

Dato: 15. marts 2012

Ny forskning/ evidens på rygområdet hos praktiserende fysioterapeuter i England.

Der er i England gennemført et kronrolleret klinisk studie af høj kvalitet. Studiet sammenligner prognostisk differentiering (stratified care) af lænderygpatienter med et specielt udviklet patientspørgeskema kaldet "StarT 9". Patienterne inddes i undergrupper alt efter sværhedsgrad af tilstanden og efterfølgende sammenlignes en fastlagt behandlingsstrategi af disse patienter med "almindelig praksis standard" ("best practice") i en kontrolgruppe.

Undersøgelsens resultat viser, at stratificering med patientspørgeskemaet "StarT9" i 3 risikogrupper med efterfølgende differentieret behandlingsintervention ud fra scoring, medfører at patienterne får bedre funktionsniveau, færre smerter, færre sygedage og højere tilfredshed end kontrolgruppen. Endvidere opnås en samlet besparelse på sundhedsudgifterne (1).

Beskrivelse af det engelske projekt:

Stratificering af lænderygpatienter i primærsektoren:

I indsatsen overfor lænderygpatienter er det afgørende at få identificeret patienter, der er i risiko for at udvikle kroniske lænderygsmerter. Dette med henblik på at indsatsen kan gradueres, så nogle patienter mødes med en mere intensiv indsat end andre.

Udkast til Forløbsprogram for Lænderygpatienter i Region Midtjylland anbefaler generel anvendelse af patientspørgeskemaet "StarT 9", der er udviklet og valideret af Keele University i England til brug i primærsektoren, med henblik på stratificering af lænderygpatienter i subgrupper(3). Et dansk valideringsstudie forløber for øjeblikket i Region Syddanmark ved Phd. Stud fysioterapeut Lars Morsø. "StarT 9" er ligeledes indskrevet i Region Syddanmarks Forløbsprogram for patienter med lænderygsmerter (4).

Formålet med skemaet er et let anvendeligt og kortfattet redskab, der screener lænderygpatienter prognostisk med henblik på identifikation af subgrupper og tidlig stillingtagen til behandling i primærsektoren.

"StarT 9" patientspørgeskemaet indeholder 9 items med vurdering af:

- Refereret bensmerte
- Komorbid muskuloskeletal smerte
- Funktionsevneniveau (2 items)
- Belastningsgrad
- Katastrofetanker
- Frygt
- Angst
- Depression
- Intensitet af smerter

Ud fra besvarelse inddes patienterne i 3 subgrupper:

1. Lav kompleksitet - med lav grad af risiko for udvikling af kronicitet.
2. Middel kompleksitet - med medium grad af risiko for udvikling af kronicitet
3. Høj kompleksitet - med høj grad af risiko for udvikling af kronicitet

Ad 1: Udgør estimeret 55 % af lænderygpatienterne i primærsektoren. Til patienterne i denne gruppe er rådgivning og information den primære behandling. Patienten forsikres om den gode prognose, og informeres om genhenvendelse såfremt symptomerne ikke er i bedring indenfor 14 dage.

Ad 2: Udgør estimeret 33 % af lænderygpatienterne i primærsektoren. Patienten tilbydes rådgivning og information, samtidig er der indikation for henvisning til videre behandling hos praktiserende fysioterapeut med fokus på den fysiske problemstilling.

Ad 3: Udgør estimeret 12 % af lænderygpatienterne i primærsektoren. Patienten tilbydes ligeledes rådgivning og information. Udover henvisning til videre fysisk behandling som i gruppe 2, bør der i denne gruppe desuden være målrettet fokus på psykologiske og håndteringsmæssige problemstillinger.

Estimeret af JC Hill (1).

Sammendrag af resultater fra det engelske forskningsprojekt:

Comparison of stratified primary care management for lowback pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial Jonathan C Hill; The Lancet sept.29. 2011

I et netop udkommet randomiseret klinisk studie i The Lancet (2) sammenlignes "prognostisk stratificering" (stratified care) af lænderygpatienter med "Start 9" inddelt i subgrupper: 1. Lav kompleksitet 2. Middel kompleksitet og 3. Høj kompleksitet og efterfølgende fastlagt behandlingsstrategi med "almindelig udført praksis" ("best practice") hos praktiserende fysioterapeuter i primærsektoren i England.

I alt 851 patienter henvist til praktiserende fysioterapeuter randomiseres til intervention eller kontrolgruppe. Primært effektmål for klinisk resultat er Roland-Morris patientspørgeskema (RMDQ), der måler funktionsevneniveau ved lænderygsmerte.

Der udføres måling ved første kontakt til sundhedsvæsenet, samt efter 4 måneder og 12 måneder. Herudover foretages en økonomisk effektevaluering i forhold til stigning i generisk forbedret helbred og sundhedsudgifter.

Resultatet af dette studie viser for første gang evidens i forhold til en stratificeret behandlingsindsats i primærsektoren. Klinisk effektmål er signifikant højere ved både 4 og 12 måneder, ligesom der findes signifikant stigning i forhold til generisk helbredsmål og lavere sundhedsudgifter.

Kort opsummering af resultater:

851 patienter randomiseres til intervention (n=568) og kontrolgruppe (n=283).

I forhold til effektmål ses signifikant forbedring af:

- Funktionsscore
- Sygedage (eks. mellem risiko. 4 dage vs 18 dage ved 1 år)
- Selvvurderet generelt helbred
- Patienttilfredshed
- Vurdering af livskvalitet

Selvom der i Start gruppen henvises flere til mellem- og højrisikogrupperne, udlignes den generelle sundhedsudgift ved den væsentlige reduktion af antallet af henviste i lavrisikogruppen og et generelt nedsat forbrug af sundhedsydelser. Lavrisikogruppen behandles i interventionsgruppen med kun én kvalitetskonsultation. Alligevel er der en tendens til at det går lavrisikogruppen bedre mht. smerter og funktion i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, som får flere behandlinger, og der er statistisk signifikant færre sygedage in interventionsgruppen.

Endvidere reduceres sundhedsudgiften ved en lavere forekomst af sygedage i interventionsgruppen.

I artiklen angives en besparelse på ca. 350 kr. pr. patient i direkte omkostninger, mens man sparer ca. 6750 kr. i produktivitetstab pr. patient

For yderligere gennemgang af resultater henvises til artiklen (2)

Endvidere findes i effekt på ændret henvisningsmønster fra praktiserende læge. Disse tal er præsenteret af Phd. Stud Lars Morsø på fysioterapeutisk lænderygkonference 9.1.2012 (4).

Kolonne 1. viser supgruppering i %-vis fordeling for den samlede patientgruppe.

Kolonne 2. viser i %-vis fordeling henvisningsmønsteret for de 283 patienter i kontrolgruppen.

Kolonne 3. viser i %-vis fordeling henvisningsmønsteret for de 568 patienter i interventionsgruppen.

Gruppe	1. Prævalens (Dvs forekomsten i hele gruppen (n. 851))	2. Kontrol gruppe (Behandler blindet for STarT score)	3. STarT i gruppe (STarT score kendt)
Lav risiko	26 %	49 %	7 %
Mellem risiko	46 %	46 %	98 %
Høj risiko	26 %	68 %	100 %

Det engelske forskningsprojekt anbefaler følgende differentierede behandlingsstrategi hos praktiserende fysioterapeuter:

Lav – risiko gruppen:

- En konsultation af 30 minutters varighed
- Anamnese
- Klinisk undersøgelse
- Vejledning om aktivitet og egenomsorg
- Skriftligt informationsmateriale
- Specifikke øvelser til hjemmeprogram
- 15 minutters DVD

Måltrettet tilgang skal sikre, at patienten får svar på spørgsmål og bekymringer, beroliges, forsikres om den normalt gode prognose og opfordres til at klare sig selv. Der skal udleveres skriftligt informationsmateriale og øvelsesprogram. Undgå overbehandling. (1, 2, 3,)

Mellem – risiko gruppen:

- En konsultation af 45 minutters varighed
- Herefter som udgangspunkt 30 minutters varighed x 6 over 3 måneder
- Anamnese
- Klinisk undersøgelse
- Vejledning om aktivitet og egenomsorg
- Skriftligt informationsmateriale
- Specifikke øvelser med henblik på at forbedre funktion
- Manuel terapi
- Vurdere compliance i forhold til medicinsk smertebehandling

Fysioterapeuten opstiller en individualiseret behandlingsplan med patienten med henblik på at reducere symptomer, bedre funktionsevneniveau og fremme egenomsorg. Anvendelse af evidensbaserede interventioner som information, vejledning, beroligelse, uddannelse, specifikke øvelser og manuel terapi

Høj – risiko gruppen:

- Patienter i denne gruppe anbefales henvisning til specielt uddannede fysioterapeuter
- En konsultation af 1 times varighed
- Opfølgende konsultationer som udgangspunkt gerne af 45 minutters varighed x 6 over 3 måneder
- Anamnese
- Klinisk undersøgelse
- Vejledning om aktivitet og egenomsorg
- Skriftligt informationsmateriale
- Specifikke øvelser med henblik på at forbedre funktion
- Manuel terapi
- Vurdere compliance i forhold til medicinsk smertebehandling
- Specifikt fokus på kommunikation og kognitiv adfærdsmæssig tilgang 1 – 9

Den kognitive/ psykosociale tilgang indeholder:

- I hvilket omfang påvirker episoden patientens fysiske og psykiske funktionsniveau. Afklaring af patientens smerteopfattelse og forventninger til bedring og identifikation af potentielle barrierer for helbredelse (for eksempel kraftig udstrålende bensmerte/ nerverodtryk eller katastrofetænkning).
 - Identifikation af evt. manglende viden om rygsmerter hos patienten, eller deciderede fejlopfattelser, f.eks. at det er skadeligt at bruge ryggen til almindelige daglige aktiviteter , korrektion af mulige misforståelser og information ud fra en forståelig og plausibel forklaring på deres smerte (årsager, smertemekanisme, prognose, hvilken rolle har undersøgelse og behandling)
 - Opøvelse af redskaber og muligheder for at reagere differentieret på forskellige oplevelser som tanker, følelser, kropslige reaktioner, med henblik på at opretholde eller ændre aktivitetsniveau, samtidig med at målsætning for forløbet opretholdes
 - Præsentation af mulige smerte smertehåndteringsteknikker, der inkluderer gradueret aktivitet og "pacing"
 - Fysiske behandlingsmodaliteter (øvelser og manuel terapi) integreres med samtidig psykologiske informationsteknikker hvad angår forklaring på symptomer, beroligelse, fælles målsætning, problemløsning, og afspænding.
 - Patienten gives støtte og opfordring til at genoptage normale aktiviteter og arbejde
 - Der fokuseres specielt på psykologisk prognostiske faktorer som katastrofetanker, depressiv adfærd, angst og bevægerelateret angst
 - Patienten motiveres til at strukturere og træne smertehåndteringsteknikker mellem konsultationerne, der samles op på og gennemgås fremskridt og problemløsningsmuligheder.
 - Betydningen af aktiv egenomsorg understreges såvel for nuværende episode som for fremtidige episoder.
1. A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment Jonathan C. Hill, Elaine M. Hayet al. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. Vol. 59, No. 5, May 15, 2008, pp 632–641
 2. Comparison of stratified primary care management for lowback pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial Jonathan C Hill, Elaine M Hayet al. Published online September 29, 2011 www.thelancet.com
 3. www. The Lancet. Supplement to: Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; published online Sept 29. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60937-9.
 4. Ikke publiceret foredrag, " STarT Back Tool: Et Screeningsredskab til LBP"; Phd. Stud, fysioterapeut Lars Morsø præsenteret på Lænderygkonference Syddansk Universitet 9.1.2012

Praksiskonsulent for fysioterapi

Nils-Bo de Vos Andersen