

27. juni 2010

En videreførelse af en hospitalsbaseret koordineret intervention for sygemeldte med smerter i lænderyggen

Center for Bevægeapparatlidelser (CfB), Regionshospitalet Silkeborg og Center For Folkesundhed, Region Midtjylland

Chris Jensen, PhD, Ole Kudsk Jensen, MD, PhD, Ellen Pallesen, MD, Claus Vinther Nielsen, MD, PhD.

Baggrund

Ved Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg ophørte det tværfaglige randomiserede forskningsprojekt rettet mod sygemeldte med lænderyg problemer med at rekruttere patienter i juli 2008. De primære formål var at undersøge om man kunne forbedre funktionsevne og arbejdsfastholdelse af sygemeldte arbejdstagere i en ny, hospitalsbaseret, tværfaglig interventionsmodel sammenlignet med en mini-intervention, som bestod af en grundig klinisk udredning og fysioterapeutisk testning og vejledning.

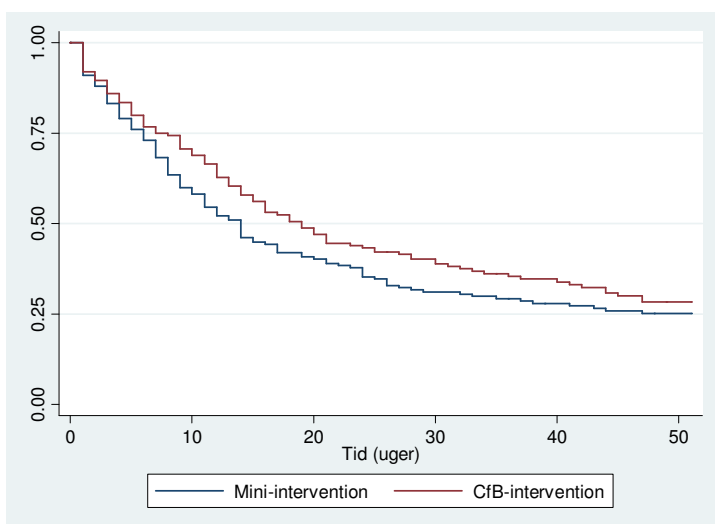
Siden er der analyseret 1 års follow-up data, som har vist at de to interventionsmodeller, mini-interventionen og CfB-interventionen *i gennemsnit* medførte den samme grad af tilbagevenden til arbejde (TTA), da ca. 75 % blev raskmeldte i løbet af det første år. Helbred og funktionsevne forbedredes også lige meget i de to grupper. Yderligere analyse har dog tydet på, at der findes identificerbare undergrupper, som har mere gavn af den ene intervention frem for den anden. Der er samtidig identificeret en række risikofaktorer, som spiller en rolle for de sygemeldtes chance for TTA. Det er vores hypotese at nogle af disse faktorer også spiller en rolle for om de sygemeldte har mest gavn af en mini-intervention eller en CfB-intervention og dette ønsker vi at afprøve i et nyt randomiseret studie af rygsgemeldte, som henvises til CfB.

Formål

Formålet i det nye projekt er at afprøve om sygemeldte med lænderygproblemer, som vurderer, at de har stor risiko for at miste deres arbejde eller har små muligheder for at tilrettelægge deres arbejde med hensyntagen til rygproblemerne, har mere gavn af den tværfaglige CfB indsats end mini-interventionen. Tilsvarende om de øvrige sygemeldte har mere gavn af mini-interventionen. Såfremt disse hypoteser kan eftervises, vil man kunne blive mere præcis i forhold til hvilke indsatser, der skal ydes for at forbedre de sygemeldtes funktionsevne og sikre tilbagevenden til arbejde.

Analyserne fra det oprindelige projekt

Hovedresultatet i det oprindelige projekt var at de sygemeldte fra de to interventionsgrupper blev raskmeldt med nogenlunde samme hastighed (figur 1).



Figur 1. Andel som er sygemeldt.

Undergruppeanalyser tyder dog på, at nogen af de sygemeldte kom hurtigere tilbage i arbejde, såfremt de fik den ene intervention, mens andre kom hurtigere tilbage hvis de fik den anden indsats. De væsentligste resultater er gengivet i tabel 1, som viser, hvorledes to faktorer betød meget for effekten af interventionerne. Sygemeldte, som selv angav, at de var i risiko for at miste deres arbejde på grund af sygdommeldingen eller som ingen indflydelse havde på at tilrettelægge deres eget arbejde, kom cirka 1½ gang hurtigere tilbage i arbejde, hvis de fik den multidisciplinære intervention (tabel 1). Det gjaldt dog ikke hvis de havde igangsat en erstatningssag (arbejdsskade- eller anden forsikringssag). Sygemeldte, som ikke mente at de var i risiko for at miste deres arbejde og svarede ja til at de havde indflydelse på egen arbejdstilrettelæggelse var markant hurtigere tilbage i arbejde hvis de fik mini-interventionen. For denne kategori var HR 0,66 og her indgår også alle med en erstatningssag, uanset hvad de havde svaret på de to andre spørgsmål. HR var også 0,66, såfremt alle med en igangværende erstatningssag blev ekskluderet. Det giver derfor god mening at placere sygemeldte med en erstatningssag i den sidstnævnte kategori, det betyder dog at denne kategori omfatter dobbelt så mange personer som den anden. Hvis alle med en erstatningssag blev ekskluderet, ville de to kategorier være nogenlunde lige store.

Table 1. Effect of interventions on return to work (TTA) for subgroups. Hazard Ratio (HR) is given for multidisciplinary/mini-intervention (HR>1 indicates that multidisciplinary intervention gives faster TTA than mini-intervention). There is tested for statistical interaction (p-value).

	Statistisk interaktion p=0,005
Høj arbejdstilknytning Har ikke risiko for at miste arbejde og har indflydelse på arbejdstilrettelæggelse*	HR= 0,66 (CI: 0,48-0,89) n=227
Lav arbejdstilknytning Er i risiko for at miste arbejde og/eller har lav indflydelse på arbejdstilrettelæggelse.* Ingen igangværende arbejdsskadesag**	HR= 1,42 (CI: 0,92-2,18) n=117

*Den sygemeldtes egen vurdering baseret på spørgeskemabesvarelse.

**Sygemeldte med igangværende erstatningssag er placeret i gruppen med høj arbejdstilknytning, da andre subgruppeanalyser har vist at TTA for disse personer var væsentligt højere, hvis de fik en mini-intervention i forhold til en multidisciplinær intervention.

Såfremt disse resultater kan reproducere i et randomiseret studie, kan man konkludere at sygemeldte, der selv vurderer at de er i risiko for at miste deres arbejde eller har lav indflydelse på deres egen arbejdstilrettelæggelse, har mest gavn af en multidisciplinær indsats (CfB-indsatsen), dog med den undtagelse, at hvis de har indledt en erstatningssag, så har de mere gavn af mini-interventionen. Alle andre sygemeldte kommer hurtigere tilbage i arbejde efter en mini-intervention. Vi ønsker dog at være lidt mere ambitiøse, da vi tror på at CfB- teamet er blevet dygtigere til at iværksætte den rigtige koordinering og ”behandling”. Vi anser det også at være en klar fordel om CfB interventionen har en mere overlegen effekt end mini-interventionen for de med lav arbejdstilknytning og stræber derfor efter at kunne påvise en HR på mindst 1,5 for denne gruppe.

Metode

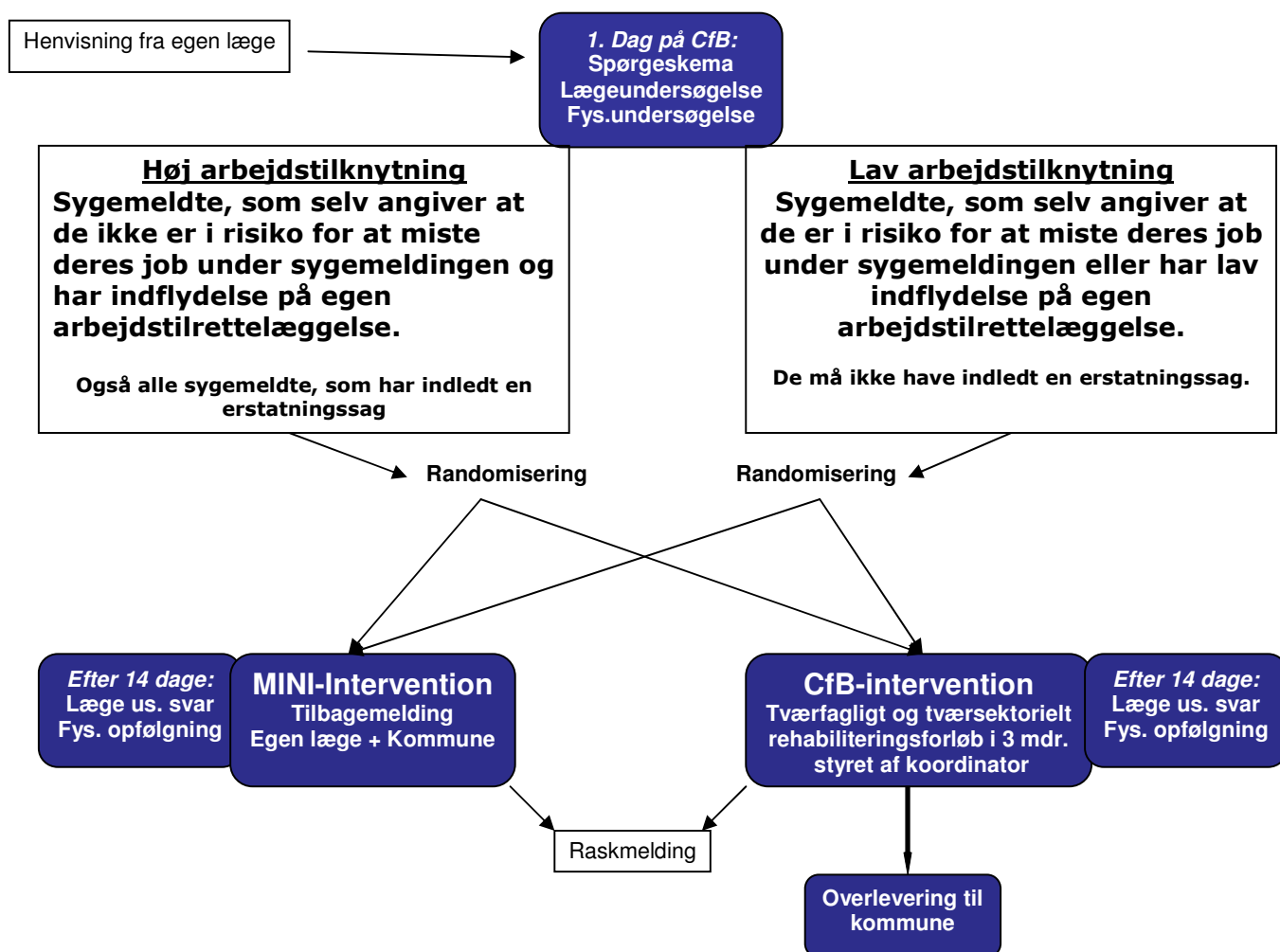
Dette er en sammenlignende randomiseret og kontrolleret undersøgelse med op til 5 års follow-up. Sammenhængen mellem CfB-teamet og det øvrige sundhedsvæsen, socialforvaltningerne og virksomhederne er etableret i det foregående projekt og der bygges videre på erfaringerne herfra. De praktiserende læger henviser til CfB, hvor den sygemeldte får en tid inden for 1 uge. Den praktiserende læge henviser efter nedenstående in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- alder 18-60 år
- hel eller delvis sammenhængende sygemelding fra arbejde i 4-12 uger
- smerter i lænderyg med eller uden tegn på nerverodstryk er det primære problem og årsag til sygemelding
- patienten taler og forstår dansk

Eksklusionskriterier:

- vedvarende eller progredierende symptomer på nerverodstryk, som indebærer, at der er planer eller ønske om operation herfor
- operation i ryg inden for det sidste år eller anden specifik eller alvorlig bevægeapparatsygdom
- primær psykiatrisk lidelse
- misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer
- graviditet.



Figur 2. Oversigt over projektførløbet

Forløb

Ved første besøg på centeret udfyldes baseline spørgeskemaer. Baseret herpå placeres den sygemeldte i gruppen med lav eller høj arbejdstilknytning og der foretages en blindet lodtrækning til mini-interventionen eller CfB-interventionen (50% fordeles til hver enkelt intervention i de to grupper). Behandlere er blindet i forhold til om patienten placeres i gruppe med lav eller høj arbejdstilknytning. Den sygemeldte får først en grundig klinisk undersøgelse af reumatolog og fysioterapeut. Deltagerne i CfB interventionen får derefter en tid til et møde med en CfB koordinator og alle får en tid til opfølgning hos fysioterapeut og eventuelt læge, hvis der er behov for det. En skematisk oversigt over forløbet er vist i figur 2.

Styrkeberegninger:

Patienter med høj-arbejdstilknytning

Baseret på styrkeberegninger med logrank-metoden vil en hazard ratio på 0,66 kunne påvises med 99 patienter i hver interventionsgruppe (i alt 198 patienter).

Patienter med lav-arbejdstilknytning

Baseret på styrkeberegninger med logrank-metoden vil en hazard ratio på 1,50 kunne påvises med 102 patienter i hver interventionsgruppe (i alt 204 patienter).

Der er i begge tilfælde benyttet en statistisk styrke på 0,80, et signifikansniveau på 0,05 og ensidig test. Desuden er der antaget at der forekommer raskmelding hos hhv. 20% og 33% af patienterne i de to interventionsgrupper inden for det første år, baseret på resultaterne fra det nu afsluttede projekt. I tabel 1 ses også at der forekommer ca. dobbelt så mange patienter i kategorien ”høj arbejdstilknytning” som i den anden kategori. Derfor må det forventes at hypoteserne knyttet til kategorien med ”høj arbejdstilknytning” kan efterprøves noget tidligere end man kan forvente for kategorien ”lav arbejdstilknytning” og rekrutteringen til de to kategorier vil derfor ophøre på forskellige tidspunkter. Der inkluderes altså patienter indtil der er inkluderet hhv. 198 og 204 patienter i de to kategorier.

Evaluering

Hypoteser:

1. randomiserede studium:

For sygemeldte, som selv vurderer, at de ikke er i risiko for at miste deres arbejde under sygemeldingen og at de har indflydelse på egen arbejdstilrettelæggelse eller de har en igangværende erstatningssag er hypotesen:

Mini-interventionen er:

- hurtigere til at få de sygemeldte tilbage i arbejde end CfB-interventionen
- bedre til at fastholde de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet
- bedre for helbred og funktionsevne.

2. randomiserede studium:

For sygemeldte, som selv vurderer, at de er i risiko for at miste deres arbejde under sygemeldingen og/eller ikke har indflydelse på egen arbejdstilrettelæggelse og ikke har en igangværende erstatningssag er hypotesen:

CfB-interventionen er:

- hurtigere til at få de sygemeldte tilbage i arbejde end CfB-interventionen
- bedre til at fastholde de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet
- bedre for helbred og funktionsevne.

Delhypoteser - Subgruppeanalyser

Andre analyser end de tidligere nævnte er beskrevet i artikel af Kudsk Jensen et al (submitted). Baseret på resultaterne herfra ønskes der i nærværende studie gennemført nedenstående subgruppeanalyser:

Subgruppeanalyse for patienter med nerverodstryk, hypotese: CfB intervention bedre end mini-intervention med henblik på at sikre tilbagevenden til arbejdet.

Subgruppeanalyse for højriskopatienter, hypotese: CfB intervention bedre til hurtig afklaring i forhold til arbejdsmarkedet, og bedre til at sikre aktiv tilknytning til arbejdsmarkedet i stedet for passiv forsørgelse (førtidspensionering eller kontanthjælp).

Højriskogruppen defineres ud fra prognosemodellen som patienter med en gennemsnitlig risiko på over 50% for ikke at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter 1 år (Kudsk Jensen et al. submitted). Denne gruppe udgør knapt en tredjedel af hele materialet.

Højriskogruppen er kendetegnet ved tre undergrupper:

- 1 Patienter med uspecifikke rygsmerter og klinisk lav risiko* samt mere end 3 psykosociale eller livsstilsrisikofaktorer**
- 2 Patienter med uspecifikke rygsmerter og klinisk høj risiko* samt mere end 2 psykosociale eller livsstilsrisikofaktorer**
- 3 Patienter med nerverodspåvirkning pga. strukturel årsag, som har klinisk høj risiko*, er svært overvægtige (BMI \geq 29), og har mere end 1 risikofaktor**

*Uspecifikke rygsmerter:

Klinisk lav risiko: \leq 26 på smerteskalaen og/eller \geq 16 cm sidefleksion, alternativt kun smerter over knæniveau angivet på spørgeskema

Klinisk høj risiko: $>$ 26 på smerteskalaen og $<$ 16 cm i sidefleksion, alternativt også smerter under knæniveau angivet på spørgeskema

*Nerverodspåvirkning:

Klinisk lav risiko: \leq 26 på smerteskalaen og/eller \geq 16 cm sidefleksion

Klinisk høj risiko: $>$ 26 på smerteskalaen og $<$ 16 cm i sidefleksion

**Syv psykosociale og livsstilsrisikofaktorer:

- Manglende tro på at vende tilbage til arbejdet inden for det næste ½ år
- Opfattelsen af, at rygsmerterne udelukkende skyldes arbejdet
- Arbejdsskade- og eller erstatningssag
- Lav indtægt det sidste år ($<$ 150.000 kr)
- At bo i lejlighed
- At være ryger eller tidligere ryger
- At drikke alkohol mindre end en gang pr. måned

Effektmål

Effektmålene er TTA målt som ophør af udbetaling af sygdomsrelateret overførselsindkomst (raskmelding), funktionsevne, helbred og smerter. Der anvendes registerdata (DREAM) til registrering af overførselsindkomster (primært sygedagpenge) og spørgeskemaer til at vurdere funktionsevne, smerte og fysisk og mentalt helbred.

DREAM-databasen styres af Beskæftigelsesministeriet og omfatter alle personer, der siden 1991 har modtaget offentlige overførselsindkomster. Overførselsindkomsterne er registreret ugevis, såfremt man har modtaget en ydelse mindst én dag i den pågældende uge. Cirka 100 forskellige ydelser registreres med separate koder og uger, hvor der ikke modtages overførselsindkomst, optræder uden kode. Raskmelding til arbejde måles som overgang til uge uden overførselsindkomst eller til arbejdsledighedsdagpenge.

De statistiske analyser med DREAM-data vil overvejende bestå af Cox regressionsmodeller, hvor hazard ratio for de forskellige interventioner beregnes. Der anvendes et signifikansniveau på $p < 0,05$.

Der udfyldes et spørgeskema ved første opmøde i Center for Bevægeapparatlidelser og efter 1, 2 og 5 år, som indeholder validerede skalaer.

Bilag 1. Indsatserne

Baggrund for valg af indsatser

Der er behov for at afdække hvilke modeller, der er mest effektive i forhold til opnåelse af høj funktionsevne og arbejdsfastholdelse på lang sigt, og som også er omkostningseffektive i økonomisk forstand for sygemeldte med uspecifikke smerter i bevægeapparatet. Her tænkes på arbejdsfastholdelse i bred forstand, således at de som ikke kan vende tilbage i arbejde i fuldt omfang bliver afklaret i forhold til arbejdsmarkedet i stedet for at ende varigt eller midlertidigt uden for. En væsentlig forudsætning har i tidligere undersøgelser været en indledende biomedicinsk afklaring, som enten kunne afdække specifikke lidelser, eller som i de fleste tilfælde afkræftede tilstedeværelsen af specifikke lidelser. Dermed kunne afklaringen bidrage til at fjerne den sygemeldtes frygt for at skade eget helbred ved aktiv deltagelse i arbejds- og privatliv. Den lægelige afklaring overfor specielt belastede sygemeldte er man bedst rustet til at gennemføre på reumatologiske afdelinger i sygehussektoren. Vi ved imidlertid ikke i dag, hvem disse specielt belastede sygemeldte er. Det er desuden et tilbagevendende problem for den sygemeldte, arbejdsgiveren og den sociale sektor, at der er lang ventetid til speciallægeundersøgelser. Det vil derfor være fordelagtigt at foretage en tidlig diagnostisk afklaring på kvalificerede sygehusafdelinger. Det kan også være et problem, at der fra sygehusvæsenets side kun er fokus på biomedicinsk behandling, og at man ikke forholder sig til behov for rehabilitering herunder tilbagevenden til arbejdet. Det vil derfor være en forbedring, hvis man kan skabe sammenhæng og kontinuitet mellem diagnostik, behandling og rehabilitering – koordinere indsats mellem egen læge, sygehus, socialforvaltning og arbejdsgiver – i et team som er placeret på sygehuset.

At det tværfaglige team er forankret på et sygehus har endnu ikke været fuldt ud afprøvet og evalueret. Efter strukturreformen forekommer der stadig afgrænsningsproblemer mellem hvad der er regionens/sygehusets opgaver, og hvad der er kommunens. Faglige, strukturelle, økonomiske og organisatoriske forhold har således betydning for hensigtsmæssige forløb. Center for Bevægeapparatlidelser ved Regionshospitalet i Silkeborg er det første sygehusbaserede center i Danmark, som siden 2004 har haft til opgave at varetage en tværfaglig og tværsektoriel intervention over for *sygemeldte* borgere fra Silkeborg, Skanderborg, Randers og Favrskov kommuner. Indsatsen på Center for Bevægeapparatlidelser i perioden 2004 til 2007 var designet som et randomiseret sammenlignende studie af en bio-psyko-social intervention (CfB-intervention) og en mini-intervention rettet mod arbejdstagere sygemeldt i 4-12 uger på grund af uspecifikke ryglidelser.

Mini-interventionen

Mini-interventionen består af en reumatologisk udredning og undersøgelse ved fysioterapeut. Reumatologen undersøger først patienten, informerer om undersøgelsesresultatet og behandlingsmuligheder. Der tages stilling til smertestillende behandling og behov for yderligere udredning ved andre speciallæger. Der suppleres med grundig ikke-sygeliggørende information til patienten om mulige årsager til smerterne, at man i de fleste tilfælde ikke kan se årsagen til smerterne og at fysisk aktivitet som hovedregel hjælper på smerter i bevægeapparatet. Når undersøgelsen er

færdig følger reumatologen patienten til fysioterapeuten og overleverer de væsentligste fund fra undersøgelsen. Fysioterapeuten fortsætter derefter med sin undersøgelse af den sygemeldtes funktionsevne og rådgiver om konkrete rygøvelser og motion generelt.

Patienterne får tid til svar på diverse undersøgelser hos lægen og der aftales kontrol hos fysioterapeuten efter 14 dage og afsluttes efterfølgende. Journalnotater sendes direkte til kommunal sagsbehandler og egen læge efter hver undersøgelse. Har patienten herefter spørgsmål vedrørende sygemeldingen henvender han sig hos egen læge eller sagsbehandleren.

CfB-interventionen

CfB-interventionen er en supplerende rehabiliteringsindsats i forhold til ovennævnte mini-interventionen. Det vil sige, at alle får en grundig udredning ved læge og fysioterapeut som ovenfor nævnt med kontrol efter 14 dage. Herefter fortsætter deltagerne i CfB-interventionen i et tværfagligt og tværsektorielt rehabiliteringsforløb med inddragelse af alle faggrupper i det tværfaglige team, hvor fokus er på genoptagelse af arbejdet.

Overordnet set består indsatsen af:

- Forløb med tværfaglig og tværsektoriel indsats styret af koordinator
- Drøftelse i det tværfaglige team
- Handleplan
- Monofaglig indsats ved behov
- Afslutning efter 3 mdr. på tværfaglig konference med sagsbehandler og arbejdsgiver, hvis arbejdet ikke er genoptaget inden da.

Koordinatoren er enten uddannet samfundsmediciner, socialrådgiver eller ergoterapeut.

Koordinatorerne har supplerende uddannelse indenfor kommunikation, hvor der anvendes elementer af TERM-modellen, systemisk, kognitiv og narrativ samtalemetode. Koordinatorerne har endvidere mange års erfaring i tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde.

Det tværfaglige team, som udover koordinatoren består af reumatologen, fysioterapeuten og en psykolog, er oplært i tværfagligt samarbejde og kommunikation og anvender supervision til løbende vedligeholdelse af teamets kompetencer.

Koordinatorens primære opgaver består af:

- Koordinatorsamtale~ressourceprofil
- Samtaleforløb
- Samarbejde med kommunal sagsbehandler
- Samarbejde med arbejdsplads

- Slutstatus

Koordinatorens opgave er således at sikre en relevant undersøgelse af patientens dagligdag for at afdække ressourcer og barrierer i forhold til genoptagelse af arbejdet, at koordinere udredningsforløbet på CfB, og at koordinere indsatsen omkring genoptagelse af arbejdet med inddragelse af de relevante aktører omkring den sygemeldte, som minimum kommunal sygedagpengeafdeling og arbejdsplads. Koordinatoren er ansvarlig for processen med at udrede patientens helbredsforhold forløber kontinuerligt og sammenhængende. Herunder har koordinatoren til opgave at sikre, at patienten føler sig forstået, har indsigt i og udviklet en forklaring på sine symptomer herunder en forståelse for, at der i nogle tilfælde ikke findes en effektiv behandling, som kan fjerne symptomerne. Koordinatoren støtter patienten i at håndtere sin smertetilstand og herunder også dagligdagens krav. Sammen med patienten kortlægger koordinatoren de arbejdsmæssige muligheder. Er der behov for offentlige hjælpemuligheder, formidler koordinatoren dette.

Koordinatoren afdækker patientens behov for støtte til at etablere kontakt med relevante parter og koordinatoren kan være den, som etablerer eller formidler kontakt til kommunen og arbejdspladsen. Koordinatoren har ansvaret for at lave de nødvendige aftaler, deltage i rundbordssamtaler og møder sammen med patienten på arbejdspladsen og evt. i kommunens sygedagpengeafdeling. Koordinatoren udarbejder sammen med patienten en handleplan for det videre forløb, som løbende justeres. Der lægges vægt på, at den helhedsorienterede rehabiliteringsindsats skræddersyes i forhold til patientens aktuelle behov. Videre at der tages hånd om problemstillinger, som har betydning for patienten, og i tilfælde hvor der er behov for andre faggruppers indsats at få denne etableret. Koordinatorens rolle er således at få afdækket patientens behov, at bringe problemstillingerne tilbage til det tværfaglige team til drøftelse på konferencer, og etablere nødvendige monofaglige indsatser.

Koordinatorerne kan ved behov bidrage med følgende monofaglige indsatser:

- Arbejdspladsvurdering ved ergoterapeut
- Arbejdsmæssig funktionsbeskrivelse ved ergoterapeut
- Vurdering af behov for hjælpemidler
- Socialmedicinsk undersøgelse
- Socialmedicinsk samtaleforløb
- Samtale ved socialrådgiver

Herudover kan psykologen inddrages i forløbet ved behov. Reumatologen og fysioterapeuten kan bidrage til det tværfaglige rehabiliteringsforløb med nye undersøgelser og vurderinger.

CfB- forløbet afsluttes, når patienten kommer i arbejde i samme omfang som før sygemelding. Er patienten stadig sygemeldt, når CfB-forløbet har varet 3 måneder, afholdes tværfaglig konference med deltagelse af arbejdsgiver og sagsbehandler fra jobcenteret, hvor der lægges en plan for det videre forløb med henblik på genoptagelse af arbejdet og patienten afsluttes fra CfB. Er der på afslutningskonferencen enighed om, at en del af planen for genoptagelse af arbejdet er, at patienten fortsætter forløbet på CfB, kan dette aftales. Der skal da være en klar aftale om, hvad formålet med det forlængede forløb er og hvordan der skal følges op på det.

I CfB-forløbet vil koordinatoren have regelmæssig kontakt med sagsbehandler i kommunen og med denne aftale, hvornår sagsbehandleren skal have tilbagemelding fra CfB, således at sagsbehandleren

kan være opdateret til de opfølgninger, der skal foretages i kommunalt regi. Som i mini-interventionen vil der undervejs i forløbet blive sendt journalnotater til sagsbehandler og egen læge.

Informeret samtykke

Den sygemeldtes praktiserende læge informerer mundtligt om projektet til de patienter, som henvender sig vedrørende smerter i ryggen og i øvrigt opfylder inklusionskriterierne. Alle praktiserende læger i optageområdet kan henvise til Center for Bevægeapparatlidelser (CfB). Såfremt patienten er interesseret i behandling på CfB, sender CfB skriftlig information om projektet inden første fremmøde, hvor deltagerne oplyses om deres ret til at medbringe en bisidder gennem hele forløbet. Personalet vil ved første fremmøde orientere mundtligt og skriftligt. Indsatsen igangsættes umiddelbart, såfremt patienten er indforstået. Hvis der ønskes betænkningstid kan det også bevilges op til 12 uger efter sygemeldingens start. Den sygemeldte udfylder både skriftligt samtykke til deltagelse i projektet og til udlevering af helbredsmæssige data.