

Hva kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi ?

Muskel- og skjelettplager i primærhelsetjenesten

Gro Opseth



Master i helsefagvitenskap

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2013

© Forfatter

2013

Hva kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi?

Gro Opseth

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formål

Formålet med studien var å undersøke nærmere pasienter som går regelmessig til fysioterapi i primærhelsetjenesten med hensyn til karakteristika slik som demografiske variabler, bruk av helsetjenester generelt og fysioterapi spesielt, samt smerteerfaringer. Videre var formålet å undersøke sammenheng mellom hvorvidt man går regelmessig til fysioterapi eller ikke og psykososiale risikofaktorer.

Teoretisk forankring

Muskel- og skjelettplager er av stor betydning for folkehelsen og utgjør store samfunnsøkonomiske kostnader i Norge. Muskel- og skjelettsmerter er utbredt i befolkningen og en viktig årsak til at behandling søkes. En stor del av pasientene blir behandlet av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Regelmessig bruk av fysioterapi er lite undersøkte i Norge og internasjonalt.

Metode

Studien er en kvantitativ tverrsnittundersøkelse med bruk av spørreskjema. Det ble inkludert 507 pasienter mellom 18 og 70 år fra ett større fysikalsk institutt i Oslo en uke i januar 2010. Spørreskjema består av enkeltpørsmål relatert til karakteristika (demografiske variabler, bruk av helsetjenester generelt og fysioterapi spesielt) og Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter (ØMPSQ). For å undersøke karakteristika ved pasienter som går regelmessig til fysioterapi ble det gjort deskriptive analyser, frekvensanalyser, To-utvalgs t-test og Kji-kvadrat test. Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom det å gå regelmessig eller ikke og psykososiale risikofaktorer målt ved totalskår ØMPSQ.

Resultater

Resultatene viser at 54% av pasientene går regelmessig til fysioterapi. Disse har signifikant høyere alder og 71% er i arbeid. Gruppen har høyere bruk av radiologiske undersøkelser ($p < 0.001$), akupunktur ($p = 0.001$), revmatolog og nevrolog ($p < 0.001$) og i høyere grad smertevarighet utover 1 år ($p < 0.001$) sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig til fysioterapi. For pasienter som skårer høyt på grad av psykososiale faktorer (skår på 105 eller mer på ØMPSQ) øker sannsynligheten med 3.8 (KI 2.2-6.4) ganger for at en tilhører gruppen av pasienter som går regelmessig til fysioterapi, kontrollert for demografiske variabler ($p < 0.001$).

Konklusjon

Studiens hovedfunn er at pasienter som skårer høyt på grad av psykososiale faktorer er assosiert med regelmessig bruk av fysioterapi. Funnet understreker viktigheten av at fysioterapeuter kartlegger psykososiale faktorene, og synliggjør behovet for godt tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten. Ytterligere forskning vil være nytting for å kunne diskutere hvorvidt langvarig regelmessig fysioterapi er hensiktsmessig for (hvilke) pasienter og samfunn.

Abstracts

Purpose

The purpose of this study was to examine the characteristics of patients who regularly use physiotherapy in primary health care, with regards to demographic variables, use of health care generally and physiotherapy specially, as well as experience of pain. In addition we wanted to study whether there are any associations between psychosocial factors and being in the group of patients regularly receiving physiotherapy or not.

Literature review

Musculoskeletal pain are of great significance for public health and constitute large socioeconomic costs to Norway. Musculoskeletal pain is an important reason why treatment is sought and a large proportion of these patients are treated by physiotherapists in primary health care. Regular use of physiotherapy in primary healthcare is currently very little researched both in Norway and worldwide.

Method

This is a quantitative cross sectional study with the use of questionnaire. The study is based on data collected from 507 patients between 18 and 70 years from a larger physiotherapy centre in Oslo during 1 week in January 2010. We used questionnaire with questions related to characteristics (demographic variables, use of health care generally and physiotherapy specially), and Ørebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ØMPSQ). To examine the characteristics we used descriptive and frequency analysis, chi-square and Independent Samples t-tests. Logistic regression analysis was used to examine the association between being in the group of patients using regularly physiotherapy or not and psychosocial factors measured by a total score from ØMPSQ.

Results

The results of the study show that 54 % of the patients use physiotherapy regularly. They are of significant higher age and 71% are in regular employment. Patients who regularly go to physiotherapy has higher use of radiology examinations ($p < 0.001$) acupuncturist ($p = 0.001$), rheumatologist, neurologist ($p < 0.001$), and greater degree of duration of pain in excess of 1 year ($p < 0.001$), compared to the patients who do not use physiotherapy regularly. Patients who receive a high score for degree of psychosocial factors (score of 105 or more on ØMPSQ) has an increased probability that one belong to the group of patients who regularly seek physiotherapy controlled for by demographic variables ($p < 0.001$).

Conclusion

The major finding in this study is that patients with a high degree of psychosocial factors are associated with regular use of physiotherapy. The finding shows the importance of physiotherapists screening their patients for psychosocial factors and the need of good collaboration between professions in primary health care. Further investigation/research needs to be carried out in order to discuss whether or not regular use of physiotherapy is appropriate for (which) patients and society.

Forord

Denne oppgaven er påvirket av mine erfaringer og undringer gjennom mange år som Fysioterapeut og Manuellterapeut med primærkontaktfunksjon i primærhelsetjenesten. Tema gir utfordringer, og når svar søkes oppstår flere spørsmål.

Når du er nysgjerrig, finner du masse interessante ting å gjøre”

(Walt Disney)

Mitt håp er at nysgjerrighet fortsatt vil være en stor drivkraft, og at jeg alltid er ydmyk nok til å innrømme og lære av mine feil.

“De som aldri har gjort en feil, har aldri prøvd noe nytt”

(Albert Einstein)

Takk til forskningsansvarlig; Avdeling for helsefagvitenskap, Universitetet i Oslo, som har gjort det mulig å gjennomføre studien.

En stor takk til mine veiledere Professor Anne Marit Mengshoel og Professor Astrid Kloppestad Wahl som med sin kunnskap, tålmodighet og klokskap har guidet meg gjennom denne ukjente jungelen helsefagvitenskap.

Takk til min dyktige kollega Manuellterapeut Gustav Bjørke som har bidratt med ideer, utforming av spørreskjema og innsamling av data - krydret med en god porsjon kunnskap, klokskap og humor.

Takk også til mine gode venner og kollegaer Elisabeth H. Juelsvoll, Elisabeth K. Bjelland og Ingeborg H. Brækken som har bidratt med kunnskap, hjelp og oppmuntring underveis.

”Størst av alt er kjærligheten.” En stor takk til Gard Nikolai, Brage Kristoffer og Jørn Chr.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Innledning	1
1.2	Bakgrunn for oppgaven	1
1.3	Hensikt	4
1.3	Problemstilling og hypoteser	5
2	Teori	7
2.1	Fysioterapi	7
2.2	Manuellterapi	8
2.3	Fysioterapi i Norsk primærhelsetjeneste	10
2.4	Finansiering av fysioterapi i primærhelsetjenesten	11
2.4.1	Refusjonsrett	11
2.4.2	Egenandelsordningen	12
2.5	Muskel- og skjelettplager	12
2.5.1	Muskel- og skjelettsmerter	13
3	Metode	17
3.1	Design	17
3.2	Utvalg	17
3.3	Deltagelse	18
3.4	Datainnsamling	18
3.5	Måleinstrument og variabler	20
3.6	Bakgrunnsopplysninger og behandlingserfaring (Del A og Del B)	20
3.6.1	Regelmessig bruk av fysioterapi eller ikke	20
3.6.2	Demografiske variabler	21
3.6.3	Bruk av andre helsetjenester	22
3.6.4	Bruk av fysioterapi	23
3.6.5	Smerteerfaring	24
3.6.6	Psykososiale faktorer . Ørebro screeingskjema for muskel- og skjelettsmerter	26
3.7	Analyse	29
3.7.1	Beskrivende statistikk	29
3.7.2	Hytotestetesting	29
3.7.3	Logistisk regresjonsanalyse	29

4	Etikk	31
5	Resultat.....	33
5.1	Karakteristika i utvalget.....	33
5.1.1	Behandlingsfrekvens i utvalget som går regelmessig til fysioterapi.....	33
5.2	Kjennetegn ved pasienter som går regelmessig til fysioterapi sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig.....	34
5.2.1	Demografiske variabler	34
5.2.2	Bruk av helsetjenester generelt	36
5.2.3	Bruk av fysioterapi	38
5.2.4	Smerteerfaring.....	39
5.3	Sammenheng mellom å gå regelmessig til fysioterapi og psykososiale faktorer.	42
6	Diskusjon.....	43
6.1	Diskusjon av metode	43
6.1.1	Intern validitet	43
6.1.2	Ekstern validitet.....	45
6.2	Diskusjon av resultat	47
6.2.1	Kjennetegn ved pasienter som går regelmessig til fysioterapi, sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig.....	47
6.2.2	Sammenheng mellom å gå regelmessig til fysioterapi og psykososiale faktorer.	53
6.2.3	Veien videre	55
7	Konklusjon	57
8	Prosjektorganisasjon.....	59
	Litteraturliste	61

1 Introduksjon

1.1 Innledning

Muskel- og skjelettplager er av stor betydning for folkehelsen og utgjør store samfunnsøkonomiske kostnader i Norge. Totalt 46% av sykefraværet og 33% av uførepensjoner skyldes muskel- og skjelettplager (1). Hele 80% av den norske befolkning rapporterte muskel- og skjelettsmerter i en eller annen grad siste måned (2). For de fleste dreier det seg om kortvarige forbigående smerter som må regnes som en naturlig del av livet. Men stadig flere rapporterer også langvarige muskel- og skjelettsmerter (1), og Folkehelse rapporten fra 2010 beskriver at kroniske smertelidelser er årsak til over halvparten av alle uførhetstilfeller (3). Muskel- og skjelettsmerter er en viktig årsak til at behandling søkes, og i løpet av 2 år oppsøkte 1.5 millioner nordmenn behandling for muskel- og skjelettsmerter (4). En stor del av pasienter med muskel- og skjelettplager blir behandlet av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Muskel- og skjelettlidelser koster mest og plager flest (1), og har i tillegg lav status blant leger og legestudenter i Norge (5). Økt kunnskap om muskel- og skjelettplager og hva som kan gjøres for å forebygge, og å finne riktig og nyttige tiltak for å behandle når plager oppstår eller blir varige, vil kunne få følger både for den enkelte pasient, helsepolitisk og samfunns- økonomisk (1).

1.2 Bakgrunn for oppgaven

Med bakgrunn som privatpraktiserende fysioterapeut og spesialist i manuellterapi i snart 20 år har jeg undret meg over hvorfor noen pasienter synes å være langvarig behandlingstrengende. Det diskuteres stadig blant mine kollegaer som et problem at noen pasienter som til tross for lite endring i funksjon og smertenivå likevel fortsatt ønsker og føler sterkt behov for behandling. Også etter at terapeuten med faglig begrunnelse foreslår at behandlingen bør avsluttes, motsetter noen av pasientene seg dette. Denne erfaringen gir oss antagelser om at gruppen av pasienter som går regelmessig til fysioterapi over lang tid kan skille seg fra gruppen av pasienter som ikke går langvarig til fysioterapi.

Muskel- og skjelettplager omfatter et bredt spekter av diagnoser og tilstander. For majoriteten av pasienter med kroniske muskel- og skjelettplager kan ikke fysiologiske eller morfologiske endringer forklare smertene (1). I Norge vil fastlegene i to tredeler av tilfellene

bruke en symptomdiagnose der diagnosen er basert på pasientens subjektive utsagn om smerter og plager, og ikke på objektive funn som eksempelvis patologiske forandringer vist på røntgen og blodprøver (6). Imidlertid har noen pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager sykdomsdiagnoser som viser endringer på røntgenbilder eller blodprøver som for eksempel ved artrose eller Bekchterevs sykdom, og slike fysiologiske og morfologiske endringer kan delvis eller helt forklare langvarige plager. Men også for pasienter med slike tilstander er det store individuelle variasjoner i grad av symptomer og konsekvenser for den enkelte når det gjelder smerte, livskvalitet, arbeid og daglige aktiviteter (7). Noen pasienter lever også med diagnoser som ofte ledsages av mye muskel- og skjelettplager uten å oppsøke fysioterapi, og denne gruppen vet vi lite om. Ordtaket ”det er ikke hvordan man har det, men hvordan du har det” oppleves i klinikken å ha stor relevans. Vi erfarer at relativt beskjedne skader kan gi noen pasienter plager som utvikler seg til langvarige muskel- og skjelettplager, mens på den andre siden kan pasienter med omfattende skader på muskel og skjelett ha rask og fullstendig tilheling. Generelt vet vi lite om hvorfor sykdommer og skader gir så ulike konsekvenser for den enkelte (1). I denne studien ønsket vi å få mer kunnskap om gruppen av pasienter som går regelmessig til fysioterapi, og om de skiller seg fra pasienter som ikke går regelmessig til fysioterapi.

Studier som omhandler pasienter med smerter i columna peker på at tidlig intervensjon er viktig for å hindre utvikling av kroniske smerter (8). Dette kan trolig også gjelde for andre pasienter med ulike former for muskel- og skjelettplager. Det rapporteres om lange ventelister (over 12 uker i vår klinikk) blant fysioterapeuter som har driftsavtaler med kommunen. Står pasienter på venteliste mer enn 3 måneder, kan det være en fare for at de utvikler langvarig muskel- og skjelettplage. Derfor kan det være problematisk at pasienter med muskel- og skjelettplager ikke kommer raskt nok til behandling hos fysioterapeuter. En ny lov som trådte i kraft 1.januar 2006 omhandler primærkontaktrollen for manuellterapeuter og kiropraktorer i Norge. Denne ordningen innebærer blant annet at pasienter kan komme direkte til manuellterapeuter uten henvisning fra lege. Ordningen er iverksatt blant annet ut fra et argument om at den skal være kostnads- og ressursbesparende. Dessuten skal ordningen sørge for et godt tilbud til pasientene, blant annet at pasienten skal komme tidlig i adekvat behandling. Ordningen med primærkontaktrollen krever at det er tilstrekkelig kapasitet til å ta inn pasienter fortløpende til undersøkelse. Dersom mange pasienter går regelmessig til manuellterapeuter i primærkontaktrollen vil faren for venteliste øke, og ordningen undergraves. I denne studien vil vi derfor undersøke hvor mange som går regelmessig i ett

stort fysikalsk institutt der de fleste fysioterapeutene er spesialister i manuellterapi, noe som kan gi en indikasjon på hvor mange dette kan gjelde i lignende klinikker.

Det er undersøkt lite om pasienter som går langvarig til fysioterapi tidligere. Litteratursøk resulterte i funn av en tverrsnittsstudie fra Danmark (1989) med 363 inkluderte fra 6 ulike fysioterapiklinikker i primærhelsetjenesten som studerte faktorer av betydning for fysioterapi pasienters behandlingsvarighet. I denne studien fant de at yngre, ugifte studenter tenderte til å ha langvarig behandlingsforløp (>47 dager) og at det var dobbelt så mange gutter som jenter i denne gruppen. Psykososiale lidelser var også assosiert med langvarig behandlingsforløp, her var det ingen forskjell mellom kjønn. Den tredje faktoren som ble assosiert med langvarig behandlingsforløp var pasienter med universell lidelse, uten at dette begrepet er definert i artikkelen (9).

Utover denne danske studien finner vi noen studier som beskriver pasientpopulasjonen i privat praksis (10-13), men lite om langtidspasienters kjennetegn innen fysioterapi. Innen allmennmedisin er det gjort flere undersøkelser særlig i Storbritannia, der det i en review artikkel fra 1999 oppsummeres at pasienter som går regelmessig til lege i primærhelsetjenesten er en svært heterogen gruppe. Pasientene har multiple, komplekse problemer, ofte inkludert diagnoser som kan gi langvarig muskel- og skjelettplager med eller uten psykososiale og sosiale problemer (14). En dansk studie fra 2002 støtter dette funnet i sin studie der det rapporteres at pasienter som går hyppig er en lite homogen gruppen med behov for mange ulike intervensjoner (15). En studie fra Spania publisert i 1999 fant at psykososiale faktorer var assosiert med hyppig bruk av primærhelsetjenester (16).

Flere studier har antydnet at psykososiale faktorer kan spille en rolle for risiko for utvikling av kroniske plager, særlig undersøkt hos pasienter med korsryggplager (8, 17-19). Et mastergradsprosjekt har konkludert med at manuellterapeuter i primærkontaktfunksjonen i Oslo har like stor eller større andel pasienter med høy risiko for å utvikle langvarige plager som det primærlegene har (10). På denne bakgrunn ønsker vi å undersøke om også psykososiale faktorer kan ha betydning for hvorvidt pasienter går regelmessig til fysioterapi.

Denne ene studien som omhandler behandlingsvarighet fra Danmark er gammel, og undersøkelser vi finner fra allmennhelsetjenesten kan bare antyde mønstre som vi mulig kan finne innen fysioterapiforskning også. Vi ønsker derfor å undersøke hva som kjennetegner pasienter som vanligvis går regelmessig til fysioterapi.

1.3 Hensikt

Regelmessig bruk av fysioterapi er i dag lite undersøkt både i Norge og i verden for øvrig. Generelt har mye av fysioterapiforskningen funnet sted i spesialisthelsetjenesten. Hensikten med dette prosjektet er å studere pasienter som mottar manuellterapi og fysioterapi i primærhelsetjenesten. Ved et stort fysikalsk institutt i Oslo ønsket vi å studere faktorer som kjennetegner pasienter som går regelmessig, og sammenligne med de som ikke går regelmessig til fysioterapi.

I studiens første del ønsket vi å undersøke hvem pasientene er med henhold til demografiske faktorer. Vi ville se på hvordan alder, kjønnsfordeling, utdanningsnivå og hovedsysselsetting var fordelt mellom gruppen som går regelmessig eller ikke til fysioterapi. Det er sannsynlig å tenke at pasientgruppen som går regelmessig til fysioterapi også har høy bruk av andre helsetjenester, men dette vet vi lite om i dag, og dette søker vi å finne svar på i undersøkelsen. I tillegg til konsultasjonsfrekvens hos fysioterapeuten er det også interessant å vite noe om forventningen pasientene har til fysioterapi. Ut fra vår erfaring tror vi at pasienter som går regelmessig til fysioterapi tenker på det som vedlikehold, men dette vet vi lite om

Formålet med studiens andre del var å kartlegge pasientenes smerteerfaringer da vi i klinikken opplever at flertallet av pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager oppgir smerte som hovedproblemet. Videre var hensikten å undersøke om det er sammenhenger mellom det å gå regelmessig til fysioterapi og og psykososiale risikofaktorer ("gule flagg"), målt gjennom sumskår fra Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter.

Kunnskap som omhandler pasienter som går til fysioterapi både over kort og lang tid kan ha relevans for fysioterapeuter og organisering av primærhelsetjenesten. Økt kunnskap om hvem pasienten er med tanke på demografi, bruk av helsetjenester, smerteerfaringer og psykososiale faktorer kan gi bedre grunnlag for å finne riktig intervensjon til riktig pasientgruppe, og kan gi grunnlag for å vurdere om dagens fysioterapitilbud i primærhelsetjenesten har forbedringspotensiale både medisinsk og økonomisk. Pasienter som går regelmessig til fysioterapi tar opp mye ressurser innen vårt fagfelt. Ved å bli kjent med hvem pasientene som går regelmessig til fysioterapi er, vil det i neste omgang være naturlig å sette søkelys på om behandlingen virker og om den er kostnadseffektiv. Økt kunnskap kan på sikt bidra til å utvikle mer optimale tiltak for pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager som går til fysioterapi i primærhelsetjenesten og dermed oppnå bedre ressursutnytting.

1.3 Problemstilling og hypoteser

Problemstilling 1:

Hva kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi når det gjelder demografiske variabler, bruk av helsetjenester generelt og fysioterapi spesielt, samt smerteerfaringer sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig til fysioterapi?

0-hypotese

Det er ingen forskjell mellom pasientgruppene som går/ikke går regelmessig til fysioterapi når det gjelder demografiske variabler, erfaring med bruk av helsetjenester generelt og fysioterapi spesielt, samt smerteerfaringer.

Problemstilling 2:

Er det sammenheng mellom hvorvidt man går regelmessig til fysioterapi eller ikke og psykososiale risikofaktorer kontrollert for demografiske variabler?

0-hypotese

Det er ingen sammenheng mellom det å gå regelmessig til fysioterapi eller ikke og psykososiale risikofaktorer kontrollert for demografiske variabler.

2 Teori

2.1 Fysioterapi

Fysioterapeut er en beskyttet yrkestittel med hjemmel i norsk lov og forutsetter offentlig autorisasjon i medhold til Helsepersonelloven (20). Statens autorisasjonskontor for helsepersonell administrerer ordningen med autorisasjon av fysioterapeuter. For å oppnå offentlig autorisasjon må søkeren ha bestått utdanningen som fysioterapeut og fullført turnustjeneste (21).

I følge Norsk Fysioterapeutforbund er fysioterapi en klinisk og forebyggende virksomhet som utøves av fagpersoner med offentlig godkjenning/autorisasjon. Fysioterapi inngår i rehabilitering og habilitering. Fysioterapeuter har rett til å undersøke og behandle uten henvisning fra lege og annet helsepersonell (21).

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig kunnskap.

Fysioterapeuter skal ha kunnskap om ulike faktorer som kan bidra til opprettholdelse av helse, redusere smerte og funksjonsnedsettelse. I tillegg til kunnskap om skader og sykdommer, skal fysioterapeuter ha kunnskap om at livssituasjon og erfaringer, samt sosiale og kulturelle forhold kan føre til plager og funksjonsnedsettelse (21).

Fysioterapeuter har bred kunnskap om bevegelsessystemets oppbygging og funksjon hos friske og syke. Denne forståelsen sammen med praktisk/klinisk kunnskap danner grunnlag for vurdering av hvordan sykdom og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges. Teoretisk og praktisk/klinisk kunnskap danner grunnlag for forståelse av sammenhenger når det gjelder smerter, plager og funksjonsproblemer, samt hvordan dette virker inn på funksjonsevne og livskvalitet.

Undersøkelse og funksjonsvurdering, forskningskunnskap og systematisert erfaringskunnskap er fysioterapeutens grunnlag for valg av behandling og tiltak, individuelt eller i gruppe.

Fysioterapi utøves i henhold til Helsepersonelloven (20) og Norsk Fysioterapiforbunds etiske retningslinjer (22). I behandlingen anvender fysioterapeuten forskjellige metoder, teknikker og øvelser, samt informasjon og veiledning som kan stimulere til lærings- og endringsprosesser for å oppnå best mulig funksjon for pasienten. Pasientens aktive deltakelse

i behandlingen er helt sentralt. Målet er å fremme endringsprosesser som kan bidra til smertelindring og funksjonsforbedring, evt. opprettholdelse av funksjonsevnen på kort og lang sikt. Fysioterapeutene evaluerer kontinuerlig resultatene av behandlingen og tilpasser tiltakene ut fra vurdering av pasientens reaksjoner, kroppslige endringer og ønsker og behov (22).

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, og fysioterapeuten skal samarbeider med flere andre aktører om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Både i helsefremming, forebygging og behandling/rehabilitering/habilitering legges det vekt på at mennesket kan ta i bruk sine fysiske, psykiske og sosiale ressurser. Det er sentralt at omgivelsene tilrettelegges for menneskelig utfoldelse og at utvikling av helseplager forebygges. I det forebyggende arbeidet tas det utgangspunkt i både funksjonsundersøkelse og funksjonsevne i forhold til omgivelsenes krav, med søkelys på tilpasninger og tilrettelegging (21).

2.2 Manuellterapi

Instituttet der undersøkelsen ble gjennomført ligger i Oslo og tilbyr fysioterapi, manuellterapi og primærkontaktjenester. Ved instituttet arbeider det hovedsakelig manuellterapeuter (20), og til enhver tid 10 fysioterapeuter under utdanning for å bli manuellterapeuter. I tillegg arbeider det to fysioterapeuter som har driftsavtale med Oslo kommune ved instituttet. Flere av manuellterapeutene har også andre videreutdanninger for eksempel innen forskning, idrettsfysioterapi, veiledning og kognitiv terapi.

For å bli manuellterapeut må man først være offentlig autorisert fysioterapeut, og ha praktisert i minimum 2 år. I Norge er det et to-årig klinisk masterprogram på universitetsnivå for fysioterapeuter som fører til spesialkompetanse innen undersøkelse, behandling og forebygging av problemer i muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuter er spesialiserte på å undersøke og behandle skade og sykdom i muskel- og skjelettapparatet (23). For å bli Spesialist i Manuellterapi må man ha to årsverk i praksisfeltet. Spesialister i Manuellterapi er forpliktet til fornying hvert syvende år for å beholde tittelen. Dette innebærer 200 timer fra minst tre læringsaktiviteter innen spesialistområdet, i tillegg er kollegaveiledning

obligatorisk. Dette kravet om regelmessig fornying stilles ikke til fysioterapeuter uten spesialitet. Det pågår utredninger i forhold til en offentlig spesialist tittel eller dobbelautorisasjon for Manuellterapeuter som ikke er knyttet opp mot medlemskap i fagforening.

Innføringen av primærkontaktfunksjon for manuellterapeuter og kiropraktorer i Norge startet opp januar 2006. Denne ordningen innebærer blant annet at pasienter kan komme direkte til manuellterapeuter uten henvisning fra lege. Manuellterapeuter kan sykmelde inntil 12 uker og henvise pasienter til legespesialister, bildediagnostikk og fysioterapi. Offentlig godkjente Manuellterapeuter kan få primærkontaktrolle dersom de gjennomfører de tre følgende kursene: Kurs i radiologi, Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyser og Trygdefaglige emner. Dette gjelder også for utlandsstudenter som går i veiledet praksis i Norge, og for de som har blitt offentlig godkjente manuellterapeuter før utdanningen ble lagt til Universitetet i Bergen (23).

De fleste manuellterapeutene ved instituttet har primærkontaktfunksjon. Siden manuellterapeuter er spesialister på å undersøke og behandle skade og sykdom i muskel- og skjelettapparatet er det rimelig å tro at hovedtyngden av pasientene som oppsøker instituttet har muskel- og skjelettplager. Instituttet har en hovedfilosofi om at ved fysioterapeutens innsats skal pasienten best mulig kunne hjelpe seg selv. Det er et treningssenter knyttet til instituttet der det også er tilbud om medisinsk trening i grupper ledet av fysioterapeuter. I disse gruppene er det pasienter med alle typer diagnoser, mens det i den individuelle behandlingene ved instituttet trolig er et lavere antall pasienter med nevrologiske diagnoser som for eksempel hemiplegi, MS og Parkinson sykdom enn ved andre fysikalske institutter.

De fleste terapeutene har driftsavtale med kommunen, og det er venteliste på opp til 12 uker for å komme til behandling. Nyopererte og sykemeldte prioriteres foran og får som regel tilbud om første konsultasjon innen 2 uker. Instituttet har også noen terapeuter (2-3) som jobber uten kommunal driftsavtale. For å komme til behandling hos disse trenger man ikke å stå på venteliste.

2.3 Fysioterapi i Norsk primærhelsetjeneste

I Norge brukes primærhelsetjenesten ofte synonymt med kommunehelsetjeneste (24).

Primærhelsetjeneste i Norge blir brukt om helsetjenesten utenfor institusjon (gjerne med vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid), allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjenester utenfor sykehus. I kommunehelsetjenesten er fysioterapi en lovpålagt tjeneste. Kommunene har ansvar for å tilby fysioterapitjenester til sine innbyggere. Dette følger av Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2, pkt. 4 (25).

Fysioterapitilbudet i Norsk kommunehelsetjeneste er delt i tre kategorier. Den ene kategorien består av fastlønnede fysioterapeuter i kommunene knyttet til skole, helsestasjon, barnehager, rehabiliteringsinstitusjoner, syke- og aldershjem samt hjemmebaserte tjenester. De to andre kategoriene består av privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunale avtaler, og fysioterapeuter uten avtale med kommunen (26, 27). I følge Norsk Fysioterapiforbund var det blant deres medlemmer i januar 2011 tilsammen 4829 fysioterapeuter som arbeidet i kommunehelsetjenesten (22). Blant fastlønnede var det 1941 fysioterapeuter, og i tillegg 270 i turnustjeneste. Antall fysioterapeuter med driftsavtale var 2510. Det var 210 fysioterapeuter som arbeidet uten driftsavtale (22). I tillegg er det en del fysioterapeuter som er tilsluttet andre forbund og noe som ikke er fagorganiserte.

Det er i dag lite krav til kunnskapsoppdatering for offentlig godkjente fysioterapeuter. Blant fysioterapeuter som har spesialisttittel og er medlem i Norsk Fysioterapeutforbund er det krav om faglig oppdatering gjennom kurs og kollegaveiledning i de tilfeller en har spesialisttittel som må fornyes hvert syvende år. Utover dette er det opp til den enkelte fysioterapeut å holde seg oppdatert. Det pågår utredninger i forhold til en offentlig spesialisttittel eller dobbelautorisasjon for manuellterapeuter, som ikke skal være knyttet opp mot medlemskap i en fagforening slik det er i dag.

En spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten viste at privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale tar inn flere nye pasienter hver uke enn det private med avtale gjør, mens de fastlønnede tar inn færrest nye pasienter. Det er fysioterapeutenes egne faglige vurderinger som i størst grad legges til grunn når private fysioterapeuter skal prioritere hvilke pasienter som skal tas inn først (26). Fysioterapeuter har også oppgitt at de rangerer pasienter

med akutte lidelser foran pasienter som er henvist fra spesialisthelsetjenesten, og dernest kronikere, når de skal vurdere om noen pasienter skal kommer foran andre (26).

I denne oppgaven er det de to kategoriene som består av privatpraktiserende avtalefysioterapeuter, og fysioterapeuter uten avtale med kommunen (26, 27) som representerer fysioterapi i primærhelsetjenesten. Det er i all hovedsak disse fysioterapeutene som undersøker og behandler voksne utenfor sykehus og institusjoner i Norge.

2.4 Finansiering av fysioterapi i primærhelsetjenesten

Pasienter kan få dekket deler av utgiftene til behandling hos fysioterapeut. For at pasienter skal få dekket utgifter, må fysioterapeuten ha avtale om driftstilskudd med kommunen (28), og/eller fysioterapeuten må ha ”rett til å jobbe på folketrygdens regning” dvs. ha refusjonsrett. Ved instituttet der denne studien er gjennomført har de fleste fysioterapeutene refusjonsrett.

Staten bidrar til finansiering av kommunale fysioterapitjenester gjennom refusjonsordningen hjemlet i folketrygdloven § 5-8. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt nærmere regler i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Kommunene kan dekke behovet for fysioterapitjenester ved å ansette fysioterapeuter på fast lønn, og/eller ved å inngå driftsavtale med privatpraktiserende fysioterapeuter. Til kommuner som velger å ansette fysioterapeuter på fast lønn, kan det gis fastlønnstilskudd i stedet for refusjon etter takster. Denne ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-21. Forvaltningsansvaret for refusjonsordningen og ordningen med fastlønnstilskudd er lagt til Helsedirektoratet. Fysioterapeuter med driftsavtale får sine inntekter gjennom driftstilskudd fra kommunen, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene (25).

2.4.1 Refusjonsrett

Dersom pasienten skal ha hel eller delvis rett til refusjon fra trygden når han eller hun kommer til fysioterapi, må pasienten ha henvisning fra legen, manuellterapeut eller kiropraktor jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, 2001-06-21 nr 812 og Folketrygdloven §§ 5-8 (29). Noen fysioterapeuter har rett til refusjonsrett uten at det er full

driftsavtale med kommunen. For eksempel har fysioterapeuter under videreutdanning for å bli spesialist i Manuellterapi eller Psykomotorisk fysioterapi refusjonsrett.

2.4.2 Egenandelsordningen

I St.prp. nr. 1 (2006-2007) er egenandelsordningene omtalt. Frem til begynnelsen av 1980-tallet var det i hovedsak bare etablert egenandeler for legehjelp ved offentlig poliklinikk, psykologhjelp og fysioterapi, det vil si at pasientene fikk dekket deler av kostnaden (30). Det er gjort noen tiltak senere årene for å skjerme storbrukere av helsetjenester mot uforholdsmessig store utgifter. Blant annet ble det i 2003 innført egenandels tak 2 som blant annet omfatter utgifter til fysikalsk behandling. Videre omfatter ordningen opphold ved opptreningsinstitusjon, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak, samt behandlingsreiser til utlandet. Siden innføringen av ordningen er utgiftstaket senket fra kr 4.500 i 2003 til kr 3.500 i 2005, og i 2006 ble taket satt til kr 2.500 per år (30). Rettighetene knyttet til frikort tak 2 ordningen omfatter blant annet utgifter til fysikalsk behandling hos kommunalt ansatt fysioterapeut eller fysioterapeut med driftsavtale, ikke for behandling hos fysioterapeuter uten refusjonsrett..

Ved noen diagnoser er det ingen egenandel for pasienten, hele fysioterapibehandlingen dekkes. Fritaket er knyttet til en sykdomsliste med til sammen ca. 100 diagnoser/ sykdommer (jf. sykdomsliste i forskrift til folketrygdlovens § 5-8). De fleste storbrukere av fysioterapi kommer inn under denne fritaksordningen. Det heter imidlertid at en slik liste vanskelig kan bli fullstendig, slik at den omfatter ikke alle pasienter med et betydelig behov for fysikalsk behandling (30).

2.5 Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager er vanlig i den norske befolkning, 75 - 80 % vil i løpet av en måned ha opplevd smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form (31).

Muskel- og skjelettplager kan være akutte eller langvarige. Plagene kan innebære funksjonsnedsettelse på grunn av for eksempel nedsatt leddutslag, balanse- og koordinasjonsforstyrrelser og nedsatt motorisk kontroll. Fysioterapi oppsøkes på bakgrunn av mange ulike funksjonsnedsettelse og smerteplager. Noen kommer også for å få undersøkelse og informasjon for å forebygge muskel- og skjelettplager. Pasienter som oppsøker

fysioterapi har nødvendigvis ikke smerter, men hovedgruppen av pasienter som kommer til behandling i klinikken der undersøkelsen ble gjennomført har erfaringsmessig smerter. Derfor vil det i denne oppgaven gå mer i dybden når det gjelder muskel- og skjelettsmerter.

2.5.1 Muskel- og skjelettsmerter

For vitenskapelige- og behandlingsformål defineres smerte av International Association for the Study of Pain (IASP) som «en ubehagelig sensorisk eller følelsesmessig opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet i former for slik skade». Det skilles mellom akutt og kronisk smerte (32). Langvarige smerter brukes ofte som samlebetegnelse på smerter som har varighet på seks måneder eller mer (33). Andre definerer langvarig eller kronisk smerte til smerte med over tre måneders varighet (34). Det er vanlig å skille mellom tre hovedtyper langvarige smerter. Nosisseptiv smerter er smerte som skyldes vevsskade, som for eksempel ved revmatiske sykdommer med leddskade. Nevropatiske smerter, er smerter som skyldes dysfunksjon i nervesystemet som for eksempel ved isjias. Den tredje langvarige smertetilstand er ideopatisk smerte, som også kalles sammensatt smerte. Dette er smerte av ukjent årsak, for eksempel generelle smerter i rygg og nakke uten kjent vevspatologi (35). Erfaringsmessig har mange pasienter som kommer til fysioterapi vært utredet for nosisseptive og nevropatiske smerter, og kommer til fysioterapi etter ulike radiologiske undersøkelser og undersøkelser hos legespesialister.

De hyppigste langvarige smertetilstandene er lokalisert i muskler og skjelett (36). Oftest er dette rygg- og nakkesmerter og andre smerter av ideopatisk karakter med ukjent vevspatologi og årsak. Men det kan også være smerter som skyldes trykk på nerverot (for eksempel ischias), og ulike revmatiske lidelser. Andre langvarige smertetilstander inkluderer hodepine, ulike mage- og underlivssmerter, smerter etter skader og kirurgi, smerte i forbindelse med hjerte- og karsykdommer og nevrologiske lidelser (35). Selv om årsakene til langvarig smerte kan være sammensatte og svært forskjellige, er det fellestrekk når det gjelder risikofaktorer, symptomer, konsekvenser og behandling. Derfor anser noen at langvarige smerte er en egen lidelse, uavhengig av årsak (37).

Nyere kunnskap innen smerteforskning har gitt behandlere av muskel- og skjelettsmerter mer utfordringer i formidling av smertekunnskap, da det er blitt økt fokus på at flere faktorer påvirker smertetilstander. Neurobiologiske smertemekanismer om hvordan informasjon behandles fra vevet via ryggmargen til hjernen er kunnskap alle klinikerne har fått opplæring i

gjennom sine grunnutdanninger. Men videre smertemekanismer som hvordan sentral sensitivisering oppstår og kan være påvirket av genetiske faktorer, samt hvordan nedadstigende nervebaner som stort sett virker hemmende kan blir påvirket av psykososiale forhold (38) er etter min oppfatning ikke godt nok integrerte kunnskapsområde for dagens klinikere. Også kunnskapsformidling om hvordan en rekke psykologiske smertemekanismer kan ha avgjørende betydning for smerteutvikling har hatt lite fokus før siste tiår . Det kan være kognitive faktorer som hvor mye oppmerksomhet smerten får, hvordan smerten vurderes hos den enkelte, forventning, smerteforståelse og smerteadferd, alle områder som henger sammen med kroppslige symptom og fysioterapeuters daglige arbeidsområde (38).

Anbefale behandlingsmetode fra Verdens helseorganisasjon (WHO) når det gjelder smertelindring er følgende tre steg: 1. Medikament 2. Behandling av depresjon 3. Multidisiplinær tilnærming (psykologisk, fysisk og fysiologisk– og sosioøkonomisk) (39). Når det gjelder muskel- og skjelettsmerter kommer fysioterapi inn under den multidisiplinære tilnærmingen tradisjonelt som fysisk og fysiologisk tilnærming til smerten. Stadig flere fysioterapeuter anvender kognitive tilnærminger i behandling av smertetilstander hos pasientene, da økt kunnskap har gitt økt forståelse for at pasienten selv må forstå hvordan smerte oppstår og kan bli langvarige, og ikke minst hvordan de selv kan påvirke smerten.

Muskel- og skjelettsmerter i den norske befolkningen

Det er rundt 25-30 % av den voksne befolkningen i Norge som har langvarige smerter (7, 40, 41). I Helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag (HUNT) var det 51% av befolkningen som rapporterte muskel- og skjelettplager med varighet i tre måneder eller mer siste året (42). I Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) rapporterte 38% av menn og 48% av kvinner i alderen 40-49 kroniske smerter og stivhet fra muskel- og skjelett siste året (43). HUSK fant også at blant personer som hadde langvarige muskel- og skjelettplager var det vanlig å rapportere plager fra tre eller flere kroppsdeler. Undersøkelse av befolkningen i Ullensaker viste at 11% av befolkningen hadde muskel- og skjelettsmerter fra ett området i løpet av siste året, og 39% hadde smerter fra fem områder eller mer (44). Undersøkelser viser også at det er en klar lineær sammenheng mellom økende antall smerteområder og nedsatt funksjon, og at antall smerteområder predikerte uføretrygd 14 år senere (7). Undersøkelse fra HUSK fant også at utbredte kroniske muskel- og skjelettsmerter ser ut til å være en uavhengig prediktor for fremtidig høyt sykefravær (7). De fleste kroniske smertetilstander blir vanligere med

økende alder, noe man antar skyldes i hovedsak økt sykkelighet (3). Kvinner har kroniske smerter i langt høyere grad enn menn, og rapporterer sterkere smerter enn menn med tilsvarende lidelser (45). Denne kjønnsforskjellen oppstår først etter puberteten, og det antas at kjønnshormoner kan forklare deler av forskjellen (45). Det er funnet sterk sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og langvarige muskel- og skjelettsmerter (7). Og en oppfølgingsstudie over 11 år fra HUNT viser at fysisk aktivitet var assosiert med lavere grad av langvarige smerteplager, særlig for multiple smerteplager (42). Psykiske faktorer som angst og depresjon gir trolig økt risiko for å utvikle langvarige smerter (35). Langvarige smerter kan i enkelte tilfeller være et resultat av behandling, dette gjelder særlig etter kirurgiske inngrep (35).

Fysioterapi ved langvarige muskel- og skjelettsmerter - utfordringer i klinikken.

Hovedårsaken til at behandling søkes er som tidligere nevnt smerter (1), og vi mistenker fra et klinisk ståsted at majoriteten av pasienter som går regelmessig til fysioterapi i privat praksis i primærhelsetjenesten oppsøker tjenesten hovedsakelig på grunn av smerteplager.

Smerte har i vår medisinske kultur blitt vurdert til et symptom fungerende som et varselsignal på en underliggende sykdoms prosess. Ved å bruke denne tankemodell vil målsettingen for behandlingen bli å identifisere og behandle patologien som er årsak til smertene, og dermed forvente at dette gir løsning på smerteplagene (37). Denne tankemodellen kan fungerer godt ved enkelte diagnoser der smertene er av nosiseptiv eller nevropatisk karakter. Men dersom pasienten med ideopatiske smerter som mottar fysioterapi har forventning om at man skal finne en årsak og behandle den kan det være en grunn til at mange av aktørene i helsevesenet synes det er vanskelig å behandle disse pasientene,, ikke bare for fysioterapeuter (46). Mange pasienter rapporterer god men kortvarig effekt av fysioterapibehandlingen i forhold til smerter. Terapeuten kan imidlertid fortvile over at plagene ikke endres over tid og pasienten blir langvarig behandlingstrengende. Det er på bakgrunn av dette interessant å finne ut hvilke smerteerfaringer pasienter som går regelmessig når vi sammenligner med pasienter som ikke går regelmessig har, og hvilke forventninger pasienter har til fysioterapibehandling når det gjelder tilfriskning i forhold til sine plager.

De siste årene har flere studier undersøkt forholdet mellom langvarige muskel- og skjelettsmerter og psykososiale forhold. Det er god dokumentasjon på at psykososiale faktorer

har sammenheng med utvikling og opprettholdelse av muskel- og skjelettsmerter (47, 48). For aktørene i norsk helsevesen har Steven Linton og hans tenkning fått stor betydning når det gjelder kartlegging av psykososiale faktorer/gule flagg. Norske guidelines anbefaler bruk av Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter, utviklet av Linton for å kartlegger gule flagg, og forsøke å predikere fremtidig langvarige muskel- og skjelettsmerter (49).

I undersøkelse og behandling av ryggsmarter eller andre muskel- og skjelettsmerter anbefaler nasjonale kliniske retningslinjer kategoriseringen røde og gule flagg når pasienters nye smerteepisoder ikke bedres etter 2-8 uker (50). Røde flagg er varselsignal/symptomer om alvorlig sykdom som bør undersøkes videre. Det kan for eksempel være pareser som tegn på affeksjon av nervesystemet, eller symptomer som gir mistanke om brudd, inflammatorisk sykdom, metastaser, tumor og infeksjoner. Dersom ingen røde flagg identifiseres har tanken om at kartlegging av psykososiale faktorer hos pasienten kan hjelpe til å finne riktig intervensjon for den enkelte pasient. Dette for å gi støtte til klinikers valg om en behandlingsintervensjon vil være nok, eller om pasienten bør ha en bredere tverrfaglig oppfølging (51).

Gule flagg brukes som en samlebetegnelse på psykososiale faktorer og Steven Linton definerer de viktigste som; arbeidssituasjon, sykefravær, smertebilde, smertemestring, angst, depresjon, funksjonsbegrensninger og fear – avoidance (52). Mange gule flagg indikerer psykososiale problem og fare for utvikling av langvarige muskel- og skjelettplager samt begrensning i aktivitet og deltagelse. Linton kalle dette også for psykososiale risikofaktorer (8, 52), som han mener også kan predikere fremtidige muskel- og skjelettplager.

Det er en stor kliniske utfordring å behandle pasienter med langvarige smerter i følge Berit Østerås (53). Dersom pasienter som går langvarig til fysioterapi har høy grad av psykososiale risikofaktorer kan det ha medvirkende årsak til at fysioterapeutene opplever det vanskelig å hjelpe. Østerås argumenterer for at pasienter med langvarige smerter kan ha nytte av innslag av kognitiv adferdsterapi og psykologiske teknikker i behandlingen i tillegg til riktig dosering av tradisjonelle fysioterapitiltak (53).

3 Metode

Denne masteroppgaven er en del av en større studie med tittelen ”Muskel- og skjelettplager i primærhelsetjenesten” ledet av Professor Anne Marit Mengshoel ved Universitetet i Oslo. Hovedstudien skal inneholde både kvantitativ metode i form av spørreskjemaundersøkelse og kvalitativ metode i form av intervju. Spørreskjemaundersøkelsen som danner grunnlaget for denne oppgaven ble gjennomført ved et større fysikalsk institutt i Oslo,

3.1 Design

Studien er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, en undersøkelse der en studiepopulasjon blir undersøkt på ett bestemt tidspunkt (54). Et tverrsnittsdesign er valgt i denne studien da denne er godt egnet til å undersøke kjennetegn, samt se etter sammenhenger og sammenligne grupper (54).

3.2 Utvalg

Undersøkelsen ble gjennomført ved et større fysikalsk institutt i Oslo i januar 2010, rekrutteringen foregikk i en uke. Alle pasienter mellom 18 og 70 år som kom til undersøkelse eller behandling en eller flere ganger i løpet av første uken fikk tilbud om å delta. For å delta i undersøkelsen måtte deltagerne kunne beherske norsk muntlig og skriftlig.

Vi valgte å ikke inkludere barn da det er svært få barn til behandling i klinikken der studien ble gjennomført, øvre aldersgrense ble valgt for i størst mulig grad se på et utvalg med deltagelse i arbeidslivet.

Det ble ikke gitt noe spesielle instruksjoner til terapeutene i forhold til hvordan de skulle vurdere om pasientene behersket norsk muntlig og skriftlig. Vi fikk muntlig tilbakemelding fra enkelte terapeuter om at noen pasienter var ekskluderte på grunnlag av at terapeuten vurderte det til at pasienten ikke behersket norsk muntlig. Når vi ser på det høye antall rekrutterte fra den totale pasientpopulasjonen som var innom instituttet er det trolig svært få som har blitt ekskludert på grunn av manglende norsk språkkunnskap.

3.3 Deltagelse

I løpet av perioden rekrutteringen foregikk var det ca. 890 pasienter til behandling ved instituttet. Statistikk for denne perioden hentet fra journalprogrammet PROMED viste at pasientene var bosatt over hele Stor- Oslo, og at ca 140 var bosatt i kommuner eller byer på Østlandet

Av alle ca 890 pasienter som var innom gikk ca. 230 til gruppetrening, de fleste i Medisinsk treningsterapi. Av pasienter som gikk i gruppetrening ble 9 rekruttert. Det var ca 7 % av de forespurte som ønsket ikke å delta. Dette betyr at tilnærmet alle pasientene som hadde personlig individuell konsultasjon med fysioterapeut som deltok i prosjektet ble forespurt om deltakelse. Den totale deltagelse blant pasienter som oppsøkte Hans & Olaf Fysioterapi as i uke 2 i januar 2010, og som hadde personlig konsultasjon med fysioterapeut var på ca. 93%.

Av 619 utleverte skjema fikk vi tilbake 562. Dette gir en svarprosent på ca. 91 %. 46 skjema ble forkastet. Av disse var ett skjema levert blankt, 13 manglet fødselsår og 32 fylte ikke inklusjonskriteriene. Ytterligere 9 skjema ble tatt ut av analysene i studien. Av disse ble 7 av informanten oppfattet til å ha misforstått¹ og 2 var missing på spørsmålet om hvorvidt de var regelmessig pasient hos fysioterapeut eller ikke. 507 besvarelser ble inkludert i studien.

3.4 Datainnsamling

Det var 27 av totalt 32 terapeuter ved instituttet som rekrutterte deltagere til studien. To terapeuter var på ferie, en student var syk, en terapeut skulle slutte, og en terapeut jobbet så lav prosent at hun ikke ønsket å delta.

Av de 27 terapeutene som deltok var det 15 som var primærkontakt, 8 av disse hadde 100% driftsavtale (36 timer pr uke, i 45 uker), 4 hadde 90% driftsavtale (33/45), to terapeuter delte en 80% stilling (30/42) og en terapeut hadde 20 % avtale. En manuellterapeut og primærkontakt praktiserte delvis uten driftsavtale, og var delvis vikar i driftsavtale. Det deltok 3 fysioterapeuter med hel eller delvis driftsavtale. En av disse arbeider kun med oppfølging i Medisinsk treningsterapi (MTT) som innebærer at hun ikke undersøker eller tilbyr passiv behandling. Totalt 9 fysioterapeuter og studenter for master i MT deltok, alle disse hadde refusjonsrett, men ikke primærkontaktfunksjon.

¹ Se metodekapittel 3.6.1

² Se metodekapittel 3.6.1.

Noen uker i forkant av gjennomføringen ble det hengt opp skriftlig informasjon til pasientene om undersøkelsen i form av plakater på venterom, i garderobe og resepsjon (vedlegg 1). Vi arrangerte to informasjonsmøter for de 27 fysioterapeutene som sa ja til å rekruttere pasienter, hvor vi formidlet informasjon om selve gjennomføringen av datainnsamlingen. Et informasjonsskriv til terapeutene om prosedyrene ble delt ut (vedlegg 2). Pasientene ble informert og forespurt om å delta i studien fortløpende av behandlende fysioterapeut. Terapeutene informerte og spurte sine egne pasienter om de ville delta i studien. Dersom pasienten ønsket å delta, leverte terapeutene ut informasjonsskriv med samtykke (vedlegg 3) og spørreskjema (vedlegg 4), og mottok det signerte informasjonsskrivet. Pasientene ble informert om å levere spørreskjema tilbake i lukket konvolutt og kunne velge om de ville gi det til terapeuten, resepsjonen, eller få med ferdig frankert konvolutt og sende det til instituttet.

Den enkelte terapeut hadde i forkant fått registreringskjema (vedlegg 5) og administrerte innsamlingen av spørreskjema for egne pasienter. I dette registreringskjema ble det også registrert om pasienten var forespurt og ikke ønsket å delta. Prosjektmedarbeiderne laget kodenøkler for å skille personopplysninger fra skjema og datafil. Konvoluttene ble ikke åpnet ved instituttet men lagret innelåst i skap som bare prosjektmedarbeiderne hadde tilgang til, før de ble transportert til UIO. På denne måten kunne ikke besvarelsen bli lest av behandlende fysioterapeut. Ved UIO ble spørreskjema og signert informasjonsskriv låst inne i brannsikert skap.

Prosjektmedarbeiderne var til stede i hele datainnsamlingsperioden og administrerte selve innsamlingen. Terapeutene ble i hele perioden oppmuntret og hold oppdatert på hvor mange skjema som var returnert (vedlegg 6).

Ved universitetet laget veiledere kodebok og data ble organisert i statistikkprogrammet SPSS av en innleid ekstern student og av eksamenskandidat. Eksamenskandidat gjennomførte dobbeltsjekk av data for å sikre at disse var lagt inn korrekt og for å tilstrebe så lav grad av feil i datamaterialet som mulig. Organisering av datamaterialet ble utført av veiledere og eksamenskandidat.

3.5 Måleinstrument og variabler

Variablene er innhentet gjennom spørreskjema (vedlegg 4) som består av Bakgrunnsopplysninger (Del A), Behandlingserfaring (Del B) og en del om Ytterligere helseopplysninger som inneholder 5 skjema for ytterligere helseopplysninger. Vi har i denne studien benyttet ett av disse i skjema; Ørebro Screeningsskjema for muskel- og skjelettsmerter.

Del A og Del B i spørreskjema ble utformet i samarbeid mellom Professor Anne Marit Mengshoel, Professor Astrid Kloppestad Wahl, Manuellterapeut Gustav Bjørke og eksamenskandidat. Det ble i forkant av undersøkelsen gjennomført en pilotstudie der 10 pasienter ved instituttet undersøkelsen ble holdt, svarte på skjema før det endelige skjema ble ferdigstilt og produsert.

Problemstilling 1 besvares gjennom variabler fra Bakgrunnsopplysninger (Del A), Behandlingserfaring (Del B) og enkeltspørsmål fra Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter.

Problemstilling 2 besvares gjennom variabler fra Bakgrunnsopplysninger (Del A) og Behandlingserfaring (Del B) samt sumskår fra Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter.

3.6 Bakgrunnsopplysninger og behandlingserfaring (Del A og Del B)

3.6.1 Regelmessig bruk av fysioterapi eller ikke

Med pasienter som går regelmessig til fysioterapi mener vi pasienter som selv oppgir at de går regelmessig til fysioterapi. Det er pasientenes egen vurdering av vanligvis og regelmessig som måles slik det er operasjonalisert gjennom spørsmål 14 Behandlingserfaring (Del B):

”Går du vanligvis regelmessig til behandling hos fysioterapeut?”

Informanter som har svart ja på dette spørsmålet klassifiseres i gruppen som går regelmessig til fysioterapi.

Informanter som har svart nei på dette spørsmålet har blitt klassifisert til gruppen som ikke går regelmessig til fysioterapi.

Det var 7 informanter som svarte ja på spørsmål 14 og samtidig oppga svar på spørsmål 15:

”Dersom ja på forrige spørsmål, hvor ofte går du til behandling hos fysioterapeut?”

Disse 7 ble tolket til å ha misforstått spørsmålene og registrert som missing.

3.6.2 Demografiske variabler

Alder er kontinuerlig datatype, **kjønn** er dikotom. Spørsmålene er hentet fra Del A, Bakgrunnsopplysninger i spørreskjema..

Utdanning måles gjennom spørsmål 4 fra Del A Bakgrunnsopplysninger: *”Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?”* med 5 svaralternativ som gir kategoriske data. Svaralternativene er: *1. Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole. ”. 2. Real- eller middelskole, yrkesskole, ett – eller toårig videregående skole. 3.Artium, økonomisk gymnas eller allmennfaglig retning i videregående skole. 4. Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år. 5. Høyskole eller universitet, 4 år eller mer.*

Variabelen er rekodet fra femdelt til firedelt der videregående i 2 , 3 eller 4 år er slått sammen for å gi en så god og oversiktlig presentasjon som mulig.

Hovedsysselsetting måles gjennom spørsmål 6 fra Del A, Bakgrunnsopplysninger, og er hentet fra Ørebro skjema: *”Hva er din hovedsysselsetting? Kryss av for de alternativene som best beskriver din nåværende situasjon,* med mulighet for å krysse av for flere. Her er det 9 ulike svaralternativ som gir kategoriske data. Svaralternativer er:

1= Inntektsgivende arbeid, 2= Skoleelev/student, 3=Utlønnnet arbeid (eks i hjemmet), 4=Arbeidsledig, 5=Alderspensjonist, 6=Aktiv sykmeldt, 7=Sykmeldt(%), 8=Attføring/rehabilitering, 9=Uføretrygdet.

Variabelen Hovedsysselsetting er redkodet fra nidelt til firedelt, for å gi en god og oversiktlig presentasjon av hovedsysselsetting og særlig over arbeid, sykmeldte og trygdede. De fire nye kategoriene er: 1= I arbeid/studier der svaralternativ 1, 2 og 3 er kodet sammen.

2= Sykmeldte, der svaralternativ 6 og 7 er kodet sammen. 3= Trygdet, der svaralternativ 4,8 og 9 er kodet sammen. 4=Alderspensjonist.

3.6.3 Bruk av andre helsetjenester

Alle spørsmål i erfaring med bruk av andre helsetjenester er hentent fra Del B.

Andre behandlere

For å svare på hvilke andre behandlere våre informanter har oppsøkt har vi benyttet spørsmål 16 i Del B. Behandlingserfaring: *"Hvilke andre yrkesgrupper har du oppsøkt på grunn av .dine nåværende plager/problem i løpet av de siste 5 år? (sett kryss for de yrkesgrupper du har vært hos)"* Det var 7 lukkede svaralternativ, og ett åpent: *Kiropraktor, Osteopat/naprapat, Akupunktør, Psykolog, Homeopat, Aromaterapeut, Kostholdsveileder, Andre(beskriv med egne ord).* og svarene gir kategoriske data.

I variablene har vi utelatt siste åpne svarmulighet fra analysene; *Andre (beskriv med egne ord)* Vi har i valgt bort den beskrivende delen da dette ga lite nyttig informasjon.

Svaralternativene gir ikke mulighet for å krysse av for *ingen andre behandlere*. Da det er gjennomgående at informantene har krysset for behandlere de har oppsøkt har vi tolket tomme rubrikker til at pasientene ikke har oppsøkt denne type behandler.

Røntgenundersøkelser

For å svare på bruk av røntgenundersøkelse har vi benyttet spørsmål 11: *"Har du i løpet av de siste 5 årene blitt undersøkt for dine nåværende plager ved hjelp av Røntgen, MR, CT, Ultralyd.* Svaralternativer er Ja eller Nei i en tabell og gir kategoriske data.

Det er gjennomgående i materialet at informantene har krysset av for Ja på oppsøkt tjeneste og unnlatt å krysse av for Nei. Tomme rubrikker har derfor blitt tolket som Nei, og ikke som missing.

Legespesialister

For å svare på bruk av legespesialister har vi benyttet spørsmål 10: *"Har du vært hos legespesialist for dine nåværende plager siste 5 år (sett kryss)* Svaralternativ er Ja eller Nei

for de ulike kategorier: *Ortoped, Fysikalsk medisiner, Revmatolog, Indremedisiner, Nevrolog, Psykiater* i en tabell, og gir kategorisk data.

Det er gjennomgående i materialet at informantene har krysset av for Ja på oppsøkt tjeneste og unnlatt å krysse av for Nei. Tomme rubrikker har derfor blitt tolket som Nei, og ikke som missing.

3.6.4 Bruk av fysioterapi

Hyppighet av behandling

Hyppighet i behandling hos pasienter som går regelmessig til fysioterapi er målt gjennom spørsmål 15 i Del B. Behandlingserfaring; *”Dersom ja på forrige spørsmål, hvor ofte går du til behandling hos fysioterapeut? (sett kryss i den rubrikk som best beskriver din situasjon)*

Det var fem svaralternativ; *Flere ganger i uka, En gang i uka, En gang hver annen uke, En gang i måneden eller mindre, Kontinuerlig ca 1 gang i måneden.* Dette gir kategoriske data.

Antall behandlingstimer siste 12 måneder

Antall behandlingstimer siste 12 måneder måles gjennom spørsmål 13 i spørreskjema Del B. Behandlingserfaring; *Hvor mange behandlingstimer har du hatt hos fysioterapeut i løpet av de siste 12 måneder (Sett kryss i den rubrikk som best beskriver din situasjon)?* De fem svaralternativ er; *Ikke startet i behandling, 12 ganger eller mindre, mellom 13-20 ganger, mellom 21 og 40 ganger, mer enn 40 ganger* Dette gir kategoriske data.

I analysene har vi rekodet variabelen fra femdelt til firedelt der *”Ikke startet i behandling”* er slått sammen med *”12 ganger eller mindre”*, for å gi en bedret oversikt, og vi kan stå inne for at også disse pasientene har hatt behandling 12 ganger eller mindre.

Antall behandlinger siste 5 år,

Antall behandlingstimer siste 5 år måles gjennom spørsmål 12 i spørreskjema Del B. Behandlingserfaring; *Hvor mange behandlingstimer har du hatt hos fysioterapeut i løpet av siste 5 år (Sett kryss i den rubrikk som best beskriver din situasjon)?* De fem svaralternativ er;

Ikke startet i behandling, 12 ganger eller mindre, mellom 13-20 ganger, mellom 21 og 40 ganger, mer enn 40 ganger. Dette gir kategoriske data.

I analysene har vi rekodet variabelen fra femdelt til firedeelt der ”*Ikke startet i behandling*” er slått sammen med ”*12 ganger eller mindre*”, for å gi en bedret oversikt, og vi kan stå inne for at også disse pasientene har hatt behandling 12 ganger eller mindre.

Forventning til fysioterapi.

Forventning til fysioterapi er målt gjennom spørsmål 17 i spørreskjemaets del B:

Behandlingserfaring; *Hvorfor går du til fysioterapi nå?* Det er fire svaralternativ som er lukket og gir kategoriske data; *For å bli frisk, for å bli litt bedre, for ikke å bli verre, vet ikke.* Det femte svaralternativet er åpent; *Annet (beskriv med egne ord).*

Frisk definerer vi i denne sammenheng symptomfri fra plagene man oppsøkte behandling for.

I analyser av variabelen har vi utelatt informasjon fra det åpne svaralternativet; *Annet (beskriv med egne ord).* Dette svaralternativet er ikke tatt med i denne oppgaven da det viste seg å gi lite nyttig informasjon i forhold til problemstillingen. Det var 6 informanter som kun hadde fylt ut den beskrivende delen og disse regnes som missing i analysene. Variablene Forventning til fysioterapi hadde 4 lukkede svaralternativ; *1= for å bli frisk, 2=for å bli litt bedre. 3= for ikke å bli verre, 4= vet ikke.* Det var ingen som hadde krysset av for svaralternativ 4, og denne ble utelatt fra analysene.

3.6.5 Smerteerfaring

Alle variabler som omhandler smerteerfaring er hentet fra Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter. Vi har ikke gjort noe for å ekskludere pasienter som kommer av andre årsaker enn smerter.

Visuell Analog Skala/numerisk ellevepunktsskala

VAS er en forkortelse for Visuell Analog Skala og benyttes i økende grad innen medisinske fag for å måle subjektiv opplevelse som smerte, søvn, mestring. VAS er tradisjonelt en 100 mm rett linje som informant krysser av på ett punkt som de mener best beskriver deres opplevelse (55). I denne oppgaven er kontinuerlig data målt med en numerisk

ellevepunktsskala fra 0 til 10 der informanten setter ring rundt det tallet som best beskriver deres opplevelse, og denne skala vurderes her som en VAS. Med kontinuerlig mener vi at en i prinsippet kan måle verdier hvor som helst på en passende skala, for eksempel høyde og vekt. Slik sett er ikke denne data kontinuerlig, men jeg velger å definere den til kontinuerlig i denne oppgaven.

Smerteintensitet

Smerteintensitet måles gjennom spørsmål 9 i Ørebro skjema: *"Hvordan vil du gradere de smertene du har hatt i løpet av den siste uken. Sett ring rundt et tall"* Tallskalaen går fra 0 til 10, der 0 er *ingen smerter* og 10 er *så vondt som det an å ha*.

Grad av søvnproblemer i forhold til smerte

Søvn i forhold til smerte er målt gjennom spørsmål 25 i Ørebro skjema; *Jeg kan sove om natten. Vennligst sett en ring rundt det ene tallet som best beskriver din nåværende evne. 0=kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer, 10= kan gjøre det uten at smerter er et problem.*

Grad av smertemestring.

Grad av smertemestring er målt gjennom spørsmål 12 i Ørebro skjema: *"På grunnlag av det du gjør i løpet av en gjennomsnittlig dag for å håndtere eller mestre smertene, hvor mye vil du si du greier å redusere dem? Sett ring rundt ett tall."* Skalaen går fra 0 til 10 der 0 er *kan ikke redusere dem i det hele tatt*, og 10 er *kan redusere dem fullstendig*.

Smertelokalisasjon

Smertelokalisasjon måles gjennom spørsmål 5 i Ørebro skjema (Ø5) ; *"Hvor har du smerter? Kryss av"*. Her var det mulighet å krysse av for flere alternativer. *1=Nakke, 2=skuldre/arm, 3=øvre del rygg, 4= nedre del rygg, 5=ben*. Dette gir kategoriske data.

For i tillegg finne hvor utbredt smerteplagene er (antall smertesteder) har variabelen smertelokalisasjon blitt rekodet fra kategoriske til kontinuerlige data, med en skala fra 1 til 5 smertesteder.

Smertevarighet

Smertevarighet måles gjennom spørsmål 7 i Ørebro skjema: *"Hvor lenge har du hatt ditt nåværende smerteproblem? Kryss av.* Her er det 10 svaralternativ: 1=0-1 uke, 2=1-2 uker, 3=3-4 uker, 4=4-5 uker, 5=6-8 uker, 6=9-11 uker, 7=3-6 mnd, 8=6-9mnd, 9=9-12 mnd, 10=over 1 år. Dette gir kategoriske data.

Variabelen er rekodet fra tidelt til 4 delt for å gi en fornuftig og oversiktlig fremstilling. Svaralternativ 1 til 6 er kodet om til < 3 mnd., svaralternativ 8 og 9 er kodet om til å gjelde alle som har hatt smertevarighet mellom 6 og 12 mnd.

Sykefravær

Sykefravær på grunn av smerte siste 18 måneder er målt gjennom spørsmål 6 i Ørebro skjema: *"Hvor mange dager har du vært borte fra jobben på grunn av smerter de siste 18 måneder? Kryss av"* Svaralternativer er: 1= 0 dager, 2=1-2 dager, 3=3-7 dager, 4=8-14 dager, 5=15-30 dager, 6=1 mnd, 7=2 mnd, 8=3-6 mnd, 9=6-12 mnd, 10=over 1 år. Dette gir kategoriske data.

Variabelen er rekodet fra tidelt til femdelt for å få en fornuftig og oversiktlig fremstilling. Svaralternativ 2 til 7 er rekodet til < 3 måneder.

3.6.6 Psykososiale faktorer . Ørebro screeingskjema for muskel- og skjelettsmerter

Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter ble utviklet av Linton og Hallden ved, Ørebro Medical Center, Sverige i 1996 og ble første gang publisert i 1998 (52). Formålet var å utvikle et skjema som skulle hjelpe helsepersonell i primærhelsetjenesten med å kartlegge hvorvidt pasienter med muskelskjelettplager hadde såkalte «gule flagg». Gule flagg er en samlebetegnelse på psykososiale faktorer. De viktigste gule flaggene er: arbeidssituasjon, sykefravær, smertebilde, smertemestring, angst, depresjon, funksjonsbegrensninger og fear-avoidance (angst/engstelse for bevegelse) (52).

Mange gule flagg kan gi økt risiko for at en tilstand hos pasienten utvikler seg fra akutt til kronisk, og skjema som i utgangspunktet hadde navnet Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (ALBPSQ) besto av flere biopsykososiale aspekter som kunne summeres i en sumskår. ALBPSQ er anbefalt i guidelines fra blant annet Norge, New Zeeland og Australia (49, 51), for å identifisere individers risiko for å utvikle kroniske uspesifikke korsryggsmarter (18, 51, 52, 56). The Ørebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ØMPSQ) er en videreutvikling av ALBPSQ der et spørsmål er formulert slik at muskel- og skjelettsmerter lokalisert andre steder inkluderes, ikke bare korsryggssmerter. Skjemaet har blitt undersøkt i forhold til validitet og reliabilitet (18, 51, 52, 57).

Den norske versjonen Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter er et selvrapporteringskjema. Skjema blir også brukt i forskning, og vi har i denne studien benyttet en versjon som ble oversatt til norsk av Grotle et al. (18). Skjema er utviklet for bruk i primærhelsetjenesten og relativt enkelt å fylle ut og score. Skjemaet består av 25 spørsmål der 21 av spørsmålene summeres. Hver enkelt av de 21 spørsmålene har en singelskår og skjemaet har en totalskår på 210 poeng. Svarene på de fleste spørsmål rangeres på en numerisk skala fra 0-10 (58). Skjema tar gjennomsnittlig 7 minutter å fylle ut og like kort tid å skåre (10).

Screeningskjemaet har vært mest brukt hos pasienter med akutte ryggsmarter, men kan også benyttes for nakkepasienter, skulderpasienter og pasienter med generaliserte muskelskjelettsmerter (8, 18). Høy sumskår på skjema mener man indikerer økt risiko for å utvikle langvarige muskel- og skjelett plager og/eller reduserte odds for å gjenoppta daglige funksjoner i arbeid og privatliv (52). Det er antydnet at pasienter med høy skår responderer dårlig på behandling tilgjengelig i primærhelsetjenesten (49). Det har blitt stilt spørsmål i forhold til skjemaets prediktive evne, at det er et problem å bruke sumskår i forholdt sensitivitet og spesifisitet for gruppen som skårer moderat, når det gjelder å kunne predikere langvarige muskel- og skjelettplager. Skjema vurderes til å være et nyttig verktøy i klinikken til å identifisere pasienter med behov for tverrfaglig tilnærming og at en løsning kan være å bruke sumskår for de ulike dimensjonene, da det er funn som tyder på at det gir bedre prediktiv verdi, og tydeliggjør innen hvilket området pasienten har problem (57).

Bruk av ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter i denne studien:

For å svare på problemstilling 1 som omhandler smerter er det benyttet flere enkeltpørsmål fra Ørebro Screeningsskjema for muskelskjelettsmerter (spørsmål 6, 7, 9, 12 og 25). I analysene av data i problemstilling 1 er ikke sumskår benyttet, slik at det enkelte spørsmål står for seg selv, og kan ikke si noe om grad av psykososiale faktorer, eller risiko for utvikling av kroniske plager.

For å svare på problemstilling 2 har vi benyttet sumskår fra Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter for å undersøke grad av psykososiale faktorer. Det er regnet sumskår manuelt på de to gruppene (49). Av 21 mulige svaralternativ som sumskår regnes ut i fra, ble det akseptert missing på maksimalt 4 svaralternativ (18%). I skjemaer der det var missing ble det regnet gjennomsnitt skår på alle utfylte svar, og dette gjennomsnittet ble benyttet der det manglet besvarelse i det aktuelle skjema.

Ulike cut-off verdier for sumskår fra Ørebro skjema har blitt foreslått i ulike studier (51). I denne studien har vi i analysene valgt å bruke cut-off på sumskåren som Steven Linton først benyttet og som senere er brukt i flere studier for å predikere grad av risiko for utvikling av langvarige muskel- og skjelettplager (18, 52, 59). Dette gir kategorisering i tre grupper: <90 er lav grad av psykososiale faktorer, 90-105 er moderat grad av psykososiale faktorer og >105 er høy grad av psykososiale faktorer. Denne inndelingen er valgt fordi den tidligere har vært mye nyttet i studier, og det ble vurdert at den tredelte sumskåren kunne gi et godt mål på høy, moderat eller lav skår av psykososiale faktorer.

Det er 462 inkluderte i analyser av variabelen psykososiale faktorer. Skjema som manglet svar på mer enn 18%, ble tatt ut av analysene (missing=45). Det ble utført nye analyser på utvalget bestående av de 45 informantene (9%) som hadde for høy missing for sumskår, for å undersøke om dette utvalget skilte seg fra hovedutvalget som belyser problemstilling 1. Dette utvalget fordelte seg til omtrent 10% missing blant pasienten som går regelmessig til fysioterapi og 8 % av pasienten som ikke går regelmessig til fysioterapi. Det var ingen betydelige forskjeller å avdekke i utvalgene.

3.7 Analyse

Statistikkprogrammet SPSS versjon 18 er benyttet i analysene av datamaterialet (60).

3.7.1 Beskrivende statistikk

For å svare på problemstilling 1 er det gjort deskriptive analyser og frekvensanalyser på hele materialet, og fordelt i de to definerte gruppene. De to gruppene vil bli presentert i tabeller der kategoriske data, for eksempel kjønn, beskrives med antall og %. Kontinuerlige data, for eksempel alder og smerteintensitet, er sjekket for normalfordeling og beskrives med gjennomsnittsverdier og standardavvik.

3.7.2 Hyotestetesting

Videre er problemstilling 1 undersøkt ved To-utvalgs t-test (Mann Whitney) for å sammenligne de to gruppens kontinuerlige variabler og Kji-kvadrat test er benyttet for å se etter sammenhenger mellom gruppens kategoriske variabler. P er satt til $<$ eller lik 0.05. Resultatene presenteres i tabeller og figurer sammen med beskrivende statistikk.

3.7.3 Logistisk regresjonsanalyse

For å svare på problemstilling 2 er en logistisk regresjonsanalyse gjennomført for å undersøke sammenhengen mellom det å gå regelmessig til fysioterapi og psykososiale risikofaktorer målt med 3 delt cut-off på sumskår fra Ørebro screeningskjema. Det ble kontrollert for variablene alder, kjønn og utdanning som kan tenkes å påvirke sammenhengen mellom eksponeringsvariabel og utfallsvariabel. Materialet ble i forkant av analysene undersøkt i forhold til om det var sterke sammenhenger mellom variablene og i forhold til ekstremverdier. I oppbygging av modellen med analyser i den logistiske regresjon har først forholdet mellom sumskår og regelmessig fysioterapi eller ikke blitt undersøkt.. Deretter er en og en demografisk variabel tatt inn i analysen for å se om denne påvirker odds ratio for å være i gruppen av pasienter som går regelmessig eller ikke. Analysen beregner Odds Ratio, dvs. hvor stor sjansen/ risikoen for å havne i den ene eller den andre gruppen i utfallsvariabelen øker når man går opp et trinn på den uavhengige variabelen (eksponeringsvariabelen). P er satt til $<$ eller lik 0.05. Resultatene presenteres i tabell 5.

4 Etikk

Prosjektet følger Helseforskningsloven (61) og de etiske retningslinjer som bygger på Helsinkideklarasjonen (62). Hovedprosjektet er lagt frem for Regionale komite` for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og godkjent i september 2009 (vedlegg 9).

Data er aidentifisert og grenser opp mot anonymisert da vi ikke har tilgang til personnummer, navn og diagnoser , men vi vet hvilke terapeuter de har gått hos og i hvilke tidspunkt. Informasjonen som kan knytte data til terapeut og gjøre det mulig å identifisere informanten, er sammen med besvarte spørreskjema og signert informasjonsskriv innelåst ved UIO, avdeling for helsefag, i brannsikre skap og fraskilt fra datafilene. Rutiner for lagring av data følger Helseforskningsloven § 7.

Deltagelse i studien var frivillig. Dersom pasienter ikke ønsket å delta hadde ikke dette noe innvirkning på deres videre behandling. Likevel kan vi ikke se bort fra enkelte pasienter kan ha følt seg presset til å delta da det var pasientens behandlende fysioterapeut som spurte. Skriftlig informasjon og samtykke er innhentet fra alle informantene i studien og følger Helseforskningsloven §13 om selvbestemmelsesprinsippet.

Det er usikkert om det gir noen fordeler for den enkelte å delta i dette studiet. Noen pasienter vil kanskje oppleve at det å bidra til fagutvikling og ny kunnskap er givende i seg selv. Å fylle ut et spørreskjema kan også gi refleksjon rundt egen helse og situasjon, som trolig kan gi erfaringer både på godt og vondt. Forskningsetiske vurderinger i tråd med Helseforskningsloven er foretatt og det forventes at dette studiet gir liten risiko for skade av informanter.

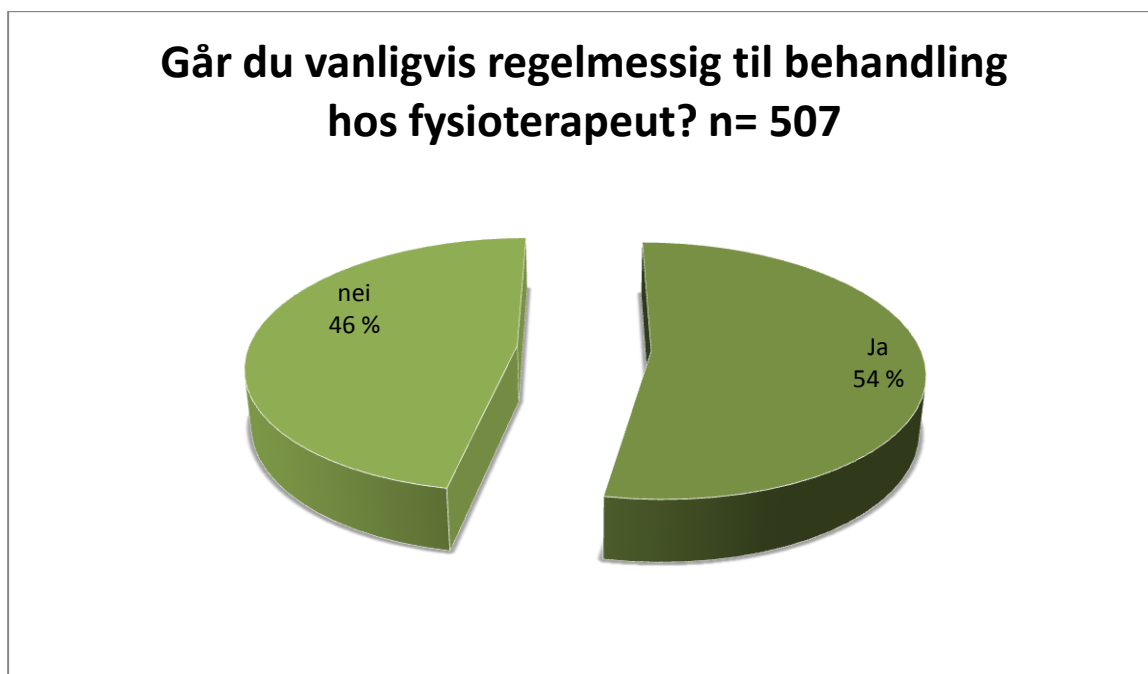
Helseforskningsklovens § 39 forutsetter at forskningsansvarlig og prosjektleder sørger for åpenhet rundt forskningen, dette betyr blant annet at det er en plikt for forskningsansvarlig og prosjektleder å sikre at resultatene av forskningen gjøres offentlig tilgjengelig. Denne masteroppgaven er i første omgang en eksamensbesvarelse og offentliggjøres gjennom eksamenssituasjon. Det er planlagt å publisere materialet gjennom en artikkel etter bestått eksamen.

5 Resultat

5.1 Karakteristika i utvalget

Av de 507 pasientene som er inkludert i studien er snittalder 46 år, 70 % er kvinner, og 86% er norskfødte. Utvalget fordeler seg med henholdsvis 54 % som går regelmessig til fysioterapi, mot 46% som ikke går regelmessig (figur 1).

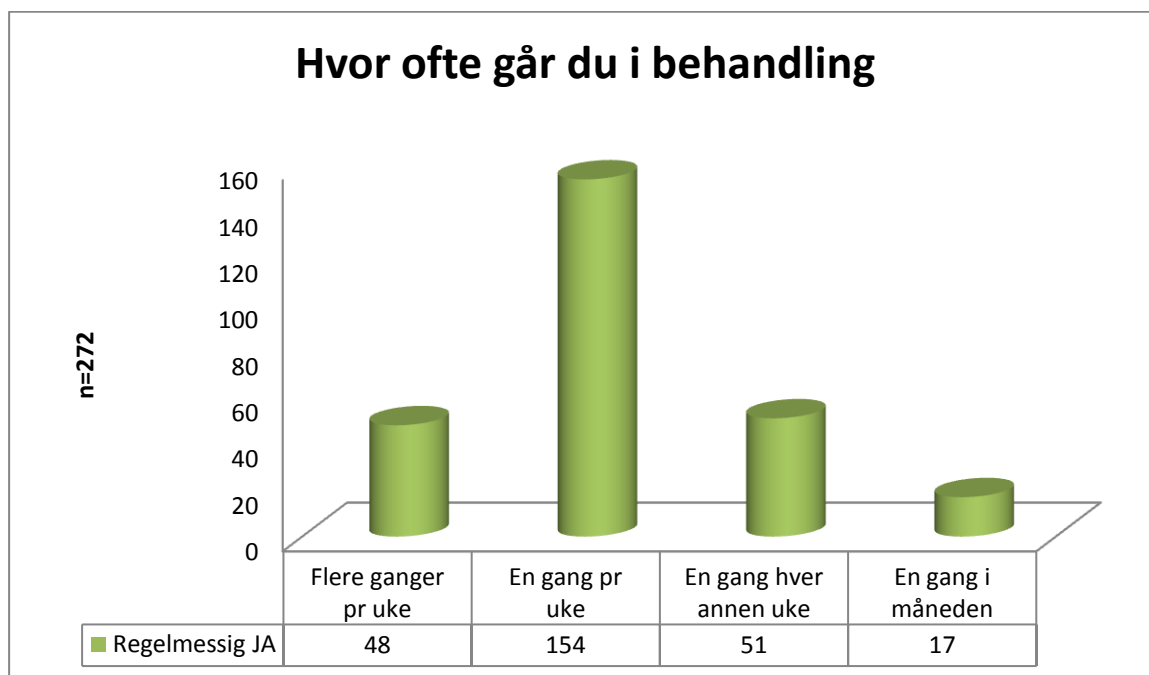
Figur 1: Utvalg



5.1.1 Behandlingsfrekvens i utvalget som går regelmessig til fysioterapi

Blant pasienter som går regelmessig til fysioterapi går 56% til behandling en gang pr uke, 18 % i samme gruppe går flere ganger pr uke. Vi har ikke data om behandlingsfrekvens på gruppen som ikke går regelmessig til fysioterapi, da denne variabelen ble benyttet som kontrollspørsmål for hvorvidt pasienter går regelmessig til fysioterapi eller ikke.

Figur 2: Oversikt over hvor hyppig pasienter som går regelmessig til fysioterapi er til behandling.



5.2 Kjennetegn ved pasienter som går regelmessig til fysioterapi sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig.

5.2.1 Demografiske variabler

Gruppen som går regelmessig til fysioterapi er gjennomsnittlig 2,8 år eldre enn gruppen som ikke går regelmessig til fysioterapi ($p=0.013$), det er ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder kjønn og utdanning.. Når det gjelder utdanningsnivå har 69% av gruppen som går regelmessig til fysioterapi utdanning svarende til høyskole eller mer, mot 75% i gruppen som ikke går regelmessig til fysioterapi.

Tabell 1: Demografisk fremstilling på antall og frekvens av hele materialet og delt i 2 grupper om de går regelmessig til fysioterapi eller ikke.

Demografiske variabler		ALLE n=507 N(%)	Regelmessig JA n=272 N (% av 272)	Regelmessig NEI n=235 N (% av 235)	p
Alder 18-69	Gj.snitt(SD)	46.4(12.8)	47.7(12.5)	44.9(12.6)	0.013
Kjønn:					
	Kvinner	356(70)	199(56)	157(44)	0.120
	Menn	151(30)	73(49)	78(51)	
Utdanning:					
	Grunnskole	31 (6)	19(7)	12(5)	
	Videregående(2 til 4 år)	110(21)	63(23)	47(20)	
	Høgskole< 4 år	139(27)	75(27)	64(27)	0.523
	Høgskole> 4år	227(45)	114(42)	112(48)	
	missing				
Hovedsysselsetting:					
	I arbeid/studier (379 arbeid, 27 studenter)	396(78)	193(71)	201(86)	<0.001
	Sykmeldt (49 sm, 3 aktiv sm)	49(10)	21(8)	28(12)	0.111
	Trygdet (29 attføring/rehabilitering, 8 arbeidsledig, 74 uføretrygdet)	107(21)	82(30)	25(11)	<0.001
	Pensjonist	14(3)	8(3)	6(3)	0.790

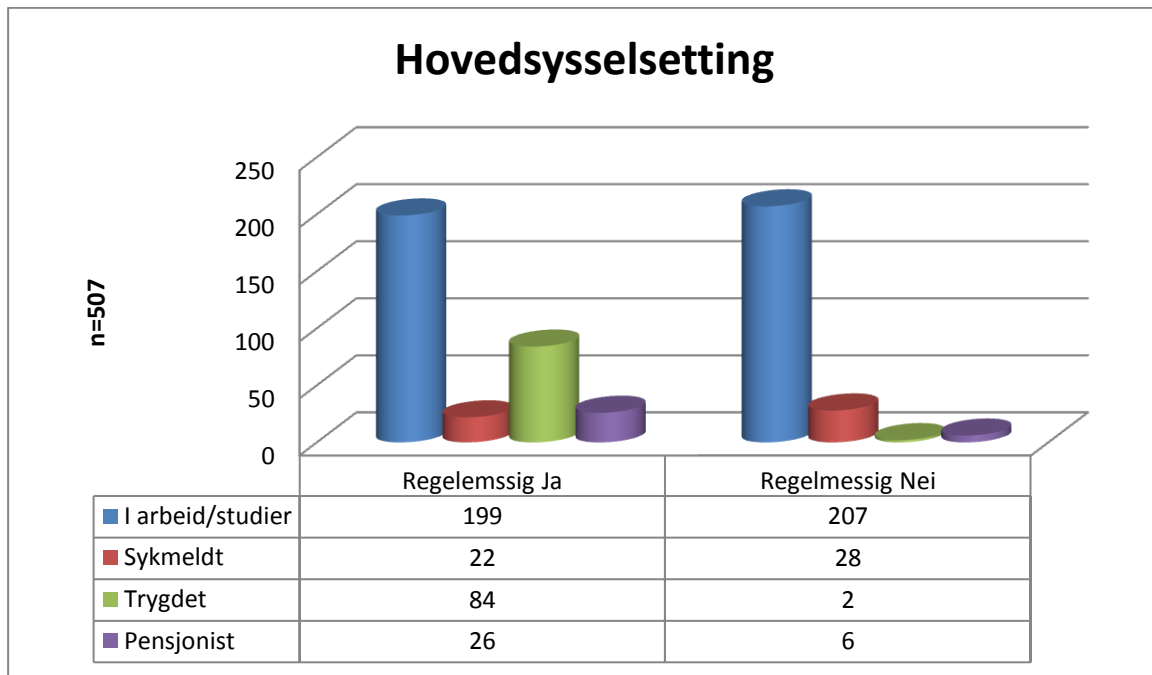
En sammenligning av de to gruppenes alder er gjort ved en to-utvalgs t-test. Kji-kvadrat test er benyttet til å sammenlikne kategoriske data. P er satt til < eller lik 0.05

Hovedsysselsetting

Blant pasienter som går regelmessig til fysioterapi er det 71% som er i arbeid eller studier, mot 86 % i gruppen av pasienten som ikke går regelmessig til fysioterapi. Resultatene er presentert både i tabell 1 og figur 2.

Variabelen hovedsysselsetting ga mulighet for informantene å gi flere svar. Det er 61 informanter som har valgt å gi 2 svaralternativ, flest har kombinasjonen i arbeid/utfør (22), i arbeid/sykmeldt (16) og i arbeid/attføring (7). Det er 9 som har krysset av for ulønnet arbeid, 3 av disse har ulønnet arbeid som eneste hovedsysselsetting. Totalt er det 7 av informantene som har krysset for 3 svaralternativ.

Figur 2: Oversikt over pasientenes hovedsysselsetting fordelt i gruppen som går regelmessig til fysioterapi (JA), og de som ikke går regelmessig til fysioterapi (NEI). Spørsmål 6 del A: ”Hva er din hovedsysselsetting?” Kryss av for de alternativene som best beskriver din nåværende situasjon.”



. Regelmessig Ja, n= 272. Regelmessig Nei , n=235.

5.2.2 Bruk av helsetjenester generelt

Når det gjelder i hvilken grad pasientene har oppsøkt behandling hos andre yrkesgrupper er det ikke signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder behandling hos kiropraktor, men det er signifikant høyere antall pasienter som går regelmessig til fysioterapi som har oppsøkt akupunktør ($p=0.001$).

Pasienter som går regelmessig til fysioterapi har signifikant høyere bruk av andre helsetjenester når det gjelder alle typer radiologiske undersøkelser ($p<0.001$), sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig.

Når det gjelder undersøkelser hos legespesialister sammenlignet med de som ikke går regelmessig er det flere i gruppen av pasienter som går regelmessig til fysioterapi som har oppsøkt revmatolog og nevrolog ($p < 0.001$).

Tabell 2: Erfaring med bruk av andre helsetjenester for nåværende plager siste 5 år, og sammenligning av gruppene som går regelmessig til fysioterapi eller ikke.

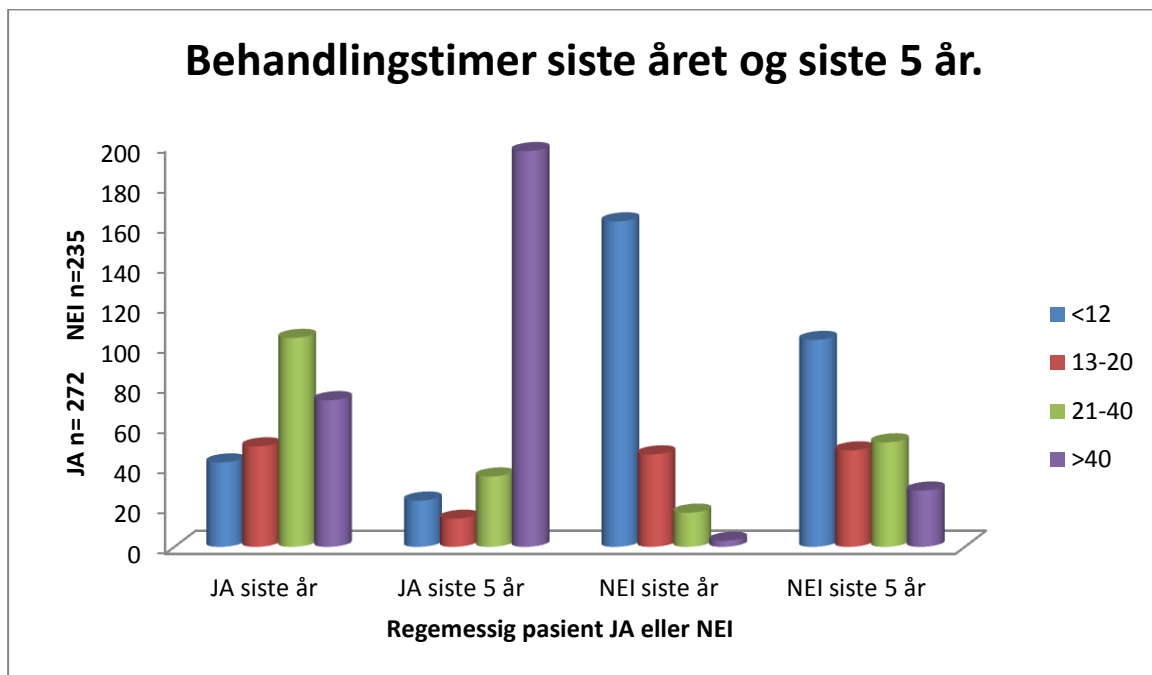
Helsetjenester	Alle n= 507 N (% av 507)	Regelmessig JA n=272 N (% av 272)	Regelmessig NEI n=235 N (% av 235)	P
Andre behandlere:				
Kiropraktor	124(24)	68(25)	56(24)	0.760
Osteopat/naprapat	64(13)	38(14)	26(11)	0.326
Akupunktør	145(29)	95(35)	50(21)	0.001
Psykolog	41(8)	29(11)	12(5)	0.022
Homeopat	16(3)	14(5)	2(1)	0.006
Aromaterapeut	22(4)	13(5)	9(4)	0.601
Kostholdsveileder	31(6)	22(8)	9(4)	0.046
Andre	57(11)	34(13)	23(10)	0.335
Undersøkelser:				
Røntgen	269(53)	171(63)	101(43)	<0.001
MR	285(56)	183(67)	103(44)	<0.001
CT	116(23)	88(32)	30(13)	<0.001
Ultralyd	56(11)	44(16)	13(5)	<0.001
Legespesialister:				
Ortoped	115(23)	60(22)	55(23)	0.718
Fysikalsk medisiner	133(26)	81(30)	52(22)	0.051
Revmatolog	61(12)	54(20)	7(3)	<0.001
Indremedisiner	32(6)	25(9)	7(3)	0.004
Nevrolog	73(14)	56(21)	17(7)	<0.001
Psykiater	27(5)	21(8)	6(3)	0.009
Andre	73(14)	40(15)	33(14)	0.832

Kategoriske data er presentert i antall og %. Kji-kvadrat test er benyttet til å sammenlikne kategoriske data. P *er satt til < eller lik 0.05.

5.2.3 Bruk av fysioterapi

Når det gjelder bruk av fysioterapi spesielt har pasienter som går regelmessig signifikant ($p < 0.001$) høyre antall fysioterapikonsultasjoner siste året og siste 5 år sammenlignet med de som ikke går regelmessig til fysioterapi. Kji-kvadrat tester viser at det er signifikant flere som har hatt mer enn 20 behandlingstimer siste året ($p < 0.001$) blant pasientene som går regelmessig til fysioterapi sett i forhold til de som ikke går regelmessig. Blant pasienter som går regelmessig har 65% oppgitt over 20 behandlingstimer siste året, mot 8% i gruppen som ikke går regelmessig. Det er også signifikant flere i samme gruppe som har hatt mer enn 40 behandlinger siste 5 år ($p < 0.001$), når vi sammenligner med de som ikke går regelmessig til behandling. Blant pasienter som går regelmessig har 72 prosent oppgitt mer enn 40 behandlinger mot 12% i gruppen av pasienter som ikke går regelmessig til fysioterapi.

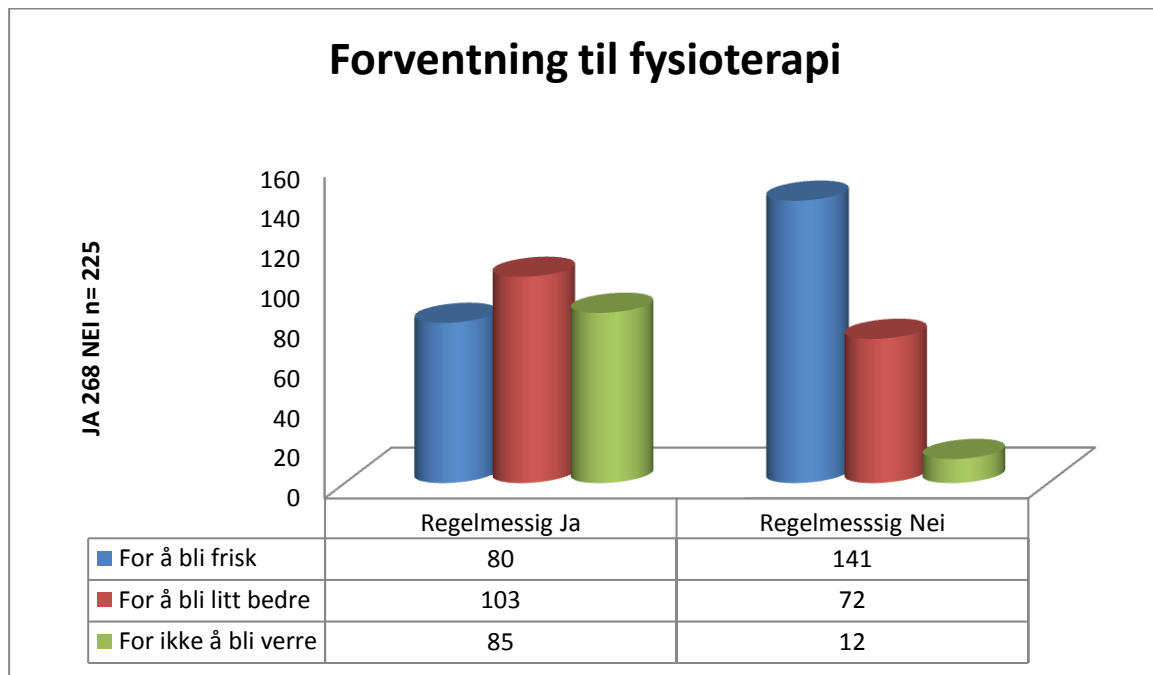
Figur 3: Antall behandlingstimer siste året og siste 5 år, fordelt i gruppen som går regelmessig til fysioterapi (JA) eller ikke (NEI). *Hvor mange behandlingstimer har du hatt siste 12 måneder og siste 5 år (n=507):*



Blant pasienter som går regelmessig er det missing på 3 (1%) i analyser av siste og og siste 5 år. Blant pasienter som ikke går regelmessig er det 6 (2%) missing siste år, og 4 (2%) siste 5 år.

Det er signifikant ($p < 0.001$) flere pasienter i gruppen som ikke går regelmessig som har forventning om å bli frisk av fysioterapi (60%), sammenlignet med de som går regelmessig (29%).

Figur 4. Forventning til fysioterapi. ”Hvorfor går du til fysioterapi nå?” Fordelt i de 2 gruppene, regelmessig Ja eller regelmessig nei som pasient hos fysioterapeut.



N= 493. Fra variabelen ”Hvorfor går du til fysioterapi nå” er 14 inkluderte tatt ut av analysene. Av disse informantene hadde 4 krysset av for flere alternativer og 10 var missing.

5.2.4 Smerteerfaring

Pasienter som går regelmessig til fysioterapi har signifikant ($p < 0.001$) flere smertelokalisasjoner med 2.8 mot 1.8 i gruppen av pasienter som ikke går regelmessig til fysioterapi. Når antall smertelokalisasjoner telles opp er det 55% av pasienter som går regelmessig til fysioterapi som har 3 eller flere smertelokaliseringer, (av disse har 12.5% alle fem mulig registrerte smertelokalisasjoner). Blant pasienter som ikke går regelmessig til fysioterapi er det 26% som har 3 eller flere smertelokalisasjoner (av disse har 2% alle fem mulige smertelokalisasjoner).

Pasienter som går regelmessig til fysioterapi har også signifikant ($p < 0.001$) høyere smerteskår på VAS enn gruppen som ikke går regelmessig.

Det er signifikant flere i gruppen som går regelmessig til fysioterapi med smertevarighet utover 1 år ($p < 0.001$), sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig. Blant pasienter som går regelmessig har 86% i hatt smerteplager i mer enn 6 måneder mot 58 % av pasientene som ikke går regelmessig til fysioterapi.

Tabell 3: Sammenligning av gruppene som går regelmessig til fysioterapi eller ikke når det gjelder smerteerfaringer.

Smerteerfaring Målt med enkeltspørsmål fra Ørebro	REGELMESSIG JA n= 272		REGELMESSIG NEI n=235		p
	n (% av 272)	Gj(SD)	n (% av 235)	Gj(SD)	
Smerte lokalisering (n) 1-5		2.8(1.4)		1.8(1.0)	<0.001
Smerteintensitet siste uke. 0-10		5.4(2.3)		4.4(2.1)	<0.001
Smertemestring. 0-10 0= kan ikke redusere smerter, 10= kan redusere smerter fullstendig		4.8(2.3)		4.8(2.5)	0.921
Smerte og søvn 0-10 0=kan ikke sove pga smerter, 10=sover uten smerter		6.6(2.5)		7.4(2.5)	0.001
Smertelokalisasjon:					
Nakke	180(66)		88(37)		<0.001
skulder/arm	179(66)		114(48)		<0.001
øvre del av rygg	124(46)		62(26)		<0.001
nedre del av rygg	149(55)		83(35)		<0.001
ben	104(38)		50(21)		<0.001
Varighet av nåværende smerteproblem					
< 3 mnd	14(5)		39(17)		
3-6 mnd	8(3)		39(17)		<0.001
6-12 mnd	20(7)		39(17)		
> 1 år	215(79)		97(41)		
Sykefravær på grunn av smerter					
Ingen	91(34)		104(44)		
< 3mnd	76(28)		74(32)		
3-6 mnd	21(8)		17(7)		<0.001
6-12 mnd	18(7)		9(4)		
>1 år	33(12)		3(1)		

Kji-kvadrat test er benyttet til å sammenlikne gruppene der det er kategoriske data. Det er gjort to-utvalgs T-test for å sammenligne de to gruppene mot kontinuerlige data. P er satt til < eller lik 0.05.

Når vi ser på antall missing på de ulike spørsmålene som omhandler smerter, tyder det på at vår antagelse om at flertallet i dette utvalget har smerte var riktig. Det er gjennomgående nokså lik antall missing for begge pasientgruppene med ca 6 % for alle spørsmål som omhandler smerteefaring.

5.3 Sammenheng mellom å gå regelmessig til fysioterapi og psykososiale faktorer.

Pasienter som har høy grad av psykososiale faktorer (105 eller mer på Ørebro screeningskjema for muskelskjelettsmerter) øker sannsynligheten med 3.8 for at en tilhører gruppen av pasienter som går regelmessig til fysioterapi. Odds ratio estimatet endres ikke når en justerer for demografiske variabler.

Tabell 5.						
Sammenhengen mellom psykososiale faktorer (sumskår Ørebro) og regelmessig bruk av fysioterapi (n=462)						
		Regelmessig fysioterapi			Odds ratio (95% KI)	Justert odds ratio (95% KI)
		Antall	Nei (%)	Ja (%)		
Alder (år)						
	<i>18 -29</i>	49	26 (53)	23 (47)	1.0 (ref)	1.0 (ref)
	<i>30-44</i>	157	79 (50)	78 (50)	1.1 (0.6-2.1)	1.1 (0.6-2.2)
	<i>45-59</i>	172	74 (43)	98 (57)	1.5 (0.8-2.8)	1.4 (0.7-2.8)
	<i>≥ 60</i>	84	32 (38)	52 (62)	1.8 (1.0-3.7)	1.9 (0.9-4.0)
Kjønn						
	<i>Mann</i>	136	71 (52)	64 (48)	1.0 (ref)	1.0 (ref)
	<i>Kvinne</i>	326	140 (42)	186 (57)	1.5 (1.0-2.2)	1.4 (0.9-2.1)
Utdanning						
	<i>Grunnskole</i>	27	11 (41)	16 (59)	1.4 (0.6-3.1)	0.8 (0.3-1.9)
	<i>Videregående</i>	100	42 (42)	58 (58)	1.3 (0.8-2.1)	1.0 (0.6-1.7)
	<i>Høyskole <4 år</i>	128	58 (45)	70 (55)	1.1 (0.7-1.8)	1.0 (0.6-1.6)
	<i>Høyskole ≥ 4 år</i>	207	100 (48)	107(52)	1.0 (ref)	1.0 (ref)
Psykososiale faktorer						
	<i>Lav skåre (<90)</i>	295	157(53)	138(47)	1.0 (ref)	1.0 (ref)
	<i>Moderat (90-105)</i>	60	29(48)	31(52)	1.2 (0.7-2.1)	1.2 (0.7-2.1)
	<i>Høy (>105)</i>	107	25(23)	82(77)	3.7 (2.3-6.2)*	3.8 (2.2-6.4)*

*statistisk signifikant ved 0.001 nivå. KI er konfidensintervall

Blant pasientene i denne studien som skårer høyt (> 105) på Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter har 15% oppsøkt psykolog og/eller 13% oppsøkt psykiater siste 5 år.

6 Diskusjon

6.1 Diskusjon av metode

6.1.1 Intern validitet

Det beste utgangspunktet ved spørreundersøkelser er ofte å benytte skjemaer som allerede finnes, og som er testet for validitet og reliabilitet (63). I denne studien er det benyttet et eget lagd skjema for demografiske variabler og bruk av helsetjenester. Det ble gjennomført en pilot på spørreskjema for å undersøke om spørsmålene var forståelig, og for å avdekke eventuelle feil. Det ble rapportert inn noen svakheter som ble rettet opp før det endelige spørreskjema ble trykket.

I studien har vi også benyttet Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter som er utviklet for å kartlegge psykososiale faktorer hos pasienter med muskel- og skjelettsmerter, og skjemaet har tidligere vist seg å være et godt verktøy for å predikere risiko for utvikling av langvarige muskel- og skjelettsmerter (18, 51, 52, 57). Det diskuteres nå om bruk av sumskår er godt egnet til å predikere risiko da det er problemer i forhold til sensitivitet og spesifisitet særlig for gruppen som har moderat sumskår, og at skjema heller anbefales til bruk for klinikere til å finne hvilke psykososiale faktorer den enkelte pasient eventuelt trenger hjelp til (51). I denne studien bruker vi ikke skjema for å predikere, men for å se på grad av psykososiale faktorer og mener dette måleinstrument er egnet til å identifisere pasienter med høy grad av psykososiale faktorer, selv om sumskåren ikke sier noe om hvilke psykososiale faktorer pasienten har problemer med. Fordeler med skjema er at spørsmålene er lette å forstå og det tar kort tid å fylle ut og skåre. Det er lite missing både for egenproduserte skjema og Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter, noe som kan bety at informantene har forstått spørsmålene og at spørsmålene er relevante.

For å gruppere utvalget og få svar på om informantene gikk regelmessig til fysioterapi eller ikke er følgende spørsmål benyttet: "*Går du vanligvis regelmessig til behandling hos fysioterapeut?*" (spørsmål 14). I spørsmålet er ikke begrepene *vanligvis* eller *regelmessig* definert, noe som kan ha gitt rom for tolkninger, og er en svakhet ved spørsmålet. Det var

lite missing (7 informanter som vi tolket hadde misforstått² og 2 ubesvarte), noe som tyder på at informantene generelt har forstått spørsmålet, og resultatene viser at gruppen med pasienter som definerer seg til vanligvis å gå regelmessig til fysioterapi oppgir høyt antall behandlingstimer hos fysioterapeut siste 5 år. Oppsummert kan en si at dette tyder på at spørsmålene fanger opp en pasientgruppe som går regelmessig til fysioterapi over flere år, og resultatene kan si noe om en gruppe pasienter som vanligvis går regelmessig til behandling hos fysioterapeut.

Noen spørsmål knyttet til smerte- og behandlingserfaring krever at informanten husker tilbake i opptil 5 år. Det er derfor en fare for at systematiske feil på grunn av recall bias oppstår, at pasientene ikke husker godt nok tilbake, og at pasientene er påvirket av nåværende situasjon (64). Når det gjelder antall behandlinger hos fysioterapeut siste 5 år ser det ut til at pasienter som går regelmessig underrapportere når vi ser dette i sammenheng med hvor hyppig de vanligvis går til behandling i dag. Ut fra data ser det også ut til å vært noe misforståelser når det gjelder antall behandlinger siste år og siste 5 år, noe som kan gi noe usikkerhet rundt disse data og for grupperingen av utvalget.

Det er totalt sett ingen stor forskjell på de to pasientgruppene når det gjelder alder, kjønn og utdanning, noe som tolkes som en styrke for grupperingen og intern validitet (54).

Det er alltid en fare for at både systematiske og tilfeldige feil oppstår når data skal legges inn i dataprogrammet. For å minimere sjansen for slike feil i denne studien, har eksamenskandidat hatt hjelp av forskerassistenter til å legge data inn i Spss, og materialet er dobbeltkontrollert.

I denne studien fant vi at 53% av pasientene gikk regelmessig til fysioterapi. Det er en styrke at materialet har et godt utvalg til å belyse problemstillingen da gruppene fordeler seg slik at vi har mye data om begge. Teststyrke er avhengig av blant annet størrelsen på utvalget, og studien har et stort uvalg med 507 inkluderte som gir god styrke (60) til å kunne identifisere om det er forskjeller mellom gruppene. Det er dog en sjanse for å forkaste nullhypotesen selv om den er sann (type 1 feil) fordi ubetydelige forskjeller mellom gruppene kan gi signifikante forskjeller i et stort utvalg. Et eksempel i materialet er aldersforskjellen i gruppene som viser at gruppen som går regelmessig er signifikant eldre en gruppen som ikke går regelmessig, og det dreier seg om gjennomsnittlig 2.8 år, noe som ikke er betydelig i klinisk sammenheng. Mange analyser i store materialer kan føre til at noen p verdier blir tilfeldige,

² Se metodekapittel 3.6.1.

eller sjansen øker for at dette inntreffer (60). Det kan benyttes strengere p-verdi eventuelt benytte post-hoc tester, men dette er ikke gjort i denne studien da forskjellene er såpass store med høye signifikantverdier at et strengere signifikansnivå neppe hadde endret resultatene vesentlig.

I den logistiske regresjonsanalysen er en tredelt skår av psykososiale risikofaktorer valgt og gir antall på 60 i gruppen som skårer moderat. Det er en svakhet at en av tre grupper er så liten (n=60), men gruppeinndelingen er likevel valgt fremfor kontinuerlig sumskår da den største sammenhengen mellom det å gå regelmessig og psykososiale risikofaktorer er hos gruppen som har høyest sumskår (n=107).

6.1.2 Ekstern validitet

Undersøkelsen ble gjennomført i løpet av en uke i januar 2010. Vi antar at en tilfeldig valgt uke vil gi et godt representativ utvalg av pasienter ved instituttet som oppsøker fysioterapi også andre uker i kalenderåret.

Studien vurderes som sterk i forhold til deltagelse (93%) og svarprosent (91%). Det faktum at tilnærmet alle pasienter skulle inkluderes i studien, at prosjektmedarbeiderne selv arbeidet ved instituttet og den korte innsamlingsperioden, bidro trolig til høy deltagelse og svarprosent.

Instituttet der undersøkelsen ble gjennomført ligger midt i sentrum av Oslo der mange jobber og få bor. De rekrutterte i utvalget er relativt unge, høyt utdannede og mange er i arbeid, noe som kan bety at dette kan være et selektert utvalg. Til tross for at de har langvarige smerter og bruker hyppig fysioterapitjenester og flere andre helsetjenester er utvalget velfungerende med tanke på arbeidsførhet. Tilgjengeligheten til helsetjenester i en storby som Oslo kan ha betydning for grad av bruk av disse helsetjenestene, og gi et annet resultat enn for eksempel for pasienter som går til fysioterapi i mindre tettbygde strøk.

Når det gjelder alder har ett større studie (n=175 000) som sammenlignet pasienter over 18 år som mottok fysioterapi i USA, Israel og Nederland i 2005 rapporterer snittalder rundt 51 år (12). I en studie som undersøkte pasientkarakteristika blant voksne pasienter hos manuellterapeuter med primærkontaktfunksjon i Oslo (n=77) var gjennomsnittsalder 43 år og 77% hadde høyere utdanning (10). Dette er en liten studie men kan antyde en trend om at pasientene som oppsøker manuellterapi i Oslo er noe yngre og har høyere utdanning enn

pasienter som oppsøker fysioterapi ellers. Det er også mulig at vi har rekruttert et særlig høyt antall kvinner med høyre utdanning da det er mange arbeidsplasser for denne gruppen i området for praksisen der studien ble gjennomført.

Instituttet der undersøkelsen ble gjennomført får henvist pasienter fra fysioterapeuter og leger både i og utenfor sykehus, ofte på bakgrunn av omdømme. Erfaringsmessig oppsøker noen pasienter instituttet der studien ble gjennomført fordi de ønsker spesialistkompetansen Manuellterapi med primærkontaktrollen, noe som kan gi en selekterte gruppe pasienter som søker nettopp denne tjenesten. Det er trolig at instituttet på bakgrunn av spesialkompetansen i Manuellterapi rekrutterer hovedsakelig pasienter med muskel- og skjelettsmerter. Ved instituttet har hoveddelen av terapeutene driftstilskudd og refusjonsrett, noe som betyr rimelig eller gratis behandling for pasientene. Det gir betydelig høyere kostnad å oppsøke fysioterapeuter som arbeider uten disse tilskuddsordningene. Denne økonomiske faktoren kan gi utslag i forhold til hvem som søker institutt med tilskuddsordninger. I vårt utvalg er det et høyt antall informanter som har langvarige smerter der hele 79 prosent av pasientene som går regelmessig og 41% av pasientene som ikke går regelmessig til fysioterapi har hatt sitt smerteproblem i mer enn 1 år. Trolig vil pasienter som har diagnoser med langvarige forløp og rett til hel eller delvis subsidiert fysioterapi i større grad oppsøke fysioterapeuter med refusjonsrett slik dette instituttet har.

Det kan være et selektert utvalg i denne studien, men studiens resultat kan generaliseres til utvalg som har samme demografiske karakteristika. Det er en svakhet at undersøkelsen ble gjort ved kun ett institutt, og spørsmålet blir således om resultatene kan generaliseres til andre fysioterapipraksiser. Trolig kan vi generalisere resultatene til å gjelde tilsvarende praksiser i sentrale bystrøk der det arbeider manuellterapeuter med/uten primærkontaktfunksjon, og der terapeutene har rett til trygderefusjon.

6.2 Diskusjon av resultat

6.2.1 Kjennetegn ved pasienter som går regelmessig til fysioterapi, sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig.

Demografiske variabler

Når det gjelder demografiske variabler er gruppen av pasienter som går regelmessig til fysioterapi i denne studien noe eldre, færre er i arbeid og flere mottar trygdeordninger, sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig. De to pasientgruppene er sammenlignbare i forhold til kjønn og utdanning. Til tross for de nevnte forskjellene er statistisk signifikante, skiller ikke undersøkelsens demografiske faktorene gruppene betydelig og kan ikke forklare hvorvidt pasienter er regelmessig brukere av fysioterapi eller ikke. Hele pasientgruppen er relativt unge, høyt utdannet og holder seg i arbeid.

Når det gjelder alder er gruppene sammenlignbare for pasienter under 45 år³, over denne alderen er det en tendens til at økende alder gir økende sjanse for å være i gruppen som går regelmessig til fysioterapi. Funnet kan antyde at økende alder gir økende bruk av regelmessig fysioterapi noe som kan forklares ved at de fleste kroniske smertetilstander blir vanligere med økende alder (3). Statistisk sentralbyrå fant i en levekårsundersøkelse fra 2005 at kontakthypigheten med fysioterapi øker med økende alder (65). Det kan samtidig argumenteres for at aldersforskjellen ikke er betydelig da gruppen som går regelmessig til fysioterapi sett under ett i gjennomsnitt kun er 2,8 år eldre. Det er imidlertid også vanskelig å generalisere da det finnes lite studier å sammenligne med utover den danske studien som også inkluderte barn (0-19 år), der barna var gruppen som i størst grad hadde lange behandlingsforløp (9).

Det er interessant at det ikke er forskjeller når det gjelder hvordan kjønn fordeler seg i de to pasientgruppene, når det er en tydelig overrepresentasjon av kvinner som oppsøkte fysioterapi i denne studien og flere tidligere studien (9-13, 65). Dette kan mulig henge sammen med at det er flere kvinner enn menn som rapporterer kroniske muskel- og skjelettplager (40), i tillegg er det også påstander om at helseadferd for kvinner og menn er forskjellig slik at det

³ Se resultatkapittel 5.3, tabell 5.

kan tenkes at kvinner i større grad enn menn oppsøker fysioterapi for å forebygge skade og styrke helse slik det er rapportert når det gjelder bruk av alternativ behandling (66). Det danske studiet hadde tilsvarende funn som denne studien med høyeste antall kvinner i totalmaterialet, mens menn i noen større grad enn kvinner hadde langvarig behandlingsforløp (9). Hva kan funnet i disse studiene bety? I vårt materiale kan instituttets tradisjonelt høye antall pasienter med Mb. Bechterevs diagnose mulig ha betydning for denne fordelingen, og det kan være interessant å undersøke om diagnoser har betydning i forhold til om man er regelmessig pasienter hos fysioterapeuter eller ikke, og om dette kan knyttes til kjønn. Et større studie i Trondheim indikerer at noen typer diagnoser er kjennetegn for menn som oppsøker fysioterapi (11).

Utdanningsnivå som er generelt høyt fordeler seg tilnærmet likt i de to gruppene, og ser ikke ut til å ha noen betydning for hvorvidt man går regelmessig til fysioterapi eller ikke. Det er tidligere funnet at pasientgrupper med lav utdanning og inntekt bruker mye helsetjenester sammenlignet med pasientgrupper med høy utdanning og inntekt (67). Funnet i denne studien viser at pasienter med høy utdanning også bruker mye helsetjenester, og funnet støttes av en undersøkelse utført av Statistisk Sentralbyrå i 2009 der andelen som bruker helsetjenester i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten øker med høyere utdanning og inntekt (68). I vårt materiale har begge pasientgrupper benyttet mange helsetjenester siste 5 år, men vi vet ikke i hvilke grad disse er benyttet utover bruk av fysioterapi der de fleste som går regelmessig i følge definisjon fra Statistisk sentralbyrå er i kategorien storbrukere med mer enn 10 behandlinger i løpet av et år (67). Selv om færre av pasientene som går regelmessig til fysioterapi er i arbeid (71 %) sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig (86%) har pasientgruppen som går regelmessig høy arbeidsdeltagelse vurdert opp mot arbeidskraftundersøkelse i Norge i 2012. (69). På den ene siden kan funnet indikere at høyt utdannede pasienter med diagnoser med langvarige forløp i større grad oppsøker helsetjenester de tror de vil ha nytte av, og/eller at gruppen har god kunnskap om hva som skal til for optimal helse, og at dette igjen kan føre til at de holder seg helt eller delvis i arbeid. På den andre siden kan det handle om tilgjengelighet da instituttet ligger i et området der mange arbeider.

Bruk av fysioterapi, andre helsetjenester og smerteerfaring

Når vi i utgangspunktet for denne studien ønsket å finne mer ut om pasienter som går regelmessig til fysioterapi var det på bakgrunn av erfaringer og fysioterapeuters frustrasjoner i klinikken med pasienter som ikke ønsket å avslutte behandlingen til tross for lite endringer i funksjon og symptom.

Studiens resultater viser at fysioterapeuter har et utfordrende "klientell" i sin praksis. Pasientgruppen som går regelmessig til fysioterapi utgjør over halvparten av de som oppsøkte fysioterapi i denne studien, og 29% har forventning om å bli frisk. Pasienter som går regelmessig benytter fysioterapi i høy grad, benytter mye andre helsetjenester og har mer smertelager sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig. Selv om det er forskjeller på gruppene har begge pasientgruppene mye smerter og bruker mye helsetjenester, og gir ikke et entydig bilde som forklarer hvorvidt man er i den ene eller andre gruppen.

Det kan argumenteres for at når pasienter ønsker å gå regelmessig til fysioterapi kan man anta at de selv mener det har betydning. I klinikken opplever vi at pasienter forteller at behandlingen hjelper dem å holde seg i arbeid, slik denne studien viser at mange av de gjør. De kommer for å trene, vedlikeholde og/eller bli bedre. Den mest innlysende forklaringen på at pasienter som går regelmessig har høyt forbruk av fysioterapi og enkelte andre helsetjenester samt rapporterer mer smerter er at disse pasientene er betydelig plaget og har diagnoser som gir behov for behandling og ytterligere undersøkelser, og i større grad har diagnoser som omhandler nevrologi og reumatologi sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig. Selv om det er betydelige kostnader ved fysioterapi, kan det være samfunnsøkonomisk besparende om fysioterapi hjelper til å holde pasienter med langvarige smertelager i arbeid og selvhjulpne i ADL. Vi kan tenke oss at fysioterapi for pasienter med langvarige smerter kan lindre, vedlikeholde funksjon, og øke pasienters forståelse for egen situasjon og at denne hjelpen også kan begrense medikamentell bruk. Noe diagnoser med langvarig forløp har også retningslinjer som anbefaler regelmessig fysioterapi slik som ved ulike typer atrose (70). Det at fysioterapeuter er blant helseaktørene i dagens offentlige helsetjeneste som fysisk tar mye på, og har mye tid sammen med pasienten kan åpne opp for samtaler og gi god mulighet for informasjonsdeling som igjen kan trygge pasienter. Disse faktorene kan vi tenke oss også kan bidra til å begrense unødvendig bruk av mye andre helsetjenester. Mange fysioterapeuter i klinikken bruker denne argumentasjonen med forebygging, lindring og vedlikehold, når de forklarer hvorfor de har mange pasienter gående

til behandling uten tilfriskning. Studiens funn kan indikere at fysioterapi er viktig for forebygging, linding av plager og vedlikehold av funksjon slik at pasienter med langvarige smerteplager holder seg i arbeid. Det er viktig at tjenesten ikke bygges ned, men opprettholdes eller økes i forhold til økende innbyggertall og den høye forekomsten av langvarige muskel- og skjelettplager i befolkningen.

Selv om pasienten selv mener behandlingen har betydning betyr det ikke nødvendigvis at fysioterapi er den optimale medisinske behandling, og det kan argumenteres for at det foregår overbehandling av en del pasienter med langvarige smerteplager hos fysioterapeuter. Mange pasienter kommer til fysioterapi med ønske om kun passiv behandling der de vil legge seg ned på benken, ønsker massasje og forventer at fysioterapeuten skal reparere skaden/plagen. Flere studier peker på at når pasienter har multiple smerteområder og langvarige smerter slik gruppen som går regelmessig i større grad har gir passive behandlingsformer lite varig effekt. Og at til tross for ny evidensbasert smertekunnskap fortsetter fysioterapeuter å benytte passive behandlingsmetoder over lange tidsrom selv om effekt uteblir (71). Den danske undersøkelsen fant at 79 % av pasientene med universelle lidelser (utbredet smerter), hadde hatt langvarige behandlingsforløp og at det var signifikant flere enn blant pasienter med lokaliserte lidelser (9). Kanskje bør fysioterapeuter tenke nytt når det gjelder langvarig behandling og smerte. Dersom den regelmessig behandling fokuserer på smertedempning kan det skape en situasjon der pasienten kjenner seg avhengig av behandling og i liten grad opplever kontroll over egen situasjon. I tillegg kan det å gå regelmessig til aktører i helsevesenet gi uohensiktsmessig mye oppmerksomheten mot en plage som i lys av ny smerteforståelse igjen kan gi økt smerte og sykeliggjøring (72).

Det er 54% av pasientene som går regelmessig til fysioterapi i vårt materiale, i det danske studiet var det 47% (9). Det kan være et problem dersom tilnærmet halvparten eller flertallet av pasientene går til fysioterapi langvarig regelmessig. Dette vil redusere mulighet for å hjelpe mange for den enkelte fysioterapeut i primærhelsetjenesten. Praksisen der denne studien fant sted består hovedsakelig av manuellterapeuter med primærkontaktrollen, og en så høy andel med pasienter som går regelmessig kan bidra til å undergrave ordningen med primærkontaktrollen. Dersom arbeidsdagen i så stor grad består av pasienter som går langvarig regelmessig, blir lite ledig tid til å undersøke nye pasienter og intensjonen om primærkontaktfunksjonen blir ikke lett å imøtekomme.

Når det gjelder forventninger til fysioterapi er det interessant at 29% i gruppen som går langvarig regelmessig til fysioterapi har forventning om å bli frisk noe som kan indikere at det er en gruppe pasienter som har mulighet for fullstendig tilfriskning, men med lang rehabiliteringstid og at fysioterapeuten holder liv i håp om bedring. Funnet kan også tolkes til at det er uavklarte forventninger mellom pasient og terapeut da det ut fra dagens kunnskap er lite trolig at langvarig smerteplager kan ende i symptomfrihet. Forventning kan vise seg å ha stor betydning, en nylig publisert studie fant at pasientens beslutning om å gjennomgå kirurgi ved rotatorcuffskade var mer påvirket av lave forventninger om effektivitet av fysioterapi enn av symptomer eller anatomiske trekk ved skaden (73). Forhåpentligvis får betydning av pasienters og terapeuts forventning større plass i fremtidige studier innen det medisinske felt.

Hvordan kan vi forstå at også pasientgruppen som ikke går regelmessig har langvarig smerter og bruker mye helsetjenester? En måte å forstå dette på er at mange pasienter som oppsøker fysioterapi har skader/smerteplager med behov for fysioterapi før og etter eventuell kirurgi, eller for å unngå kirurgisk inngrep. Denne gruppen benytter ofte flere helsetjenester over lengre perioder da det er vanlig etter en del skader og smerteplager at opptrening tar rundt 6 måneder og kirurgi ofte først skjer 6-12 måneder etter skade/symptomstart. Dette at gruppene mestrer smerter i samme grad kan også henge sammen med at pasientgruppen som ikke går regelmessig består av en del pasienter som er nyopererte eller har hatt traumer, begge tilstander, som kan gi smerter mange pasienter rapporterer vanskelig å mestre.

En annen måte å forstå den høye bruken av helsetjenester på er påstanden om at det er en trend i tiden at vi i større grad oppsøker helsetjenester for å konstantere at vi er friske, mens vi tidligere oppsøkte helsetjenester kun ved sykdom (64). I undersøkelsen "Helse- flere velger alternativt" fra 2010 var det slik at de som velger alternativ behandling også i større grad oppsøkte ulike legetjenester (66) enn de som ikke benyttet alternativ behandling. Totalt 85 prosent av den norske befolkningen var hos allmennlege eller spesialist i 2008 (64). At vi bruker helsetjenester i så vidt stor grad, kan ses i sammenheng med det som omtales som medikalisering av samfunnet. Både endringer i tilgjengelighet til helsetjenestene og endringer i syn på begrepene god helse/ansvar for egen helse kan ha ført til at at befolkningen nå i større grad enn tidligere oppsøker fysioterapi for å undersøke om de er friske, som forebyggende tiltak og for å styrke egen helse. Dette understøtter også behovet for at pasienter kan møte helseutøvere som har tid til å forklare forskjeller på sykdom, skade og normalvariasjoner, samt informer pasienten om hvordan de kan håndtere dette på best mulig måte selv.

Begge pasientgruppene rapporterer langvarige smerte. Vi vet at smerter ofte er årsak til at behandling søkes, og mange har stor tiltro til fysioterapi (4). Befolkningsundersøkelser viser at mellom 30% - 51% av den norske befolkning rapporterer smerter som har vart i 3 måneder eller mer (40, 43, 74) og tyder på at langvarige smerteplager er svært vanlig i Norge. Når rundt 15% prosent av den norske befolkning oppsøker fysioterapi årlig (67) kan det åpne for muligheten at noen pasienter som går til fysioterapi kan oppsøke fysioterapi for smerteplager som andre vurderer som en normalvariasjon i livet, eller håndterer på andre måter enn ved å oppsøke fysioterapi. Når helsevesenet tradisjonelt sett har behandlet, og fortsatt behandler smerte som et symptom på underliggende patologi (37), kan dette føre til at flere mennesker med normale smertevariasjoner og plager fra muskelskjelett som oppsøker helsevesenet blir der lenger enn hensiktsmessig. På den andre siden kan vi tolke at siden mange i denne studien med langvarig smerteplager ikke går regelmessig til fysioterapi har de allerede hatt nytte av fysioterapi og ”hjelp til selvhjelp”, og fysioterapeuten er en nyttig og viktig aktør som kan trygge pasienter på hva som er normal smerte. Funn omkring smerter i studien synliggjør hvor viktig det er at fysioterapeuter har god smertekunnskap og god tid til å forklare smertemekanismer. For å raskere integrere ny smertekunnskap i klinikken kan et tiltak bestå i opplæring av fysioterapeuter innen oppdatert smerteklassifisering, og innføring av måleinstrumenter som for eksempel måleskjema til hjelp i klassifiseringen. På den måten kan tiltakene for den enkelte smertepasient bli mer differensiert og målrettet. Optimal tiltak for pasienten og optimale ressursbruk for samfunnet. Det vil være hensiktsmessig å få til dette i primærhelsetjenesten før smertene har blitt langvarige og invalidiserende for pasienten. I tillegg er det viktig at smerteklinikker opprettholdes og kan oppdatere og formidler smertekunnskap ut i primærhelsetjenesten. Funn som omhandler smerter i denne studien åpner for nye spørsmål omkring hvem som oppsøker helsetjenesten for sine smerteplager, og hvordan helsevesenet møter pasienter som kommer hovedsakelig på grunn av smerteplager.

6.2.2 Sammenheng mellom å gå regelmessig til fysioterapi og psykososiale faktorer.

Denne studien viser at høy skåre på psykososiale faktorer målt med Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter er assosiert med regelmessig bruk av fysioterapi. Også i den danske undersøkelsen fant man at psykososiale lidelser var assosiert med langvarig behandlingsforløp (9). Funnet stemmer også godt overens med funn fra studier som omhandler hyppige brukere hos allmennleger (14).

Sammenhengen synliggjør at fysioterapeuter må være observante på at pasienter kan ha behov for annen intervensjon i tillegg til, eller istedenfor fysioterapi. På nettsidene til Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI) står det at ” pasienter med høy skår på Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter også ofte responderer dårlig på behandling tilgjengelig i primærhelsetjenesten (49).” Dette utsagnet bygger slik jeg forstår det på en studie, og det står lite om hvordan dette kan måles opp mot behandlingseffekt i spesialisthelsetjenesten, så her er det behov for flere undersøkelser. Og dersom effekten av å gå til fysioterapi i primærhelsetjenesten er å holde pasienter i arbeid er det kanskje et godt tiltak da det å holde seg i arbeid anses som viktig for å bedre/vedlikeholde psykososiale aspekter.

Det er viktig å ha i minnet at det å ha langvarig muskel- og skjelettsmerter ikke nødvendigvis ledsages av høy grad av psykososiale faktorer, i studien var det 47 % av pasientene som går regelmessig som hadde lav skår på psykososial risikoprofil. Vi kan ikke snakke om noe årsak/virkningsforhold verken den ene eller andre veien. Men funnet i undersøkelsen gir mistanke om at pasientgruppen som har høy grad av psykososiale faktorer og går regelmessig til fysioterapi kan være den samme pasientgruppen som fysioterapeutene opplever sliter med ”hvordan de tar det”, og som er lite villige til å gi slipp på terapeuten selv om terapeuten melder at hun eller han har lite å tilføre pasienten. Fra klinisk ståsted diskuteres det om pasienter opplever at det å gå til fysioterapi er mer legitimt enn for eksempel å oppsøke psykolog. Blant pasientene i denne studien som skårer høyt på Ørebro screeningskjema for muskel- og skjelettsmerter har 15% oppsøkt psykolog og/eller 13% oppsøkt psykiater siste 5 år. Et studie fra allmennpraksis i Finland fant at pasienter som går hyppig til allmennleger er signifikant mer ”distressed” enn andre pasienter, men deres egenopplevde behov for psykiatriske tjenester var lav og skilte seg ikke fra andre pasienters selvopplevde behov for psykiatriske tjenester (75). Siste årene har det vært en liten nedgang i antall nye tilfeller med

muskel- og skjelettplager når det gjelder uføreytelser i Norge, mens det har vært en økning i ytelse knyttet til lettere psykiske lidelser. Det diskuteres om dette er et uttrykk for at diagnosen lettere psykiske lidelser har vært kamouflert i en del muskel- og skjelett-diagnoser (7), slik at helseaktører og pasienter har fokusert på de fysiske plager og behandling av disse, selv om hovedårsaken til plagene kan skyldes lettere psykiske lidelser som angst og depresjoner.

Det diskuteres i den danske studien på bakgrunn av at psykososiale lidelser var assosiert med langvarig behandlingsforløp om det er rimelig at pasienten skal behandles hos fysioterapeuter og ikke av andre faggrupper (9). Som fysioterapeuter og manuellterapeuter opplever vi ofte at pasienter i behandlingsforløp viser tillit til oss, og begynner å samtale om temaer som tydelig har vært vanskelig å åpne opp for tidligere – og som kan ha klar sammenheng med fysiske plager. Det er mange psykiske plager som synliggjør seg i kroppslige tegn, ofte kalt psykosomatiske plager. Mange mener at fysioterapeutens fysiske tilnærming med ”hands on” teknikker og mulighet for lengre konsultasjonstid enn andre grupper i primærhelsetjenesten er med på å bygge denne tilliten. Erfaringer fra klinikken indikerer at de fleste fysioterapeuter implimenterer kognitiv tilnærming, både systematisk og usystematisk i sin behandling. Flere miljø innen fysioterapi og manuellterapi har også allerede i mange år lagt vekt på å implementere kognitiv tilnærming i behandlingen, og et nyere studie (76) viser bedre effekt for kognitiv tilnærming enn tradisjonell ”hands on” MT ved uspesifikke ryggsmertene noe som kan støtte teorien på at det er viktigere ”hvordan man tar det, enn hvordan man har det”. Vi kan heller ikke utelukke at fysioterapi kan gi god hjelp til en gruppe pasienter med lettere psykiske lidelser til for eksempel å holde seg i arbeid. Selv om fysioterapeuten anbefaler pasienter med psykiske plager/lidelser behandling hos psykolog er det ikke alltid pasienten selv ønsker en slik behandling, da vi opplever at mange fortsatt assosierer psykiske plager med skam og stigmatisering. For lettere psykiske lidelser kan det være en bra ting at fysioterapeuter kan være en slags ”brobygger” i dette helselandskapet, men mange fysioterapeuter og fastleger fortviler over at det ikke er flere psykologer med tilskuddsordninger å henvise til i primærhelsetjenesten.

Det er viktig at det bli økt fokus for alle fysioterapeuter i primærhelsetjenesten om den mulige sammenhengen mellom langvarige smertepilager og psykososiale faktorer hos en del pasienter. Mye fanges i dag opp i anamnesen, men trolig kan tidlig kartlegging av psykososiale faktorer kanskje for alle nye pasienter som kommer til fysioterapi bidra til at vi

raskere kan definere behov og ta hensyn til dette i behandlingssituasjon og/eller henvide pasienten videre til andre yrkesgrupper. Pasientgruppen med høy skåre på psykososiale faktorer vil trolig ha behov for en tverrfaglig tilnærming. Det er umiddelbart ikke slik at dette må eller bør skje i spesialisthelsetjenesten. Det tverrfaglige samarbeidet i primærhelsetjenesten har forbedringspotensial. Ett innspill i forhold til bedring av dagens praksis er at man i fremtiden bør satse på klinikker i primærhelsetjenesten der ulike fagmiljø samles under ett tak for å bedre muligheten til å hjelpe pasienter til riktig intervensjon. Dersom for eksempel leger, psykologer, fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer og ergoterapeuter jobbet i samme fysiske miljø er det grunn til å tro at det vil bedre den tverrfaglige tilnærmingen for pasienter også i primærhelsetjenesten. Tverrfagligheten kan redusere sjansen for at pasienter har høyt forbruk av både fysioterapi og andre helsetjenester. Helsemyndighetene kan premiere og stimulere til denne tenkningen via driftstilskuddsordninger.

6.2.3 Veien videre

Ut fra funn i denne undersøkelsen anbefales videre studier knyttet til langvarig regelmessig fysioterapi, gjerne gjennom kvalitative studier for å forstå mer av grunnene til at pasienter går regelmessig, og/eller kohortestudier for å undersøke hvorvidt pasienter med høy grad av psykososiale faktorer fanges opp i primærhelsetjenesten og får adekvat behandling

7 Konklusjon

Studien har hatt til hensikt å undersøke hva som kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi sammenlignet med pasienter som ikke går regelmessig.

Studien viser at pasienter som går regelmessig til fysioterapi til tross for signifikante forskjeller i enkelte demografiske variabler og for bruk av enkelte helsetjenester samt smerteerfaring ikke skiller seg betydelig fra pasienter som ikke går regelmessig. Hele pasientgruppen er relativt unge med høy utdannelse og holder seg i arbeid til tross for at de har langvarige smerter og bruker mye helsetjenester.

Studiens hovedfunn er at pasienter som skårer høyt på grad av psykososiale faktorer er assosiert med regelmessig bruk av fysioterapi. Funnet understreker at det er viktig for fysioterapeuter å kartlegger psykososiale faktorer hos sine pasienter, da pasienter kan ha behov for en annen oppfølging samtidig med, eller i stedet for fysioterapi. Funnet synliggjør også behovet for godt tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten.

Ut fra funn i denne undersøkelsen anbefales videre studier knyttet til langvarig regelmessig bruk av fysioterapi, gjerne gjennom kvalitative studier for å forstå mer av årsaken til at pasienter går regelmessig, og/eller cohortestudier for å undersøke hvorvidt pasienter med høy grad av psykososiale faktorer fanges opp i primærhelsetjenesten og får adekvat behandling.

En slik videre forskning vil være nyttig for å kunne diskutere hvorvidt langvarig regelmessig fysioterapi er hensiktsmessig for (hvilke) pasienter og samfunn.

8 **Prosjektorganisasjon**

Forskningsansvarlig er Avdeling for helsefagvitenskap, Universitetet i Oslo.

Prosjektansvarlig er Professor Anne Marit Mengshoel.

Eksamenskandidat Gro Opseth og Manuellterapeut Gustav Bjørke er prosjektledere.

Veiledere er Professor Anne Marit Mengshoel og Professor Astrid Kloppestad Wahl.

Litteraturliste

1. Nasjonalt ryggnettverk. Ihlebæk C LE. Plager flest - koster mest - muskel - skjelettlidelser i Norge. 2004.
2. Ihlebaek C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian journal of public health*. 2002;30(1):20-9. PubMed PMID: 11928829. Epub 2002/04/04. eng.
3. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten Helsetilstanden i Norge. 2010.
4. Fysioterapeuten. Muskel og skjelett: Stor tiltro til fysioterapeuter. <http://www.fysioterapeuten.no/2004-04/Art4.html> [Internet]. 2004.
5. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science & medicine*. 2008;66(1):182-8.
6. NOU. Kvinners helse i Norge. In: Oslo S-oh, editor. 1999.
7. Ihlebæk C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. Forekomst av muskelog skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 2010;130(23):2365.
8. Boersma K, Linton SJ. Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *The Clinical journal of pain*. 2005 Jan-Feb;21(1):38-43; discussion 69-72. PubMed PMID: 15599130. Epub 2004/12/16. eng.
9. Gregersen H, Gregersen S, Deleuran BW, Kristensen MS. [Factors of significance for short or prolonged duration of physiotherapeutic treatment from private practicing physiotherapists]. *Ugeskrift for læger*. 1989 May 8;151(19):1184-6. PubMed PMID: 2734895. Epub 1989/05/08. Faktorer af betydning for kort og langvarigt behandlingsforløb hos privatpraktiserende fysioterapeut. dan.
10. Ødegaard TT. Hva karakteriserer pasienter som kommer til manuellterapi i primærkontaktfunksjonen. 2008.
11. Vasseljen O. Pasienter i privat praksis. *Fysioterapeuten*. 2002 (5):13-8.
12. Swinkels IC, Hart DL, Deutscher D, van den Bosch WJ, Dekker J, de Bakker DH, et al. Comparing patient characteristics and treatment processes in patients receiving physical therapy in the United States, Israel and the Netherlands: cross sectional analyses of data from three clinical databases. *BMC health services research*. 2008;8:163. PubMed PMID: 18667062. Pubmed Central PMCID: 2533658. Epub 2008/08/01. eng.
13. Gregersen H, Kristensen MS, Deleuran BW, Gregersen S. [The clientele of physiotherapists in private practice]. *Ugeskrift for læger*. 1990 Feb 5;152(6):381-3. PubMed PMID: 2301089. Epub 1990/02/05. Privatpraktiserende fysioterapeuters klientel. dan.
14. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *Journal of psychosomatic research*. 1999;47(2):115-30.
15. Vedsted P, Ostergaard I, Andersen KF, Olesen F. [Frequent attenders in general practice. Who are they and how are they managed?]. *Ugeskrift for læger*. 2002 Oct 14;164(42):4909-12. PubMed PMID: 12416069. Epub 2002/11/06. Hyppige brugere i almen praksis. Hvad der karakteriserer dem og forslag til håndtering. dan.
16. BELLÓN J, Aacute, DELGADO A, DE DIOS LUNA J, LARDELLI P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medicine*. 1999;29(06):1347-57.
17. Grotle M, Brox JI, Veierod MB, Glomsrod B, Lonn JH, Vollestad NK. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the

- first time. Spine. 2005 Apr 15;30(8):976-82. PubMed PMID: 15834343. Epub 2005/04/19. eng.
18. Grotle M, Vollestad NK, Brox JI. 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. The Clinical journal of pain. 2006 Jun;22(5):458-67. PubMed PMID: 16772801. Epub 2006/06/15. eng.
 19. Hurley DA, Dusoir TE, McDonough SM, Moore AP, Linton SJ, Baxter GD. Biopsychosocial screening questionnaire for patients with low back pain: preliminary report of utility in physiotherapy practice in Northern Ireland. The Clinical journal of pain. 2000 Sep;16(3):214-28. PubMed PMID: 11014395. Epub 2000/10/03. eng.
 20. Helsedirektoratet. Lov om helsepersonell m.v www.helsedirektoratet.no/1999 [updated 2012-06-22-47].
 21. Fysioterapeutforbund N. Hva er fysioterapi? : www.fysio.no; 2012.
 22. Fysioterapiforbund N. Fakta om NFF 2012. www.fysio.no].
 23. Fysioterapeutforbund N. Om Manuellterapi: www.fysio.no; 2012.
 24. leksikon Sn. Primærhelsetjenesten 2012. <http://snl.no/prim%C3%A6rhelsetjeneste>].
 25. Helsedirektoratet. Refusjon fysioterapi 2012.
 26. omsorgsdepartementet H-o. Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2009.
 27. omsorgsdepartementet H-o. Offenlig fysioterapitjeneste http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste.html?id=4442812012.
 28. Helseøkonomiforvaltningen H. <http://helfo.no/privatperson/dekning-av-helseutgifter/Sider/fysioterapeutmanuellterapeut.aspx> 2012.
 29. Forskrift om stønad til fysioterapi. In: (Sosialdepartementet) S, editor. I 2001 hefte 17: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?ltdoc=/for/ff-20011218-1538.html>; 2002.
 30. Statistisk sentralbyrå. Ramm J. Inntektsforholdene til storbrukere av helsetjenester. In: helsedirektoratet S-o, editor.: Statistisk sentralbyrå (Statistics Norway); 2008.
 31. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. Occupational medicine (Oxford, England). 2007 Jan;57(1):43-9. PubMed PMID: 17046991. Epub 2006/10/19. eng.
 32. wikipedia. Smerte. Smerte. <http://no.wikipedia.org/wiki/Smerte2012>.
 33. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. Pain. 1989 May;37(2):215-22. PubMed PMID: 2748195. Epub 1989/05/01. eng.
 34. Börjesson M MK, Knardahl S, Karlsson J, Mannheimer C. Smerter. I: Bahr R, red. . Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling. In: Helsedirektoratet, editor. 2009.
 35. folkehelseinstitutt. N. Helsetilstanden i Norge. Kroniske smerter2010 02.11.2012.
 36. Gerdle B, Bjork J, Henriksson C, Bengtsson A. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. The Journal of rheumatology. 2004 Jul;31(7):1399-406. PubMed PMID: 15229963. Epub 2004/07/02. eng.
 37. Siddall PJ, Cousins MJ. Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. Anesthesia and analgesia. 2004 Aug;99(2):510-20, table of contents. PubMed PMID: 15271732. Epub 2004/07/24. eng.
 38. Arbeidsmiljøinstitutt S. Muskel- og skjelettsmerter. www.STAMI.NO2007.
 39. Bergman S. Management of musculoskeletal pain. Best practice & research Clinical rheumatology. 2007;21(1):153.

40. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-.
41. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*. 2004;8(6):555-65.
42. Holth HS, Werpen HK, Zwart J-A, Hagen K. Physical inactivity is associated with chronic musculoskeletal complaints 11 years later: results from the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2008;9(1):159.
43. Sirnes E, Sodal E, Nurk E, Tell G. Forekomst av muskelog skjelettplager i Hordaland. *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING*. 2003;123(20):2855-60.
44. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Benth JS, Bruusgaard D. Number of pain sites is associated with demographic, lifestyle, and health-related factors in the general population. *European journal of pain (London, England)*. 2008 Aug;12(6):742-8. PubMed PMID: 18160318. Epub 2007/12/28. eng.
45. Riley III JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*. 1998;74(2):181-7.
46. Stubhaug B. Smerteplager og sjukdomsøferd2378–9.
47. Boersma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *The Clinical journal of pain*. 2006;22(2):160-6.
48. Denison E, Asenlöf P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*. 2004;111(3):245.
49. Universitetssykehus Ffm-osFO. Diagnosespesifikke skjema; Muskelskjelttsmerter: Screeningskjema for Gule flagg: FORMI Formidlingsenheten for muskel- og skjeltilidelser; 2013 [updated 07.03.2013]. <http://www.formi.no/helsepersonell/mer/muskelskjelettsmerter/>.
50. Formi. Nasjonale kliniske retningslinjer www.formi.no; Sosial og helsedirektoratet; 2013.
51. Sattelmayer M, Lorenz T, Roder C, Hilfiker R. Predictive value of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire and the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire for persisting problems. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2012 Aug;21 Suppl 6:S773-84. PubMed PMID: 21789527. Epub 2011/07/27. eng.
52. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *The Clinical journal of pain*. 1998 Sep;14(3):209-15. PubMed PMID: 9758070. Epub 1998/10/03. eng.
53. Østerås B. Psychological factors related to musculoskeletal pain. *Clinical implications for physiotherapists*.
54. *Forskning i medisin og biofag*. Laake P, Olsen BR, Benestad HB, editors. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. 550 s., ill. p.
55. Polit DF, Beck CT. *Nursing research*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. XVIII, 796 s. : ill. p.
56. Soukup MG, Vollestad NK. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICDH-2 beta-2. *Disability and rehabilitation*. 2001 Jul 20;23(11):462-73. PubMed PMID: 11437198. Epub 2001/07/05. eng.

57. Maher CG, Grotle M. Evaluation of the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *The Clinical journal of pain*. 2009 Oct;25(8):666-70. PubMed PMID: 19920715. Epub 2009/11/19. eng.
58. Grotle M, Brox JI, Glomsrod B, Lonn JH, Vollestad NK. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *European journal of pain (London, England)*. 2007 Apr;11(3):290-8. PubMed PMID: 16677837. Epub 2006/05/09. eng.
59. Dagfinrud H, Storheim K, Magnussen L, Ødegaard T, Hoftaniska I, Larsen L, et al. The predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire and the clinicians' prognostic assessment following manual therapy treatment of patients with LBP and neck pain. *Manual therapy*. 2012.
60. Pallant J. *SPSS survival manual*. Maidenhead: McGraw-Hill; 2010. XIV, 345 s. : ill. p.
61. legeförening DN. Kurs i Helseforskningsloven <http://nettkurs.legeföreningen.no2013> [17.04.2013].
62. Ruyter KW, Solbakk JH, Førde R. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007. 344 s. : ill. p.
63. Wahl AK, Hanestad BR. *Måling av livskvalitet i klinisk praksis : en innføring*. Bergen: Fagbokforl.; 2004. 156 s., ill. p.
64. Miranda H, Gold JE, Gore R, Punnett L. Recall of prior musculoskeletal pain. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2006;294-9.
65. Statistisk Sentralbyrå. Ramm J. Inntektsforholdene til storforbrukere av helsetjenester. *Levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt 2002 og 2005*. 2008.
66. Statistisk Sentralbyrå. Ramm J. *Helse- flere velger alterantivt 2010*.
67. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family practice*. 1994;11(4):424-30.
68. A SSJ. *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester*. Statistisk sentralbyrå; 2009.
69. Sentralbyrå. *S. Arbeidskraftundersøkelse*. 2012.
70. Flugstad TUKRMARFPRLNGB. *Artrose*. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:2136-40 doi: 104045/tidsskr091054. 2010.
71. Zusman M. The Modernisation of Manipulative Therapy. *International Journal of Clinical Medicine*. 2011;2(5):644-9.
72. Butler DS, Moseley L. *Explain pain*. Adelaide: Noigroup Publ.; 2003. 129 s. : ill. p.
73. Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2013.
74. Hagen K, Svebak S, Zwart J-A. Incidence of musculoskeletal complaints in a large adult Norwegian county population. *The HUNT Study*. *Spine*. 2006;31(18):2146-50.
75. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Are frequent attenders of primary health care distressed? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1995;13(1):32-8.
76. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen J, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*. 2012.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon til pasienter i forkant av studien

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til rekrutterende fysioterapeuter om prosedyrer

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke

Vedlegg 4: Spørreskjema

Vedlegg 5: Registreringsskjema for den enkelte terapeut

Vedlegg 6: Oppdatering og oppmuntring for rekrutterende fysioterapeuter underveis

Vedlegg 7: Søknad og korrespondanse med Regional komite` for helsefaglig forskningsetikk

Informasjon til Alle våre pasienter.

I uke 3 og 4 vil alle bli spurt av sin terapeut om å delta i spørreundersøkelsen:
«Muskelskjelettplager i primærhelsetjenesten»

Du kan gjerne bruke ventetiden på å lese informasjonsskrivet og fylle ut spørreskjema før du går inn til terapeuten.

Ferdig utfylt skjema og informasjonsskriv med underskrift leveres til din terapeut.

På forhånd TUSEN TAKK!

*Universitetet i Oslo og Hans og Olaf
fysioterapi*

Vedlegg 2: Informasjon til rekrutterende pasienter om prosedyre

Så enkelt er det:

1. Spør om pasienten vil være med i prosjektet
2. Lever informasjonsskriv som pasienten og du signerer, oppbevares i egen bunke
3. Fyll ut registreringskjema, og gi ut spørreskjema. Husk å gi spørreskjema ID-nummer.
4. Ta imot ferdig utfylt skjema i konvolutt og kryss av på registreringskjema
5. Lever spørreskjemaene og signert info.skriv samlet i slutten av hver uke til Gustav eller Gro

Dersom noen ønsker å returnere skjema pr. Post, send med frankert konvolutt

NB! For studien er det viktig at alle pasienten spørres om deltagelse, slik at det ikke blir et spesielt utvalg.

Vedlegg 3: informasjon og samtykke



Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Muskelskjelettsmerter i primærhelsetjenesten”

Hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor vi ønsker å finne ut hvilke plager pasienter som oppsøker fysioterapeuter har, hvem de er og hvilke erfaringer de har når det gjelder behandling. Du forespørres om å delta i studien fordi du oppfyller kriteriene for målgruppen; voksne personer med smerter i muskelskjelettet, i alder mellom 20 og 70 år som kommer eller er under behandling hos fysioterapeuter ved Hans og Olaf fysioterapi a/s.

Ansvarlige for studien

Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Hans & Olaf fysioterapi A/S. Prosjektledere er professor Anne Marit Mengshoel og professor Astrid K. Wahl, UiO. Prosjektmedarbeidere er manuellterapeutene Gro Opseth og Gustav Bjørke ved Hans og Olaf fysioterapi A/S..

Hva innebærer studien?

Vi ber deg besvare noen spørreskjema (det tar ca 10-20 min.). Spørreskjemaene skal gi oss mulighet til å finne ut hvilke typer plager du har, hvor smertene er og hvor alvorlige de er, hvordan du opplever ulike sider av helsa, plagene dine og livet generelt, samt hva slags type behandling du har erfaring med og om de har vært nyttige for deg. I tillegg stilles noen spørsmål om din bakgrunn (alder, kjønn etc). Du skal fylle ut spørreskjema kun en gang. Utfylte skjema leveres i en lukket konvolutt til fysioterapeut ved Hans og Olaf som så leverer de videre til prosjektleder ved Universitetet. I neste runde kan det hende at du kan bli spurt av fysioterapeutene eller prosjektmedarbeiderne ved Hans & Olaf om du kan tenke deg å bli intervjuet. Gjennom en samtale med deg ønsker forskerne å få mer utdypende informasjon om dine erfaringer når det gjelder plager, plagers innvirkning på hverdagsliv og hva du mener hemmer og fremmer din bedringsprosess.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet over i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsdato og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Kun de fire ansvarlige for studien som har

adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en liste. Denne vil bli oppbevart adskilt fra spørreskjema sammen med lydbånd fra intervjuene i et låst skap ved Universitetet i Oslo. Hvis du sier ja til å delta, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Lydbåndopptakene vil bli slettet senest den 1.05.2011. Spørreskjemadata og navneliste vil bli oppbevart i inntil 8 år fremover slik at det blir mulig å gjøre en oppfølgingsstudie for å undersøke hvordan det går med deg.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen fordeler eller ulemper som følge av studien, men erfaringer fra studien vil kunne gi økt kunnskap som kan bl.a. få betydning for utvikling av mer hensiktsmessige behandlingstiltak for pasienter med muskelskjelettsmerter.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Ved eventuelle spørsmål, kan du kontakte forskningsmedarbeidere Gro Opseth eller Gustav Bjørke ved Hans & Olaf fysioterapi a/s. eller prosjektleder Anne Marit Mengshoel. E-post: a.m.mengshoel@medisin.uio.no. Telefon: 22858413.

Astrid Klopstad Wahl

Professor

Gro Opseth

Manuellterapeut/fysioterapeut

Anne Marit Mengshoel

Professor

Medisinsk Fakultet Universitetet i Oslo
A/S

Gustav Bjørke

Manuellterapeut/fysioterapeut

Hans og Olaf fysioterapi

Samtykke til deltakelse i studien

”Muskelskjelettsmerter i primærhelsetjenesten”

Jeg er villig til å delta i studien ”Muskelskjelettsmerter i primærhelsetjenesten”

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 4: spørreskjema



”Muskelskjelettplager i primærhelsetjenesten”

En spørreskjemaundersøkelse



ID:.....

A. BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

1. I hvilket år er du født? : _____

Kjønn (sett kryss) Mann
 Kvinne

2. Er det flere i din husstand?

(du kan sette ett eller flere kryss)

Ektefelle / samboer.....
Barn / svigerbarn.....
Bor alene.....
Søster / bror.....
Annen familie / slekt.....
Bor på institusjon.....
Andre.....

3. Hva er din sivilstand?

Gift / registrert partner / samboer....
Ugift.....
Enke / enkemann
Skilt.....
Separert

4. Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

Grunnskole 7 – 10 år, framhaldsskole, folkehøgskole.....
Real- eller middelskole, yrkesskole, ett – eller toårig videregående skole.....
Artium, økonomisk gymnas eller allmennfaglig retning i videregående skole.....
Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år.....
Høgskole eller universitet, 4 år eller mer.....

5. Sett kryss hvis du i den senere tid har opplevd noen av følgende hendelser:

Giftet deg / flyttet sammen med samboer.....
Fått barn.....
Dødsfall familie / nære venner.....
Alvorlige bomessige eller økonomiske problemer.....
Skiftet jobb/mistet jobb.....
Andre betydelige livshendelser.....

6. **Hva er din hovedsysselsetting?** Kryss av for de alternativene som best beskriver din nåværende situasjon.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inntektsgivende arbeid | <input type="checkbox"/> Arbeidsledig | <input type="checkbox"/> Sykemeldt ___% |
| <input type="checkbox"/> Skoleelev/student | <input type="checkbox"/> Alderspensjonist | <input type="checkbox"/> Attføring /rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> Ulønnet arbeid
(eks i hjemmet) | <input type="checkbox"/> Aktivt sykemeldt | <input type="checkbox"/> Uføretrygdet i % ____ |

7. **Er du ofte syk?**

- Ja.....
- Av og til...
- Nei.....

8. **Er det noen nære slektninger som har/har hatt langvarige smerter i muskelskjelettet?**

- Mor.....
- Far.....
- Søsken.....
- Barn.....
- Andre:.....

9. **Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?** (sett kryss utfor det svaralternativ som passer best for deg)

- Svært fornøyd.....
- Meget fornøyd.....
- Ganske fornøyd.....
- Både / og.....
- Nokså misfornøyd.....
- Meget misfornøyd.....
- Svært misfornøyd.....

B. BEHANDLINGSERFARING

10. Har du vært hos legespesialist for dine nåværende plager i løpet av siste 5 år (sett kryss)?

	Ja	Nei
Ortoped		
Fysikalsk medisiner		
Revmatolog		
Indremedisiner		
Nevrolog		
Psykiater		

Andre (beskriv med egne ord).....
.....

11. Har du i løpet av de siste 5 årene blitt undersøkt for dine nåværende plager ved hjelp av:

	Ja	Nei
Røntgen		
MR		
CT		
Ultralyd		

12. Hvor mange behandlingstimer har du hatt hos fysioterapeut i løpet av de siste 5 år (sett kryss i den rubrikk som best beskriver din situasjon)?

- Ikke startet behandling
- 12 ganger eller mindre
- Mellom 13-20 ganger
- Mellom 21 og 40 ganger
- Mer enn 40 ganger

13. Hvor mange behandlingstimer har du hatt hos fysioterapeut i løpet av de siste 12 måneder? (sett kryss i den rubrikk som best beskriver din situasjon)

- Ikke startet behandling
- 12 ganger eller mindre
- Mellom 13-20 ganger
- Mellom 21 og 40 ganger
- Mer enn 40 ganger

14. Går du vanligvis regelmessig til behandling hos fysioterapeut?

Ja

Nei

15. Dersom ja på forrige spørsmål, hvor ofte går du til behandling hos fysioterapeut? (sett kryss i den rubrikk som best beskriver din situasjon)

Flere ganger i uka

En gang i uka

En gang hver annen uke

En gang i måneden eller mindre

Kontinuerlig ca 1 gang i måneden

16. Hvilke andre yrkesgrupper har du oppsøkt pga. dine nåværende plager/problem i løpet av de siste 5 år? (sett kryss for de yrkesgruppene du har vært hos)

Kiropraktor	<input type="checkbox"/>
Osteopat/naprapat	<input type="checkbox"/>
Akupunktør	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>
Homeopat	<input type="checkbox"/>
Aromaterapeut	<input type="checkbox"/>
Kostholdsveileder	<input type="checkbox"/>

Andre (beskriv med egne ord).....
.....

17. Hvorfor går du til fysioterapeut nå?

For å bli frisk

For å bli litt bedre

For ikke å bli verre

Vet ikke

Annet (beskriv med egne ord).....
.....

18. Dersom du har startet behandling hos fysioterapeut, hvilken type behandling fikk du forrige time du var hos fysioterapeut? (sett ett eller flere kryss)

- Varmebehandling.....
- Is.....
- Triggerpunktbehandling.....
- Ultralyd.....
- Behandling med elektriske apparater.....
- Mobilisering/bevegelse av ledd.....
- Manipulasjon /"løsne" ledd.....
- Massasje.....
- Tøyninger av muskulatur.....
- Øvelser for å styrke muskler.....
- Informasjon/rådgivning.....
- Instruksjon i hjemmeøvelser.....
- Trening i sal.....

Annet (beskriv med egne ord).....

19. Dersom du har gått til behandling tidligere, hvordan har behandling virket på dine plager/problem? (sett kryss for den rubrikk som best beskriver dine erfaringer)

Hos:	Ble verre	Ingen forandring	Noe bedre, men ikke vedvarende	Noe vedvarende bedring	Betydelig vedvarende bedring	Ingen plager/problem lenger
Fysioterapeut						
Manuell terapeut						
Psykomotoriker						
Psykolog						
Kiropraktor						
Osteopat/naprapat						
Akupunktør						
Homeopat						
Aromaterapeut						
Kostholdsveileder						

Andre (beskriv med egne ord).....

ØREBRO 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.

3. Er du født i Norge? ja nei
5. Hvor har du smerter? Kryss av. 2*X
 nakke skuldre / arm 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 alt 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. Ørebro skjema

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
ingen risiko *svært stor risiko*

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
ingen sjanse *svært stor sjanse*

10-X

17. Hvor fornøyd er du med jobben din når du tar i betraktning arbeidsrutiner, ledelse, lønn, muligheter for forfremmelse og arbeidskolleger? Sett ring rundt ett tall.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ikke fornøyd / det hele tatt *helt fornøyd*

10-X

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
helt uenig *helt enig*

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
helt uenig *helt enig*

20. Jeg burde ikke utføre den vanlige jobben min med mine nåværende smerter.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
helt uenig *helt enig*

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
kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer *kan gjøre det uten at smerter er et problem*

10-X

22. Jeg kan gå i en time.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer *kan gjøre det uten at smerter er et problem*

10-X

23. Jeg kan gjøre vanlig husarbeid.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer *kan gjøre det uten at smerter er et problem*

10-X

24. Jeg kan gå i butikker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer *kan gjøre det uten at smerter er et problem*

10-X

25. Jeg kan sove om natten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kan ikke gjøre det på grunn av smerteproblemer *kan gjøre det uten at smerter er et problem*

10-X

Utviklet av Linton&Halldén (1996).
Oversatt av Soukup, MG og Vøllestad,
NK (2001)

Vedlegg 6: Informasjon og oppmuntring til terapeutene underveis



Da er vi oppe og flyr!

Takk for en fantastisk innsats. Vi hadde beregnet 2 uker + ev. 2 uker til for å få ut spørreskjemaene, og nå er praktisk talt 700 skjemaer ute på 1 uke! Forskerfolket er storlig imponert.

Veien videre:

Fase 1: Utdeling av spørreskjemaer:

Denne fasen er snart i mål. Mange er tomme for skjemaer, og for de som har noen igjen, handler det om å bruke mandagen til å få ut resten.

Fase 2: Innsamling av skjemaer:

”What goes up, must come down”, heter det i fysikken. I vårt tilfelle krever det noe mer. Forskerfolket sier at 80% retur er fantastisk, mens 50% vil gjøre studien tilnærmet verdiløs, fordi det da er grunn til å tro at de som har deltatt er den motiverte, ressurssterke og engasjerte pasientgruppen, mens andre grupper har falt ut. Så dermed er lista lagt.

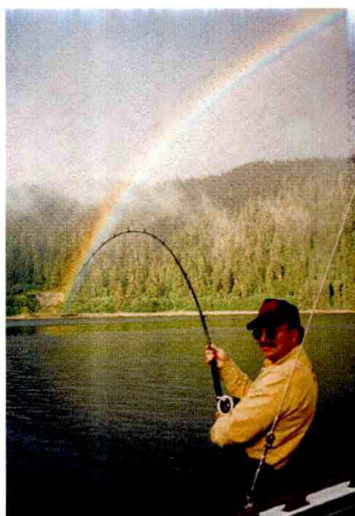
Dette er nok den mest utfordrende fasen, og dette krever ny energi og kondisjon. Vi håper at vi er i mål i løpet av 1 måned, og at mesteparten vil skje i løpet av de 2 neste ukene.

Skjemaene samles opp og leveres på kontor 4 eller 8 (Gro eller Gustav). Husk å oppbevare samtykkeskjema og spørreskjema hver for seg, så langt det går. Der de er blitt lagt i samme konvolutt og lukket, vil vi sørge for å fordele dem senere. Rent praktisk kan det være lurt å se gjennom lista hver morgen og merke seg pasienter som har fått med skjema hjem. Dette kan det gjøres i ProMed ved at du høyreklikker på ”Kommentar” til høyre for pasienten i dagsbildet, og skriver inn f. ex. ”Skjema”. Dersom noen avslutter behandling, så send med dem en frankert konvolutt som du finner på spiserommet.

Premien for flest returnerte skjemaer totalt er som nevnt en bedre middag for to. I tillegg setter vi opp en premie slik at de med mindre pasientgrunnlag også kan være med i tetkampen: Et gavekort på kr. 500,- hos Oslo Sportslager til den som oppnår høyest prosentandel innsamlede skjemaer i forhold til antall utlevert.

Til slutt: I siste nr. av Fysioterapeuten kan vi lese at det er bevilget 32 millioner kr. til forskning innen primærhelsetjeneste fordelt på 5 år. Hans & Olaf er 1 av 5 institutter i Norge som er med i denne ordningen. Og sammen med doktoren (hurra for Ingeborg!) og doktorandene våre, er vi i gang med å sette H&O på forskningskartet. Takk for at dere er med å gjøre dette mulig!

Hilsen G2



Etter 2 uker med heftig innsamling av spørreskjemaer, forlater vi nå storfisket med not og garn og går over til det mer krevende, men også mer utfordrende og spennende stangfisket. Her gjelder tålmodighet og utholdenhet for å kunne lande fiskene som har unngått både not og garn. På skrivebordet ligger "Goldfish" som et symbol på:

1. Jakten på de siste storfiskene (på bildet har han fått napp på en i selveste gullgryta!)
2. Noen har hukommelse som en gullfisk, og disse trenger en vennlig påminnelse f. ex. muntlig, pr. telefon eller dersom du har mange gratismeldinger til overs, pr. SMS ex. dagen før neste time

Status er 376 av det som ser ut til å bli ca. 600 utdelte skjemaer, m.a.o. ca. 60 %. Det er herfra og inn at kvaliteten på prosjektet avgjøres, 80% retur er glimrende, 70% til å leve med, mens mindre enn 70% gjør prosjektet mindre interessant, da det kan så tvil om bredden i pasientrekrutteringen. Så da er vi på oppløpsida, lykke til med innspurten, det vil bli feiring etter målgang!

P.S. En praktisk opplysning: Pasienter som er blitt registrert med ID- nr., men så trekker seg f. ex. etter å ha lest gjennom skjemaet, registreres som "Ønsker ikke å delta" på registreringsskjemaet. D.S.

Nok en gang: Takk for innsatsen, dere er utrolig positive!

G2

Rekordene ryker!

Vi har fått i retur

544

av totalt utlevert 631 skjemaer og det tilsvarer

86%!

Neste mål: Ved valget til
nasjonalforsamling i Guatemala i
1982 var valgdeltagelsen 102,7%.
Klarer vi å slå den?

G2

Vedlegg 7: Søknad Regional komite for helsefaglig forskningsetikk



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Anne Marit Mengshoel
Universitetet i Oslo
Pb 1153 Blindern
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst C (REK Sør-Øst C)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 67

E-post: post@helseforskning.etikkom.no

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

Dato: 07.10.09

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/ 1238 (oppgis ved henvendelse)

Muskelskjelettsmerter i primærhelsetjenesten

Vi viser til søknad mottatt til frist 07.09.09 om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er blitt vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i henhold til lov av 20. juni 2008 nr. 44, om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) kapittel 3, med tilhørende forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning av 1. juli 2009 nr 0955.

Pasienter med ulike smertetilstander i muskelskjelettet er den gruppen som i størst grad benytter seg av fysioterapitjenester i primærhelsetjenesten. Hensikten med denne studien er å få vite mer om brukere og bruk av fysioterapitjenester i primærhelsetjenesten. Man vil se på hva som kjennetegner pasienter med kroniske muskelskjelettsmerter som går hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten mht. Demografiske og psykososiale faktorer, ved hjelp av spørreskjema. Man vil videre dybdeintervjue et mindre utvalg som er brukere av eller bruker fysioterapitjenester over en lengre periode.

Forskningsetisk vurdering

Det er ikke angitt hvem som er forskningsansvarlig for dette prosjektet, slik det kreves etter helseforskningslovens § 6. Komiteen legger til grunn at Universitetet i Oslo er forskningsansvarlig, og ber om en tilbakemelding dersom så ikke er tilfelle.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

I prosjektsøknaden søkes det om å beholde data i inntil ti år for en potensiell oppfølgingsstudie. I informasjonsskrivet til deltakerne angis det at data vil bli oppbevart i inntil åtte år.

Komiteen godkjenner oppbevaring av data i ti år etter studieavslutning. Informasjonen skal deretter slettes eller anonymiseres. Det bes om at informasjon om dataoppbevaring korrigeres i informasjonsskrivet til deltakerne.

I samtykkeerklæringen er prosjektet angitt med tittelen *Helsefremmende kompetanse hos pasienter med psoriasis*. Komiteen antar dette dreier seg om en forglemmelse, og ber om at samtykkeerklæringen rettes, slik at den blir forenelig med det ansøkte prosjektet.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring revideres i tråd med det ovennevnte.

Vedtak:

Komiteen godkjenner prosjektet under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

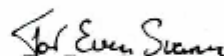
I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst C (jf. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Arvid Heiberg (sign.)
professor dr. med.
leder


Tor Even Svanes
komitesekretær

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal:
<http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no
Vennligst oppgi vårt saksnummer/referansennummer i korrespondansen.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for helsefag
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

REK Sør-Øst C

Besøksadresse: Gydas vei 8, Majorstua

Dato: 14.10.2009
Deres ref.: 2009/1238
Saksbehandler:
Vår ref.:

Telefon: +47 22 85 84 10
Telefaks: +47 22 85 84 11
www.med.uio.no/ish

Ad prosjektet Muskelskjelettsmerter i primærhelsetjenesten

Takker for mottatt vurdering av vårt prosjekt. For ordens skyld vil vi orientere om at anmerkningene komiteen har gjort er riktige og tas til følge.

1. Det er riktig som at Universitet i Oslo er forskningsansvarlige.
2. Vi retter opp inkonsistens mellom søknad og informasjonsskriv ved at det også i informasjonsskriv fremkommer at data oppbevares inntil 10 år.
3. Det er også riktig at overskriften i samtykkebrevet er feil og en forglemmelse ved at informasjonsskrivet for dette prosjektet er en tilpasning fra et tidligere prosjekt. Overskriften rettes opp og får navn fra dette prosjektet.

Beklager det merarbeid mine "glipp" har fått for komiteen og takker for den velvilje komiteen har utvist i måten det påpekes på.

Med vennlig hilsen

Anne Marit Mengshoel

Professor



REGIONALE KOMITEEN FOR MEDISIN OG HELSEFAG FØRSØKINGSETIEN

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jakob Elster	Telefon: 22845530	Vår dato: 05.12.2012	Vår referanse: 2009/1238 REK sør-øst C
			Deres dato: 09.11.2012	Deres referanse:

Vår referanse må kopjes ved alle henvendelser

Anne Marit Mengshoel
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo

2009/1238 Muskelskjelettsmerter i primærhelsetjenesten

Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo
Prosjektleder: Anne Marit Mengshoel

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 09.11.2012 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst C på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

Det søkes om å forlenge prosjektperioden slik at ny sluttdato blir 31.12.2013.

Vedtak

Endringen godkjennes.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Arvid Heiberg
prof. dr.med.
leder REK sør-øst C

Olaug Tvedt Myhre
seniorkonsulent

Kopi til: Instituttleder j.h.magnus@medisin.uio.no

Deaskadresse: Nydalen alle 37 B, 0454 Oslo	Telefon: 22945511 E-post: post@helseforskning.etikkom.no Web: http://helseforskning.etikkom.no/	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bør adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindy address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
---	--	--	--