmerter
 Nakke/skuldersmerter

Les spørsmålene nøye før du svarer. Du svarer på spørsmålene ved enten å sette et kryss i avkryssingsboksen eller en sirkel rundt tallet ved det svaralternativet som best beskriver din situasjon.

Tenk ikke for lenge over hvert spørsmål. Det første som faller deg inn er gjerne "riktigst". Dersom du ikke synes at noen av svaralternativene passer helt ber vi om at du krysser av for det alternativet som passer best for deg.

Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene.

ÖREBRO SCREENINGSKJEMA FOR MUSKELSKJELETTSMERTER

Disse spørsmålene og utsagnene er aktuelle dersom du har vondt eller smerter i rygg, skuldre eller nakke. Vennligst les hvert spørsmål og gi nøyaktige svar. Bruk ikke for lang tid på å svare på spørsmålene. Det er imidlertid viktig at du svarer på alle spørsmålene. Det finnes alltid et svar som passer til din situasjon.

1. Hvilket år er du født? 19___
2. Er du mann kvinne
3. Er du født i Norge? ja nei
4. Hva er din hovedsysselsetting? Kryss av for de alternativene som best beskriver din nåværende situasjon.
 inntektsgivende arbeid (1) arbeidsledig (4) sykemeldt (7) ___%___ dato
 skoleelev/student (2) alderspensjonist (5) attføring / rehabilitering (8)
 ulønnet arbeid (eks. i hjemmet) (3) aktivt sykemeldt (6) uføretrygdet (9), evt %___
5. Hvor har du smerter? Kryss av. 2*X
nakke skuldre øvre del av rygg nedre del av rygg ben
6. Hvor mange dager har du vært borte fra jobben på grunn av smerter de siste 18 månedene? Kryss av.
0 dager (1) 1-2 dager (2) 3-7 dager (3) 8-14 dager (4) 15-30 dager (5)
1 mnd (6) 2 mnd (7) 3-6 mnd (8) 6-12 mnd (9) over 1 år (10)
7. Hvor lenge har du hatt ditt nåværende smerteproblem? Kryss av.
0-1 uke (1) 1-2 uker (2) 3-4 uker (3) 4-5 uker (4) 6-8 uker (5)
9-11 uker (6) 3-6 mnd (7) 6-9 mnd (8) 9-12 mnd (9) over 1 år (10)
8. Har du tungt eller ensformig arbeid? Sett ring rundt det som passer best.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ikke i det hele tatt *svært tungt*
9. Hvordan vil du gradere de smertene du har hatt den i løpet av den siste uke. Sett ring rundt ett tall.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ingen smerter *så vondt som det går an å ha*
10. Hvor ille var smertene dine i gjennomsnitt de tre siste månedene? Sett ring rundt ett tall.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ingen smerter *så vondt som det går an å ha*
11. Hvor ofte vil du si at du i gjennomsnitt har hatt smerteanfall de siste tre månedene? Sett ring rundt ett svar.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
aldri *hele tiden*
12. På grunnlag av at du gjør i løpet av en gjennomsnittlig dag for å håndtere eller mestre smertene, hvor mye vil du si at du greier å redusere dem? Sett ring rundt ett tall. 10-X
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kan ikke redusere dem i det hele tatt *kan redusere dem fullstendig*
13. Hvor anspent eller engstelig har du følt deg den siste uken? Sett ring rundt ett tall.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
fullstendig rolig og avslappet *så anspent og engstelig som jeg noen gang har følt meg*
14. Hvor mye har du vært plaget av depresjonsfølelse den siste uken? Sett ring rundt ett tall.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ikke i det hele tatt *svært mye*

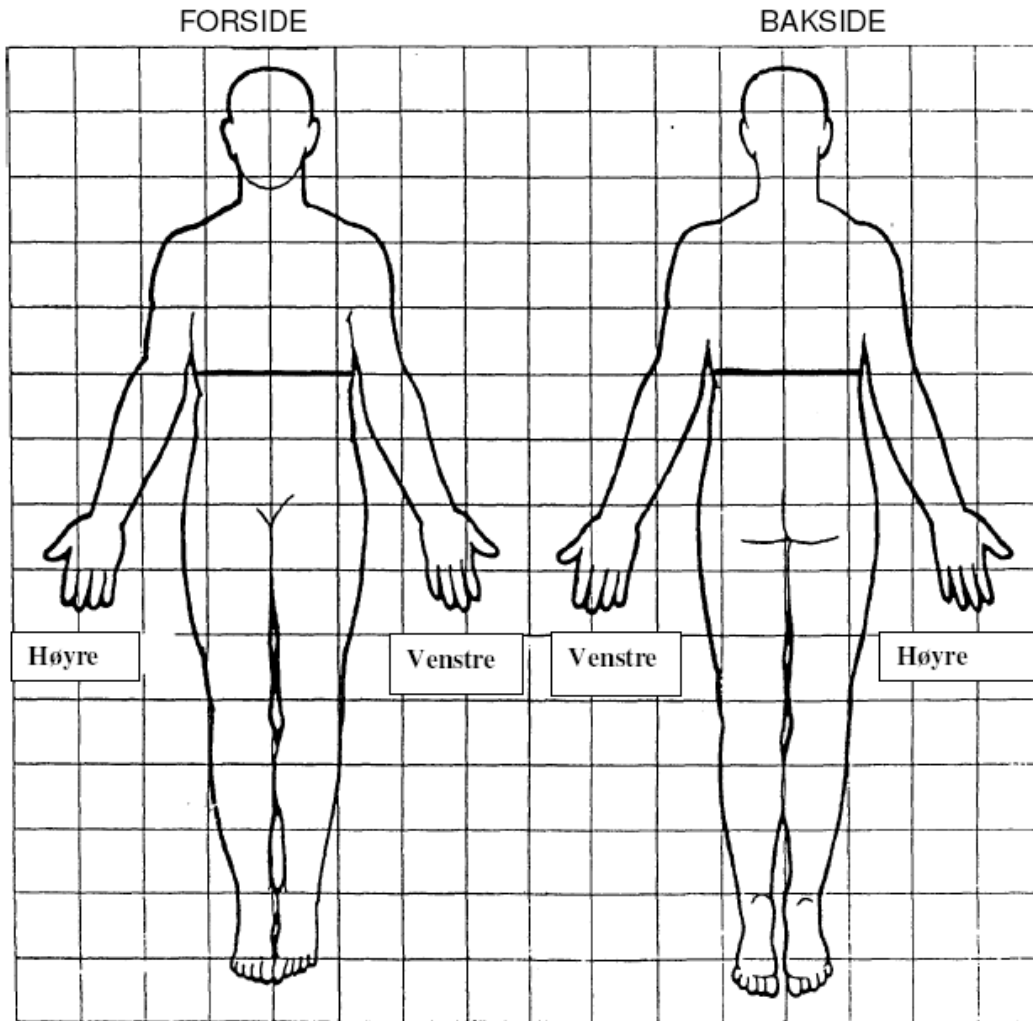
Forts. av ÖREBRO SCREENINGSKJEMA FOR MUSKELSKJELETTSM.

15. Hvor stor risiko mener du det er for at dine nåværende smerter kan bli vedvarende? Sett ring rundt ett tall.
- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>ingen risiko</i> | | | | | <i>svært stor risiko</i> | | | | | | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
16. Ut fra din vurdering, hvor stor er sjansen for at du er i arbeid om seks måneder? Sett ring rundt ett tall.
- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>ingen sjanse</i> | | | | | <i>svært stor sjanse</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
17. Hvor fornøyd er du med jobben din når du tar i betraktning arbeidsrutiner, ledelse, lønn, muligheter for fremmelse og arbeidskolleger? Sett ring rundt ett tall.
- | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>ikke fornøyd i det hele tatt</i> | | | | | <i>helt fornøyd</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
- Her er noe av det andre har fortalt oss om ryggsmertene sine. For hvert utsagn, sett ring rundt et tall fra 0 til 10 for å si hvor mye fysiske aktiviteter som å bøye seg, løfte, gå eller kjøre vil påvirke ryggen din.
18. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.
- | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>helt uenig</i> | | | | | <i>helt enig</i> | | | | | | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
19. Økt smerte er et tegn på at jeg bør slutte med det jeg holder på med til smertene avtar.
- | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>helt uenig</i> | | | | | <i>helt enig</i> | | | | | | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
20. Jeg burde ikke utføre den vanlige jobben min med mine nåværende smerter.
- | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>helt uenig</i> | | | | | <i>helt enig</i> | | | | | | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
- Her er en liste over fem aktiviteter. Vennligst sett ring rundt det ene tallet som best beskriver din nåværende evne til å delta i hver av disse aktivitetene.
21. Jeg kan gjøre lett arbeid i en time.
- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer</i> | | | | | <i>kan gjøre det uten at smerter er et problem</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
22. Jeg kan gå i en time.
- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer</i> | | | | | <i>kan gjøre det uten at smerter er et problem</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
23. Jeg kan gjøre vanlig husarbeid.
- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer</i> | | | | | <i>kan gjøre det uten at smerter er et problem</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
24. Jeg kan gå i butikker
- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer</i> | | | | | <i>kan gjøre det uten at smerter er et problem</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
25. Jeg kan sove om natten
- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <i>kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer</i> | | | | | <i>kan gjøre det uten at smerter er et problem</i> | | | | | | 10-X
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |

Originalartikkel: Linton SJ & Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain 1998 Sep;14(3):209-15. Oversatt av M Grothe og NK Vøllestad 2001, UiO. Norsk validering: Grothe M, Vøllestad NK, Broks JT: Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. Clin J Pain 2006 Jun;22(5):458-67.

Smertelokalisasjon

Skriver med kulepenn områdene på kroppen hvor du har hatt smerter i løpet av de siste 14 dager.



Supplerende om arbeid, utdanning og familiesituasjon

Hva er dit yrke? _____

Hvilken allmenn utdanning har du fullført?

Kryss av

9-årig skole eller kortere		
Videregående skole	Allmennfag / gymnas	
	Yrresskole med lærlingtid	

Hvilken yrkesutdanning har du?

Praktisk opplæring	
Grunnkurs / 1-årig utdanning utover 9-årig skole	
Høgskole- eller universitetsutdanning på 4 år eller mindre	
Høgskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år (fagstudium/embetseksamen)	
Annet (angi hva)	

Familie og barn

Hva er din sivilstand?

- Gift / Reg.partner
- Samboende
- Enslig

Hvor mange barn har du?

Røyker du?

- Ja
- Nei

Andre sykdommer og lidelser.

Veiledning:

Nedenfor finner du en liste over vanlige sykdommer / lidelser. Vennligst sett ring rundt ja eller nei i **Kolonne 1** om noe av dette, nå for tiden, gjelder deg.

Svarer du "ja" i Kolonne 1 besvarer du også spørsmålene i **Kolonne 2** og **Kolonne 3**.

Nederst angir du om du lider av noe som ikke står på listen.

Sykdom / lidelse	Kolonne 1		Kolonne 2		Kolonne 3	
	Har du denne sykdommen / lidelsen?		Får du behandling for det?		Begrenser det dine aktiviteter / virkelyst?	
	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Hjertesykdom	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Høyt blodtrykk	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Lungesykdom	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Sukkersyke	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Magesår eller magesykdom	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Nyresykdom	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Leversykdom	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Blodmangel eller annen blodsykdom	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Kreft	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Depresjon	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Artrose, slitasjegikt	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Ryggsmerter	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Reumatoid artritt, leddgikt	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
Andre medisinske problemer (vennligst skriv inn)						
.....	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
.....	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja
.....	Nei	Ja →	Nei	Ja	Nei	Ja

Sangha O, Stucki G, Liang MH, Fossel AH, Katz JN: The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Rheum.* 2003 Apr 15;49(2):156-63.

Spørreskjema om helse (EQ-5D)

Vis hvilke utsagn som passer best på din helsetilstand i dag ved å sette et kryss i en av rutene utenfor hver av gruppene nedenfor.

Gange

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring.
- Jeg har litt problemer med å gå omkring.
- Jeg er sengeliggende.

Personlig stell

- Jeg har ingen problemer med personlig stell.
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg.
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg.

Vanlige gjøremål *(f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)*

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål.
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål.

Smerte/ubehag

- Jeg har verken smerte eller ubehag.
- Jeg har moderat smerte eller ubehag.
- Jeg har sterk smerte eller ubehag.

Angst/depresjon

- Jeg er verken engstelig eller deprimert.
- Jeg er noe engstelig eller deprimert.
- Jeg er svært engstelig eller deprimert.

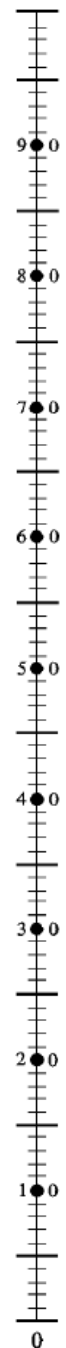
For å hjelpe folk til å si hvor god eller dårlig en helsetilstand er, har vi laget en skala (omtrent som et termometer) hvor den beste tilstanden du kan tenke deg er merket 100 og den verste tilstanden du kan tenke deg er merket 0.

Vi vil gjerne at du viser på denne skalaen hvor god eller dårlig helsetilstanden din er i dag, etter din oppfatning. Vær vennlig å gjøre dette ved å trekke en linje fra boksen nedenfor til det punktet på skalaen som viser hvor god eller dårlig din helsetilstand er i dag.

**Din egen
helsetilstand
i dag**

Best tenkelige
helsetilstand

100



Verst tenkelige
helsetilstand

0

Funksjonsskjema for nakkepasienter

SKJEMA OM HEMMENDE NAKKEPLAGER (Norwegian version of the NDI)

(1) IKKE UTFYLT

VEILEDNING: Dette spørreskjemaet er laget for å gi legen informasjon om hvorledes dine smerter i nakken har påvirket din evne til å klare deg i dagliglivet. Vennligst svar på hver del og kryss av bare den ENE ruta i hver del som passer for deg. Vi er klar over at du kan synes at to av utsagnene i en og samme del kan passe for deg, men vennligst bare kryss av i den ruta som kommer nærmest til å beskrive ditt problem.

<p>Del 1 - Smerteintensitet</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har ingen smerter akkurat nå.</p> <p><input type="checkbox"/> Smertene er svært svake akkurat nå.</p> <p><input type="checkbox"/> Smertene er moderate akkurat nå.</p> <p><input type="checkbox"/> Smertene er nokså sterke akkurat nå.</p> <p><input type="checkbox"/> Smertene er meget sterke akkurat nå.</p> <p><input type="checkbox"/> Smertene er de verst tenkelige akkurat nå.</p>	<p>Del 4 - Lesing</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan lese så mye som jeg ønsker, uten at det gir smerter i nakken.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan lese så mye som jeg ønsker, men med svake smerter i nakken.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan lese så mye som jeg ønsker, men med moderate smerter i nakken.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan ikke lese så mye som jeg ønsker, på grunn av nokså sterke smerter i nakken.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke lese i det hele tatt, på grunn av meget sterke smerter i nakken.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan ikke lese i det hele tatt, på grunn av smerter i nakken.</p>
<p>Del 2 - Personlig stell (vaske seg, kle på seg, osv.)</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan stelle meg selv som normalt, uten at det gir ekstra smerter.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan stelle meg selv som normalt, men det gir ekstra smerter.</p> <p><input type="checkbox"/> Det er smertefullt å stelle seg, og jeg er langsam og forsiktig.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg trenger noe hjelp, men klarer mesteparten av mitt personlige stell.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg trenger hjelp hver dag med mesteparten av mitt personlige stell.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg klarer ikke å kle på meg, har vansker med å vaske meg og holder meg i senga.</p>	<p>Del 5 - Hodepine</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har ikke hodepine i det hele tatt.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har svak hodepine som kommer nå og da.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har moderat hodepine som kommer nå og da.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har moderat hodepine som kommer jevnlig.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har sterk hodepine som kommer jevnlig.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg har hodepine nesten hele tiden.</p>
<p>Del 3 - Løfting</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan løfte noe tungt uten at det gir ekstra smerter.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan løfte noe tungt, men det gir ekstra smerter.</p> <p><input type="checkbox"/> Smerter hindrer meg i å løfte noe tungt opp fra gulvet, men jeg kan klare det hvis det er gunstig plassert, for eksempel på et bord.</p> <p><input type="checkbox"/> Smerter hindrer meg i å løfte noe tungt, men jeg kan klare noe lett eller middels tungt hvis det er gunstig plassert.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan bare løfte noe meget lett.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg kan ikke løfte eller bære noe i det hele tatt.</p>	

SKJEMA OM HEMMENDE NAKKEPLAGER - forts.

Del 6 - Konsentrasjon	Del 9 - Søvn
<input type="checkbox"/> Jeg kan konsentrere meg uten vansker.	<input type="checkbox"/> Jeg har ikke problemer med å sove.
<input type="checkbox"/> Jeg kan konsentrere meg med små vansker.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er litt forstyrret (mindre enn 1 times søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg har nokså store vansker med å konsentrere meg.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er noe forstyrret (1-2 timers søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg har store vansker med å konsentrere meg.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er moderat forstyrret (2-3 timers søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg har svært store vansker med å konsentrere meg.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er sterkt forstyrret (3-5 timers søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke konsentrere meg i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er fullstendig forstyrret (5-7 timers søvnløshet).
Del 7 - Arbeid (eller daglige gjøremål)	Del 10 - Fritid
<input type="checkbox"/> Jeg kan gjøre så mye arbeid som jeg ønsker.	<input type="checkbox"/> Jeg er i stand til å drive med alle mine fritidsaktiviteter uten at det gir smerter i nakken overhodet.
<input type="checkbox"/> Jeg kan gjøre mitt vanlige arbeid, men ikke mer.	<input type="checkbox"/> Jeg er i stand til å drive med alle mine fritidsaktiviteter, men med noe smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan gjøre mesteparten av mitt vanlige arbeid, men ikke mer.	<input type="checkbox"/> Jeg er i stand til å drive med de fleste av, men ikke alle, mine vanlige fritidsaktiviteter på grunn av smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke gjøre mitt vanlige arbeid.	<input type="checkbox"/> Jeg er bare i stand til å drive med noen få av mine vanlige fritidsaktiviteter, på grunn av smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke gjøre noe arbeid i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke drive med noen fritidsaktiviteter, på grunn av smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke gjøre noe arbeid i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke drive med fritidsaktiviteter i det hele tatt.
Del 8 - Bilkjøring	
<input type="checkbox"/> Jeg kan kjøre en bil uten at det gir smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan kjøre en bil så lenge som jeg ønsker, men med svake smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan kjøre en bil så lenge som jeg ønsker, men med moderate smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke kjøre en bil så lenge som jeg ønsker, på grunn av nokså sterke smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke kjøre en bil i det hele tatt, på grunn av meget sterke smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke kjøre en bil i det hele tatt, på grunn av smerter i nakken.	

Vernon, H., & Mior, S. (1991). The Neck Disability Index: A Study of Reliability and Validity. *J. Manipulative and Physiological Therapeutics*, 14(7), 409-415.

Funksjonsskjema for korsryggpasienter

OSWESTRY LISTE FOR FUNKSJONSBEGRENSNINGER, versjon 2.0

Vennligst les: Dette spørreskjemaet er utformet for å gi behandleren opplysninger om hvordan ryggsmertene dine har påvirket din evne til å klare deg i dagliglivet. Vennligst svar på hvert avsnitt, og marker bare **det ene feltet** i hvert avsnitt som gjelder for deg. Vi forstår at du kanskje synes at to av utsagnene i hvert avsnitt gjelder deg, men vennligst **marker bare feltet som best beskriver ditt nåværende problem.**

Del 1 – Smerteintensitet

- 1. Jeg har ingen smerter for øyeblikket
- 2. Smertene er veldig svake for øyeblikket
- 3. Smertene er moderate for øyeblikket
- 4. Smertene er temmelig sterke for øyeblikket
- 5. Smertene er veldig sterke for øyeblikket
- 6. Smertene er de verste jeg kan tenke meg for øyeblikket

Del 2 – Personlig stell (vaske seg, kle på seg, osv.)

- 1. Jeg kan stelle meg selv på vanlig måte uten at det forårsaker ekstra smerter
- 2. Jeg kan stelle meg selv på vanlig måte, men det er veldig smertefullt
- 3. Det er smertefullt å stelle meg selv, og jeg gjør det langsomt og forsiktig
- 4. Jeg trenger noe hjelp, men klarer det meste av mitt personlige stell
- 5. Jeg trenger hjelp hver dag til det meste av eget stell
- 6. Jeg klarer ikke på meg, har vanskeligheter med å vaske meg, og holder sengen

Del 3 – Løfte

- 1. Jeg kan løfte tunge ting uten å få mer smerter
- 2. Jeg kan løfte tunge ting, men får mer smerter
- 3. Smertene hindrer meg i å løfte tunge ting opp fra gulvet, men jeg greier det hvis det skal løftes er gunstig plassert, f.eks. på et bord
- 4. Smertene hindrer meg i å løfte tunge ting, men jeg kan klare lette eller middels tunge ting, hvis det er gunstig plassert
- 5. Jeg kan bare løfte noe som er veldig lett
- 6. Jeg kan ikke løfte eller bære noe i det hele tatt

Del 4 – Gå

- 1. Smerter hindrer meg ikke i å gå i det hele tatt
- 2. Smerter hindrer meg i å gå mer enn 1 ½ km
- 3. Smerter hindrer meg i å gå mer enn ¾ km
- 4. Smerter hindrer meg i å gå mer enn 100 m
- 5. Jeg kan bare gå med stikk eller krykker
- 6. Jeg ligger for det meste i sengen og jeg må krabbe til toalettet

Del 5 – Sitte

- 1. Jeg kan sitte så lenge jeg vil i en hvilken som helst stol
- 2. Jeg kan sitte så lenge jeg vil i min favorittstol
- 3. Smerter hindrer meg i å sitte i mer enn en time
- 4. Smerter hindrer meg i å sitte i mer enn en halv time
- 5. Smerter hindrer meg i å sitte i mer enn ti minutter
- 6. Smerter hindrer meg i å sitte i det hele tatt

Forts.OSWESTRY LISTE FOR FUNKSJONSBEGRENSNINGER

Del 6 – Stå

- 1. Jeg kan stå så lenge jeg vil uten å få mer smerter
- 2. Jeg kan stå så lenge jeg vil, men får mer smerter
- 3. Smerter hindrer meg i å stå i mer enn en time
- 4. Smerter hindrer meg i å stå i mer enn en halv time
- 5. Smerter hindrer meg i å stå i mer enn ti minutter
- 6. Smerter hindrer meg i å stå i det hele tatt

Del 7 – Sove

- 1. Søvn min forstyrres aldri av smerter
- 2. Søvn min forstyrres av og til av smerter
- 3. På grunn av smerter får jeg mindre enn seks timers søvn
- 4. På grunn av smerter får jeg mindre enn fire timers søvn
- 5. På grunn av smerter får jeg mindre enn to timers søvn
- 6. Smerter hindrer all søvn

Del 8 – Seksualliv

- 1. Seksuallivet mitt er normalt og forårsaker ikke mer smerter
- 2. Seksuallivet mitt er normalt, men forårsaker noe mer smerter
- 3. Seksuallivet mitt er normalt, men svært smertefullt
- 4. Seksuallivet mitt er svært begrenset av smerter
- 5. Seksuallivet mitt er nesten borte på grunn av smerter
- 6. Smerter forhindrer alt seksualliv

Del 9 – Sosialt liv

- 1. Det sosiale livet mitt er normalt og forårsaker ikke mer smerter
- 2. Det sosiale livet mitt er normalt, men øker graden av smerter
- 3. Smerter har ingen betydelig innvirkning på mitt sosiale liv, bortsett fra at de begrenser mine mer fysiske aktive sider, som sport osv.
- 4. Smerter har begrenset mitt sosiale liv og jeg går ikke så ofte ut
- 5. Smerter har begrenset mitt sosiale liv til hjemmet
- 6. På grunn av smerter har jeg ikke noe sosialt liv

Del 10 – Reising

- 1. Jeg kan reise hvor som helst uten smerter
- 2. Jeg kan reise hvor som helst, men det gir mer smerter
- 3. Smerter er ille, men jeg klarer reiser på to timer
- 4. Smerter begrenser meg til korte reiser på under en time
- 5. Smerter begrenser meg til korte, nødvendige reiser på under 30 minutter
- 6. Smerter forhindrer meg fra å reise, unntatt for å få behandling

Skåring: kode om spørsmålene til 0-5 (1=0...6=5). Summer hvert spørsmål, deles med antall besvarte spørsmål, multipliseres med 0,2 og 100 for å få en prosentskår.

The Modified Oswestry Disability Index (Baker et al 1990)
Oversatt av Margreth Grothe og Nina K.Vollestad 2001,
Seksjon for Helsefag, Universitetet i Oslo

Vedlegg 5

SPØRRESKJEMA
for pasienter som deltar i
manuellterapiprojektet for kartlegging av
symptomprofil

Oppfølging 8 uker etter første besøk hos
manuellterapeut

Løpenummer: _____ Initialer: _____ *(påføres av sekretariatet)*

Dato for utfylling: _____ *(fylles ut av pasient)*

Hovedsymptom: Korsryggsmerter

Les spørsmålene nøye før du svarer. Du svarer på spørsmålene ved enten å sette et kryss i avkryssingsboksen eller en sirkel rundt tallet ved det svaralternativet som best beskriver din situasjon.

Tenk ikke for lenge over hvert spørsmål. Det første som faller deg inn er gjerne "riktigst". Dersom du ikke synes at noen av svaralternativene passer helt ber vi om at du krysser av for det alternativet som passer best for deg.

Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene. Sjekk begge sider av arkene!

Funksjonsskjema besvart av korsryggpasienter

OSWESTRY LISTE FOR FUNKSJONSBEGRENSNINGER, versjon 2.0

*Vennligst les: Dette spørreskjemaet er utformet for å gi behandleren opplysninger om hvordan ryggsmertene dine har påvirket din evne til å klare deg i dagliglivet. Vennligst svar på hvert avsnitt, og marker bare **det ene feltet** i hvert avsnitt som gjelder for deg. Vi forstår at du kanskje synes at to av utsagnene i hvert avsnitt gjelder deg, men vennligst marker **bare feltet som best beskriver ditt nåværende problem.***

Del 1 – Smerteintensitet

- 1. Jeg har ingen smerter for øyeblikket
- 2. Smertene er veldig svake for øyeblikket
- 3. Smertene er moderate for øyeblikket
- 4. Smertene er temmelig sterke for øyeblikket
- 5. Smertene er veldig sterke for øyeblikket
- 6. Smertene er de verste jeg kan tenke meg for øyeblikket

Del 2 – Personlig stell (vaske seg, kle på seg, osv.)

- 1. Jeg kan stelle meg selv på vanlig måte uten at det forårsaker ekstra smerter
- 2. Jeg kan stelle meg selv på vanlig måte, men det er veldig smertefullt
- 3. Det er smertefullt å stelle meg selv, og jeg gjør det langsomt og forsiktig
- 4. Jeg trenger noe hjelp, men klarer det meste av mitt personlige stell
- 5. Jeg trenger hjelp hver dag til det meste av eget stell
- 6. Jeg kler ikke på meg, har vanskeligheter med å vaske meg, og holder sengen

Del 3 – Løfte

- 1. Jeg kan løfte tunge ting uten å få mer smerter
- 2. Jeg kan løfte tunge ting, men får mer smerter
- 3. Smertene hindrer meg i å løfte tunge ting opp fra gulvet, men jeg greier det hvis det som skal løftes er gunstig plassert, f.eks. på et bord
- 4. Smertene hindrer meg i å løfte tunge ting, men jeg kan klare lette eller middels tunge ting, hvis det er gunstig plassert
- 5. Jeg kan bare løfte noe som er veldig lett
- 6. Jeg kan ikke løfte eller bære noe i det hele tatt

Del 4 – Gå

- 1. Smerter hindrer meg ikke i å gå i det hele tatt
- 2. Smerter hindrer meg i å gå mer enn 1 ½ km
- 3. Smerter hindrer meg i å gå mer enn ¼ km
- 4. Smerter hindrer meg i å gå mer enn 100 m
- 5. Jeg kan bare gå med stokk eller krykker
- 6. Jeg ligger for det meste i sengen og jeg må krabbe til toalettet

Del 5 – Sitte

- 1. Jeg kan sitte så lenge jeg vil i en hvilken som helst stol
- 2. Jeg kan sitte så lenge jeg vil i min favorittstol
- 3. Smerter hindrer meg i å sitte i mer enn en time
- 4. Smerter hindrer meg i å sitte i mer enn en halv time
- 5. Smerter hindrer meg i å sitte i mer enn ti minutter
- 6. Smerter hindrer meg i å sitte i det hele tatt

Forts.OSWESTRY LISTE FOR FUNKSJONSBEGRENSNINGER

Del 6 – Stå

- 1. Jeg kan stå så lenge jeg vil uten å få mer smerter
- 2. Jeg kan stå så lenge jeg vil, men får mer smerter
- 3. Smerter hindrer meg i å stå i mer enn en time
- 4. Smerter hindrer meg i å stå i mer enn en halv time
- 5. Smerter hindrer meg i å stå i mer enn ti minutter
- 6. Smerter hindrer meg i å stå i det hele tatt

Del 7 – Sove

- 1. Søvn min forstyrres aldri av smerter
- 2. Søvn min forstyrres av og til av smerter
- 3. På grunn av smerter får jeg mindre enn seks timers søvn
- 4. På grunn av smerter får jeg mindre enn fire timers søvn
- 5. På grunn av smerter får jeg mindre enn to timers søvn
- 6. Smerter hindrer all søvn

Del 8 – Seksualliv

- 1. Seksuallivet mitt er normalt og forårsaker ikke mer smerter
- 2. Seksuallivet mitt er normalt, men forårsaker noe mer smerter
- 3. Seksuallivet mitt er normalt, men svært smertefullt
- 4. Seksuallivet mitt er svært begrenset av smerter
- 5. Seksuallivet mitt er nesten borte på grunn av smerter
- 6. Smerter forhindrer alt seksualliv

Del 9 – Sosialt liv

- 1. Det sosiale livet mitt er normalt og forårsaker ikke mer smerter
- 2. Det sosiale livet mitt er normalt, men øker graden av smerter
- 3. Smerter har ingen betydelig innvirkning på mitt sosiale liv, bortsett fra at de begrenser mine mer fysiske aktive sider, som sport osv.
- 4. Smerter har begrenset mitt sosiale liv og jeg går ikke så ofte ut
- 5. Smerter har begrenset mitt sosiale liv til hjemmet
- 6. På grunn av smerter har jeg ikke noe sosialt liv

Del 10 – Reising

- 1. Jeg kan reise hvor som helst uten smerter
- 2. Jeg kan reise hvor som helst, men det gir mer smerter
- 3. Smertene er ille, men jeg klarer reiser på to timer
- 4. Smerter begrenser meg til korte reiser på under en time
- 5. Smerter begrenser meg til korte, nødvendige reiser på under 30 minutter
- 6. Smerter forhindrer meg fra å reise, unntatt for å få behandling

Skåring; kode om spørsmålene til 0-5 (1=0...6=5). Summer hvert spørsmål, deles med antall besvarte spørsmål, multipliseres med 0,2 og 100 for å få en prosentskår.

The Modified Oswestry Disability Index (Baker et al 1990)
Oversatt av Margreth Grotle og Nina K.Vøllestad 2001,
Seksjon for Helsefag, Universitetet i Oslo

Funksjonsskjema for nakkepasienter

SKJEMA OM HEMMENDE NAKKEPLAGER (Norwegian version of the NDI)

(1) IKKE UTFYLT

VEILEDNING: Dette spørreskjemaet er laget for å gi legen informasjon om hvorledes dine smerter i nakken har påvirket din evne til å klare deg i dagliglivet. Vennligst svar på hver del og kryss av bare den ENE ruta i hver del som passer for deg. Vi er klar over at du kan synes at to av utsagnene i en og samme del kan passe for deg, men vennligst bare kryss av i den ruta som kommer nærmest til å beskrive ditt problem.

Del 1 - Smerteintensitet	Del 4 - Lesing
<input type="checkbox"/> Jeg har ingen smerter akkurat nå. <input type="checkbox"/> Smertene er svært svake akkurat nå. <input type="checkbox"/> Smertene er moderate akkurat nå. <input type="checkbox"/> Smertene er nokså sterke akkurat nå. <input type="checkbox"/> Smertene er meget sterke akkurat nå. <input type="checkbox"/> Smertene er de verst tenkelige akkurat nå.	<input type="checkbox"/> Jeg kan lese så mye som jeg ønsker, uten at det gir smerter i nakken. <input type="checkbox"/> Jeg kan lese så mye som jeg ønsker, men med svake smerter i nakken. <input type="checkbox"/> Jeg kan lese så mye som jeg ønsker, men med moderate smerter i nakken. <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke lese så mye som jeg ønsker, på grunn av nokså sterke smerter i nakken. <input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke lese i det hele tatt, på grunn av meget sterke smerter i nakken. <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke lese i det hele tatt, på grunn av smerter i nakken.
Del 2 - Personlig stell (vaske seg, kle på seg, osv.)	Del 5 - Hodepine
<input type="checkbox"/> Jeg kan stelle meg selv som normalt, uten at det gir ekstra smerter. <input type="checkbox"/> Jeg kan stelle meg selv som normalt, men det gir ekstra smerter. <input type="checkbox"/> Det er smertefullt å stelle seg, og jeg er langsam og forsiktig. <input type="checkbox"/> Jeg trenger noe hjelp, men klarer mesteparten av mitt personlige stell. <input type="checkbox"/> Jeg trenger hjelp hver dag med mesteparten av mitt personlige stell. <input type="checkbox"/> Jeg klarer ikke å kle på meg, har vansker med å vaske meg og holder meg i senga.	<input type="checkbox"/> Jeg har ikke hodepine i det hele tatt. <input type="checkbox"/> Jeg har svak hodepine som kommer nå og da. <input type="checkbox"/> Jeg har moderat hodepine som kommer nå og da. <input type="checkbox"/> Jeg har moderat hodepine som kommer jevnlig. <input type="checkbox"/> Jeg har sterk hodepine som kommer jevnlig. <input type="checkbox"/> Jeg har hodepine nesten hele tiden.
Del 3 - Løfting	
<input type="checkbox"/> Jeg kan løfte noe tungt uten at det gir ekstra smerter. <input type="checkbox"/> Jeg kan løfte noe tungt, men det gir ekstra smerter. <input type="checkbox"/> Smerter hindrer meg i å løfte noe tungt opp fra gulvet, men jeg kan klare det hvis det er gunstig plassert, for eksempel på et bord. <input type="checkbox"/> Smerter hindrer meg i å løfte noe tungt, men jeg kan klare noe lett eller middels tungt hvis det er gunstig plassert. <input type="checkbox"/> Jeg kan bare løfte noe meget lett. <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke løfte eller bære noe i det hele tatt.	

SKJEMA OM HEMMENDE NAKKEPLAGER - forts.

Del 6 - Konsentrasjon	Del 9 - Søvn
<input type="checkbox"/> Jeg kan konsentrere meg uten vansker.	<input type="checkbox"/> Jeg har ikke problemer med å sove.
<input type="checkbox"/> Jeg kan konsentrere meg med små vansker.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er litt forstyrret (mindre enn 1 times søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg har nokså store vansker med å konsentrere meg.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er noe forstyrret (1-2 timers søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg har store vansker med å konsentrere meg.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er moderat forstyrret (2-3 timers søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg har svært store vansker med å konsentrere meg.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er sterkt forstyrret (3-5 timers søvnløshet).
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke konsentrere meg i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> Søvnmin er fullstendig forstyrret (5-7 timers søvnløshet).
Del 7 - Arbeid (eller daglige gjøremål)	Del 10 - Fritid
<input type="checkbox"/> Jeg kan gjøre så mye arbeid som jeg ønsker.	<input type="checkbox"/> Jeg er i stand til å drive med alle mine fritidsaktiviteter uten at det gir smerter i nakken overhodet.
<input type="checkbox"/> Jeg kan gjøre mitt vanlige arbeid, men ikke mer.	<input type="checkbox"/> Jeg er i stand til å drive med alle mine fritidsaktiviteter, men med noe smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan gjøre mesteparten av mitt vanlige arbeid, men ikke mer.	<input type="checkbox"/> Jeg er i stand til å drive med de fleste av, men ikke alle, mine vanlige fritidsaktiviteter på grunn av smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke gjøre mitt vanlige arbeid.	<input type="checkbox"/> Jeg er bare i stand til å drive med noen få av mine vanlige fritidsaktiviteter, på grunn av smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke gjøre noe arbeid i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke drive med noen fritidsaktiviteter, på grunn av smerter i nakken.
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke gjøre noe arbeid i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke drive med fritidsaktiviteter i det hele tatt.
Del 8 - Bilkjøring	
<input type="checkbox"/> Jeg kan kjøre en bil uten at det gir smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan kjøre en bil så lenge som jeg ønsker, men med svake smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan kjøre en bil så lenge som jeg ønsker, men med moderate smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke kjøre en bil så lenge som jeg ønsker, på grunn av nokså sterke smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan omtrent ikke kjøre en bil i det hele tatt, på grunn av meget sterke smerter i nakken.	
<input type="checkbox"/> Jeg kan ikke kjøre en bil i det hele tatt, på grunn av smerter i nakken.	

Vernon, H., & Mior, S. (1991). The Neck Disability Index: A Study of Reliability and Validity. *J. Manipulative and Physiological Therapeutics*, 14(7), 409-415.

EQ-5D Spørreskjema om helse

Vis hvilke utsagn som passer best på din helsetilstand i dag ved å sette et kryss i en av rutene utenfor hver av gruppene nedenfor.

Gange

Jeg har ingen problemer med å gå omkring.

Jeg har litt problemer med å gå omkring.

Jeg er sengeliggende.

Personlig stell

Jeg har ingen problemer med personlig stell.

Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg.

Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg.

Vanlige gjøremål *(f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter).*

Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål

Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål.

Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål.

Smerte/ubehag

Jeg har verken smerte eller ubehag.

Jeg har moderat smerte eller ubehag.

Jeg har sterk smerte eller ubehag.

Angst/depresjon

Jeg er verken engstelig eller deprimert.

Jeg er noe engstelig eller deprimert.

Jeg er svært engstelig eller deprimert.

For å hjelpe folk til å si hvor god eller dårlig en helsetilstand er, har vi laget en skala (omtrent som et termometer) hvor den beste tilstanden du kan tenke deg er merket 100 og den verste tilstanden du kan tenke deg er merket 0.

Vi vil gjerne at du viser på denne skalaen hvor god eller dårlig helsetilstanden din er i dag, etter din oppfatning. Vær vennlig å gjøre dette ved å trekke en linje fra boksen nedenfor til det punktet på skalaen som viser hvor god eller dårlig din helsetilstand er i dag.

**Din egen
helsetilstand
i dag**

Best tenkelige
helsetilstand

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Verst tenkelige
helsetilstand

Vedlegg 6

Spørsmål som skal besvares per telefon av manuell-terapeut 8 uker etter at pasienten ble inkludert i studien.

(Skjema tilsendes på forhånd og tid avtales for telefonintervju)

Hvor mange ganger har pasienten vært til behandling etter at han/hun ble med i prosjektet for 8 uker siden?

Antall ganger:

Er behandlingen avsluttet, eller går pasienten fortsatt til behandling hos deg?

Behandlingen er avsluttet

Pasienten går fortsatt til behandling

Sykmeldt av MT: JA / NEI, dato.....

Sykmeldt %.....

Friskmeldt: dato.....

Hvordan har behandlingen vært organisert?

	Antall ganger	Gjennomsnittlig tid	Takst
Individuell behandling			
Behandling på benk			
Trening fulgt opp av deg			
Trening fulgt opp av andre enn deg selv			
Trening på instituttet uten oppfølging			
Egentrening (hjemme eller andre steder)			
Annet (hva)			

Har du i løpet av perioden henvist pasienten til andre behandlere eller til videre utredning? (Angi hva, f.eks røntgen, MR, fysioterapeut, legespesialist).....

Hvilken konkret behandling har pasienten i hovedsak hatt?

	Antall behandlinger *
Informasjon, råd, veiledning	
Massasje	
Trening / øvelser	
Opplæring i ergonomi (løfte, bære, sitte, etc.)	
Varme / kulde / elektroterapi / laser / terapeutisk UL	
Manuell terapi (kombinasjon av ulike tiltak)	
Manipulasjon	
Akupunktur / triggerpunktsbehandling	
Annet (hva)	

* Om pasienten har fått flere typer behandling samme dag ber vi deg registrere alle formene for behandling hver gang (eksempelvis massasje, øvelser og varmpakninger på samme dag registreres som tre behandlinger)

Vedlegg 7



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr. scient., fysioterapeut Kjersti Storheim
Ortopedisk Senter, forskningsenheten NAR og
FORMI
Ullevål universitetssykehus
Ortopedisk forskning, Bygg 73
0407 Oslo

Dato: 12. februar 2008

Deres ref.:

Vår ref.: 76-08-07320a 1.2007.2885

Regional komité for medisinsk forskningsetikk

REK Sør-Øst C

Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: : 228 44 667

Telefaks: 228 44 661

E-post: i.s.nyquist@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Hvem er manuellterapi pasienten?

Vi viser til brev av 22.01.08 fra prosjektlederen med revidert protokoll og revidert informasjonsskriv vedlagt.

Komiteen tar brevet med vedlegg til orientering, og har ingen merknader.

Med vennlig hilsen

Ida Nyquist
sekretær

Vedlegg 8

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kjersti Storheim
Seksjon for fysioterapivitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 BERGEN

Vår dato: 13.05.2008

Vår ref: 18844 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 09.05.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

18844	<i>Hvem er manuellterapipasienten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kjersti Storheim</i>
Student	<i>Ingebjørg Hoftaniska</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

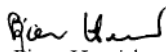
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

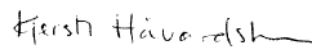
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Ingebjørg Hoftaniska, Sofies gate 79A, 0454 OSLO



Personvernombudet finner det reviderte informasjonsskrivet til pasienter av 09.05.08 tilfredsstillende. Det legges til grunn at fysioterapeuter mottar tilsvarende informasjon.

Ombudet legger til grunn at pasient informeres om hvilke opplysninger som innhentes via terapeut og samtykker til at terapeuten kan gi fra seg de aktuelle opplysningene, og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Prosjektslutt er 10.03.09. Data lagres til 31.12.2010 for en eventuell oppfølgingsstudie. Det legges til grunn at utvalget samtykker til lagringen. Dersom en oppfølgingsstudie ikke aktualiseres, anonymiseres datamaterialet ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og samtykker slettes/makuleres.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk REK Sør-Øst C.

Ombudet forutsetter at en eventuell oppfølgingsstudie/ny bruk av data meldes ombudet i god tid, og at nødvendige tillatelser innhentes.