

Kan råd om fysisk aktivitet redusere sykefraværet for pasienter med ryggplager?

Eli Molde Hagen

Ryggpoliklinikken, Sykehuset Innlandet HF, Jørgen Jensensvei, 2312 Ottestad, Norge

Telefon: 62 53 72 97 Telefax: 62 53 76 96 e-post: eli.molde.hagen@sykehuset-innlandet.no

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ryggsmerter er en av de hyppigste årsaker til sykmelding og uføretrygd. Behandlingstiltak rettet mot å redusere utvikling av kroniske plager og langvarig sykmelding vil derfor kunne være kostnads-effektive.

Materiale og metode: 457 pasienter sykmeldt 8-12 uker for ryggsmerter med eller uten utstrålende smerter og alder 18-60 år ble inkludert og randomisert til en intervensjonsgruppe (n=237) og en kontrollgruppe (n=220). Pasientene i intervensjonsgruppen ble undersøkt på en ryggpoliklinikk. De fikk informasjon om årsak til plagene, råd og veiledning om mestring av plagene og hvordan de kunne gjenoppta normal aktivitet, og de ble oppmuntret til å være i mest mulig normal fysisk aktivitet selv om ryggen var vond. Kontrollgruppen fikk vanlig behandling i primærhelsetjenesten.

Resultater: Pasientene som ble behandlet på ryggpoliklinikken kom fortere tilbake i jobb enn de pasientene som fikk vanlig behandling i primærhelsetjenesten. Etter et år var 68% friskmeldt i ryggpoliklinikkgruppen og 56% friskmeldt i primærhelsetjenestegruppen. Den raskere tilbakekomst til jobb det første året medførte ikke økt risiko for resykmelding de påfølgende to år og ga samfunnsøkonomiske besparelser. De som hadde best nytte av behandlingen på ryggpoliklinikken, var de som trodde at deres arbeidsevne var betydelig redusert, hadde konstant belastning på ryggen mer enn halve arbeidstiden, og trodde at årsak til ryggplagene ikke hadde sammenheng med tilfældigheter. Studien viser også at ryggpasienter har flere subjektive helseplager enn normalbefolkningen.

Fortolkning: Den tidlige intervensjonen på ryggpoliklinikken medførte mindre sykefravær, og resultater fra analysene kan tyde på at denne behandlingen reduserte pasientenes frykt og engstelse for smertene og endret tro og forventninger om hvilken betydning jobben hadde som årsak til plagene.

Hagen EM. **Does light mobilization treatment reduce long-term sick leave for low back pain?**

Nor J Epidemiol 2006; 16 (2): 137-144.

ENGLISH SUMMARY

Background: Low back pain is one of the most frequent reasons for sick leave and disability pension. Early intervention with information, advice, reassurance, and encouragement to stay active may be a cost-effective method for returning patients quickly to normal activity.

Material and methods: 457 patients sick listed 8-12 weeks for low back pain with or without radiating pain and age between 18-60 years were included. The patients were randomised into an intervention group (n=237) and a control group (n=220). The intervention group was examined at a spine clinic by a treatment team consisting of a physician (specialist in physical medicine and rehabilitation) and a physiotherapist. The patients were given time to express their concerns and explain how the back problem affected their life and daily activities. They were given practical advice in how to resume normal activity, and they were encouraged to stay active despite the pain. The control group was treated within the primary health care. All subjects filled out questionnaires. Data on sick leave, disability, and other social benefits were collected register data from the National Insurance Offices. Finally, the subjective health complaints scored by all the subjects in the study group at inclusion time were compared to reference values from a Norwegian normal population, consisting of 1240 adults.

Results: The intervention program had significant effect in reducing sick leave. At 12 months 68.4% in the intervention group vs 56.4% in the control group had returned to work. Over the 3 years of observation, the intervention group had significantly fewer days of sickness compensation (average 125.7 d/person) than the control group (169.6 d/person). The difference was mainly caused by a more rapid return to work during the first year. The intervention had economic gains for the society. Net benefits accumulated over 3 years of treating the 237 patients in the intervention group amount to approximately NOK 6 049 649 (\$ 828 719). At three months follow up the strongest modifying effect of the intervention on return to work was the perception of constant back strain when working, and beliefs about reduced ability to work. At 12 months,

gastrointestinal complaints were the strongest modifier for the effect of the intervention. Compared to the normal reference population, the low back pain patients had significantly more subjective health complaints.

Conclusion: Early intervention with examination, information, reassurance, and encouragement to engage in physical activity as normal as possible reduced sick leave for subacute low back pain and had economic gains for the society. There was no increased risk for reoccurrence of sick leave due to low back pain over the next 2 years in patients returning early. The intervention was short and simple and seemed to have a main effect on work absenteeism via interacting with concerns of being unable to work. Patients suffering from low back pain also have other complaints, and these comorbid conditions may influence the prognosis, in particular the trust and ability to return to work. The intervention may have its main effect via the perception and interpretation of the condition, and the concerns underlying the decision to return to work.

INTRODUKSJON

Ryggsmerter er en vanlig plage med livstidsprevalens på 11-84% (www.backpaineurope.org), og er en av de hyppigste årsaker til legekonsultasjon (Hart et al., 1995; Carey et al., 1995), sykmelding og uføretrygd (Brage et al., 1998; Picavet et al., 1999; Trygdemedisinsk årbok, 2004). De fleste akutte ryggepisoder bedres i løpet av få uker uavhengig av type behandling (Deyo, 1998), men 40-80% får et eller flere residiver (Battie & Bigos, 1991; Von Korff et al., 1993). Selv om det kun er en minoritet på ca. 6% som utvikler kroniske plager med nedsatt funksjon (Croft et al., 1997), utgjør de den største samfunnsøkonomiske utgift knyttet til rygg lidelser (Brage et al., 1998; Frymoyer & Cats-Baril, 1991; Goossens, 2002). Behandlingstiltak rettet mot å redusere utvikling av kroniske plager og langvarig sykmelding vil derfor kunne forventes å være kostnadseffektive.

Denne artikkelen er et norsk sammendrag av avhandlingen "Light mobilization treatment of subacute, non-specific low back pain", som ble forsvart i disputas ved Universitetet i Bergen 3. februar 2006 (<http://hdl.handle.net/1956/1126>). Hensikten med studien var å undersøke om tidlig intervensjon på en ryggpoliklinikk med informasjon, råd, beroligelse og oppmuntning til å være i fysisk aktivitet kunne redusere sykefraværet for pasienter med ryggplager. Det var også ønskelig å evaluere kort- og langtids klinisk og økonomisk effekt, samt identifisere prediktorer for forlenget sykmelding, og identifisere påvirkningseffekter av behandlingen som ble gitt på ryggpoliklinikken. Jeg ville også undersøke om ryggplager er spesifikke eller del av en generell uspesifikk tilstand sammenlignbar med subjektive helseplager i befolkningen.

MATERIALE OG METODE

Inklusjon av pasienter foregikk over en to års periode i 1995 og 1996 i samarbeid med alle 22 trygdekontor i Hedmark fylke. Trygdekontorene henviste til Ryggpoliklinikken pasienter som var sykmeldt 8-12 uker for ryggplager med eller uten utstråling. Inklusjonskriterier var alder 18-60 år og International Classification of Primary Care (ICPC) diagnoser: L02 (ryggsmerter), L03 (korsryggsmerter), L84 (ryggsmerter uten utstrå-

ling) og L86 (ischias). Eksklusjonskriterier var graviditet, ferskt ryggtraume, cauda equina syndrom, kreft, osteoporose, revmatisk inflammatorisk lidelse og pågående behandling hos en annen spesialist.

Pasientene som ble inkludert i studien skal kunne være representative for populasjonen. Pasientene ble henvist fra hele fylket, og enhver i Hedmark fylke (187 000 innbyggere) som oppfylte inklusjonskriteriene kunne i prinsippet bli med i studien. Det er i henvisningsrutinene fra trygdekontorene ikke kunnet påvises noen seleksjonsskjevhet eller systematiske forskjeller i utvelgelsen av pasientene. Prosentvis fordeling av yrkeskategoriene i studiegruppen var sammenlignbare med befolkningen i Hedmark, og arbeidsledigheten i Hedmark var sammenlignbar med hele landet.

Pasientene som oppfylte inklusjonskriteriene ble randomisert til en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe (for detaljer se Hagen et al., 2000).

Kontrollgruppen fikk vanlig behandling i primærhelsetjenesten, men fylte ut samme spørreskjema som intervensjonsgruppen. Spørreskjemaene ble besvart 3, 6, 12 og 24 måneder etter sykmelding og var rettet mot sosiodemografiske og psykososiale faktorer, fysisk aktivitet, stress på jobben og vurdering av egen arbeids- evne, grad av smerter ved daglige gjøremål og subjektive helseplager (Molde Hagen et al., 2005).

Pasientene i intervensjonsgruppen fikk tilbud om time på ryggpoliklinikken innen 12. sykmeldingsuke. På ryggpoliklinikken fylte de først ut spørreskjema, hadde deretter samtale og undersøkelse hos lege med varighet ca. 1 time og hos fysioterapeut 1-1 ½ time. Behandlingen på ryggpoliklinikken var å bruke god tid til å lytte til pasientens beskrivelse av plager og bekymringer, bruke tid til å snakke om dagliglivets funksjon og restriksjoner på grunn av ryggplagene, og ta opp eventuelle psykososiale problemstillinger hjemme og på jobben. En annen viktig del av behandlingen var å avmystifisere undersøkelsen ved å forklare pasienten hva som ble undersøkt og hvorfor. Det ble forklart hva som ble funnet, og forklart betydning av eventuelle somatiske funn. På denne måten var pasienten aktivt med på hele undersøkelsen og kunne selv kjenne etter og registrere om det var normal følelse og normal muskelstyrke i bena. Dersom pasienten beveget seg stivt og anspent, ble dette kommentert for å gjøre pasienten oppmerksom på hvordan muskulaturen

ble involvert og kunne vedlikeholde og forverre plagene, og at det var vanskelig å bli bra i ryggen dersom pasienten ikke selv gjorde noe aktivt for å bedre ryggmuskelfunksjonen. Det ble vektlagt å gi positiv tilbakemelding til pasienten om normale funn, om alt som var bra, og derved fokusere mer på muligheter og pasientens ressurser i stedet for begrensninger og prøve å snu engstelse og bekymring til håp om bedring. Røntgenbilder ble vist og forklart for pasienten. Pasientene ble informert om at å lete etter årsak til ryggsmertene på røntgenbilder hadde begrenset betydning, og at degenerative forandringer ofte var normale aldersforandringer og ikke nødvendigvis smertefulle. Det ble gitt informasjon om hva som kunne være årsak til plagene og hva som kunne gjøres for å bedre smerte og funksjon. Dersom det ikke var symptomer eller funn som ga mistanke om en alvorlig rygglidelse, ble pasientene informert om at det ikke var noen grunn til engstelse, at normal fysisk aktivitet ikke kunne skade ryggen selv om den var vond, og at det var viktig å være i aktivitet for å unngå utvikling av muskulær dysfunksjon. Pasientene ble oppmuntret til å være i fysisk aktivitet, gå daglige turer. Alle pasientene fikk individuelle råd og veiledning av fysioterapeut om lette øvelser og uttøyninger de kunne gjøre hjemme og hvordan de etter hvert kunne gjenoppta normal aktivitet. Alle pasientene ble oppmuntret til å kontakte ryggpoliklinikken ved behov.

Statistiske analyser

Sykmeldingsdata ble innhentet fra trygdekontorene 3, 6, 12, 24 og 36 måneder etter sykmelding. Dataene ble analysert i henhold til "intention to treat"-prinsippet. Relativ risiko (RR) og 95% konfidensintervall (CI) ble brukt til å bestemme effekten av intervensjonen på sykefraværet. ANOVA i SPSS 7.5.1 for Windows ble brukt til å analysere forskjeller i sykefravær mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Deskriptiv statistikk er rapportert med standardavviket (SD) når RR eller annen statistisk sammenligning ble brukt. Odds ratios (OR) justert for kjønn, alder, utdanning og sivil status ble også kalkulert. Univariat variansanalyse ble brukt til å kontrollere for alder, kjønn, utdanning og sivil status. Kost-nytte analyser er beskrevet i Hagen et al., 2003. I kalkulasjonen beregnes gevinsten ved å være i arbeid framfor på trygd opp mot kostnadene i intervensjonen. Gevinstberegningen følger konvensjonen i samfunnsøkonomi og anbefalinger fra et norsk offentlig utvalg nedsatt av Finansdepartementet (NOU 1997;27 og NOU 1998:16).

Logistisk regresjon og interaksjonstester ble brukt for å identifisere prognostiske og modifierende faktorer. SPSS 12.0 ble brukt i alle disse analysene. Ved beregning av prediktive verdier ble dataene fra intervensjonsgruppen (n=237) og kontrollgruppen (n=220) delt i følgende grupper: de pasientene som var blitt friskmeldt og de som var fortsatt sykmeldt 3 og 12 måneder etter konsultasjon/inkludering. Friskmeldte og

sykmeldte ble først sammenlignet for å bestemme hvilke variabler som hadde prediktiv verdi for resultatet i begge gruppene. Variablene ble dikotomisert med median score som delingspunkt. I fase 1 ble alle potensielle prediktorer testet med logistisk regresjon. For å kunne undersøke om det forelå potensielle modifierende faktorer i de to subgruppene, ble det i tillegg gjort interaksjonsanalyser (Pocock et al., 2002). Friskmeldte versus sykmeldte ved 3 og 12 måneders oppfølging var avhengig variabel. Statistisk signifikans ble definert som $p < 0,05$. I fase 2 ble alle signifikante variabler inkludert i en multippel logistisk regresjonsmodell, der kjønn, alder, utdanning og gruppe ble brukt som kontrollvariabler. Variablene ble deretter en etter en tatt med i analysen, og den mest signifikante variabelen ble tatt med først. Dersom $p < 0,20$, ble variablene inkludert i videre analyser (Molde Hagen et al., 2005).

Grad av subjektive helseplager hos alle inkluderte pasienter i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på inkluderingstidspunktet, ble sammenlignet med referanseverdier fra en norsk tværssnittstudie av 1240 voksne i normalbefolkningen foretatt i 1996 (Ihlebak et al., 2002). SPSS 12.0 ble brukt til alle disse analysene. Ryggpasientene ble sammenlignet med referansepopulasjonen ved bruk av logistisk regresjonsanalyser (Molde Hagen et al., 2006).

RESULTATER

Studiegruppen besto av 457 pasienter: 238 menn (52%) og 219 kvinner (48%), som ble randomisert til en intervensjonsgruppe på 237 pasienter og en kontrollgruppe på 220 pasienter. Gjennomsnittsalder ved inkludering var $40,9 \pm 10$ år (range 20-60), 52% menn og 48% kvinner.

Basalkarakteristika

Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene vedrørende basalkarakteristika som alder, kjønn, sivil status, utdanning, om de hadde en jobb å gå tilbake til, tidligere sykmeldinger for ryggplager (tabell 1) eller diagnoser som ble gitt av primærlegen på sykmeldingsskjema (tabell 2).

Forskjeller i sykefravær

I løpet av det første året var det signifikant lavere sykefravær i den gruppen som hadde fått behandling på ryggpoliklinikken. Ved 3 måneders oppfølging var 52% friskmeldt i intervensjonsgruppen versus 36% i kontrollgruppen (RR=1,45; 95% CI 1,17-1,79). Ved 6 måneders oppfølging var 61% friskmeldt i intervensjonsgruppen versus 45% i kontrollgruppen (RR=1,36; 95% CI 1,14-1,62). Ved 12 måneders oppfølging var 68% friskmeldt i intervensjonsgruppen versus 56% i kontrollgruppen (RR=1,21; 95% CI 1,05-1,40). Det var ingen signifikant forskjell i antall som var friskmeldt ved 2-års og 3-års oppfølging (figur 1).

Tabell 1. Basalkarakteristika av alle inkluderte pasienter (N = 457).

Variabel	Intervensjon (n=237)	Kontroll (n=220)
Alder	40,8 ± 10,1 år	41,1 ± 9,8 år
Kjønn		
Menn	123 (52%)	115 (52%)
Kvinner	114 (48%)	105 (48%)
Sivilstand		
Ugift	27 (11,4%)	27 (12,3%)
Gift	132 (55,7%)	123 (55,9%)
Samboer	57 (24,1%)	40 (17,9%)
Enke/enkemann	2 (0,8%)	4 (1,8%)
Skilt/separert	19 (8,0%)	26 (11,8%)
Utdanning		
Antall år (mean (95% CI))	10,8 (10,6-11,2)	10,6 (10,3-11,0)
Folkeskole (9 years)	74 (31,5%)	89 (39,9%)
Folkeskole (12 years)	109 (46,4%)	96 (43,0%)
Høyere utdanning (> 12 y.)	51 (21,7%)	38 (17%)
Har du et arbeid å gå tilbake til?	215 (90,7%)	201 (91,4%)
Tidligere sykmeldt for ryggplager	171 (72,2%)	147 (66,8%)

Dersom en ser på totalt antall sykefraværsdager, var det 3 år etter konsultasjon/inkludering signifikant færre sykefraværsdager i intervensjonsgruppen (gjennomsnitt 125,7 dager/person; 95% CI 110,8–140,8) enn i kontrollgruppen (169,6 dager/person; 95% CI

151,9–187,3). Denne forskjellen skyldtes først og fremst at flere ble friskmeldt i intervensjonsgruppen det første året. Den raskere tilbakekomst til jobb det første året medførte ingen økt risiko for tilbakefall de påfølgende to år. Det var like mange resykmeldinger på grunn av ryggplager (62%) i begge gruppene (Hagen et al., 2003).

Samfunnsøkonomiske besparelser

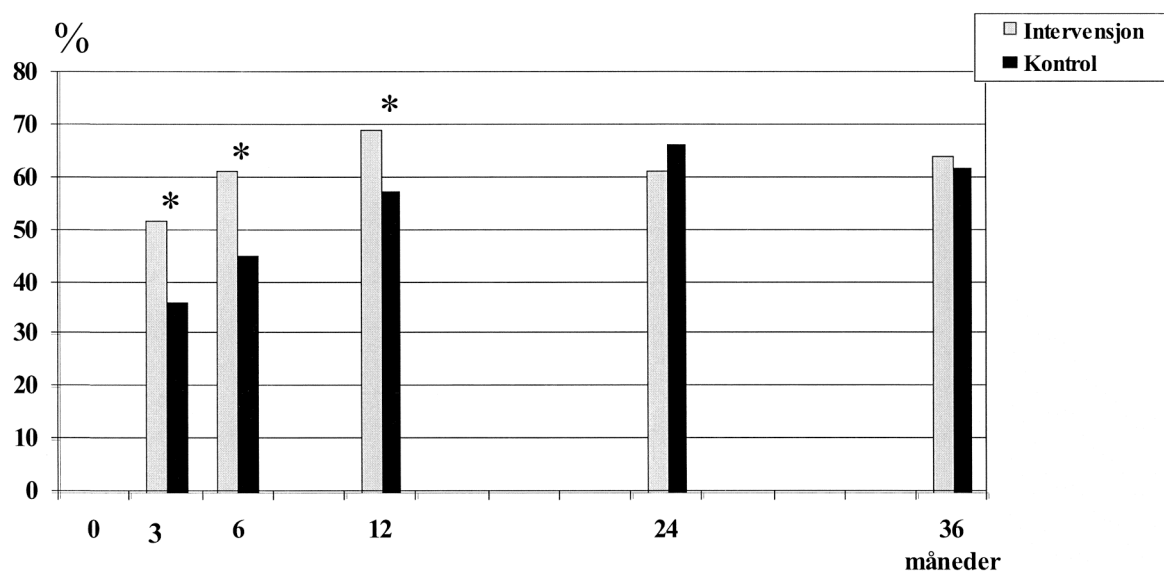
Intervensjonen ga samfunnsøkonomiske besparelser. Etter tre års oppfølging er det beregnet en netto besparelse på 6 millioner kroner ved å behandle på ryggpoliklinikken de 237 pasientene i intervensjonsgruppen (Hagen et al., 2003). På landsbasis ville nettogevinsten i løpet av et år vært 643 millioner kroner dersom alle som var sykmeldt for de samme ryggdiagnoser hadde fått denne behandlingen (Gjelsvik, 2004).

Mestring av ryggplagene

Det var noen få signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i hvordan pasientene taklet ryggplagene. Ved 6 måneders oppfølging var det i intervensjonsgruppen mindre bruk av sengeleie (RR=0,66; 95% CI 0,44–0,99), mer turgåing (RR=1,29; 95% CI 1,02–1,62) og mer bruk av beve-

Tabell 2. Diagnoser gitt av primærlegen på sykmeldings-II-skjema ved inkludering.

	Intervensjonsgruppe n = 237	Kontrollgruppe n = 220
L02 = ryggsymptomer/plager	18 (7,6%)	24 (11%)
L03 = korsrygg symptomer/plager	8 (3,4%)	10 (4,5%)
L84 = rygg syndrom uten smerteutstråling	110 (46,4%)	99 (45%)
L86 = rygg syndrom med smerteutstråling	101 (42,6%)	87 (39,5%)

Figur 1. Prosentandel friskmeldte pasienter. * indikerer statistisk signifikant forskjell (p<0,05).

gelighetstrening/uttøyning (RR=1,62; 95% CI 1,20–2,20). Ved 12 måneders oppfølging var den eneste signifikante forskjell mellom gruppene mer bruk av bevegelsestrening/uttøyning i intervensjonsgruppen (RR=1,39; 95% CI 1,01–1,91) (Hagen et al., 2003).

Hvem ble langvarig sykmeldt?

Prediktorer for forlenget sykmelding for alle inkluderte pasienter (intervensjonsgruppe og kontrollgruppe) ble beregnet 3 og 12 måneder etter konsultasjon. Etter tre måneder er sjansen større for fortsatt sykmelding dersom pasienten på inklusjonstidspunktet har andre sykdommer som i stor grad påvirker daglig funksjonsnivå (OR=3,1; 95% CI 1,3–7,2), tror jobben vil forverre plagene (OR=2,3; 95% CI 1,3–3,9), har smerter ved vanlig daglig aktivitet (OR=2,1; 95% CI 1,3–3,6) og er yngre enn 41 år (OR=0,6; 95% CI 0,3–1,0). Etter 12 måneder er sjansen større for fortsatt å være sykmeldt dersom pasienten på inklusjonstidspunktet har andre sykdommer som i stor grad påvirker daglig funksjonsnivå (OR=2,4; 95% CI 1,2–4,7), har ingen tro på at ryggplagene vil forsvinne (OR=1,8; 95% CI 1,0–3,3), har mindre enn 12 års utdannelse (OR=2,0; 95% CI 1,0–3,9) og er kvinne (OR=1,7; 95% CI 1,0–2,7) (Molde Hagen et al., 2005).

Hvem hadde nytte av behandlingen på ryggpoliklinikken og ble friskmeldt?

Ved 3 måneders oppfølging etter konsultasjon/inklusion viste multippel logistisk regresjonsanalyse signifikant interaksjonseffekt for tre variabler: Av de som rapporterte å arbeide i stillinger med konstant belastning på ryggen mer enn halve arbeidstiden, var 65% i kontrollgruppen og 36% i intervensjonsgruppen sykmeldt (OR=3,7; 95% CI 1,3–10,7). Av de som vurder-

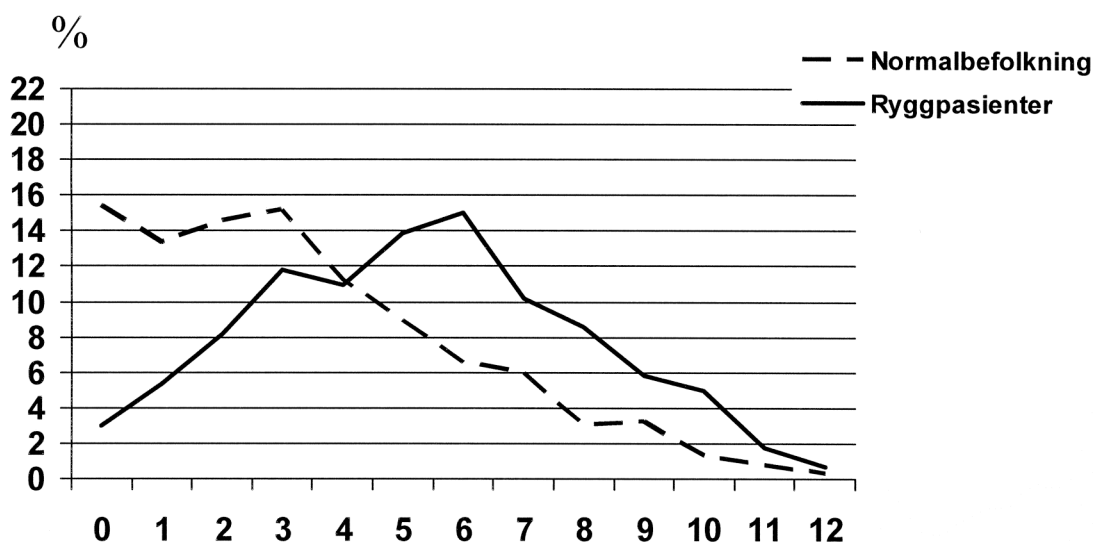
te sin egen arbeidsevne som betydelig nedsatt, var 76% i kontrollgruppen og 55% i intervensjonsgruppen sykmeldt (OR=2,8; 95% CI 1,0–7,6). Av de som ikke trodde at årsak til ryggplagene kunne bero på tilfeldigheter, var 72% i kontrollgruppen og 45% i intervensjonsgruppen sykmeldt (OR=0,2; 95% CI 0,1–0,7).

Ved 12 måneders oppfølging viste multippel logistisk regresjonsanalyse signifikant interaksjonseffekt for to variabler: Av de som på inklusjonstidspunktet rapporterte mye mageplager, var 55% i kontrollgruppen og 22% i intervensjonsgruppen sykmeldt (OR=3,3; 95% CI 1,2–9,0). Av de som ikke trodde på tilfeldigheter eller uflaks, var 46% i kontrollgruppen og 24% i intervensjonsgruppen sykmeldt (OR=0,3; 95% CI 0,1–0,8) (Molde Hagen et al., 2005).

Komorbiditet

De fleste ryggpasientene rapporterte også andre plager. Bare 7 pasienter (1,6%) hadde kun vondt i ryggen. De andre hadde en eller flere tilleggsplager. Jo mer utbredte muskel-/skjelettsmerter – jo mer andre subjektive helseplager (Molde Hagen et al., 2006). Ved å sammenligne ryggpasientenes plager med alminnelige subjektive helseplager i normalbefolkningen, viste det seg at ryggpasientene hadde signifikant mer korsryggsmerter, nakkesmerter og smerter øverst i ryggen. De hadde også signifikant mer smerter i føttene ved anstrengelser, hodepine, migrene, søvnproblemer, angst og nedtrykthet/depresjon. Det var også høy forekomst av tretthet og smerter i armer og skuldre, men ikke signifikant forskjell fordi det også var høy forekomst i normalbefolkningen av disse plagene (Molde Hagen et al., 2006). Figur 2 viser disse 12 plagene hos ryggpasientene sammenlignet med de samme 12 plagene i normalbefolkningen. Medianverdien i normalbefolkningen er 2, og er 5 hos ryggpasientene.

Figur 2. Prosentandel av inntil 12 subjektive helseplager i normalbefolkningen og hos ryggpasienter.



DISKUSJON

Tidlig intervensjon på en ryggpoliklinikk med undersøkelse, informasjon, beroligelse og anbefaling om å være i aktivitet, viste signifikant effekt på reduksjon i sykefravær for pasienter med subakutte ryggsmarter, sammenlignet med behandling i primærhelsetjenesten. Resultatene fra denne studien stemmer overens med resultater fra andre lignende studier som ble gjort på samme tidspunkt og senere (Indahl et al., 1995; Indahl et al., 1998; Malmivaara et al., 1995; Waddell et al., 1997; Karjalainen et al., 2003). I dag er det vitenskapsbasert konsensus om at den beste behandling for ryggplager er å være i mest mulig normal aktivitet, og at informasjon om hvordan ryggplager kan mestres, og rådgiving om hvordan normal aktivitet kan gjenopptas, reduserer plager og bedrer funksjon (www.backpaineurope.org 2004).

Tryggheten (placeboeffekten) ved å bli grundig undersøkt av spesialist på en ryggpoliklinikk kan selvsagt ha påvirket resultatene i intervensjonsgruppen, likesom de dårligere resultatene i kontrollgruppen kan ha blitt påvirket av skuffelse over ikke å få en slik undersøkelse. Imidlertid, så mange som 86% av pasientene som ble randomisert til kontrollgruppen takket ja til å delta i studien og fylte ut spørreskjemaer.

Informasjonen og rådene som ble gitt på ryggpoliklinikken var rettet mot å bedre pasientens mestrings-evne ved å gi hjelp til selvhjelp. Ved 6 måneders oppfølging var pasientene i intervensjonsgruppen mer fysisk aktive enn i kontrollgruppen med mer turgåing og mindre sengeleie. Imidlertid avtok denne effekten. Ved 12 måneders oppfølging var det mer bevegelse- og trening/uttøyning i intervensjonsgruppen, men ellers ingen forskjell mellom gruppene. Lignende resultater med avtagende effekt er også påvist i andre studier med adferdsterapi for pasienter med ryggsmarter og uspesifikke muskel-skjelettsmerter (Becker et al., 2000; Harkapaa et al., 1989; Lindstrom et al., 1992; Loisel et al., 1997; Moore et al., 2000). Det er mulig at mer regelmessig oppfølging av pasientene kunne ha gitt bedre resultater, slik som i studien til Indahl et al. (1998).

All signifikant forskjell i sykefravær mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen skjedde i løpet av det første året. Selv om pasientene i intervensjonsgruppen kom fortere tilbake i jobb, medførte det ingen økt risiko for resykning de påfølgende to år. Behandlingen som ble gitt på ryggpoliklinikken var enkel, kort og billig. Den raskere reduksjon i sykefravær i intervensjonsgruppen medførte samfunnsøkonomiske besparelser, fordi produksjonstap forårsaket av sykefravær og kostnader knyttet til trygdeutbetalinger er betydelige, og at behandlingstidene var lave.

De pasientene som hadde nytte av denne behandlingen, var de som trodde at deres arbeidsevne var betydelig redusert, hadde konstant belastning på ryggen mer enn halve arbeidstiden, og trodde at årsak til ryggplagene ikke hadde sammenheng med tilfeldigheter. Pasienter som ikke tror at helseproblemer kan skyldes uflaks eller tilfeldigheter, tror heller at ryggplagene har en årsak, som for eksempel jobben, og at ved å unngå jobben, vil plagene bedres. Mye av behandlingen på ryggpoliklinikken var rettet mot disse faktorene, mot tanker og forventninger om hvilken betydning jobben hadde som årsak til plagene, og resultatene fra analysene kan tyde på at denne behandlingen endret pasientenes forståelse og tro om nedsatt arbeidsevne. Det finnes imidlertid ikke tilgjengelige data som kan analyseres og bekrefte dette.

Ved 12 måneders oppfølging var det flere friskmeldt i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen av de som hadde mageplager. Mageplager kan være uttrykk for mer generaliserte helseplager, og en mulig forklaring på hvorfor ryggpasienter med mageplager hadde nytte av behandlingen på ryggpoliklinikken, kan være at behandling rettet mot å redusere bekymringer og engstelse for ryggen, også kan endre tanker og tro om andre kroppslige plager.

Ryggpasienter har flere subjektive helseplager enn normalbefolkningen, og jo mer utbredte muskel-skjelettsmerter, jo mer andre subjektive helseplager (Hagen et al., 2006). Imidlertid er ryggpasientenes plager mer spesifikke med smerter langs hele ryggsoylen fra hodet til føttene, enn ved en generell uspesifikk tilstand som ved subjektive helseplager. Komorbiditeten har betydning for den generelle helsetilstand og funksjon (Von Korff et al., 2005; IJzelenberg & Burdorf, 2004). De utbredte plagene vil kunne påvirke den komplekse interaksjon mellom smerter og nedsatt funksjon og må derfor tas hensyn til i behandlingen.

Resultater fra denne studien indikerer at varighet av sykdom påvirkes av andre sykdommer, andre plager og kognitive faktorer. Kognitive faktorer har betydning for smerteopplevelse, smertemestring og overgang fra akutte til kroniske smerter (Jensen et al., 1999; Severeijns et al., 2004; Jensen et al., 1994; Turner et al., 2000; Waddell et al., 1993; Fritz et al., 2001). Mange pasienter med ryggplager er engstelige for at fysisk aktivitet kan forårsake skade eller øke smertene (Gatchel et al., 1995; Jensen et al., 1994; Klenerman et al., 1995; Moore et al., 2000; Von Korff et al., 1993; Waddell, 1987), og for å unngå kronifisering er det derfor viktig at legen bruker tid til å lytte til pasientens bekymringer, gir informasjon om hva som kan være årsak til plagene, gir råd om hva som kan gjøres for å bedre smerter og funksjon, og oppmuntrer til å være i aktivitet selv om ryggen er vond.

REFERANSER

Backpaineurope (www.backpaineurope.org)

Battié MC, Bigos SJ. Industrial back pain complaints. A broader perspective. *Orthop Clin North Am* 1991; **22**: 273-282.

Becker N, Sjøgren P, Bech P, et al. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain center compared to general practice: a randomized controlled trial. *Pain* 2000; **84**: 203-211.

Brage S, Holm S, Tune O, et al. Diagnoseendring ved sykmelding. Rikstrygdeverket, Rapport nr. 1/98.

Brage S, Nygard JF, Tellnes G. The gender gap in musculoskeletal-related long-term sickness absence in Norway. *Scand J Soc Med* 1998a; **26**: 34-43.

Carey TS, Evans A, Kalsbeek W, et al. Care-seeking among individuals with low back pain. *Spine* 1995; **20**: 312-317.

Croft P, Papageorgiou A, McNally R. Low back pain. In: Stevens A, Rafferty J, eds. *Health care needs assessments*, 2nd series. Radcliffe Medical Press, Oxford, 1997: 129-182.

Deyo RA. Low back pain. *Sci Am* 1998; August: 29-33.

Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain* 2001; **94**: 7-15.

Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991; **22**: 263-271.

Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 1995; **20**: 2702-2709.

Gjelsvik R. Samfunnsøkonomisk analyse av tverrfaglig behandlingstilbud for sykmeldte med muskel-/skjelettlidelser. *Notatserie i helseøkonomi* nr 01/04, Universitetet i Bergen, 2004.

Goossens MEJB. Economic aspects of chronic musculoskeletal pain. In: Linton SJ, ed. *New Avenues for the Prevention of Chronic Musculoskeletal Pain and Disability. Pain Research and Clinical Management*. Elsevier, Amsterdam, 2002; 12: 23-31.

Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000; **25**: 1973-1976.

Hagen EM, Grasdal A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? A 3-year follow-up study. *Spine* 2003; **28**: 2309-2316.

Harkapaa K, Jarvikoski A, Mellin G, et al. A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part 1. Pain, disability, compliance, and reported treatment benefits three months after treatment. *Scand J Rehabil Med* 1989; **21**: 81-89.

Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995; **20**: 11-19.

Ihlebaek C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; **30**: 20-29.

IJzelenberg W, Burdorf A. Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilization and sickness absence for low back pain. *Occup Environ Med* 2004; **61**: 806-810.

Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. *Spine* 1995; **20**: 473-477.

Indahl A, Haldorsen EMH, Holm S, et al. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine* 1998; **23**: 2625-2630.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM, et al. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 1994; **57**: 301-309.

Jensen MP, Romano JM, Turner JA, et al. Patients beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioral model of chronic pain. *Pain* 1999; **81**: 95-104.

Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, et al. Mini-intervention for subacute low back pain. *Spine* 2003; **28**: 533-541.

Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, et al. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine* 1995; **20**: 478-484.

Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, et al. The effort of graded activity on patients with subacute low back pain: A randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992; **72**: 279-293.

Loisel P, Abenham L, Durand P, et al. A population-based randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; **22**: 2911-2918.

Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, et al. The treatment of acute low back pain: Bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995; **332**: 352-355.

- Molde Hagen E, Svensen E, Eriksen HR. Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine* 2005; **30**: 2717-2723.
- Molde Hagen E, Svensen E, Eriksen HR, Ihlebaek CM, Ursin H. Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine* 2006; **31**: 1491-1495.
- Moore JE, Von Korff M, Cherkin D, et al. A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in primary care setting. *Pain* 2000; **88**: 145-153.
- Picavet HS, Schouten JS, Smith HA. Prevalence and consequences of low back problems in The Netherlands, working vs non-working population, the MORGEN-Study. Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Disease. *Public Health* 1999; **113**: 73-77.
- Pocock SJ, Assmann SE, Enos LE, et al. Subgroup analysis, covariate adjustment and baseline comparison in clinical trial reporting: current practice and problems. *Stat Med* 2002; **21**: 2917-2930.
- Trygdestatistisk årbok* 2004. (Yearbook of National Insurance Statistics 2004). Utredningsavdelingen, Oslo, 2004.
- Severeijns R, Vlayen JWS, van den Hout A. Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain* 2004; **11**: 226-229.
- Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 2000; **85**: 115-125.
- Von Korff M, Deyo RA, Cherkin DC, et al. Back pain in primary care: Outcomes at 1 year. *Spine* 1993; **18**: 855-862.
- Von Korff M, Crane P, Lane M, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain* 2005; **113**: 331-339.
- Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987; **12**: 632-644.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; **52**: 157-168.
- Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; **47**: 647-652.