

Bilagsrapport 4

Patienternes oplevelse af behandlingsindsatsen på rygområdet

Oktober 2005

Indholdsfortegnelse

1. Formål	2
2. Materiale og metoder	2
2.1. Udvælgelse af respondenter til spørgeskemaundersøgelsen	2
2.2. Spørgeskemaet, dets indhold, udsendelse og analyse	4
2.3. Udvælgelse af informanter til interviewundersøgelsen	4
2.4. Interview – interviewguide, gennemførelse og analyse	4
2.5. Tilladelser og etiske overvejelser	5
3. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen	6
3.1. Antal respondenter	6
3.2. Frafaldsanalyse	7
3.3. Beskrivelse af respondenterne	8
3.4. Varigheden af lænderygbesværet	9
3.5. Ventetid oplevet af patienten	10
3.6. Patientforløbet for en lænderygpatient	11
3.7. Tiltag og behandlinger hos de enkelte behandlere	13
3.8. Information fra og kommunikation med behandlerne	19
3.9. Tilfredshed med undersøgelses- og behandlingsforløbet	23
4. Resultater af interviewundersøgelsen	26
4.1. Informanterne	26
4.2. De valgte temaer	26
4.2.1. Forløbet af lænderygbesværet	27
4.2.2. Oplevelse af information	29
4.2.3. Samarbejdet mellem behandlere, samt kontakt til kommunen	30
4.2.4. Træning/genoptræning	31
4.2.5. Ventetid og frit sygehusvalg	33
4.2.6. Arbejde og økonomi	34
5. Opsummering	36
5.1. MTV-rapportens anbefalinger	38
6. Referencer	40
Appendiks 1. Lænderygdiagnoser	41
Appendiks 2. Indhold af spørgeskema	44
Appendiks 3. Tilsagn om interview	54
Appendiks 4. Interviewguide	55

1. Formål

Nærværende undersøgelse af patienternes oplevelse af behandlingsindsatsen på rygområdet indgår som et delelement i evalueringen af udviklingen på rygområdet i Danmark fra 1999 til 2004. Inddragelse af patienterne i evalueringen havde overordnet til formål at beskrive patientforløbene, idet der primært blev fokuseret på, om forløbene havde været sammenhængende og ensartede. Således er følgende elementer blevet afdækket og vurderet:

- Forhold af betydning for patientens oplevelse af udredning og behandling af rygproblemet.
- De behandlingstilbud, som patienten har fået, herunder opfølgning på behandling.
- Henvisningsmønstre og forløb samt tidsmæssig udstrækning.
- Oplevelser og erfaringer med forskellige grupper af behandlere.
- Oplevelser af information om behandlingsforløb og muligheder.
- Oplevelser af kommunikation mellem behandlere indbyrdes.
- Eventuelle oplevede uhensigtsmæssigheder, dårlige oplevelser.
- Overordnet tilfredshed med behandlingen og det samlede forløb.

Da der ikke tidligere er lavet tilsvarende undersøgelser af patienternes oplevelser af behandlingsindsatsen på rygområdet, er det ikke muligt i denne delundersøgelse at vurdere eventuelle ændringer fra før MTV-rapportens udgivelse i 1999 og op til 2004. I stedet er der tale om et øjebliksbillede på baggrund af en mindre stikprøveundersøgelse.

2. Materiale og metoder

Til undersøgelsen blev der udvalgt 600 personer, der i perioden 1. januar til 30. juni 2004 havde været i behandling for lænderygsbesvær. Undersøgelsen bestod af et postomdelt spørgeskema samt et efterfølgende uddybende interview med en mindre gruppe respondenter udvalgt fra spørgeskemaundersøgelsen. På baggrund af tidligere delundersøgelser i evalueringen samt overvejelser omkring geografisk spredning blev henholdsvis Vejle Amt, der har arbejdet meget med implementering af anbefalingerne, og Vestsjællands Amt, der i mindre udstrækning har implementeret MTV-rapportens anbefalinger, udvalgt til nærværende patientundersøgelse.

2.1. Udvalgelse af respondenter til spørgeskemaundersøgelsen

I alt 300 potentielle respondenter fra hvert amt blev udvalgt blandt patienter med forskellige former for lænderygsbesvær, herunder diskusprolaps (se appendiks 1 for diagnosekoder). Derudover var det et kriterium, at patienterne skulle udvælges dels blandt patienter, der udelukkende havde været behandlet i primærsektoren i undersøgelsesperioden, og dels blandt patienter, der tillige havde været behandlet i sekundærsektoren for deres lænderygsbesvær. Antallet af patienter udtrukket fra de to sektorer var ligeligt fordelt.

Der blev således udvalgt 150 patienter fra hvert amt, som alene havde fået behandling i primærsektoren og ikke havde haft nogen sygehuskontakt (indlæggelse eller ambulant besøg) i forbindelse med deres lænderygbesvær. Som følge af manglende diagnosespecifikation af ydeshonoraret i almen praksis var det ikke muligt at identificere lænderygpatienter i almen praksis via Sygesikringen. Den manglende registrering af besøg på baggrund af diagnosekoder gør sig også gældende ved besøg hos privatpraktiserende kiropraktor og privatpraktiserende fysioterapeut. Det er dog vurderet, at ca. 80% af patienterne hos kiropraktoren og en ukendt, men forventet stor andel af patienterne hos fysioterapeuten er lænderygpatienter. Typisk vil patienter hos alle øvrige behandlergrupper dog have haft kontakt til deres egen læge tidligere i forløbet, hvorfor denne behandlergruppe også kan siges at indgå i undersøgelsen indirekte, om end ikke som primært udvælgelseskriterium.

Således blev 100 patienter (50 i hvert amt) udtrukket via Sygesikringen på baggrund af kontakt til privatpraktiserende kiropraktor, mens 200 patienter (100 i hvert amt) blev udtrukket på baggrund af kontakt med privatpraktiserende fysioterapeut. Den større vægt på fysioterapeutiske patienter skyldtes forventningen om, at flere her måtte sorteres fra som ikke værende lænderygpatienter sammenlignet med kiropraktorenes patienter, jf. ovenfor. Disse patienter blev bedt om at returnere spørgeskemaet i tilfælde af, at de ikke havde været i behandling for lænderygbesvær i den pågældende periode, hvorefter de udgik af undersøgelsen.

For de 300 patienter (150 for hvert amt), der blev behandlet i den sekundære sektor, blev de 180 patienter (60%) identificeret via Landspatientregisteret blandt patienter, der havde haft en eller flere ambulante kontakter til et reumatologisk ambulatorium eller et rygcenter på baggrund af en lænderygdiagnose, men som ikke havde været indlagt (appendiks 1). På tilsvarende vis blev der fra Landspatientregisteret udvalgt 120 patienter (40%) (60 for hvert amt) blandt lænderygpatienter, der havde været indlagt på sygehuset med en lænderygdiagnose som aktionsdiagnose.

Sundhedsstyrelsen har forestået udtrækningen af respondenter fra Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret. Da de nyeste tilgængelige data for nærværende evaluering er fra før 30. juni 2004, er det valgt konsekutivt at udtrække patienter, der havde været i behandling i perioden 1. januar til 30. juni 2004. Efterfølgende er udtrukket sendt til Det Centrale Personregister (CPR) med henblik på krydsning med navne og adresser. CPR har endvidere kontrolleret, at de udtrukne personer var i live, tilmeldt folkeregisteret og ikke havde frabedt sig kontakt vedrørende forskningsprojekter.

Grundet stikprøvens begrænsede størrelse skal det gøres opmærksom på, at der vil være tale om mindre stikprøver, når der deles op på forskellige subgrupper af respondenter. Resultaterne af nærværende undersøgelse skal derfor i tilfælde af små subgrupper mere tages som en indikation af nogle tendenser end som statistisk sikre resultater.

2.2. Spørgeskemaet, dets indhold, udsendelse og analyse

Der er med baggrund i tidligere patienttilfredshedsundersøgelser, herunder en større undersøgelse udført af Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt (1), samt gængse standarder og principper for spørgeskemaundersøgelser, jf. Hellevik (2) og Olesen & Mainz (3), udviklet et spørgeskema til brug for undersøgelsen. Der blev spurgt til såvel generelle forhold, herunder det oplevede lænderygsbesvær, som specifikt til behandling og behandlingsforløb. For hver enkelt af de potentielle behandlere (praktiserende læge, kiropraktor, fysioterapeut, speciallæge, personale på rygcen-ter/ambulatorium og hospitalsafdeling) blev der spurgt til den information, som patienten havde fået vedrørende behandling, forløb, muligheder for egen indsats samt henvisninger og ventetider. Spørgeskemaet indeholdt lukkede samt enkelte åbne svarkategorier.

Spørgeskemaet blev inden udsendelsen den 28. februar 2005 valideret i projektgruppens ekspertpanel, CEMTV's følge- og arbejdsgruppe samt pilottestet på et mindre antal personer i forskellige aldersgrupper med tidligere eller nuværende lænderygsbesvær. Der indgik én rykkerrunde.

Besvarelsene fra de enkelte subgrupper af lænderygpatienter, opdelt henholdsvis på amter (Vejle og Vestsjællands Amter), sektorer (primær- og sekundærsektoren) og behandlingsindgang (indlæggelse, ambulat besøg, kiropraktor og fysioterapeut), er bearbejdet og analyseret med statistikprogram (SPSS) og rapporteret ved brug af såvel frekvens- og krydstabeller som relevante statistiske test (χ^2 -test, t-test).

Det udsendte spørgeskema fremgår af appendiks 2.

2.3. Udvalgelse af informanter til interviewundersøgelsen

Der blev udvalgt 10 personer blandt respondenterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Der er tale om respondenter, som i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen havde givet tilsagn om at deltage. Med henblik på at opnå en bred repræsentation blev der udvalgt fem informanter fra hvert amt, der repræsenterede følgende forskellige behandlinger: i) ambulant behandling på sygehus, ii) behandling på sygehus under indlæggelse, iii) behandling hos fysioterapeut, og iv) behandling hos kiropraktor. Derudover blev der tilstræbt en ligelig fordeling på køn og alder og en generel positiv/negativ oplevelse af behandling og forløb.

2.4. Interview – interviewguide, gennemførelse og analyse

Til de 10 patientinterview blev der anvendt en semistruktureret interviewguide. Interviewguiden tog udgangspunkt i såvel de overordnede undersøgelsesspørgsmål som i en præliminær analyse af spørgeskemaundersøgelsens besvarelser. Derudover har tidligere undersøgelser af Dorte Effersøe Gan-
nik og Marianne Jespersen (4,5) samt patienttilfredshedsundersøgelser fra Hørsholm (6), Åbenrå (7) og Vendsyssel (8) inspireret til interviewguiden.

Ni af interviewene foregik i informantens hjem, mens et enkelt interview foregik på en café i informantens hjemby. I interviewene deltog udelukkende informant og interviewer bortset fra et enkelt, som havde deltagelse af en pårørende. Alle interview blev optaget på bånd.

De 10 personlige interview er blevet udskrevet og herefter bearbejdet i dataprogrammet Nvivo. Bearbejdningen er foretaget tæt på data, som er kodet ud fra temaer i interviewguiden (forløb, information, samarbejde, kontakt til kommunal sagsbehandler og ventetid, samt ”det sværeste/det der letter/det der savnes”), samt temaerne arbejde og udgifter.

2.5. Tilladelser og etiske overvejelser

Spørgeskemaundersøgelsen blev godkendt af Datatilsynet den 5. november 2004 (J. nr.: 2004-41-4486). Derudover har der været drøftelser med Videnskabsetisk Komite, som dog ikke skal godkende denne form for undersøgelser (jf. lov nr. 402 af 28/5/2003, § 8 stk.3) (9).

I et følgebrev til spørgeskemaet blev respondenterne informeret om følgende: undersøgelsens formål, undersøgernes tilgang til oplysninger om patientens identitet og diagnose (Landspatientregisteret/Sygesikringen), oplysninger om rykkerrunde, frivillighed og anonymitet. Derudover blev respondenterne informeret om det efterfølgende interview. Såfremt respondenterne ønskede at deltage i den kvalitative undersøgelse, blev vedkommende bedt om at anføre dette samt navn og adresse forneden på spørgeskemaet.

Endvidere blev der fremsendt orienterende breve med information om undersøgelsen til amtsundhedsdirektører og sygehusledelser i Vejle og Vestsjællands Amter.

I forbindelse med undersøgelsen blev der taget kontakt til personer, om hvem man havde kendskab til eller formodning om, at de et år forinden havde været i behandling for lænderygbesvær. Forud for henvendelsen blev denne fremgangsmåde drøftet med Datatilsynet. I overvejelserne indgik, at lænderygbesvær er en alment forekommende lidelse og som sådan ikke formodes at være problematisk at spørge til uden den enkelte persons forudgående tilladelse. Personoplysninger (navn og adresse) samt koblingen af disse til løbenummeret på spørgeskemaet er behandlet efter Datatilsynets forskrifter. Spørgeskemaerne blev besvaret anonymt med mindre respondenterne havde udfyldt navn, adresse og telefonnummer i forbindelse med tilsagn om interview. Tilsagn blev taget fra og opbevaret efter Datatilsynets forskrifter, inden spørgeskemaet blev sendt til indtastning.

3. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

3.1. Antal respondenter

Som beskrevet under metodeafsnittet blev der udtrukket 600 patienter fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Udtrækket blev sendt til Det Centrale Personregister (CPR), som returnerede navn og adresse på 532 personer. Bortfaldet på 68 patienter skyldtes manglende tilmelding til Folkeregisteret, navne- og adressebeskyttelse og/eller forskningsbeskyttelse, jf. tidligere. Derudover var en patient i Vejle Amt registreret to gange med forskellig behandlingsindgang. Vedkommende fik dog kun tilsendt et spørgeskema.

Der blev således sendt spørgeskemaer til 531 personer. Heraf returnerede 104 spørgeskemaet eller gav telefonisk besked om, at de ikke havde været i behandling for lænderygbesvær. Mange ringede for at drøfte deres deltagelse, selv om deres lænderygbesvær havde strakt sig over adskillige år, eller for at forklare, hvorfor de ikke så sig i stand til at besvare spørgeskemaet. I alt 21 ringede eller returnerede spørgeskemaet med en besked om, at de ikke ønskede eller magtede at deltage. Det sidste skyldtes bl.a. problemer med smerter, svagt syn, ikke at kunne forstå spørgsmålene, senilitet eller bortrejse (for de to sidstes vedkommende var det pårørende, der ringede). Elleve returnerede et blankt spørgeskema, uden at vi kender baggrunden for dette.

I alt 208 personer returnerede et udfyldt spørgeskema, hvilket giver en svarprocent på 49% (tabel 1). Idet der også kan forventes at forekomme ikke-lænderygpatienter blandt de respondenter, som ikke besvarede spørgeskemaet ($427-208=219$ ubesvarede), må denne svarprocent alt andet lige betragtes som tilfredsstillende.

Tabel 1: Oversigt over det samlede antal respondenter.

Identifikation/kontakter	Antal	Resultat
Ønsket udtræk i LPR og Sygesikringsregisteret	600	
Frafald grundet udtrækning i begge registre	1	599
Frafald ved kobling med CPR	68	
Antal udsendte spørgeskemaer		531
Frafald grundet manglende behandling for lænderygbesvær	104	427
Andet frafald	21	406
Blankt spørgeskema	11	395
Besvarede spørgeskemaer	208	Besvarelse: 49% ¹

1. 208 / 427.

I tabel 2 nedenfor fremgår det dels, hvor mange der er blevet spurgt inden for de enkelte amter og sektorer, dels hvor mange besvarelser der er opnået inden for disse undergrupper (svarprocent).

Tabel 2: Svarprocenter inden for undergrupperne (absolutte tal og %).

	Antal adspurgte	Antal besvarelser	Besvarelsesprocent
Vestsjællands Amt			
Behandlet på sygehus m. indlæg.	60	25	42% ¹
Ambulant behandlet på sygehus	90	41	46% ¹
Behandlet hos fysioterapeut	100	22	22% ²
Behandlet hos kiropraktor	50	14	28% ²
Vejle Amt			
Behandlet på sygehus m. indlæg.	60	29	48% ¹
Ambulant behandlet på sygehus	90	32	36% ¹
Behandlet hos fysioterapeut	100	24	24% ²
Behandlet hos kiropraktor	50	21	42% ²

1. Bemærk, at der i beregningen af svarprocenterne ikke er trukket patienter fra, som faldt fra ved koblingen til CPR, fx pga. manglende tilmelding til Folkeregisteret, navne- og adressebeskyttelse eller forskningsbeskyttelse, hvorfor svarprocenterne må formodes at være lidt for lave.
2. Bemærk, at der i beregningen af disse besvarelsesprocenter dels indgår patienter, som faldt fra ved koblingen til CPR, og dels patienter, der ikke er lænderygpatienter. Specielt det sidste gør svarprocenterne kunstigt lave.

3.2. Frafaldsanalyse

For at undersøge repræsentativiteten og generaliserbarheden af resultaterne i analysen er køn, amt og behandlingssektor (primær- eller sekundærsektor) for hele stikprøven af patienter, der potentielt set kunne have besvaret spørgeskemaet, sammenlignet med de patienter, der rent faktisk besvarede spørgeskemaet. Resultatet heraf fremgår af tabel 3.

Tabel 3: Data for alle patienter i stikprøven.

	Vestsjællands Amt		Vejle Amt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Køn ¹	117 (22%)	144 (27%)	120 (23%)	150 (28%)
	Sekundærsektor	Primærsektor	Sekundærsektor	Primærsektor
Sektor ²	131 (25%)	130 (24%)	130 (24%)	140 (26%)

¹ χ^2 -test for goodness-of-fit: $\chi^2 = 0,24$; $df = 3$.

² χ^2 -test for goodness-of-fit: $\chi^2 = 12,34$; $df = 3$.

Det ses af χ^2 -testen for goodness-of-fit, at patienterne fra Vestsjællands og Vejle Amter er repræsentative for alle respondenterne med hensyn til kønsfordelingen, idet der ikke var nogen signifikant forskel på kønsfordelingen i hele stikprøven og kønsfordelingen i den del af stikprøven, der besvarede spørgeskemaet i henholdsvis Vestsjællands Amt og Vejle Amt. Ved fordeling på primær- og sekundærsektoren i de to amter viser χ^2 -testen for goodness-of-fit dog, at der var signifikant forskel

på fordelingen i hele stikprøven og fordelingen i den del af stikprøven, der besvarede spørgeskemaet i undersøgelsen, idet der var en overvægt af spørgeskemabesvarelser fra sekundærsektoren (64% i Vestsjællands Amt og 57% i Vejle Amt).

3.3. Beskrivelse af respondenterne

208 personer, nogenlunde ligeligt fordelt mellem Vejle og Vestsjællands Amter (106 fra Vejle Amt og 102 fra Vestsjællands Amt), besvarede spørgeskemaet (tabel 4). Kønsfordelingen var ens mellem amterne (56%/58% kvinder og 44%/42% mænd), ligesom body mass-indeks (BMI) var ens, idet det for begge amter lå i den høje ende.

Tabel 4: Respondenternes køn, gennemsnitsalder og BMI fordelt på amt (absolutte tal og %).

	Vestsjællands Amt	Vejle Amt
Kvinder ^{1,2}	57 (58%)	58 (56%)
Mænd ^{1,2}	42 (42%)	46 (44%)
Gennemsnitsalder ³	55 år	47 år
Gennemsnitligt BMI ⁴	26,43	27,75

¹ Oplysning om køn manglede for tre respondenter i Vestsjællands Amt og for to respondenter i Vejle Amt.

² χ^2 -værdi = 0,067; df = 1; p-værdi = 0,795.

³ t = 3,996; df = 202; p-værdi <0,001.

⁴ t = -0,721; df = 198; p-værdi = 0,472.

Aldersmæssigt var patienterne i Vestsjællands Amt dog ældre end patienterne i Vejle Amt (p<0,001) (tabel 4). I tabel 5 nedenfor er respondenternes højeste uddannelsesniveau vist.

Tabel 5: Højeste uddannelsesmæssige baggrund for respondenterne fordelt på amt (%).

	Vestsjællands Amt (N=99)	Vejle Amt (N=102)
Folkeskolen	42%	26%
Gymnasium/hh eller tilsvarende	5%	7%
Erhvervsfaglig grunduddannelse	29%	28%
Kort videregående uddannelse (1-3 år)	10%	20%
Mellem/lang videregående uddannelse (3-6 år)	13%	19%

Det fremgår, at der i Vejle Amt var flere respondenter, som havde en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse, og færre, der kun havde folkeskolens afgangseksamen som højeste uddannelse, sammenlignet med respondenterne i Vestsjællands Amt.

Der er også forskel imellem amterne med hensyn til, hvor mange der blev behandlet i sekundærsektoren (57% mod 64%) og i primærsektoren (43% mod 36%) (tabel 6). Ligeledes er der forskel på, hvor mange der blev behandlet hos kiropraktor, med den største andel i Vejle Amt.

Tabel 6: Respondenternes behandlingsindgang og -sektor fordelt på amt (absolutte tal og %).

	Vestsjællands Amt	Vejle Amt
Ambulant behandlet på sygehus	41 (40%)	32 (30%)
Indlagt på sygehus	25 (24%)	29 (27%)
Samlet behandlet i sekundærsektoren	66 (64%)	61 (57%)
Behandlet hos fysioterapeut	22 (22%)	24 (23%)
Behandlet hos kiropraktor	14 (14%)	21 (20%)
Samlet behandlet i primærsektoren	36 (36%)	45 (43%)

Godt og vel halvdelen af lænderygpatienterne fra Vejle Amt (58) deltog eller havde efterfølgende deltaget i genoptræning, mens det drejede sig om knap halvdelen i Vestsjællands Amt (44).

Omkring 40% (42) af lænderygpatienterne fra Vejle Amt havde haft kontakt med en kommunal sagsbehandler i forbindelse med deres lænderygbesvær, mens det var tilfældet for en fjerdedel af patienterne fra Vestsjællands Amt.

Omkring halvdelen af lænderygpatienterne i begge amter havde ikke fået ændret deres tilknytning til arbejdsmarkedet som følge af lænderygbesværet, mens henholdsvis 10% i Vejle Amt og 20% i Vestsjællands Amt heller ikke oplevede nogen ændringer, idet de allerede fik en eller anden form for pension. Men for de resterende 30-40% havde lænderygbesværet haft en eller anden form for konsekvens i forhold til patientens tilknytning til arbejdsmarkedet, det være sig i form af sygefravær, nedsat arbejdstid/fleksjob, skånejob, revalidering, uddannelse, invalidepension, samt i enkelte tilfælde skift til andet arbejde.

3.4. Varigheden af lænderygbesværet

Som beskrevet i metodeafsnittet havde spørgeskemaundersøgelsen fokus på patienternes lænderygbesvær, som de havde været i behandling for i perioden 1. januar - 30. juni 2004, jf. kriterierne for udtrækket. I undersøgelsen blev respondenterne derfor spurgt om, hvor længe det lænderygbesvær, som de havde oplevet i perioden, havde varet. Resultatet heraf fremgår nedenfor af tabel 7.

Tabel 7: Varighed af lænderygbesvær (hele tal og %).

	Vestsjællands Amt	Vejle Amt
Mindre end 4 uger	6 (7%)	11 (11%)
Mellem 4 uger og 3 måneder	12 (13%)	11 (11%)
Mere end 3 måneder	75 (80%)	81 (78%)
I alt	93 (100%)	103 (100%)

For langt størstedelen af patienterne i begge amter havde lænderygbesværet været mere end tre måneder. Kun omkring 20% af patienterne havde et lænderygbesvær, som havde været mindre end tre måneder, og få heraf havde haft et lænderygbesvær, som havde været mindre end fire uger, eller havde først for nylig fået besvær med ryggen.

At lænderygbesværet, som patienten havde haft i perioden fra 1. januar - 30. juni 2004, ikke havde været et enkeltstående tilfælde, men oftere mere havde et kronisk forløb, ses af tabel 8. Kun mellem 11 og 13%, afhængigt af om patienten havde været behandlet i primær- eller sekundærsektoren, havde ikke haft lænderygbesvær tidligere, mens 87-89% af patienterne i undersøgelsen tidligere havde haft lænderygbesvær.

Tabel 8: Lænderygbesvær ud over lænderygbesværet i perioden 1. januar - 30. juni 2004.

	Af patienter behandlet i sekundærsektoren under indlæggelse eller ambulant	Af patienter behandlet i primærsektoren hos fysioterapeut eller kiropraktor
Ja	111 (89 %)	68 (87 %)
Nej	13 (11 %)	10 (13 %)
I alt	124 (100 %)	78 (100 %)

Andelene, der tidligere havde haft lænderygbesvær, er relativt ens i de to amter (85% i Vestsjællands Amt og 92% i Vejle Amt).

3.5. Ventetid oplevet af patienten

Lænderygpatienterne gav udtryk for at have oplevet en vis ventetid hos de forskellige behandlere i primærsektoren såvel som i ambulatorierne og på sygehusene i sekundærsektoren, jf. tabel 9.

Tabel 9: Oplevet ventetid (antal uger).

	Vestsjællands Amt	Vejle Amt
Fysioterapeut	1,5	1,9
Speciallæge	3,8	5
Sygehusambulatorium	4,4	5,7
Sygehusindlæggelse	4,2	5,3

Der ses generelt for alle behandlergrupper en lidt længere ventetid i Vejle Amt end i Vestsjællands Amt, ligesom ventetiden, ikke overraskende, var størst til ambulatorium og indlæggelse, om end der ikke er tale om lange ventetider. Der gøres opmærksom på, at der er tale om patientrapporterede ventetider, som vedkommende husker det.

3.6. Patientforløbet for en lænderygpatient

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen blev der spurgt til, hvilke behandlere i primær- og sekundærsektoren, herunder sygehusafdelinger, og sociale myndigheder lænderygpatienten havde været i kontakt med i første halvår af 2004, hvor vedkommende havde haft en lænderygglidelse. Svarene på dette spørgsmål er vist i tabel 10 opdelt dels på de to amter, dels på om patienten var primærsektorpatient eller sekundærsektorpatient.

Tabel 10: Behandlere, afdelinger og andre, som patienten har været i kontakt med (%).

	Vestsjællands Amt		Vejle Amt	
	Primærsektoren (N=36)	Sekundærsektoren (N=66)	Primærsektoren (N=45)	Sekundærsektoren (N=61)
Praktiserende læge	53	85	56	80
Kiropraktor ¹	47	17	58	25
Fysioterapeut (privat)	58	47	56	59
Speciallæge ²	28	50	4	28
Sygehusambulatorium ³	3	64	18	82
Indlagt på sygehus	6	39	2	43
Skadestue	3	2	0	10
Vagtlæge	0	6	0	15
Røntgenafdeling	22	59	18	57
Kommunal sagsbehandler	17	23	13	38
Alternativ/anden behandler ⁴	25	17	13	16

¹ χ^2 -værdi = 3,152; df = 1; p-værdi = 0,076.

² χ^2 -værdi = 14,419; df = 1; p-værdi <0,001.

³ χ^2 -værdi = 3,596; df = 1; p-værdi = 0,058.

⁴ Fx akupunktør, massør, zoneterapeut og afspændingspædagog.

Den hyppigste kontakt for sekundærsektorpatienterne i Vestsjællands Amt var den praktiserende læge (85%), hvorimod den i Vejle Amt var sygehusambulatoriet (82%). Den næsthypigste kontakt for disse patienter var i Vestsjællands Amt sygehusambulatoriet (64%) og i Vejle Amt den praktiserende læge (80%). Den tredjehypigste kontakt var røntgenafdelingen i Vestsjællands Amt og fysioterapeuten i Vejle Amt (tabel 10). For primærsektorpatienterne var den hyppigste kontakt i Vestsjællands Amt fysioterapeuten (58%), mens den i Vejle Amt var kiropraktoren (58%). Den næsthypigste kontakt for primærsektorpatienterne var i begge amter den praktiserende læge (53% og 56%), idet dog lige så mange i Vejle Amt havde haft kontakt til en fysioterapeut.

De to amters kontaktmønster adskiller sig fra hinanden i forhold til lænderygpatienternes kontakt til speciallæge, som var signifikant hyppigere i Vestsjællands Amt end i Vejle Amt ($p < 0,001$). Desuden er der en grænsesignifikant forskel i kontaktmønsteret i de to amter i forhold til kontakten til

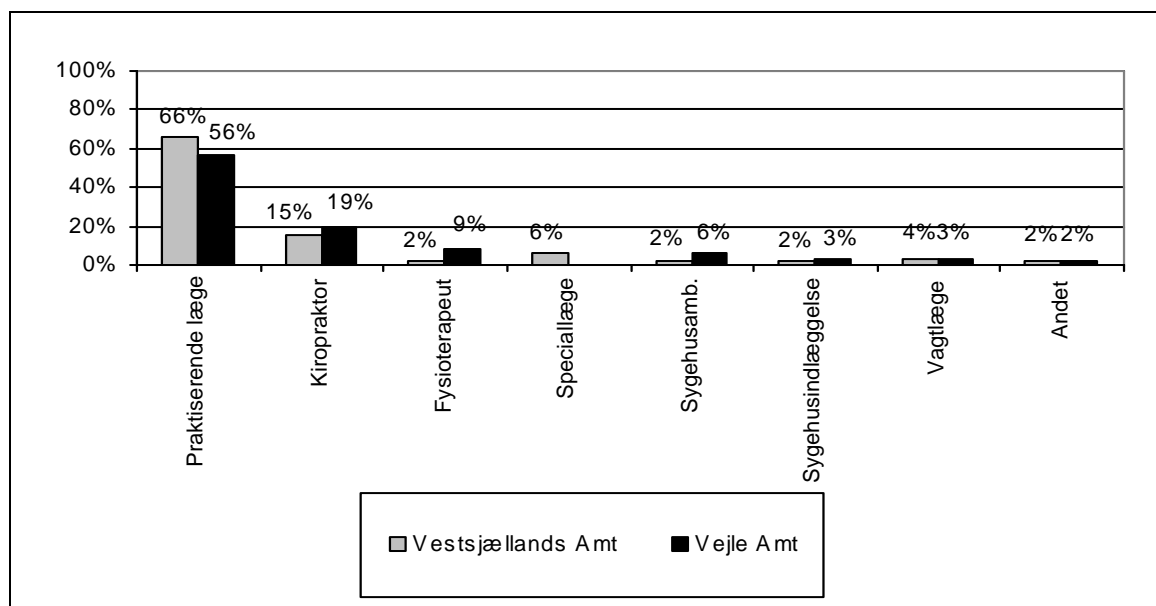
kiropraktor og til sygehusambulatorium, der begge var hyppigere i Vejle Amt. Der var ingen signifikant forskel mellem amterne for de øvrige kontakters vedkommende.

Enkelte primærsektorpatienter har angivet, at de i perioden enten havde været indlagt på sygehus eller haft kontakt til et sygehusambulatorium, hvilket enten må skyldes manglende registrering i Landspatientregisteret, at der er tale om en anden diagnose end en rygdiagnose, at sygehuskontakten er forekommet uden for den betragtede tidsperiode, eller at patienten husker forkert (recall bias).

Samlet set har primærsektorpatienterne haft 269 kontakter i Vestsjællands Amt og 276 kontakter i Vejle Amt, mens sekundærsektorpatienterne tilsvarende har haft henholdsvis 94 og 107 kontakter.

Jævnfør MTV-rapporten bør indgangen til et behandlingsforløb for en lænderygpatient gå gennem patientens egen læge. I forhold til de adspurgte lænderygpatienter blev det undersøgt, hvem der havde været den første kontakt som behandler ved deres lænderygbesvær. Resultatet heraf er præsenteret i figur 1 nedenfor.

Figur 1: Første behandler for lænderygpatienterne (%).



Note: Justerede procenter (manglende svar er udeladt).

I begge amter havde den praktiserende læge været første kontakt for mellem 56 og 66% af lænderygpatienterne, mens den næsthøypigste første behandler havde været kiropraktoren i begge amter, idet det gjaldt for 15-19% af lænderygpatienterne. I Vejle Amt havde 9% af lænderygpatienterne angivet fysioterapeuten som første kontakt. De øvrige behandlere lå lavt som første kontakt

Fysioterapeuten havde været anden behandlerkontakt for en fjerdedel af lænderygpatienterne både i Vestsjællands og Vejle Amter, svarende til at der var henvist fra den praktiserende læge. For 10% af

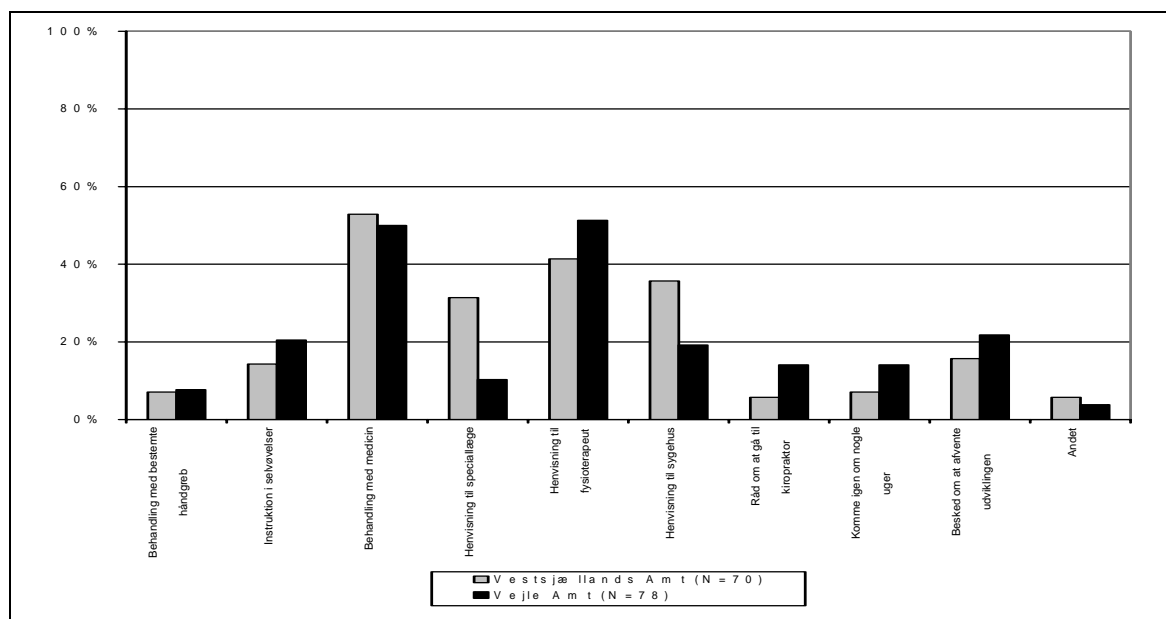
patienterne i Vestsjællands Amt var enten den privatpraktiserende speciallæge, sygehusambulatoriet eller sygehusindlæggelse den anden kontakt, som de havde i deres patientforløb. I Vejle Amt havde 13% af lænderygpatienterne kiropraktoren som anden behandlerkontakt, mens 11% havde sygehusambulatoriet som anden kontakt i behandlingsforløbet.

Patientforløbet for lænderygpatienterne indeholdt afhængigt af amt gennemsnitligt mellem 5-6 konsultationer hos den praktiserende læge, 7-9 hos kiropraktoren, 12-15 konsultationer hos fysioterapeuten, og 2-4 konsultationer hos en privatpraktiserende speciallæge. I sekundærsektoren havde en lænderygpatient i Vestsjællands Amt gennemsnitligt syv konsultationer på sygehusambulatoriet mod fire for en lænderygpatient i Vejle Amt, og for begge amter lå det gennemsnitlige antal sygehusindlæggelser i et forløb på knap to indlæggelser.

3.7. Tiltag og behandlinger hos de enkelte behandlere

I forbindelse med lænderygpatienternes første kontakt med de forskellige behandlere i primærsektoren eller med sygehus (ambulatorium og indlæggelse) og/eller rygcenter oplevede patienterne, at en række tiltag og/eller behandlinger blev sat i værk med henblik på at udrede og behandle vedkommendes lænderygbesvær. Disse tiltag og behandlinger er præsenteret for hver enkelt behandler eller sygehus nedenfor i figur 2-7.

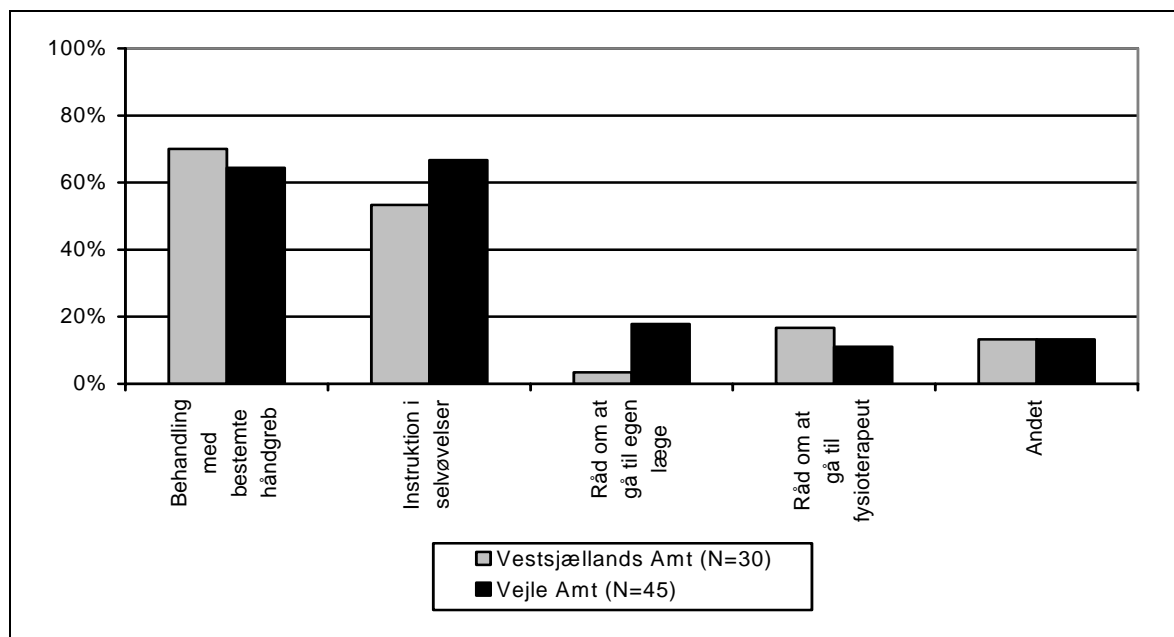
Figur 2: Tiltag eller behandlinger, der blev sat i værk ved første besøg hos egen læge (%).



Ved første konsultation hos den praktiserende læge oplevede lænderygpatienten typisk, at der blev sat en medicinsk behandling i værk (50-53%), eller at der blev henvist til en fysioterapeut (henholdsvis 41% og 51% i de to amter). Henvielse til sygehus og speciallæge forekom hyppigt, især for patienter fra Vestsjællands Amt. Kun i få tilfælde oplevede patienten, at den praktiserende læge havde anvendt manuel behandling eller instrueret patienten i øvelser, og kun cirka 16-22% af lænderygpatienterne havde oplevet at få den besked fra den praktiserende læge, at de skulle afvente udviklingen til trods for MTV-rapportens anbefaling om at afvente yderligere tiltag de første fire uger.

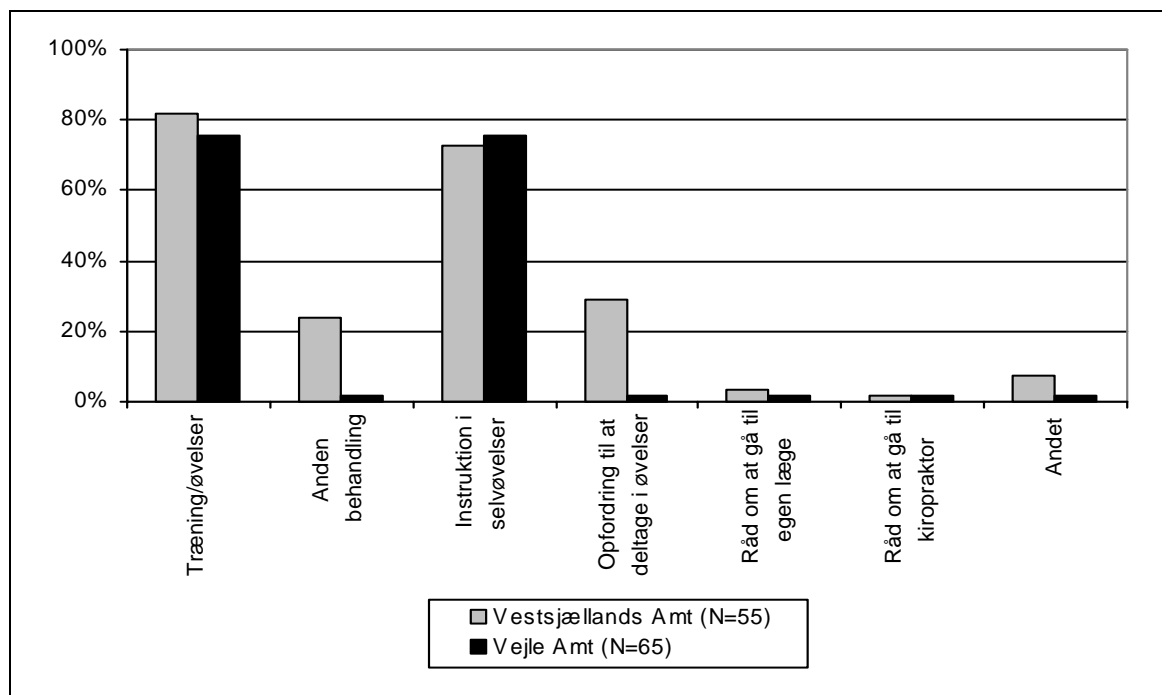
De væsentligste forskelle mellem de to amters patienter ligger i, at patienterne i Vejle Amt hyppigere oplevede at blive henvist fra deres egen læge til kiropraktor og fysioterapeut end patienterne i Vestsjællands Amt, og at de praktiserende læger i Vejle Amt var mere tilbøjelige til at sige, at patienterne skulle komme igen nogle uger senere, eller at udviklingen skulle afventes, end de praktiserende læger i Vestsjællands Amt. Omvendt blev en langt større andel af patienterne i Vestsjællands Amt end i Vejle Amt henvist til sygehus og speciallæge af deres egen læge.

Figur 3: Tiltag eller behandlinger, der blev sat i værk ved første besøg hos kiropraktoren (%).



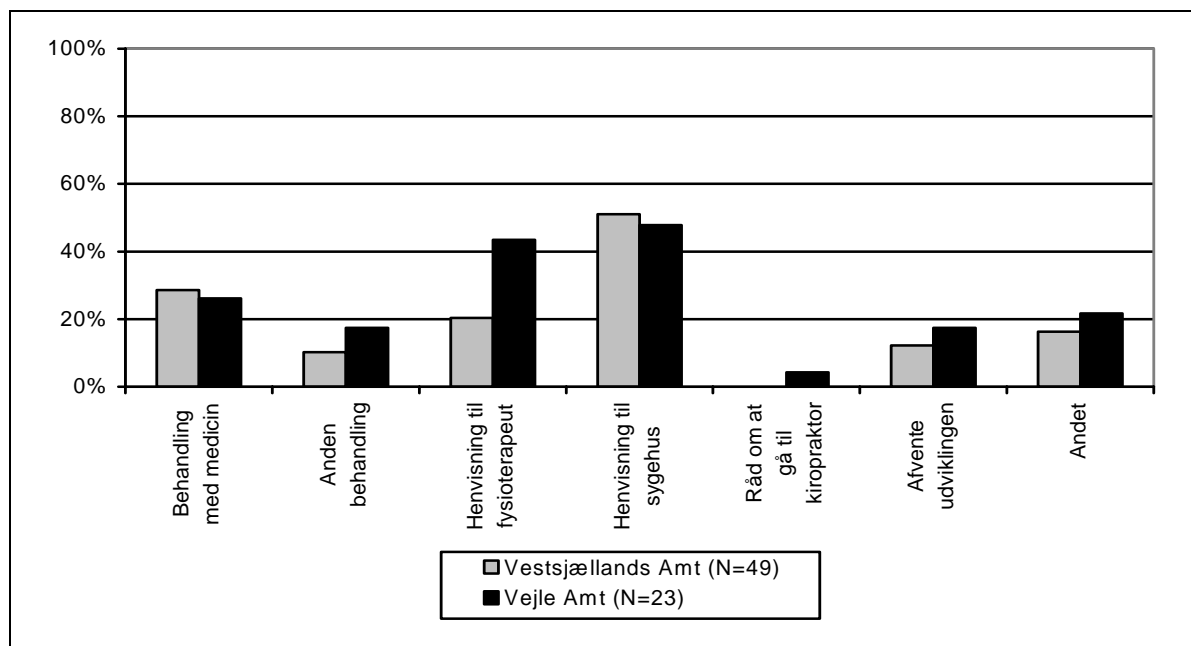
Lænderygpatienter, der kom til første behandling hos kiropraktoren, oplevede hyppigst at få manuel behandling med bestemte håndgreb (64-70%) og/eller at få instruktion i form af nogle øvelser, som patienten selv kunne lave (53-67%). Brugen af sidstnævnte ser ud til at være størst i Vejle Amt, hvilket dog kan hænge sammen med eksistensen af et rygcenter i amtet. Kun i yderst få tilfælde oplevede patienten, at kiropraktoren gav råd om at gå til andre behandlere i primærsektoren (egen læge eller fysioterapeut).

Figur 4: Tiltag eller behandlinger, der blev sat i værk ved første besøg hos fysioterapeuten (%).



Hos fysioterapeuten oplevede lænderygpatienterne ved første besøg også hyppigst at blive trænet eller få øvelser af en fysioterapeut (75-82%) og/eller at få instruktion i form af nogle øvelser, som patienten selv kunne lave (73-75%). I Vestsjællands Amt havde nogle patienter hos fysioterapeuten derudover oplevet at få anden behandling eller at blive opfordret til at deltage i øvelser uden for fysioterapeutkonsultationerne. Dette blev derimod ikke oplevet i Vejle Amt. Nærmest i ingen tilfælde i nogen af amterne oplevede patienterne, at fysioterapeuten gav dem råd om at gå til deres egen læge og/eller kiropraktor for behandling.

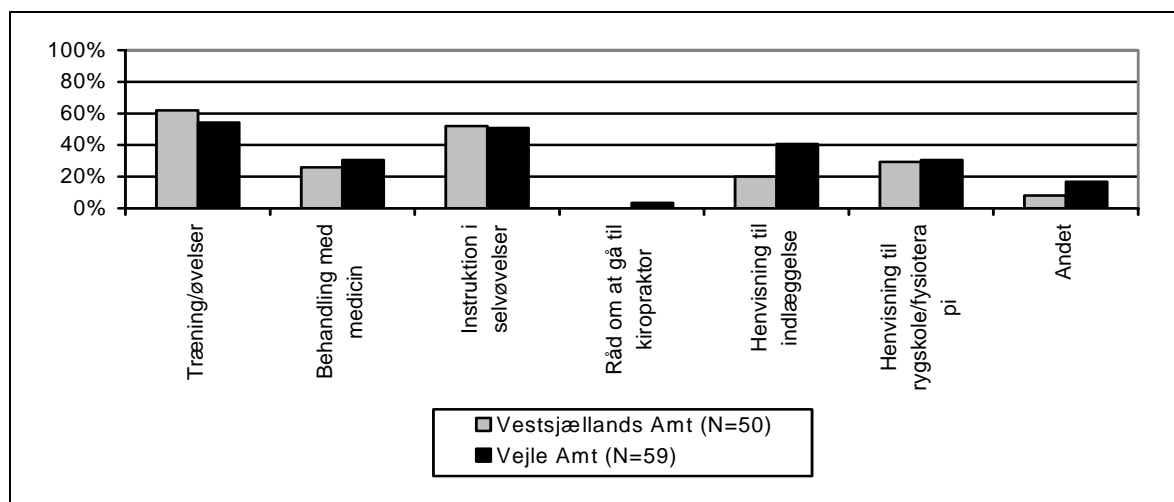
Figur 5: Tiltag eller behandlinger, der blev sat i værk ved første besøg hos speciallægen (%).



Note: Træning/øvelser var ikke en svarmulighed ved speciallæger i spørgeskemaet.

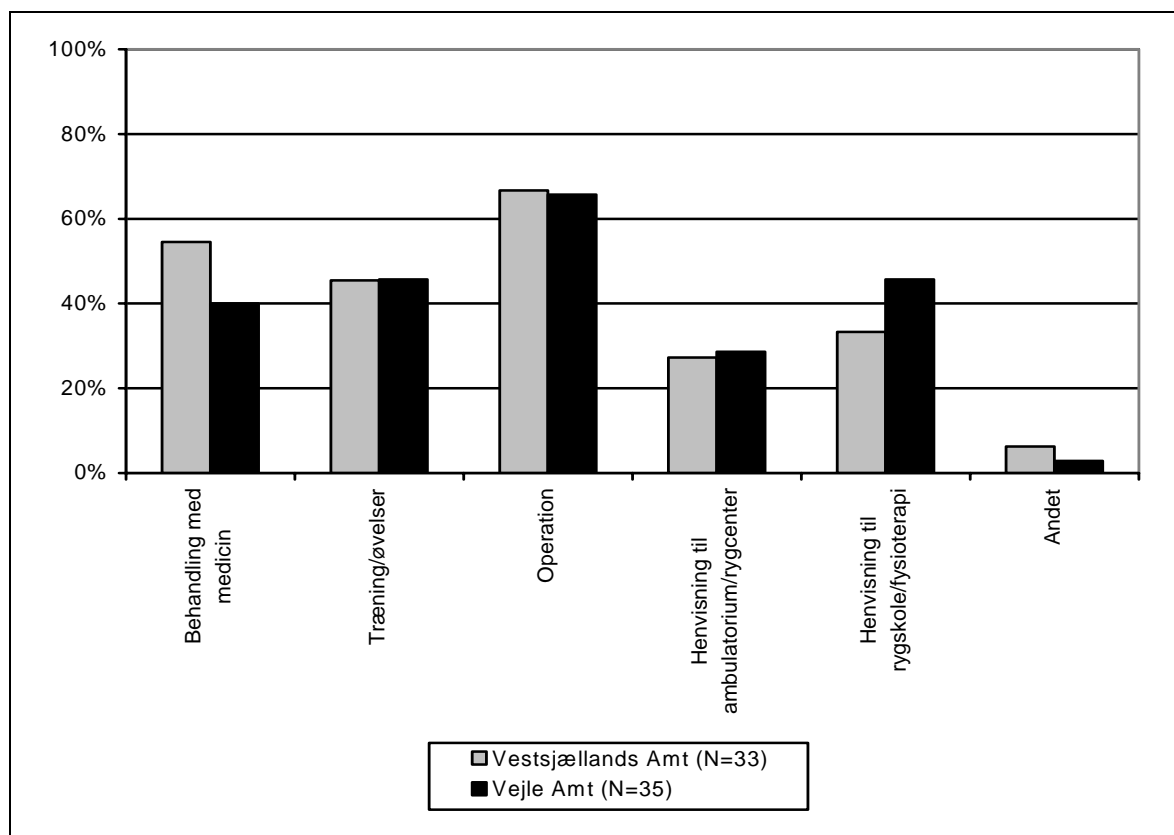
Ved første besøg hos speciallæge var det hyppigste, lænderygpatienterne oplevede, en henvisning til sygehus (48-51%), hvilket i mange tilfælde givetvis kan forklares ved forundersøgelse. Behandling med medicin (26-29%) var det næsthypigste tiltag hos speciallægen. Af de patienter, der kom til speciallæge, oplevede dobbelt så stor en andel i Vejle Amt som i Vestsjælland Amt at blive henvist til fysioterapeut (44% mod 20%), mens nærmest ingen oplevede at blive henvist til kiropraktor.

Figur 6: Tiltag eller behandlinger, der blev sat i værk ved første besøg i sygehusambulatorium/rygcenter (%).



I forbindelse med første konsultation i sygehusambulatoriet eller på rygcenteret var det typisk træning og øvelser (54-62%), som lænderygpatienten oplevede blive sat i værk, såvel som instruktion i øvelser, som patienten selv kunne lave (51-52%). Fra ambulatoriet eller rygcenteret blev der også til en vis grad henvist til rygscole og fysioterapi (29-31%), men ikke til kiropraktor. Især i Vejle Amt blev der henvist fra rygcenteret til sygehusindlæggelse. Patienterne oplevede, at behandling med medicin var mindre udbredt end for eksempel hos den praktiserende læge, hvilket formentlig kan forklares ved, at patienterne ved henvisning til speciallæge/sygehusambulatorium/rygcenter allerede var i medicinsk behandling.

Figur 7: Tiltag eller behandlinger, der blev sat i værk ved første indlæggelse på sygehus (%).



Endelig blev omkring 2/3 af lænderygpatienterne i begge amter indlagt med henblik på operation. Derudover oplevede lidt flere indlagte patienter i Vestsjællands Amt end i Vejle Amt behandling med medicin på sygehuset, mens en lidt større andel af de indlagte patienter i Vejle Amt end i Vestsjællands Amt oplevede en henvisning til rygscole/fysioterapi. Knap halvdelen af de patienter, som blev indlagt, blev også trænet og fik øvelser, ligesom 27-28% blev henvist til ambulatorium/rygcenter.

3.8. Information fra og kommunikation med behandlerne

Formålet med en del af nærværende delundersøgelse rettet mod lænderygpatienterne var at afdække, hvordan patienterne oplevede informationen vedrørende behandling og undersøgelser fra de respektive grupper af behandlere, og hvordan kommunikationen mellem de enkelte behandlergrupper oplevedes, fx i form af om patienten var nødt til at gentage oplysninger fra tidligere behandlere for den næste behandler. Endvidere er kommunikationen mellem patient og behandler lige så vigtig som informationen, hvorfor det er væsentligt, at behandleren hører på, hvad patienten har at sige. Disse forhold vedrørende information og kommunikation er beskrevet i nærværende afsnit for de respektive behandlergrupper.

En vigtig information fra behandleren til patienten er, hvad vedkommende selv kan gøre for at mindske lænderygbesværet, jf. anbefalingerne fra MTV-rapporten om vigtig patientinformation. Patienternes oplevelse heraf fremgår nedenfor af tabel 11.

Tabel 11: Information fra behandleren om, hvad man selv kunne gøre for at mindske lænderygbesværet (patienternes oplevelse) (%).

	Vestsjællands Amt (N=61)	Vejle Amt (N=74)	Vestsjællands Amt (N=28)	Vejle Amt (N=44)	Vestsjællands Amt (N=55)	Vejle Amt (N=64)
<i>Information fra</i> →	Den praktiserende læge		Kiropraktoren		Fysioterapeuten	
I høj grad	21%	16%	43%	55%	60%	53%
I nogen grad	26%	30%	43%	27%	27%	34%
I mindre grad	28%	38%	14%	7%	2%	11%
Slet ikke	25%	16%	0%	11%	11%	2%
	Vestsjællands Amt (N=42)	Vejle Amt (N=21)	Vestsjællands Amt (N=48)	Vejle Amt (N=57)	Vestsjællands Amt (N=30)	Vejle Amt (N=34)
<i>Information fra</i> →	Speciallægen		Ambulatoriet/rygcenteret		Sygehuset	
I høj grad	22%	19%	52%	44%	33%	38%
I nogen grad	14%	43%	23%	37%	23%	29%
I mindre grad	26%	24%	13%	14%	17%	15%
Slet ikke	38%	14%	12%	5%	27%	18%

Som det ses af tabellen, så var det især hos de lægelige behandlere (praktiserende læge og speciallæge), at patienterne i mindre grad oplevede, at de fik information om, hvad de selv kunne gøre. Mere end halvdelen af patienterne i begge amter oplevede, at deres egen læge kun i mindre grad eller slet ikke gav denne information, og 64% af patienterne i Vestsjællands Amt oplevede, at dette gjaldt for speciallægen. Sygehuset lå i den sammenhæng heller ikke højt. Omvendt var en stor andel af de typer af behandlere, som har fokus på manuel behandling og øvelser, dvs. fysioterapeuter og

kiropraktorer, i høj grad eller i nogen grad gode til at give information til patienterne, om hvad vedkommende selv kunne gøre. Dette hænger formentligt sammen med, at deres behandling i forvejen består af øvelser, træning etc., som også har godt af at blive gentaget og vedligeholdt.

Når behandleren har besluttet sig for, hvad der skal gøres, er det en god tradition at orientere patienten om, hvilket overordnet undersøgelses- og behandlingsforløb vedkommende kan forvente. Jævnfør tabel 12 var de bedste til at gøre dette i Vestsjællands Amt sygehusambulatoriet/rygcenteret efterfulgt af speciallægen og sygehuset, mens det i Vejle Amt var sygehuset efterfulgt af sygehusambulatoriet/rygcenteret og speciallægen. Andre primærsektorbehandlere var ikke helt så gode til at informere patienten om, hvilket forløb der kunne forventes. Forklaringer herpå kan dels være, at disse behandlere i højere grad var inde tidligere i forløbet, mens de behandlere, der opfattedes som gode til at informere om det videre forløb, først kom ind længere henne i behandlingsforløbet. Endvidere var nogle af primærsektorbehandlerne måske heller ikke altid en del af et større samlet behandlingsforløb, idet der her primært tænkes på fysioterapeuter og kiropraktorer.

Tabel 12: Information fra behandleren om, hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb man kunne forvente (patienternes oplevelse) (%).

	Vestsjællands Amt (N=61)	Vejle Amt (N=75)	Vestsjællands Amt (N=25)	Vejle Amt (N=44)	Vestsjællands Amt (N=47)	Vejle Amt (N=62)
<i>Information fra →</i>	Den praktiserende læge		Kiropraktoren		Fysioterapeuten	
I høj grad	35%	23%	32%	34%	26%	27%
I nogen grad	16%	33%	28%	34%	26%	36%
I mindre grad	23%	16%	24%	18%	19%	24%
Slet ikke	26%	28%	16%	14%	30%	13%
	Vestsjællands Amt (N=46)	Vejle Amt (N=23)	Vestsjællands Amt (N=46)	Vejle Amt (N=58)	Vestsjællands Amt (N=31)	Vejle Amt (N=34)
<i>Information fra →</i>	Speciallægen		Ambulatoriet/rygcenteret		Sygehuset	
I høj grad	48%	22%	50%	50%	39%	59%
I nogen grad	22%	57%	22%	33%	36%	29%
I mindre grad	15%	3%	17%	10%	16%	9%
Slet ikke	15%	17%	11%	7%	10%	3%

Når undersøgelsen og behandlingen skal initieres, er det hensigtsmæssigt, at behandleren informerer patienten om, hvad hensigten er med de enkelte undersøgelser og behandlinger, som det er planlagt at benytte i forhold til den enkelte patient. Lænderygpatienternes oplevelse af at have fået denne information fra de forskellige behandlergrupper fremgår af tabel 13.

Tabel 13: Information fra behandleren om, hvad hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger var (patienternes oplevelse) (%).

	Vestsjællands Amt (N=59)	Vejle Amt (N=74)	Vestsjællands Amt (N=28)	Vejle Amt (N=44)	Vestsjællands Amt (N=49)	Vejle Amt (N=61)
<i>Information fra →</i>	Den praktiserende læge		Kiropraktoren		Fysioterapeuten	
I høj grad	34%	20%	39%	43%	39%	31%
I nogen grad	22%	35%	25%	18%	22%	43%
I mindre grad	20%	25%	18%	21%	12%	20%
Slet ikke	24%	20%	18%	18%	27%	7%
	Vestsjællands Amt (N=43)	Vejle Amt (N=22)	Vestsjællands Amt (N=45)	Vejle Amt (N=58)	Vestsjællands Amt (N=31)	Vejle Amt (N=34)
<i>Information fra →</i>	Speciallægen		Ambulatoriet/rygcenteret		Sygehuset	
I høj grad	44%	32%	40%	50%	42%	56%
I nogen grad	26%	46%	29%	31%	29%	32%
I mindre grad	16%	9%	16%	9%	16%	6%
Slet ikke	14%	13%	15%	10%	13%	6%

Der tegner sig et nogenlunde ens billede på tværs af behandlergrupperne, der viser, at mellem 55-88% af behandlerne i høj eller i nogen grad var i stand til at give information om de undersøgelser og behandlinger, der skulle gennemføres. Dog er der en tendens til, at sekundærsektoren i form af sygehusambulatoriet/rygcenteret såvel som sygehusafdelingerne var lidt bedre til at give denne information.

Et lige så vigtigt forhold for at opretholde kommunikationen er, at behandlerne lytter til, hvad patienterne har at sige. I tabel 14 præsenteres lænderygpatienternes oplevelse af at være blevet lyttet til.

Tabel 14: Oplevede patienten, at behandleren lyttede til vedkommende (patienternes oplevelse) (%).

	Vestsjællands Amt (N=64)	Vejle Amt (N=76)	Vestsjællands Amt (N=29)	Vejle Amt (N=45)	Vestsjællands Amt (N=53)	Vejle Amt (N=62)
<i>Information fra →</i>	Den praktiserende læge		Kiropraktoren		Fysioterapeuten	
I høj grad	60%	55%	62%	71%	77%	55%
I nogen grad	17%	16%	35%	22%	15%	30%
I mindre grad	17%	16%	3%	7%	4%	10%
Slet ikke	6%	13%	0%	0%	4%	5%
	Vestsjællands Amt (N=45)	Vejle Amt (N=23)	Vestsjællands Amt (N=50)	Vejle Amt (N=59)	Vestsjællands Amt (N=31)	Vejle Amt (N=34)
<i>Information fra →</i>	Speciallægen		Ambulatoriet/rygcenteret		Sygehuset	

I høj grad	51%	44%	62%	66%	42%	65%
I nogen grad	29%	44%	22%	18%	29%	20%
I mindre grad	11%	4%	16%	14%	23%	12%
Slet ikke	9%	8%	0%	2%	7%	3%

Mens det måske ikke var i alle tilfælde, at patienterne oplevede, at behandlerne gav vedkommende tilstrækkelig information om et forløb og en behandling, så oplevede patienterne omvendt i forholdsvis høj grad, at de forskellige typer af behandlere i begge sektorer lyttede til patienten.

God kommunikation mellem de forskellige behandlergrupper vil sikre alle behandlere viden om en patient og dennes tidligere forløb hos andre behandlere og dermed være med til at sikre sammenhængende patientforløb. Om dette var opfyldt for lænderygpatienterne fremgår af tabel 15, idet patienterne var blevet bedt om at vurdere, om de skulle gentage oplysninger fra tidligere behandlere – dog ikke den praktiserende læge, der ofte var første kontakt.

Tabel 15: Oplevede patienten at skulle gentage oplysninger fra tidligere behandlere for behandleren (%)?

	Vestsjællands Amt (N=25)	Vejle Amt (N=40)	Vestsjællands Amt (N=48)	Vejle Amt (N=61)	Vestsjællands Amt (N=43)	Vejle Amt (N=22)
<i>Information fra →</i>	Kiropraktoren		Fysioterapeuten		Speciallægen	
I høj grad	24%	13%	21%	28%	37%	36%
I nogen grad	28%	30%	27%	41%	16%	27%
I mindre grad	8%	15%	8%	15%	19%	23%
Slet ikke	40%	42%	44%	16%	28%	14%
	Vestsjællands Amt (N=47)	Vejle Amt (N=58)	Vestsjællands Amt (N=30)	Vejle Amt (N=33)		
<i>Information fra →</i>	Ambulatoriet/rygcenteret		Sygehuset			
I høj grad	34%	36%	43%	46%		
I nogen grad	30%	40%	27%	27%		
I mindre grad	17%	14%	10%	15%		
Slet ikke	19%	10%	20%	12%		

Tabel 15 synes ikke ubetinget at kunne støtte et udsagn om en god information og viden hos alle behandlergrupper om patientens forløb og behandling hos tidligere behandlere. Især på sygehuset, ambulatoriet/rygcenteret og hos speciallægen oplevede patienterne at skulle gentage oplysninger om, hvad der tidligere var sket i forløbet (53-73% i høj eller nogen grad). Hos fysioterapeuter og kiropraktorer var der dog også en forholdsvis stor andel af patienterne, der oplevede at skulle gentage

ge oplysninger, idet dette dog ikke er fundet at være noget problem blandt de patienter, der deltog i den kvalitative del af patientundersøgelsen.

Selv om patienterne måtte tilvejebringe information og oplysninger til de forskellige typer af behandlere, oplevede en stor del af lænderygpatienterne trods alt, at der var overensstemmelse mellem de enkelte behandlergrupper omkring informationen til dem. Jævnfør tabel 16 var det således oplevelsen hos mellem 73-81% af patienterne i de to amter.

Tabel 16: Patientens oplevelse af overensstemmelse i informationerne fra de forskellige behandlere (%).

	Vestsjællands Amt (N=73)	Vejle Amt (N=89)
I høj grad	37%	36%
I nogen grad	36%	45%
I mindre grad	16%	14%
Slet ikke	11%	6%

I sammenhæng hermed oplevede en stor andel af lænderygpatienterne også, at de forskellige behandlere var enige om, hvordan patientens lænderygsbesvær skulle behandles. 68-70% af patienterne i de to amter havde i høj eller i nogen grad denne oplevelse, jf. tabel 17.

Tabel 17: Patientens oplevelse af enighed blandt behandlerne om, hvordan lænderygsbesværet skulle behandles (%).

	Vestsjællands Amt (N=76)	Vejle Amt (N=86)
I høj grad	38%	30%
I nogen grad	30%	40%
I mindre grad	16%	16%
Slet ikke	16%	14%

3.9. Tilfredshed med undersøgelses- og behandlingsforløbet

Som en generel vurdering af det samlede undersøgelses- og behandlingsforløb blev patienterne bedt om at vurdere, dels om patientforløbet havde været sammenhængende, og dels om patienten havde været tilfreds med den behandling, vedkommende havde fået i dette patientforløb.

Nedenfor i tabel 18 og 19 fremgår lænderygpatienternes vurdering af, om det samlede undersøgelses- og behandlingsforløb var sammenhængende, opdelt henholdsvis på de amter, patienterne kom fra, og på de to sektorer – primærsektoren eller sekundærsektoren – patienterne tilhørte.

Tabel 18: Sammenhæng i samlet undersøgelses- og behandlingsforløb fordelt på amter (hele tal og %).

	Vestsjællands Amt	Vejle Amt
I høj grad	25 (31 %)	31 (33 %)
I nogen grad	33 (41 %)	35 (38 %)
I mindre grad	12 (15 %)	15 (16 %)
Slet ikke	11 (14 %)	12 (13 %)
I alt	81 (101 %)	93 (100 %)

Tabel 19: Sammenhæng i samlet undersøgelses- og behandlingsforløb fordelt på sektorer (hele tal og %).

	Sekundærsektoren (indlagt/ambulant)	Primærsektoren (fysioterapeut/kiropraktor)
I høj grad	31 (26 %)	25 (45 %)
I nogen grad	51 (43 %)	17 (30 %)
I mindre grad	16 (14 %)	11 (20 %)
Slet ikke	20 (17 %)	3 (5 %)
I alt	118 (100 %)	56 (100 %)

Omkring 70% af lænderygpatienterne i de to amter fandt, at det samlede undersøgelses- og behandlingsforløb, som patienterne havde været igennem, enten i høj grad eller i nogen grad havde været sammenhængende. Omvendt havde 13-14% oplevelsen af, at dette slet ikke var tilfældet.

Ligeledes synes der heller ikke at være nogen forskel i oplevelsen af sammenhængen i patientforløbene blandt hhv. sekundærsektor- og primærsektorpatienterne (tabel 19), idet det i begge grupper var omkring 70%, der enten i høj grad eller i nogen grad fandt undersøgelses- og behandlingsforløbet sammenhængende. Knap en femtedel af sekundærsektorpatienterne fandt ikke forløbet sammenhængende, hvilket dog ikke er overraskende, i og med at der for denne gruppe var tale om tværgående forløb.

Generelt er der en lille tendens til, at primærsektorpatienterne fandt forløbet lidt mere sammenhængende end sekundærsektorpatienterne, hvilket kan forklares ved, at primærsektorpatienterne endnu ikke havde prøvet at ”krydse” de to sektorer som led i deres behandling.

Patienternes generelle tilfredshed med hele patientforløbet fremgår af tabel 20. Som det fremgår, var mellem 2/3 og 3/4 af patienterne generelt tilfredse med forløbet. Der ses ikke de store forskelle hverken mellem de to amter eller mellem de to sektorer. Størst utilfredshed fandtes hos sygehuspatienterne i sekundærsektoren.

Tabel 20: Generel tilfredshed gennem hele patientforløbet fordelt på amter og sektorer (hele tal og %).

	Vestsjællands Amt	Vejle Amt	Sygehus (indlagt/ambulant)	Fysioterapeut/ Kiropraktor
I høj grad	33 (36 %)	32 (33 %)	33 (28 %)	32 (47 %)
I nogen grad	31 (34 %)	37 (38 %)	47 (39 %)	21 (31 %)
I mindre grad	17 (19 %)	17 (18 %)	22 (18 %)	12 (18 %)
Slet ikke	10 (11 %)	11 (11 %)	18 (15 %)	3 (4 %)
I alt	91 (100 %)	97 (100 %)	120 (100 %)	68 (100 %)

4. Resultater af interviewundersøgelsen

4.1. Informanterne

I alt 88 respondenter fra spørgeskemaundersøgelsen gav tilsagn om interview. Blandt disse blev fem personer fra hvert af de to amter udvalgt til at deltage i interviewundersøgelsen. Til grund for udvælgelsen lå et ønske om variation med hensyn til køn og alder og til, hvor de var behandlet.

I alt fem kvinder og fem mænd i alderen fra 24 til 66 år deltog i et interview, der varede mellem 25 og 76 minutter. Blandt de interviewede var der enkelte, som udelukkende havde været i behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, evt. efter henvisning fra deres praktiserende læge, ligesom der var personer, der havde været i ambulant behandling i sekundærsektoren, personer indlagt på sygehus samt personer, der i forbindelse med deres lænderygbesvær havde haft kontakt med socialsektoren.

Af de interviewede personer havde nogle oplevet et enkelt akut tilfælde med lænderygbesvær, andre havde oplevet flere enkeltstående tilfælde, mens lænderygbesværet for endnu andre var blevet kronisk. Som det vil fremgå senere, var der blandt de interviewede nogle, der havde oplevet et godt og tilfredsstillende forløb, mens andre havde oplevet et forløb, der var både langt og besværligt og mere eller mindre utilfredsstillende. Derudover var der nogle, der havde såvel gode som dårlige oplevelser at fortælle om. Tilfælles havde informanterne oplevelser og erfaringer med lænderygbesvær og med det danske sundhedsvæsen, som de gerne ville fortælle om, og som er af interesse i forhold til kvalitetssikring og udvikling af området.

På interviewtidspunktet var fire af de interviewede i arbejde efter en eller flere perioder med sygefravær af kortere eller længere varighed (fra en enkelt dag til ca. seks måneder). Tre var gået på efterløn, og for en enkelt af disse havde lænderygbesværet spillet en rolle for beslutningen om at gå på efterløn. To havde været sygemeldt i mere end et år, hvoraf den ene for nylig var blevet tilkendt revalidering, mens den anden søgte invalidepension. En enkelt var blevet tilkendt invalidepension på grund af lænderygbesværet.

4.2. De valgte temaer

Interviewene er kodet og bearbejdet ud fra interviewguidens temaer samt temaerne træning/genoptræning, arbejde og økonomi, som fremkom i løbet af interviewene. I det efterfølgende vil resultaterne blive præsenteret ud fra følgende temaer:

- Forløbet af lænderygbesværet
- Oplevelse af information
- Samarbejdet mellem behandlere, samt kontakt til kommunen

- Træning/genoptræning
- Ventetid og frit sygehusvalg
- Arbejde og økonomi.

4.2.1. Forløbet af lænderygbesværet

For to af de interviewede var lænderygbesværet startet med en enkeltstående episode, i det ene tilfælde forårsaget af en ulykke. Fire havde haft lænderygbesvær det meste af deres voksne liv, heraf en enkelt siden barndommen, hvorfor de havde svært ved at skelne den periode, der blev spurgt til i spørgeskemaet, fra de andre perioder. Resten af de interviewede havde haft mindst to perioder med lænderygbesvær.

Fire havde haft en diskusprolaps, hvoraf tre var blevet opereret, en enkelt flere gange. To var usikre på, om de havde haft diskusprolaps, og fire havde andre former for lænderygbesvær.

Når der blev spurgt til forløbet af lænderygbesværet, svarede de interviewede ud fra hele forløbet, fra lænderygbesværet opstod, til de ikke længere mærkede noget til det, eller til tidspunktet for interviewet, hvis de stadig oplevede lænderygbesvær. Dvs. at de tænkte såvel behandling som genoptræning og evt. kommunal sagsbehandling ind i forløbet. En enkelt delte sit forløb op i en akut del og en efterfølgende kronisk del.

Det var forskelligt, om de oplevede forløbet som sammenhængende eller som afbrudte enkeltstående episoder eller handlinger. Flere beskrev et forløb, som de oplevede som usammenhængende: De gik til lægen med deres lænderygproblem, lægen undersøgte dem og skrev evt. en henvisning (fx til fysioterapeut, speciallæge eller røntgen). Der blev ikke talt om det videre forløb eller om en evt. opfølgning. Når de så havde forsøgt en behandling et stykke tid, uden at det havde hjulpet, eller de havde været til speciallægen eller lignende, så bestilte de en ny tid hos den praktiserende læge og startede forfra.

”Det sværeste er ikke at vide, hvad det er, eller hvad der sker... Jeg kunne bare gå hjem igen, og så gik der et par måneder, til jeg kom ind til røntgen, og så gik der et par måneder igen, det hele det var jo sådan set uvidenhed... Lægen sagde godt nok i starten, at der skulle skannes, men det gik de jo bort fra igen, så blev det jo så til røntgen. Jeg ved ikke mere i dag, end jeg vidste den gang... Ikke for at forklejne lægen, men jeg synes ikke, jeg blev klogere af det, jeg kunne jo bare gå hjem og have det lige dårligt”.

”Der sker jo ikke noget, før jeg ringer til lægen og siger, at det ikke har hjulpet. Der er jo ikke noget med, at ”om en måned så kommer du igen” eller ”gør det” eller ”hvis det ikke hjælper, så gør vi det”. Der blev jo aldrig gjort noget, før jeg henvendte mig, jeg skulle bare starte forfra. Hvis han

så havde sagt, at hvis det ikke går om to måneder, så skal du ... Der er ikke sket noget, uden at jeg hver gang har sagt, at nu går det ikke”.

To havde i årevis gået til kiropraktor, fået behandling, stoppet, når det gik bedre, for så at komme igen, når smerterne atter blev u håndterlige.

”Jeg har spurgt kiropraktoren, om jeg skal gå der resten af mit liv, men det har han ikke rigtigt svaret på ... jeg følte mig lidt magtesløs med, hvad jeg skulle”.

Andre beskrev et forløb, som de oplevede som et sammenhængende forløb. De havde henvendt sig til den praktiserende læge, som havde undersøgt dem og sendt dem videre til hhv. fysioterapeut, kiropraktor, speciallæge og sygehus. De havde oplevelsen af et velfungerende samarbejde, hvor der var blevet fulgt op og informeret. Derudover var de tidligt i forløbet blevet kontaktet af kommunen.

”Selv om det var forfærdeligt – jeg troede ikke, at man kunne have så ondt – så var forløbet meget tilfredsstillende. Der blev taget hånd om både det arbejdsmæssige og det med smerterne. Fysioterapeuten sagde, at vi ved ikke, om det skyldes en diskusprolaps, eller om det er en nerve, der sidder i klemme. Det kan være begge dele, så det ved jeg ikke i dag. Men jeg har så nogle øvelser, jeg kan lave, nogle øvelser som styrker hernede”.

Det ser ud til, at det især var i de tilfælde, hvor lænderygbesværet var blevet kronisk, at oplevelsen af et sammenhængende forløb havde de sværeste vilkår. I de tilfælde var det væsentligt, at der var en tovholder, som dels kunne holde sammen på de forskellige tiltag, og som dels kunne støtte i kontakten til kommunen. For en af de interviewede var det hendes gode forhold til den praktiserende læge, der skabte sammenhæng i hendes lange forløb. Lægen evnede ved konsultationerne at tage fat der, hvor de sluttede sidst, både i forhold til hendes indlæggelser og i forhold til hendes træning og dagligdag. Derimod blev hendes forløb usammenhængende i forhold til kommunen, hvor hun havde en uafklaret pensionsansøgning.

[Skal det forstås sådan, at i sundhedsvæsenet oplever du, at der er et forløb, og at du får den information, du har brug for?]. ”Ja, det er en lang række, det er ligesom perler på en snor, men når vi kommer over i kommunen, så knækker den, og så kan vi ikke samle den op igen... vi bliver ikke accepteret”.

Information og opfølgning var af væsentlig betydning for, om forløbet oplevedes som sammenhængende. Information og opfølgning syntes også af betydning i ventetiden, hvor flere følte sig alene. De vidste ikke, hvordan de skulle forholde sig, hvad de selv kunne gøre, og hvad de evt. skulle undgå. De, der havde oplevet et sammenhængende forløb, havde oplevet ”at blive taget hånd om”, og at der havde været en høj grad af information og mulighed for selv at kunne handle i de tidsrum, som

udgjordes af ventetider til undersøgelse og behandling. Det ser ud til, at der i højere grad bør tænkes i, hvad patienten kan udnytte ventetiden til.

4.2.2. Oplevelse af information

Generelt følte de interviewede sig velinformerede om, hvad der skulle ske, især i den første del af forløbet. Alligevel manglede de fleste information på nogle punkter og i visse sammenhænge. Især manglede der information i ventetiden til undersøgelse eller behandling og ved afslutningen af et genoptræningsforløb.

”Men sådan hvad man selv kan gøre ved det, det hører man ikke spor om, det har jeg savnet ... Der var ingen, der kontaktede mig i den tid jeg gik og ventede. Man er alene, også efter at man er ude af systemet. Man bliver ikke indkaldt. Det er der jeg synes, der er den største mangel. Man føler ikke at der bliver fulgt op ... Jeg skal selv henvende mig, når jeg ikke kan mere”. [Den interviewede var tidligere opereret og havde atter ondt i ryggen på tidspunktet for interviewet].

Information om diagnosen havde forskellig betydning for de interviewede. De to, som var usikre på, hvorvidt de havde haft en diskusprolaps, håndterede denne usikkerhed vidt forskelligt. Den ene følte sig velinformeret i hele forløbet, og for ham havde det ingen betydning, at han ikke vidste, om det havde været en diskusprolaps eller ej. Han følte, at han vidste, hvad han selv kunne gøre for at opnå og bevare en stærk ryg. For den anden betød den manglende diagnose usikkerhed både i forhold til, om han kunne være blevet opereret, og om det overhovedet ville have hjulpet, og i forhold til, hvad han selv kunne gøre på længere sigt.

”Det, der har været sværest, er den manglende information og viden om, hvad det er der er galt”.

En af de interviewede havde oplevet stor forskel på den information og behandling, han havde modtaget i forbindelse med sine to perioder med lænderygsbesvær. Den første gang havde den praktiserende læge sagt, at med hans job kunne han lige så godt vænne sig til besvær med lænden. Han havde derefter fået nogle gigtpiller, som han ikke tog. Han følte sig ikke taget alvorligt, følte at han blev fejet af banen. Den næste gang, et par år senere, havde han en anden praktiserende læge. Denne gang blev han godt informeret, både om hvad årsagen kunne være eller ikke være, hvilke undersøgelser og behandlinger der kunne tilbydes, og hvad han selv kunne gøre. Det sidste forløb oplevedes som et rigtigt godt forløb.

For en anden havde der været meget stor forskel på informationen i forløbet. I det akutte forløb var han velinformeret, men efter at forløbet blev kronisk, oplevede han selv at skulle holde sig velinformeret, selv at skulle søge information, og også at skulle kunne tale sproget for at kunne argumentere for sin sag.

”Det er væsentligt at vide, hvordan det er på længere sigt at have lænderygbesvær, for det er der, man bliver afvist af lægerne ... At være kronisk smertepatient, så begynder lægerne at sige, at nå ja, det hjælper ikke alligevel, for det sidder jo også i hovedet ... Jeg oplever, at man godt kan gøre noget, gøre det bedre, det er der bare ikke ret mange læger, der er indstillede på. De tænker, at når det først er kronisk, nej, det holder vi os fra... Man skal selv være opmærksom på, hvad er der af muligheder, så kommer man til lægen og snakker næsten på samme måde, som de gør”.

De, der havde oplevet en stor grad af information, enten fordi de selv satte sig ind i sagerne, eller fordi de fik den information af behandlerne, som de ønskede og forstod, oplevede samtidig en større tryghed og en større mulighed og motivation for og evne til selv at handle.

”Information giver tryghed: jo mere jeg ved, jo mere tryk er jeg ... Jeg føler, at informationen er vigtig, ikke bare at der tales hen over hovedet, men at man sørger for at få informationen ned i sengen. Der kan selvfølgelig være ubehageligheder, men altså, jeg vil vide, hvad det betyder. Jeg har bedt om et journaludskrift, også hvis der sker noget en anden gang, det giver tryghed ... og så bliver jeg positiv over for resten af behandlingen, ”bare kom med det, jeg skal videre””.

”De har ikke helt kunnet sige, hvad det var, men jeg har fået at vide, at det er nok der hen ad, og det må du gøre, og det må du ikke gøre. De var også meget ærlige, også om at det kunne ende med operation, men så ved man da, hvad det drejer sig om, det kan jeg godt lide ... det kan anspre mig til at træne. Hellere være velinformeret end gå og gøre sig alle tankerne ... Kontrol er nok et meget godt ord, jeg skal helst styre det hele, det giver kampgejst, i hvert fald hos mig”.

4.2.3. Samarbejdet mellem behandlere, samt kontakt til kommunen

Blandt de interviewede var der en generel oplevelse af et velfungerende samarbejde mellem de fleste behandlere. De oplevede, at behandlere, som de var henvist til, var informerede om lænderygbesværet og det hidtidige forløb, hvilket var positivt. Derudover oplevede de fleste overensstemmelse mellem de forskellige behandleres vurderinger og tiltag. Selv om de skulle gentage historien om deres lænderygbesvær flere gange, var indtrykket, at det var væsentligt for behandleren at høre, hvordan den ryglidende selv opfattede situationen, at behandlerne så lænderygbesværet ud fra hver deres profession, og at det tilsammen gav et varieret og bedre behandlingstilbud.

Der var dog også oplevelser af manglende samarbejde og i få tilfælde direkte uoverensstemmelser mellem behandlere. En af de interviewede valgte at køre et dobbeltforløb med behandling hos en fysioterapeut for den øvre del af ryggen og en sideløbende behandling for smerter i lænderyggen hos en anden behandler, selv om der intet samarbejde var mellem de to behandlere, og selv om der var modstridende informationer og direkte uoverensstemmelser, således at de øvelser, som fysioterapeuten anbefalede, direkte blev frarådet af den anden behandler. Patienten kørte to parallelle for-

løb af hensyn til sin revalideringssag i kommunen, hvor de hverken anerkendte hendes lænderygbesvær eller den anden behandler.

Det var ofte i samarbejdet med kommunen, at der viste sig problemer, enten i samarbejdet mellem behandlerne og kommunen eller i de interviewedes kontakt til kommunen omkring revalidering eller pension.

To af de interviewede fortalte om kommunernes rotationssystem, hvor sagsbehandleren skiftede arbejdssted med jævne mellemrum, og hvor de oplevede, at det var dem selv, der skulle sikre kontinuiteten og holde forløbet i gang.

Der var også nogle, der havde oplevet et godt samarbejde med kommunerne, især der hvor kommunen tidligt blev involveret, og hvor sagsbehandleren enten var den samme i hele forløbet, eller hvor der var god information til de afløsende sagsbehandlere. Disse gode oplevelser forekom i forbindelse med de korte og ikke-kroniske forløb.

En enkelt af de interviewede oplevede samarbejdsproblemer i relation til sit meget langvarige og komplicerede forløb, hvor behandlingen, både på grund af behovet for specialviden og på grund af ventetidsgaranti og frit sygehusvalg, havde foregået på tværs af amtsgrænserne.

*”Det negative er, at bliver man akut indlagt med symptomer på cauda equina¹ eller sådan noget, så bør man blive sendt direkte til det sygehus, der har ansvaret for mig [i dette tilfælde var det et sygehus uden for amtet]. Men der har vi haft flere diskussioner. Jeg bliver bare indlagt på ortopædisk-
rurgisk afdeling [på hjemsygehuset], hvor de ikke ved så meget om rygge. Det finder jeg utroligt negativt ... Så ramler puslespillet ... Så er der løse brikker overalt ... På det andet sygehus har jeg en fast læge ... Lægen [på hjemsygehuset] har jo ikke noget at sammenligne med ... Selv om de [lægerne] kan snakke i telefon, er det ikke det samme ... Så vil jeg hellere ligge herhjemme, der kan jeg i det mindste blive smertebehandlet med det, jeg er vant til ... Der kommer det kroniske frem
”nå ja, det er jo bare en kronisk smertepatient””.*

4.2.4. Træning/genoptræning

Der var generelt stor motivation for at genoptræne i forbindelse med en periode med lænderygbesvær. Derudover oplevede flere et behov for at træne i ventetiderne og for information om og hjælp til at vedligeholde deres ryg og forebygge nye perioder med lænderygbesvær – et behov, der ofte, men ikke altid blev tilgodeset.

¹ Cauda equina er en samling af nerverødder nederst i ryggens hulrum. Et tryk her kan bl.a. forårsage nedsat bevægelighed og føleevne i ben og fødder samt nedsat eller manglende blære- og tarmfunktion.

De af de interviewede, der havde deltaget i en formaliseret genoptræning efter en diskusprolaps, var meget tilfredse med denne. Genoptræningen startede i forbindelse med en indlæggelse eller et ambulansforløb og var tilrettelagt som et generelt tilbud med et bestemt antal træningssessioner. Imidlertid oplevede flere af dem at være alene efter genoptræningen, som uden videre afsluttedes ved sidste træningsgang. De efterlyste en afsluttende samtale, hvor der blev gjort status, og hvor det blev drøftet, hvad de i fremtiden selv kunne gøre for at forebygge nye tilfælde af lænderygbesvær.

”Det, jeg savnede, var en afslutning på rygsolen. Det, man får tildelt, er ti gange, hvor man så skal være der, og den tiende gang er det bare ud. Så man ryger bare ud over hyldekanten, og der er en ny, der kommer ind på ens plads. Der var ikke nogen opfølgning, det var det eneste jeg savnede”

En enkelt af de interviewede havde ikke deltaget i genoptræning, men havde i ambulatoriet fået instrukser om øvelser, som han selv skulle lave, samt en lille folder. Han var usikker på sin diagnose, fik ikke lavet øvelserne hver dag og var usikker på, hvor meget øvelserne hjalp.

En anden lavede øvelser stort set hver dag samt gik til gymnastik hos fysioterapeuten i vinterhalvåret. Det fungerede godt, bl.a. fordi der var en vis form for gruppepres i forhold til at møde op. Derudover havde han fået instruks i rigtig løfteteknik og oplevede, at det smittede af på arbejdskollegerne.

En enkelt var blevet anbefalet at gå i et motionscenter. Speciallægen havde sagt, at det skulle være hård træning, og de aftalte at skulle ses seks måneder senere, hvis det ikke blev bedre. Det blev bedre, selv om det var hårdt, og selv om han stadig i perioder måtte til kiropraktor, blev hans ryg så stærk, at han siden havde været på bjergvandring, hvilket oplevedes som en stor sejr. I motionscenteret instrueredes han i relevante øvelser, og det blev kontrolleret, at han udførte dem korrekt. Dette oplevedes som en stor hjælp og tryghed.

Andre af de interviewede deltog i flere former for styrkende og vedligeholdende træning. De trænede i rygcentre i sygehusregi, hos privatpraktiserende fysioterapeuter, hos forskellige andre privatpraktiserende behandlere (forskellige former for massører, kropsterapeuter og kranio-sakralterapeuter), i svømmebassin og i motionscentre. Derudover trænede flere af dem hjemme med gulvøvelser, bolde m.m. eller deltog i forskellige former for sport.

Kun en enkelt trænede slet ikke, selvom hun havde fået information om, hvilke øvelser hun selv kunne gøre.

”Da jeg startede, foreslog kiropraktoren mig at lave nogle rygøvelser ... Jeg prøvede det, men jeg ved ikke, jeg kom fra det ... Det er for nemt bare at betale for en behandling, og det er egentlig det jeg har gjort ... Der er ikke blevet fulgt op på, om jeg gjorde øvelserne. Jeg fik ikke indtryk af, at det var vigtigt at lave øvelserne”.

Enkelte af de interviewede trænede i de perioder, hvor de havde ondt, men fik det ikke gjort i de mellemliggende perioder.

Ved træning af ryggen synes det vigtigt at vide, hvad man må og ikke må. Derudover ser det ud til, at motivationen til at træne ryggen øges, hvis det er en træningsform, der ”tiltaler den enkelte”, hvis den er formaliseret (der er nogen, der venter, at man møder op), og hvis der er instruktører, som kan vejlede og sikre en relevant træning. Derudover er oplevelsen af, at den valgte træning virker, vigtig, idet det kræver et vist overskud at træne.

4.2.5. Ventetid og frit sygehusvalg

Ventetiden til undersøgelse og behandling var af meget forskellig længde, men oplevedes også meget forskelligt. De interviewede mente ikke at have haft ventetid til kiropraktor og fysioterapeut. Til speciallæge var der nogle ugers ventetid, og til undersøgelse og indlæggelse på sygehus var der op til måneders ventetid.

En af de interviewede havde ventet fire uger på en undersøgelse hos en speciallæge, men oplevede det ikke særligt problematisk, da han allerede trænede. En anden havde først ventet på at få en tid til skanning, og da den kom, var der mere end en måneds ventetid til skanningen. Hun benyttede sig derfor af det frie sygehusvalg, og fandt selv frem til et andet undersøgelsessted. Hun blev skannet efter to uger og ventede derefter ca. to uger på, at lægen fik skanningssvaret og sendte det til hende. Ventetiden betød meget, idet hun var sygemeldt, men gerne ville i gang igen, og derudover følte hun sig alene.

En følte sig velinformeret om dele af forløbet, men manglede information om - og i ventetiden, herunder om det frie sygehusvalg. Hun blev ved indlæggelsen på rygcenteret undersøgt og informeret af fysioterapeut og kiropraktor, hvilket var godt. Dog manglede hun information om, hvordan hun skulle forholde sig i ventetiden, og om hvad hun selv kunne gøre. Hun følte sig meget alene i ventetiden før undersøgelse og den efterfølgende operation.

Flere havde benyttet sig af de frie sygehusvalg, men det var oftest den ryglidende selv, der havde orienteret sig om denne mulighed. Der var såvel fordele som ulemper ved at blive undersøgt eller behandlet på andre sygehuse. En af de interviewede, som havde haft et meget langt og kompliceret forløb, havde oplevet det frie sygehusvalg som en fordel, da der havde været op til seks måneders ventetid på at blive undersøgt på hans eget sygehus. Samtidig oplevede han selv at skulle holde trædene samlet.

”Jo flere steder du kommer, ja, men jo flere løse tråde får du. Mere koordination mellem sygehuse [på tværs af amtsgrænser], det bør der være... Jeg har været så heldig, at de læger, jeg har valgt, de har tidligere arbejdet sammen”.

Ventetiden blev oplevet som problematisk, hvis der var voldsomme smerter, hvis det, der blev ventet på, var afgørende for, at næste skridt kunne tages, og hvis der var problemer med længere tids fravær fra arbejdet. Det ser ud til, at ventetid opleves mindre problematisk, hvis vedkommende ved, hvordan han/hun skal forholde sig og evt. selv kan gøre noget i ventetiden (fx hvis der kan trænes i ventetiden, hvis der er klare informationer om, hvad man må/ikke må, og hvis der er lagt en plan) Derudover opleves det som mindre problematisk, hvis der er en tovholder, så man ved, hvem der følger op, og hvor man skal henvende sig, hvis det ikke går som planlagt.

4.2.6. Arbejde og økonomi

At have lænderygbesvær påvirker arbejdsevnen, men der var blandt de interviewede stor forskel på, hvor problematisk de havde oplevet dette.

En af de interviewede var efter tre ugers sygemelding blevet kontaktet af kommunen for bl.a. at tale om en eventuel revalidering. Han syntes i første omgang, at det var underligt, men efterfølgende også, at det var rart, at de var så opmærksomme, og at de ikke slap ham, før han var helt arbejdsdygtig. Derudover blev det aftalt med arbejdsgiveren, at han i en periode kunne arbejde det, han magtede, hvorefter kommunen dækkede tabt arbejdsfortjeneste for resten af timerne. Han oplevede hverken i forløbet eller efterfølgende at have problemer med arbejdsgiver eller kollegaer i forhold til at skulle skåne ryggen. Det var legalt at sige ”det kan jeg ikke”.

En anden var blevet raskmeldt i en kort periode, inden han kunne gå på efterløn. I denne periode udførte han mindre og lettere opgaver efter aftale med arbejdsgiveren. En tredje havde oplevet, at der efter hendes operation blev lavet en arbejdspladsvurdering.

Andre havde derimod oplevet gnidninger og manglende forståelse hos arbejdsgiver og kollegaer i forbindelse med deres tilbagevendende lænderygproblemer. En var blevet fyret fra et fleksjob, da der var kommet opblusen i hendes rygsmerter, og kørte en sag om dette.

Flere fortalte om midlertidige eller vedvarende problemer med at klare hjemmet og en ændret eller skæv fordeling i forhold til arbejdsindsatsen blandt familiemedlemmerne. En havde midlertidigt lånt en rollator af kommunen, hvilket gjorde, at hun lettere kunne komme omkring i hjemmet. En anden oplevede ikke at kunne få hjælp fra kommunen til praktiske ting i de perioder, hvor hun ikke selv kunne klare sig.

En af de interviewede, som havde været igennem et længere forløb, og som først for nylig var blevet tilkendt revalidering, fortalte, at det havde økonomiske konsekvenser at være uden for arbejdsmarkedet i så lang tid, og at han ikke var i stand til at bidrage så meget til den fælles økonomi. Han håbede nu at kunne opfylde sine ambitioner om uddannelse og erhverv.

Flere af de interviewede oplevede at bruge mange penge på behandling og træning af ryggen. Ud over at få behandling og træning hos kiropraktor og fysioterapeut trænede de i motionscentre og gik til alternative behandlere. De var enige om, at sådanne initiativer kunne anbefales, hvis man havde råd.

En havde søgt kommunen om tilskud til behandling hos en alternativ behandler og i stedet stoppe behandlingen hos fysioterapeuten, da den ikke hjalp, men havde fået afslag. Begrundelsen var, at der ikke gives tilskud til behandlinger, som ikke er autoriserede, hvilket han på den ene side godt forstod, da der selvfølgelig skulle være en dokumenteret effekt, men på den anden side var han vidende om, at de i en nabokommune brugte den alternative behandler til deres ansatte.

En havde oplevet et fald til en fjerdedel af de hidtidige udgifter til kiropraktor, efter at han var startet i et motionscenter. Han var dog bekymret for de samlede udgifter, når han om få måneder skulle overgå til folkepension.

5. Opsummering

Delundersøgelse 4 blev gennemført med henblik på at vurdere og beskrive patientforløbene og patienternes oplevelse af og tilfredshed med udredning og behandling for lænderygbesvær. Undersøgelsen omfatter som udgangspunkt 600 personer bosat i henholdsvis Vejle og Vestsjællands Amter, som i perioden 1. januar til 30. juni 2004 havde været i behandling for lænderygbesvær. Undersøgelsen bestod dels af et postomdelt spørgeskema og dels af et efterfølgende interview med en mindre gruppe respondenter udvalgt fra spørgeskemaundersøgelsen. Undersøgelsen blev gennemført i perioden februar til maj 2005.

Generelt gælder det for begge dele af undersøgelsen, at de adspurgtes svar kan være behæftet med usikkerhed på grund af hukommelsesbias. Da det tager tid, fra en behandling er registreret, til den er tilgængelig som data i de anvendte registre, kan der være gået op til et år, fra patienterne havde kontakt til behandlerne og fra behandlingsstop, og til spørgeskemaet var besvaret. Endvidere kunne de adspurgte have haft andre perioder med lænderygbesvær, både før og efter den periode, der blev spurgt til, hvilket kan gøre det vanskeligt at skelne mellem de forskellige perioder.

Spørgeskemaundersøgelsen opnåede en besvarelsesprocent på 49% eller 208 respondenter. En del potentielle respondenter udgik, da de ikke havde lænderygbesvær. Stikprøvens størrelse og opdelingen på forskellige subgrupper af respondenter betyder, at resultaterne af nærværende undersøgelse mere skal tages som indikationer og tendenser end som statistisk sikre resultater.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at langt størstedelen af patienternes lænderygbesvær havde varet mere end tre måneder, og at de fleste respondenter havde haft flere tidligere forløb med lænderygbesvær. Flest patienter havde i forløbet den praktiserende læge som den første kontakt og behandler svarende til MTV-rapportens anbefalinger, jf. figur 1. I gennemsnit havde lænderygpacienterne i et patientforløb 5-6 konsultationer hos egen læge, 7-9 hos kiropraktoren, 12-15 konsultationer hos fysioterapeuten, 2-4 konsultationer hos speciallæge, 4-7 konsultationer på sygehusambulatoriet, og knap to indlæggelser, hvilket indikerer at lænderygbesvær ofte er kronisk.

Patienterne havde forskellige oplevelser af en række tiltag og behandlinger, der blev sat i værk ved det første besøg hos de forskellige behandlere. Kendetegnende for behandlingen hos den praktiserende læge var, at halvdelen af patienterne blev sat i behandling med medicin og/eller henvist til en fysioterapeut. Relativt få patienter blev bedt om at se tiden an. Kiropraktorer og fysioterapeuter havde typisk igangsat manuel behandling og øvelser, såvel som instrueret patienten i hjemmeøvelser. De to grupper rådede i øvrigt kun sjældent patienten til at gå hen til en anden type behandler. To tredjedele af de patienter, der blev henvist til sygehuset, blev henvist med henblik på operation.

Information og kommunikation mellem forskellige behandlere og patienten er vigtig for at sikre sammenhængende patientforløb, effektiv behandling, gode patientoplevelser etc. Nærværende spør-

geskemaundersøgelse har vist, at især de lægelige behandlere i mindre grad var opmærksomme på at oplyse patienten om, hvad vedkommende selv kunne gøre. Omvendt var de fleste behandlergrupper ganske gode til at informere patienten om, hvad hensigten var med en undersøgelse, såvel som til at lytte til patienten og vedkommendes ønsker. Patienterne oplevede hyppigt, især i forhold til sygehuset, ambulatoriet og speciallægen, at måtte fortælle behandleren om det tidligere behandlingsforløb, idet dog de patienter, der deltog i interviewet, ikke fandt, at det at gentage information var noget større problem. Samlet set oplevede de fleste patienter dog overensstemmelse vedrørende informationen fra de forskellige behandlere såvel som enighed behandlerne imellem om behandlingen af lænderygbesværet.

Omkring 70% af lænderygpatienterne fandt da også, at det samlede patientforløb i høj grad eller i nogen grad havde været sammenhængende, mens mellem 13-14% af patienterne, afhængigt af amt, slet ikke fandt, at dette var tilfældet. For disse patienter i begge amter – og især for sekundærsektorpatienterne – var dette naturligvis et problem. Mellem 2/3 og 3/4 af patienterne i spørgeskemaundersøgelsen var også tilfredse med undersøgelses- og behandlingsforløbet, mens hele 17% af sekundærsektorpatienterne ikke var det.

I interviewundersøgelsen blev der interviewet 10 udvalgte personer med erfaringer fra et kortere eller længerevarende forløb med lænderygbesvær. Disse personer repræsenterer tilsammen en bred vifte af personer med hensyn til såvel demografi som oplevelser og erfaringer med lænderygbesvær, udredning, behandling, genoptræning og træning. Det er forsøgt at undgå for meget selektionsbias ved tilsagnsmetoden i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen, idet både gode og dårlige forløb blev udvalgt til interview. For nogle af informanterne var deres lænderygbesvær overstået på interviewtidspunktet, for andre var det stadig en del af deres hverdag, hvilket kan have haft betydning for deres vurderinger. I interviewene fremkom der en række fællestræk i forhold til informanternes oplevelser og erfaringer, som er opsummeret nedenfor.

I undersøgelsen havde en enkelt af de 10 interviewede kun oplevet én periode med lænderygbesvær, mens resten havde oplevet to eller flere perioder. For enkeltes vedkommende var lidelsen startet i barndommen, og for enkelte var forløbet blevet kronisk. Information og opfølgning synes af væsentlig betydning for, om et forløb opleves som sammenhængende. De, der havde oplevet et sammenhængende forløb, havde oplevet ”at blive taget hånd om”, at der havde været en høj grad af information, at de havde en plan for, hvad der skulle ske, og hvad de kunne forvente, at de vidste, hvor de skulle henvende sig, hvis det ikke gik som forventet, og at de havde mulighed for selv at kunne handle.

Information og opfølgning synes også at have været af betydning for, hvordan ventetiden oplevedes. Ventetiden oplevedes som problematisk, hvis der var voldsomme smerter, hvis det der blev ventet på, var afgørende for næste skridt, og hvis der var problemer med længere tids fravær fra arbejdet. Flere følte sig alene i ventetiden. Det var af betydning at vide, hvordan man skulle forhol-

de sig, hvad man selv kunne gøre, og hvad man evt. skulle undgå i ventetiden til undersøgelse og behandling. Det ser således ud til, at man i højere grad bør tænke ind som en del af et forløb, hvad patienten kan udnytte ventetiden til.

Der var en generel oplevelse af et velfungerende samarbejde mellem de fleste behandlere. Der hvor det især oplevedes som problematisk, var i forbindelse med kroniske forløb, hvor kontakten og samarbejdet mellem patient, behandlere og sagsbehandlere i kommunen oplevedes som besværligt eller manglende. Derudover kunne lange ventetider og det frie sygehusvalg betyde, at patienten oplevede selv at skulle sikre kommunikation og samarbejde.

Generelt var der stor motivation for at genoptræne i forbindelse med en periode med lænderygbesvær, men der manglede opfølgning efter genoptræning i form af information og hjælp til at vedligeholde ryggen og forebygge nye perioder med lænderygbesvær. Det er vigtigt ved træning af ryggen at vide, hvad man må og ikke må. Motivationen til fortsat at træne ryggen øges, hvis det er en træningsform, der "tiltaler den enkelte", hvis den er formaliseret (der er nogen, der venter, at man møder op), og hvis der er instruktører, som kan vejlede og sikre en relevant træning. Derudover er oplevelsen af, at den valgte træning virker, vigtig, idet det kræver et vist overskud at træne.

5.1. MTV-rapportens anbefalinger

Nedenfor er præsenteret de anbefalinger fra MTV-rapporten "Ondt i ryggen", for hvilke nærværende delundersøgelse af patienternes oplevelser af udrednings- og behandlingsindsatsen på rygområdet giver en indikation af, hvorvidt de er blevet implementeret siden rapportens udgivelse.

Behandlinger

På basis af de behandlinger, der blev sat i værk af de forskellige behandlere, tyder nærværende undersøgelse på, at der i stigende grad gives aktiv behandling i form af træning og øvelser, herunder instruktion i selvøvelser af patienten selv, jf. anbefalingen i MTV-rapporten. Dette sker især hos fysioterapeuten, den praktiserende læge, kiropraktoren og på sygehusambulatoriet.

Sammenhængende forløb og samarbejde

Det anbefales i MTV-rapporten, at der under behandlingsforløbet eksisterer et tæt samarbejde mellem de relevante faglige parter, fx i form af udveksling af journalnotater m.m. I spørgeskemaundersøgelsen vurderede et flertal af patienterne i både primær- og sekundærsektoren, at deres forløb havde været sammenhængende. Det var i overvejende grad patienternes oplevelse, at samarbejde og kommunikation fungerede godt mellem de enkelte behandlere. Dog var der en stor gruppe af patienterne, især blandt sekundærsektorpatienterne, der ikke var tilfredse med de tværsektorielle forløb. Det var især i de kroniske forløb og ved længerevarende kommunal sagsbehandling at samarbejde og kommunikation oplevedes som problematisk. Derudover kunne lange ventetider og det frie sygehusvalg betyde, at patienten oplevede selv at skulle sikre kommunikation og samarbejde.

Patientinformation

Det anbefales i MTV-rapporten, at patienten tidligt i forløbet informeres grundigt om ryglidelser for derved at involvere patienten aktivt i behandlingsforløbet. Derudover anbefales det, at informationen tager udgangspunkt i den enkeltes situation og behov, og at der er overensstemmelse mellem de oplysninger, som gives af de enkelte behandlere.

Spørgeskemaundersøgelsens resultater har ikke entydigt kunne understøtte, at patientinformationen er på dette niveau. Kun mindre andele af flere udvalgte behandlergrupper gav patienterne information om, hvad de selv kunne gøre, og om hvad der skulle ske i forbindelse med undersøgelserne. Dog var alle behandlergrupper gode til at lytte til, hvad patienten havde at sige og spørge om. Dette ændrer ikke ved, at patienterne hyppigst på sygehuset, i ambulatoriet eller hos speciallægen oplevede at måtte gentage oplysninger om tidligere behandlinger hos andre behandlere. Dog vurderede patienterne, at behandlerne i overvejende grad var enige om, hvordan lænderygbesværet skulle behandles.

I interviewundersøgelsen følte de adspurgte sig generelt velinformerede om, hvad der skulle ske, især i den første del af deres forløb. Alligevel manglede flere information om, hvordan de skulle forholde sig, hvad de selv kunne gøre, hvad de skulle undgå, og hvor de skulle henvende sig i ventetiden til undersøgelse eller behandling samt ved afslutning af et genoptræningsforløb. For de flestes vedkommende var der overensstemmelse mellem behandlernes informationer og vurderinger.

Ventetid

Det anbefales i MTV-rapporten, at ventetid til udredning og behandling nedbringes, idet lange ventetider øger risikoen for udvikling af kroniske smerter og forringer muligheden for, at patienten kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Spørgeskemaundersøgelsen afslørede ventetid for alle behandlergrupper af halvanden til seks ugers varighed, hvilket ikke nødvendigvis er lang tid. De interviewede oplevede især ventetiden som problematisk, hvis der var voldsomme smerter, hvis det, der blev ventet på, var afgørende for næste skridt, og hvis der var problemer med længere tids fravær fra arbejdet. Derudover følte flere sig alene i ventetiden.

6. Referencer

1. Patienters vurdering af landets sygehuse 2000. Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt. Amtssygehuset i Glostrup.
2. Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Universitetsforlaget, Oslo 1991.
3. Olesen F, Mainz J. Artiklerne: Krav til spørgeskemaer I og II og Standardiserede spørgsmål og spørgeskemaer. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. 1994.
4. Gannik DE. Situationel sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser. Samfundslitteratur. Frederiksberg 1999.
5. Gannik DE., Jespersen M. Formelle og informelle sociale ressourcers betydning for forløbet af sygdom – en forundersøgelse af ryglidelser. Institut for Social Medicin. Københavns Universitet 1978.
6. Fokusgruppeinterview med patienter indlagt på Diskuscentret i forbindelse med operation for diskusprolaps. Hørsholm Sygehus. Juli 2002.
7. Afdelingsrapport Ortopædkirurgisk-RYG. Patienttilfredshedsundersøgelse. 2003 Åbenrå Sygehus. Marts 2004.
8. Evaluering af Rygambulatoriet, Sygehus Vendsyssel. To patientspørgeskema-undersøgelser ét år efter første besøg. Sygehus Vendsyssel. www.sygehus-vendsyssel.dk
9. Lov om et videnskabetisk komitésystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter. Lov nr. 402 af 28/05/2003. <http://www.retsinfo.dk>.

Appendiks 1. Lænderygdiagnoser

Tabel A.1.1. ICD10-diagnoser, der som aktionsdiagnose definerer en lænderygpatient.

DM400	Kyphosis posturalis
DM401	Kyphosis secundaria, andre former
DM401A	Kyphosis secundaria uden specifikation
DM402	Kyfose, anden og ikke specificeret form
DM402A	Kyphosis uden specifikation
DM403	Columna recta
DM404	Lordose, specificerede former
DM404A	Lordosis acquisita
DM404B	Lordosis posturalis
DM404C	Hyperlordosis columnae vertebralis
DM405	Lordose uden specifikation
DM430	Spondylolysis
DM431	Spondylolisthesis
DM438	Deformerende ryglidelse, andre specificerede former
DM439	Deformerende ryglidelse uden specifikation
DM460	Enthesopathia spinalis
DM461	Sacroiliit ikke klassificeret andetsteds
DM464	Diskit uden specifikation
DM468	Spondylit, anden specificeret form
DM469	Spondylit uden specifikation
DM471	Spondyloser med myelopati, andre
DM471A	Spondylosis med myelopati
DM471B	Compressio spondylogena medullae spinalis
DM472	Spondyloser med radikulopati, andre
DM472A	Spondylosis med radikulopati
DM472B	Spondylosis med neuropati
DM478	Spondyloser, andre
DM478B	Spondylosis totalis
DM478D	Spondylosis lumbosacralis
DM478E	Spondylosis lumbalis
DM479	Spondylose uden specifikation

DM480	Stenosis spinalis
DM481	Hyperostosis ankylotica (Forestier)
DM481A	Hyperostosis skeletalis idiopathica diffusa (DISH)
DM482	Arthrosis processus spinosi vertebrarum lumbalium
DM482A	Baastrup's sygdom
<hr/>	
DM483	Spondylopathia traumatica
DM484	Stressfraktur af vertebra
DM485	Compressio vertebrae ikke klassificeret andetsteds
DM485A	Compressio vertebrae partialis, kileform
DM485B	Compressio vertebrae uden specificifikation
DM488	Spondylopati, anden specificeret form
DM489	Spondylopati uden specificifikation
DM510	Prolapsus disci intervert thoracalis et lumbalis m myelopati
DM510G	Prolapsus disci intervert thoracalis med myelopati
DM511	Prolapsus disci intervert thoracalis et lumb m radiculopati
DM511A	Prolapsus disci intervert lumbalis I/II med radiculopati
DM511B	Prolapsus disci intervert lumbalis II/III med radiculopati
DM511C	Prolapsus disci intervert lumbalis III/IV med radiculopati
DM511D	Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radiculopati
DM511E	Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radiculopati
DM511F	Prolapsus disci intervert lumbalis u spec med radiculopati
DM511I	Prolapsus disci intervert thoracal.lumb.(T12/L1)m radiculopati
DM512	Prolapsus disci intervert thorac et lumb, anden spec form
DM512A	Prolapsus disci intervert lumb I/II uden radiculopati
DM512B	Prolapsus disci intervert lumb II/III uden radiculopati
DM512C	Prolapsus disci intervert lumb III/IV uden radiculopati
DM512D	Prolapsus disci intervert lumb IV/V uden radiculopati
DM512E	Prolapsus disci intervert lumb V/SI uden radiculopati
DM512F	Prolapsus disci intervert lumb u spec u radiculopati
DM513	Deg disci intervert thoracalis og lumb, anden spec form
DM513A	Degeneratio disci intervert lumbalis uden radiculopati
DM513C	Calcificatio disci intervert
DM514	Schmorl'sk bruskelegeme
DM518	Sygdom i bryst/lændehvirvelsøjlen's bruskskiver, anden spec
DM519	Sygdom i bryst/lændehvirvelsøjlen's bruskskiver uden specifi
DM532	Instabilitas columnae vertebralis
DM533	Morbi sacrococcygeales ikke klassificeret andetsteds

DM533A Coccygodynia
DM538 Ryglidelser andre specificerede
DM539 Ryglidelse uden specifikation
DM541 Radiculopathia
DM541A Radiculitis lumbosacralis
DM541B Radiculitis lumbalis
DM543 Ischias
DM544 Lumbago med ischias

DM545 Lændesmerter
DM545A Lumbago uden specifikation
DM548 Dolores dorsi aliae
DM549 Rygsmerter uden specifikation
DM760 Tendinitis glutealis
DM761 Tendinitis iliopsoas

Appendiks 2. Indhold af spørgeskema

I denne undersøgelse spørges der udelukkende til det lænderygbesvær, som du har været i behandling for i tidsrummet fra 1. januar - 30. juni 2004 (Dette uanset om du har haft andre perioder med lænderygbesvær før eller siden).

1. Hvornår blev du behandlet for første gang for det lænderygbesvær, som du oplevede i perioden 1. januar-30.juni 2004? Måned _____ År _____

2. Hvor længe varede det lænderygbesvær, som du oplevede i perioden 1. januar-30.juni 2004?
 - Mindre end 4 uger
 - Mellem 4 uger og 3 måneder
 - Mere end 3 måneder

3. Hvilke af nedenstående behandlere/afdelinger var du i kontakt med i forbindelse med det lænderygbesvær, som du oplevede i perioden 1. januar-30.juni 2004? (*Sæt gerne flere markeringer*)
 - Praktiserende læge
 - Kiropraktor
 - Fysioterapeut (i privat praksis)
 - Speciallæge
 - Sygehusambulatorium / rygcenter
 - Indlagt på sygehusafdeling
 - Skadestue
 - Vagtlæge
 - Røntgenafdeling på sygehus
 - Kommunal sagsbehandler (fx omkring dagpenge, revalidering, pension m.m.)
 - Aternativ behandler
 - Hvilken ? _____
 - Anden behandler
 - Hvilken ? _____

4. I hvilken rækkefølge havde du kontakt med nedenstående behandlere for det lænderygbesvær, som du var i behandling for i perioden 1. januar-30.juni 2004 (sæt venligst blot et 1-tal ud for den første, et 2-tal ud for den anden og et 3-tal udfor den tredje)

Nr.	
<input type="text"/>	Praktiserende læge
<input type="text"/>	Kiropraktor
<input type="text"/>	Fysioterapeut (i privat praksis)
<input type="text"/>	Speciallæge
<input type="text"/>	Sygehusambulatorium / rygcenter
<input type="text"/>	Indlagt på sygehusafdeling
<input type="text"/>	Skadestue
<input type="text"/>	Vagtlæge
<input type="text"/>	Røntgenafdeling på sygehus
<input type="text"/>	Kommunal sagsbehandler (fx omkring dagpenge, revalidering, pension m.m.)
<input type="text"/>	Alternativ behandling
<input type="text"/>	Anden behandler

På de følgende sider spørges der til kontakter til, samt information og behandling hos udvalgte behandlere i forbindelse med dit lænderygbesvær i perioden 1. januar-30.juni 2004:

Spørgsmål til behandling for lænderygbesvær ved praktiserende læge:

Hvis du ikke har været i behandling hos den praktiserende læge, så gå til spørgsmål 6.

5a. Hvor mange kontakter havde du til den praktiserende læge i forbindelse med dit lænderygbesvær? Antal (ca.): _____

- (Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)
- | | <input type="radio"/> I høj grad | <input type="radio"/> I nogen grad | <input type="radio"/> I mindre grad | <input type="radio"/> Slet ikke |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 5b. Fortalte den praktiserende læge dig, hvad du selv kunne gøre for at mindske dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5c. Informerede den praktiserende læge dig om hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb, som du kunne forvente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5d. Informerede den praktiserende læge dig om hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5e. Oplevede du, at den praktiserende læge lyttede til det du havde at fortælle om dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5f. Hvad resulterede dit <u>1. besøg</u> , hos din praktiserende læge, i?
(Sæt gerne flere markeringer) | 1) Behandling med bestemte håndgreb | | | <input type="radio"/> |
| | 2) Instruktion i selv, at lave bestemte øvelser | | | <input type="radio"/> |
| | 3) Behandling med medicin | | | <input type="radio"/> |
| | 4) Henvisning til speciallæge | | | <input type="radio"/> |
| | 5) Henvisning til fysioterapeut | | | <input type="radio"/> |
| | 5) Henvisning til sygehus | | | <input type="radio"/> |
| | 6) Råd om at gå til kiropraktor | | | <input type="radio"/> |
| | 7) Skulle komme igen _____ uger senere | | | <input type="radio"/> |
| | 8) Skulle afvente udviklingen | | | <input type="radio"/> |
| | 9) Andet | | | <input type="radio"/> |

5g. Eventuelle kommentarer til behandlingen hos din praktiserende læge:

Spørgsmål til behandling for lænderygbesvær ved kiropraktør:

Hvis du ikke har været i behandling hos kiropraktør, så gå til spørgsmål 7.

6a. Hvor mange kontakter havde du til kiropraktør i forbindelse med dit lænderygbesvær? Antal (ca.): _____

- (Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)
- | | <input type="radio"/> I høj grad | <input type="radio"/> I nogen grad | <input type="radio"/> I mindre grad | <input type="radio"/> Slet ikke |
|--|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 6b. Fortalte kiropraktoren dig, hvad du selv kunne gøre for at mindske dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6c. Informerede kiropraktoren dig om hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb, som du kunne forvente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6d. Informerede kiropraktoren dig om hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6e. Oplevede du, at kiropraktoren lyttede til det du havde at fortælle om dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6f. Oplevede du, at skulle gentage oplysninger om dig og dit lænderygbesvær, som du allerede havde fortalt andre behandlere? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6g. Hvad resulterede din kontakt med kiropraktoren, i?
(Sæt gerne flere markeringer) | 1) Behandling med bestemte håndgreb | | | <input type="radio"/> |
| | 2) Instruktion i selv, at lave bestemte øvelser | | | <input type="radio"/> |
| | 3) Råd om at gå til praktiserende læge | | | <input type="radio"/> |
| | 4) Råd om at gå til fysioterapeut | | | <input type="radio"/> |
| | 5) Andet | | | <input type="radio"/> |

6h. Eventuelle kommentarer til behandlingen hos kiropraktøren:

Spørgsmål til behandling for lænderygbesvær ved fysioterapeut (i privat praksis):

Hvis du ikke har været i behandling hos fysioterapeut i privat praksis, så gå til spørgsmål 8.

7a. Hvor mange kontakter havde du til fysioterapeut (i privat praksis) i forbindelse med dit lænderygbesvær? Antal (ca.): _____

(Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)

- | | <input type="radio"/> I høj grad | <input type="radio"/> I nogen grad | <input type="radio"/> I mindre grad | <input type="radio"/> Slet ikke |
|--|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 7b. Fortalte fysioterapeuten dig, hvad du selv kunne gøre for at mindske dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7c. Informerede fysioterapeuten dig om hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb, som du kunne forvente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7d. Informerede fysioterapeuten dig om hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7e. Oplevede du, at fysioterapeuten lyttede til det du havde at fortælle om dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7f. Oplevede du, at skulle gentage oplysninger om dig og dit lænderygbesvær, som du allerede havde fortalt andre behandlere? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7g. Hvor lang ventetid var der til fysioterapeut? Ca. _____ uger

- 7h. Hvad resulterede din kontakt med fysioterapeuten, i?
(Sæt gerne flere markeringer)
- | | |
|---|-----------------------|
| 1) Træning/øvelser ved fysioterapeuten | <input type="radio"/> |
| 2) Andre behandlinger | <input type="radio"/> |
| 3) Instruktion i selv, at lave bestemte øvelser | <input type="radio"/> |
| 4) Opfordring til at deltage i øvelser (fx svømning, gymnastik m. m.) | <input type="radio"/> |
| 5) Råd om at gå til praktiserende læge | <input type="radio"/> |
| 6) Råd om at gå til kiropraktor | <input type="radio"/> |
| 7) Andet | <input type="radio"/> |

7i. Eventuelle kommentarer til behandlingen hos fysioterapeuten:

Spørgsmål til behandling for lænderygbesvær ved speciallæge:

Hvis du ikke har været i behandling hos speciallæge, så gå til spørgsmål 9.

8a. Hvor mange kontakter havde du til speciallæge i forbindelse med dit lænderygbesvær? Antal (ca.): _____

(Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)

- | | <input type="radio"/> I høj grad | <input type="radio"/> I nogen grad | <input type="radio"/> I mindre grad | <input type="radio"/> Slet ikke |
|--|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 8b. Fortalte speciallægen dig, hvad du selv kunne gøre for at mindske dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8c. Informerede speciallægen dig om hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb, som du kunne forvente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8d. Informerede speciallægen dig om hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8e. Oplevede du, at speciallægen lyttede til det du havde at fortælle om dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8f. Oplevede du, at skulle gentage oplysninger om dig og dit lænderygbesvær, som du allerede havde fortalt andre behandlere? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8g. Hvor lang ventetid var der til speciallægen? Ca. _____ uger

- 8h. Hvad resulterede dit besøg, hos speciallægen, i?
(Sæt gerne flere markeringer)
- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 1) Behandling med medicin | <input type="radio"/> |
| 2) Anden behandling | <input type="radio"/> |
| 3) Henvisning til fysioterapeut | <input type="radio"/> |
| 4) Henvisning til sygehus | <input type="radio"/> |
| 5) Råd om at gå til kiropraktor | <input type="radio"/> |
| 7) Skulle afvente udviklingen | <input type="radio"/> |
| 8) Andet | <input type="radio"/> |

8i. Eventuelle kommentarer til behandlingen hos speciallægen:

Spørgsmål til ambulant behandling for lænderygbesvær ved sygehusambulatorium eller rygcenter:

Hvis du ikke har været i behandling ved et sygehusambulatorium/rygcenter, så gå til spørgsmål 10.

9a. Hvor mange kontakter havde du, til sygehusambulatorium eller rygcenter, i forbindelse med dit lænderygbesvær? Antal (ca.): _____

(Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)

- | | ○ I høj grad | ○ I nogen grad | ○ I mindre grad | ○ Slet ikke |
|---|--------------|----------------|-----------------|-------------|
| 9b. Fortalte personalet på sygehusambulatoriet eller rygcentret dig, hvad du selv kunne gøre for at mindske dit lænderygbesvær? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9c. Informerede personalet på sygehusambulatoriet eller rygcentret dig om hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb, som du kunne forvente? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9d. Informerede personalet på sygehusambulatoriet eller rygcentret dig om hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9e. Oplevede du, at personalet på sygehusambulatoriet eller rygcentret lyttede til det du havde at fortælle om dit lænderygbesvær? | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9f. Oplevede du, at skulle gentage oplysninger om dig og dit lænderygbesvær, som du allerede havde fortalt andre behandlere? | ○ | ○ | ○ | ○ |

9g. Hvor lang ventetid var der til sygehusambulatorium/rygcenter? Ca. _____ uger

- | | | |
|---|---|---|
| 9h. Hvad resulterede din kontakt med sygehusambulatoriet eller rygcentret, i?
<i>(Sæt gerne flere markeringer)</i> | 1) Træning/øvelser | ○ |
| | 2) Behandling med medicin | ○ |
| | 3) Instruktion i selv, at lave bestemte øvelser | ○ |
| | 4) Råd om at gå til kiropraktor | ○ |
| | 5) Henvisning til indlæggelse | ○ |
| | 6) Henvisning til rygscole/fysioterapeut | ○ |
| | 7) Andet | ○ |

9i. Eventuelle kommentarer til behandlingen sygehusambulatoriet eller rygcentret:

Spørgsmål til behandling for lænderygbesvær ved indlæggelse på sygehuset:

Hvis du ikke har været i indlagt på sygehuset, så gå til spørgsmål 11.

10a. Hvor mange gange var du indlagt, i forbindelse med dit, lænderygbesvær? Antal (ca.): _____

- (Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)
- | | <input type="radio"/> I høj grad | <input type="radio"/> I nogen grad | <input type="radio"/> I mindre grad | <input type="radio"/> Slet ikke |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 10b. Fortalte personalet på sygehuset dig, hvad du selv kunne gøre for at mindske dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10c. Informerede personalet på sygehuset dig om hvilket undersøgelses- og behandlingsforløb, som du kunne forvente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10d. Informerede personalet på sygehuset dig om hensigten med de enkelte undersøgelser og behandlinger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10e. Oplevede du, at personalet på sygehuset lyttede til det du havde at fortælle om dit lænderygbesvær? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10f. Oplevede du, at skulle gentage oplysninger om dig og dit lænderygbesvær, som du allerede havde fortalt andre behandlere? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10g. Hvor lang ventetid var der til indlæggelse på sygehus? | Ca. _____ uger | | | |
| 10h. Hvad resulterede din indlæggelse på sygehuset, i? (Sæt gerne flere markeringer) | 1) Behandling med medicin | <input type="radio"/> | | |
| | 2) Træning/øvelser | <input type="radio"/> | | |
| | 3) Operation | <input type="radio"/> | | |
| | 4) Henvi sning til rygambulatorium/rygcenter | <input type="radio"/> | | |
| | 5) Henvi sning til rygs k o l e / f y s i o t e r a p e u t | <input type="radio"/> | | |
| | 6) Andet | <input type="radio"/> | | |

10j. Eventuelle kommentarer til behandlingen på sygehuset:

I det følgende spørges der generelt til behandlerne og til det samlede undersøgelses- og behandlingsforløb, for dit lænderygbesvær i perioden 1. januar-30.juni 2004:

- (Sæt venligst kun én markering ud for hvert spørgsmål)
- | | ○ I høj grad | ○ I nogen grad | ○ I mindre grad | ○ Slet ikke |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
| 11. Oplevede du, at informationerne fra de forskellige behandlere stemte overens efter at de havde undersøgt din ryg? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Oplevede du, at de forskellige behandlere var enige om hvordan dit lænderygbesvær skulle behandles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Er du generelt tilfreds med den behandling du har fået gennem hele forløbet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Oplevede du, at der var sammenhæng i dit samlede undersøgelses- og behandlingsforløb? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Har du efterfølgende deltaget i nogen form for genoptræning? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| 16. Har du været i kontakt med en kommunal sagsbehandler i forbindelse med dit lænderygbesvær? (fx omkring dagpenge, revalidering, pension m.m.) | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Hvis du svarede ja til spørgsmål 16, oplevede du så, at personalet i kommunen havde en tilstrækkelig viden om dit lænderygbesvær? | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

I det følgende spørges der generelt til dig:

18. Hvad er din alder? _____ år
19. Hvad er dit køn?
- Mand
- Kvinde
20. Hvad er din højde? _____ cm
21. Hvad er din vægt? _____ kilo

22. Hvad er din uddannelsesbaggrund? (*Marker venligst dit højeste uddannelsesstrin*)
- Folkeskolen
 - Gymnasium/hh, eller tilsvarende
 - Erhvervsfaglig grunduddannelse
 - Kort videregående uddannelse (1-3 år efter gymnasium/hh, eller tilsvarende)
 - Mellemlang / lang videregående uddannelse (3-6 år efter gymnasium/hh, eller tilsvarende)
23. Er din tilknytning til arbejdsmarkedet ændret i forbindelse med dit lænderygbesvær? (*Sæt venligst kun én markering*)
- Nej, den er uændret
 - Nej, den er uændret idet jeg allerede fik pension
 - Ja, jeg er sygemeldt
 - Ja, jeg har fået et skånejob
 - Ja, jeg er på nedsat arbejdstid/flextid
 - Ja, jeg har fået et andet arbejde
 - Ja, jeg er under revalidering/omskoling/påbegyndt anden uddannelse
 - Ja, jeg søger/har fået invalidepension
 - Ja, jeg søger/har fået efterløn/folkepension
 - Anden ændring? (Beskriv venligst)
-
-

24. Har du haft lænderygbesvær ud over det lænderygbesvær, som du oplevede i perioden 1. januar - 30.juni 2004? (*det vil sige før den 1. januar og/eller efter den 30. juni 2004*)

Ja

Nej

25. Har du evt. andre kommentarer?

Appendiks 3. Tilsagn om interview

Har du lyst til at deltage i en interviewundersøgelse?

I en efterfølgende delundersøgelse ønsker vi at interviewe ca. 10 personer, som har været behandlet for lænderygbesvær. Formålet er at få en bedre forståelse af hvad der har betydning for forløbet af deres lænderygbesvær.

Interviewene vil blive fortaget af en konsulent fra Syddansk Universitet, hjemme hos dig selv eller på Syddansk Universitet (eventuelle rejseudgifter vil blive refunderet).

Dit navn, adresse og indholdet af interviewet vil kun være tilgængelig for de konsulenter, der arbejder med undersøgelsen og vil blive behandlet i overensstemmelse med Datatilsynets forskrifter. Interviewene vil blive analyseret på tværs og resultaterne vil blive udgivet i en rapport. De enkelte interview personer vil ikke være genkendelige i rapporten.

Hvis du ønsker at deltage i et interview, bedes du udfylde nedenstående rubrik med dato, navn, adresse og underskrift. Hvis du udtages til interview, vil du senere blive kontaktet med henblik på aftale om tid og sted. Deltagelse er selvfølgelig frivilligt og du kan på ethvert tidspunkt trække dit tilsagn tilbage.

-----klip-----

Jeg giver hermed tilladelse til, at jeg kan kontaktes med henblik på et interview. Jeg er informeret om at deltagelse er frivilligt og at jeg på ethvert tidspunkt kan trække mit tilsagn tilbage.

Dato:
Navn:
Adresse:
Telefon:
Underskrift:

OBS, sendes sammen med spørgeskemaet i den frankerede kuvert!

Appendiks 4. Interviewguide

1. Vil du fortælle mig konkret og faktuelt om det lænderygbesvær, som du havde i perioden 1. januar til 30. juni 2004.
 - tidsmæssig udstrækning (hvornår startede det/sluttede det)
 - forløb (hvad skete der/ handlinger foretaget, i hvilken rækkefølge)
 - behandlere involveret (hvem og hvornår)
 - resultat af behandlingen

2. Hvad oplevede du, som det sværeste i den periode?

3. Hvad var det der lattede, hjalp eller på anden måde gjorde forløbet bedre?

4. Hvad savnede du?

Hvis det ud fra ovenstående er relevant og hvis informanten ikke selv kommer ind på følgende områder, så spørges der til:

5. Hvordan oplevede du den information som du fik i forløbet?

- information om hvad der kunne ventes/ om formål med undersøgelser/ med at se tiden an osv.
- information om, hvad du selv kunne gøre / eksempler på dette
- hvem gav især denne information/ hvornår
- kunne informationen bruges/ gjorde du selv noget/ hvorfor/hvorfor ikke (tidspunkt, indhold, støtte til at handle)
- hvilken information ønskes der/ af hvem, hvordan og hvornår?

6. Hvordan oplevede du samarbejdet mellem behandlere (og evt. kommunal sagsbehandler)?

- var der overensstemmelse mellem behandleres informationer og om hvad der skulle gøres/ikke gøres
- havde behandlerne tilstrækkelig information om dig/ eksempler på dette og på det modsatte
- skulle du gentage information, tidligere givet til anden behandler /eksempler på dette
- er det et problem / eller er det godt selv at kunne bestemme hvilken information der skal gives

- ønskes der en større udveksling af information mellem behandlerne således at de vidste mere om en inden konsultationen/ og hvordan kunne det foregå

7. Var der ventetid?

- hvor var der især ventetid, og på hvad
- hvad betyder ventetiden (dens længde og dens konsekvenser; fysiske, psykiske og sociale)
- blev der oplyst om hvad man selv kunne gøre ved ventetiden/ og hvad gjorde du (fx udvidet frie sygehusvalg (2 måneders garanti), frit sygehusvalg, vagtlæge og akut indlæggelse osv.)

8. Havde du kontakt til sagsbehandler i kommunen/på sygehuset?

- hvornår og om hvad kontaktes en sagsbehandler
- hvem tager initiativet til dette/ en selv/ eller efter råd fra andre /af andre (behandlere)
- hvilken betydning har sagsbehandlerens kendskab til ryglidelser