



– Fysioterapi gir lengre fravær

13. november 2009 publiserte norske forskere fra blant annet universitetet i Bergen (UiB) en studie med følgende konklusjon: «This is the first study reporting that previous treatment by physiotherapists is a risk factor for long-term sick leave.»

KOMMENTAR AV FORSKNINGSARTIKKEL
SKREVET AV: KJETIL NORD-VARHAUG,
FYSIOTERAPEUT APEKKLINIKKEN
TERAPISENTER, OSLO

Intervju med forsker Silje Endresen Reme, VG 24.11.09.

– *Det var overraskende å se at behandling hos fysioterapeut kan være en risikofaktor for langvarig sykefravær. Dette er det ingen som har funnet tidligere, sier psykolog og stipendiat Silje Endresen Reme ved Uni helse i et intervju med VG 24.11.09.*

Reme forteller at alvorlighetsgrad av plagene ikke kan forklare hvorfor fysioterapi er en risikofaktor for langvarig sykefravær:

For lite kunnskap om ny forskning for ryggplager kan være en av forklaringene på hvorfor fysioterapi kan gi lengre fravær, sier Silje Endresen Reme.

Dette var en overraskende kommentar fra en av forskerne av denne studien.

Kan det virkelig være slik at det er farlig å gå til fysioterapeut? Er det slik at våre metoder i behandling av ryggplager gjør pasientene sykere og at de bruker lengre tid på å komme tilbake i jobb etter konsultasjon og behandling hos oss?

Forbundsleder Eilin Ekeland i NFF ble konfrontert med denne påstanden på TV etter at denne studien ble kjent, og hun kunne ikke redegjøre for hvorfor forskerne kunne komme frem til en slik konklusjon. Faktisk var Ekeland sin håndtering av denne saken så dårlig at utsagnene i studien fortsatt står ubesvart, og for alle de som så innslaget på TV eller har lest artikkelen i VG i slutten av november, er fysioterapi farlig for vonde rygger.

Kan vi leve med slike påstander? Er de sanne eller er dette nok et tilfelle av hvordan man kan trekke ut konklusjoner fra forskning som ikke finnes der?

I denne artikkelen vil jeg oppsummere bakgrunnen for hvorfor forskerne kunne komme frem til et slikt resultat. Forskerne har valgt å definere behandling

hos fysioterapeut som en risikofaktor. Min mening er at ordbruken her er feil. Behandling hos fysioterapeut er ikke en risikofaktor men heller en markør for lengre sykefravær.

Min mening er at det er IKKE å anse som risikofyllt å oppsøke fysioterapeut ved ryggsmarter. For å skjønne hvorfor det er slik at de som oppsøker fysioterapeut statistisk sett er lenger borte fra jobben, så må man vite litt om årsakene til hvorfor mennesker i det hele tatt oppsøker hjelp for sine ryggsmarter.

Som fysioterapeuter er vi utdannet til å veilede og behandle pasienter på best mulig måte. Når en pasient oppsøker oss med en vond rygg, er det fordi pasienten eller legen har en oppfatning av at dette er et problem de ikke klarer å fikse selv. De har kanskje tidligere erfaring med langvarige ryggplager og ønsker å søke hjelp for å unngå at dette skjer igjen. Så hvorfor er det da slik at forfatterne av denne studien finner at de som oppsøker oss er lenger sykemeldt enn de som ikke velger å gå til en fysioterapeut? Er det

noe i behandlingen og rådene vi yter som gir dette resultatet? Eller ligger forklaringen i hvilke type pasienter som velger å oppsøke hjelp?

I diskusjonskapittelet så har forfatterne langt på vei gitt oss svaret vi letere etter:

- De som oppsøker fysioterapi har sannsynligvis en alvorligere patologi enn de som velger å la være.
- Pasienter som oppsøker hjelp har et eksternt fokus, og mener at de selv ikke kan fikse problemet. Pasienter med en slik holdning har større sjanse for langtids sykefravær.

Disse ovennevnte faktorene kan nok representere noe av årsaken til hvorfor pasienter som har oppsøkt fysioterapeut statistisk sett er lenger sykemeldt.

En person som har ryggsmertes, men vet av erfaring at dette løser seg raskt eller at plagene ikke er så ille at man kan takle det selv, oppsøker heller ikke hjelp. Vi vet også at mange klarer seg bra i jobb selv med store ryggsmertes. De vil kanskje ikke oppsøke hjelp da de regner med at dette er noe de kan håndtere selv. De vil da kanskje heller ikke oppsøke fysioterapeut. Men om smertene er så store og langvarige at man ikke ser hvordan dette skal løse seg på egenhånd, så vil man naturligvis oppsøke lege og/eller fysioterapeut.

Vi må heller ikke glemme at det er fastlegene som henviser de fleste pasientene til oss. Dvs. at legen sannsynligvis har forsøkt medikamenter eller liknende først og funnet ut at dette ikke gav tilfredsstillende resultat. De har kanskje allerede forsøkt metoden forskerne presenterer i dette studiet, med råd om aktivitet og avdramatisering samt rask tilbakeføring til jobb. De vil da henvise videre til fysioterapeut når alvorlighetsgraden eller varigheten er såpass stor/lang at de anser at pasienten trenger videre undersøkelse, behandling og råd. Forfatterne har ikke rapportert om hvor mange av pasientene som hadde vært til behandling hos fysioterapeut, også hadde vært henvist dit av sin fastlege.

Forskerne i denne studien hevder videre at LBP (smerter i korsryggen) er en myte som fysioterapeuter tror mer på

forts. neste side

Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain

Silje E Reme^{1,2,3*}, Eli M Hagen^{4*} and Hege R Eriksen^{1,2*}

1 Research Center for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen, Norway

2 Unifob Health, University Research Bergen, Norway

3 Department of Psychiatry, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

4 Spine Clinic, Sykehuset Innlandet HF, Ottestad, Norway

author email corresponding author email* Contributed equally

BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10:139doi:10.1186/1471-2474-10-139

The electronic version of this article is the complete one and can be found online at:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/139>

Received: 25 February 2009

Accepted: 13 November 2009

Published: 13 November 2009

© 2009 Reme et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background

Brief intervention programs for subacute low back pain (LBP) result in significant reduction of sick leave compared to treatment as usual. Although effective, a substantial proportion of the patients do not return to work. This study investigates predictors of return to work in LBP patients participating in a randomized controlled trial comparing a brief intervention program (BI) with BI and physical exercise.

Methods

Predictors for not returning to work was examined in 246 patients sick listed 8-12 weeks for low back pain. The patients had participated in a randomized controlled trial, with BI (n = 122) and BI+ physical exercise (n = 124). There were no significant differences between the two intervention groups on return to work. The groups were therefore merged in the analyses of predictors. Multiple logistic regression analysis was used to identify predictors for non return to work at 3, 12, and 24 months of follow-up.

Results

At 3 months of follow-up, the strongest predictors for not returning to work were pain intensity while resting (OR = 5.6; CI = 1.7-19), the perception of constant back strain when working (OR = 4.1; CI = 1.5-12), negative expectations for return to work (OR = 4.2; CI = 1.7-10), and having been to a physiotherapist prior to participation in the trial (OR = 3.3; CI = 1.3-8.3). At 12 months, perceived reduced ability to walk far due to the complaints (OR = 2.6; CI = 1.3-5.4), pain during activities (OR = 2.4; CI = 1.1-5.1), and having been to a physiotherapist prior to participation in the trial (OR = 2.1; CI = 1.1-4.3) were the strongest predictors for non return to work. At 24 months age below 41 years (OR = 2.9; CI = 1.4-6.0) was the only significant predictor for non return to work.

Conclusion

It appears that return to work is highly dependant on individual and cognitive factors. Patients not returning to work after the interventions were characterized by negative expectations, perceptions about pain and disability, and previous physiotherapy treatment. This is the first study reporting that previous treatment by physiotherapists is a risk factor for long-term sick leave. This has not been reported before and is an interesting finding that deserves more scrutiny.



enn legene. Man har med et pennestrøk definert LBP som en myte og noe pasientene må overbevises om at ikke finnes.

Det finnes fortsatt

konkrete diagnoser som også rammer de med LBP. Det er ikke kun et syndrom.

Det virker som om forfatterne av denne studien har glemt at de har forsket på «markører» for langvarig sykefravær ved LBP, ikke årsaker for dette fraværet. De har gjort statistikk av hvor lenge en gruppe pasienter var sykemeldt, og så spurt hvor mange som hadde vært hos fysioterapeut.

Når Silje Endresen Reme i intervju med VG i november blir spurt om årsaken til at de kunne gjøre dette funnet, konkluderer hun relativt kontroversielt med at vi fysioterapeuter ikke holder oss faglig oppdatert, og at det er mangel på kunnskap om ryggplager og nyere forskning som gjør at pasientene er lenger sykemeldt etter besøk hos oss.

Til sammenligning kunne vi gjort statistikk på en gruppe pasienter med psykiske lidelser og sett hvor lenge de var borte fra jobb. Så kunne vi sammenliknet dette resultatet med hvor mange av de med langtidsfravær grunnet psykisk sykdom, også hadde oppsøkt psykolog for sine lidelser. Min konklusjon ville da blitt at det er en risikofaktor å oppsøke psykolog ved psykiske lidelser, siden de statistisk sett vil være lenger borte fra jobben.

Forskerne i studien har ikke tatt høyde for at den viktigste behandlingen vi gjør i kontakt med pasienter med ryggsmert er informasjon, avdramatisering, ergonomiske råd, risikofaktorvurdering osv. De har kun gjort en ufullstendig statistikk på de fysiske metodene/ behandlingene som benyttes.

Jeg vil også trekke inn en annen årsak til at pasienter som oppsøker fysioterapeut er lenger sykemeldt. Hva med alle de pasientene vi har i behandling hvor årsaken til ryggplagene egentlig ligger i dårlig arbeidsmiljø eller andre psykiske faktorer? Fastlegene godtar ikke at en pasient med langvarige ryggplager kun går hjemme og venter på å bli bra. Om man allerede har forsøkt å føre pasienten tilbake i arbeid uten å lykkes, vil det å henvise til fysioterapeut være neste steg på listen.

Om pasienten av en eller annen årsak ønsker å unngå tilbakeførsel til arbeidet, er det å gå til fysioterapeut et godt alibi overfor sykemeldende behandler! at de gjør en innsats for å bli bra. Alle vi som jobber klinisk kjenner igjen denne gruppen pasienter, og vet hvor vanskelig disse pasientene kan være å behandle.

For meg er det slett ikke overraskende at de kan komme til det resultatet de gjør. Nemlig at de som oppsøker hjelp hos fysioterapeut er lenger sykemeldt når man sammenligner et statistisk materiale. Men dette er ikke på grunn av den behandlingen vi som fysioterapeuter gir, men på tross av den. Jeg vil våge å hevde at vi forebygger enda lenger sykefravær i kontakt med disse pasientene, og jo tidligere vi blir involvert, jo bedre er det. Om resultatene fra denne studien hadde fått stå ubesvart, så kunne vi endt opp med at pasienter med LPB kommer til oss først på et senere stadium. Fysioterapeuter er utdannet til å veilede og behandle denne pasientgruppen, og vår rolle bør ikke kun være å bidra når andre metoder har feilet. Vi har bedre kompetanse og tid til å veilede disse pasientene raskt tilbake i jobb enn det fastlegen har. Dette er vårt spesialfelt. Legene må forholde seg til en mye større bredde i fagfeltet sitt, og kan naturligvis ikke ha like god detaljkunnskap også om ryggplager.

Når det kommer til ryggforskning er det kjent at man sliter med å dokumentere effekt med en rekke metoder. Blant annet noen av de metodene som er nevnt i denne artikkelen. Varme, massasje, ultralyd, strøm med mer er metoder som mangler god dokumentasjon på langtidseffekten ved ryggplager, selv om de enkelte klinikerne som benytter metodene vil hevde at pasientene blir bedre.

Som yrkesgruppe må vi tåle en diskusjon når det kommer til metode for intervensjon. At statistikken i studien viser at fysioterapeuter praktiserer utstrakt bruk av passive metoder, så er dette noe vi må ta på alvor. Her er det rom for videre diskusjon. Det vanskelige poenget med denne gruppen pasienter er at den kliniske effekten av «evidence based guidelines» ikke alltid er noe å rope hurra for. Selv om man finner at pasienter som «jages» tilbake i jobb kommer raskere tilbake i jobb, så er ikke det gitt at dette er noe vi som

fysioterapeuter også skal gjøre. Vi vet for lite av konsekvensene ved en slik intervensjon. Hva er langtidseffektene for disse pasientene? Vi må vurdere hver enkelt pasient opp mot de problemene de presenterer, og skape en intervensjon basert på det.

Vi må heller ikke glemme at disse pasientene av en eller annen årsak har søkt våre råd og behandling fordi de føler at dette problemet er noe de ikke kan takle selv. At vi da kun avdramatiserer problemet og oppfordrer til «return to work» i en tidlig fase, vil kunne føre til at pasienten ikke føler seg godt nok ivaretatt eller tatt på alvor.

Oppsummert har denne studien tatt for seg mange viktige poenger når man ser på sykefravær og LBP. De psykologiske aspektene som er presentert her viser nettopp hvor vanskelig denne pasientgruppen er å behandle. Men å konkludere med at fysioterapi er en risikofaktor er en grov feiltolkning og viser igjen hvordan forskning kan presenteres akkurat slik man ønsker. Enten av forfatterne eller av media som videreformidler resultatene.

Debatten om hvordan man skal håndtere denne grunnen bør fortsette, men er ikke tjent med at pasienter, leger og annet helsepersonell sitter igjen med et inntrykk av at det er farlig å oppsøke fysioterapeut for sine plager. Det eneste vi oppnår da er lenger sykefravær og kanskje varig uførhet, siden pasienter som kunne hatt nytte av konsultasjon hos oss holder seg hjemme i «redsel» for hva slags elendighet vi kan påføre dem.

I kontakt med Silje Endresen Reme under arbeidet med denne artikkelen, har hun presisert at det ikke var deres intensjon å skape noen profesjonsdebatt med disse uttalelsene og kommer til å komme med en egen kommentar som forhåpentligvis bedre forklarer deres funn i denne studien. Undertegnede håper at de med dette får frem de faktiske forholdene i studien på en bedre måte, og man kan bli enige om at dette studiedesignet ikke er egnet til å trekke noen konklusjon når det kommer til effekt av de forskjellige behandlingsmetodene vi benytter i kontakt med denne pasientgruppen.