
Henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med smerter i nakke og rygg

ORIGINALARTIKKEL

JOHN BJØRNEBOE

joanbj@ous-hf.no

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data, utarbeiding av manus samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

John Bjørneboe er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt støtte til postdoktorgradsarbeid fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

JOSTEIN SKRANES BROX

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Jostein Skranes Brox er økonom.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJERSTI MYHRE

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Kjersti Myhre er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MIRAD TASO

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Mirad Taso er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERIK L. WERNER

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Erik L Werner er allmennlege i Arendal og professor i allmenntillegisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CECILIE RØE

Avdeling for fysikalsk tillegisin og rehabilitering

Oslo universitetssykehus

og

Institutt for klinisk tillegisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: analyse og tolkning av data samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Cecilie Røe er overlege og professorer.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JENS IVAR BROX

Avdeling for fysikalsk tillegisin og rehabilitering

Oslo universitetssykehus

og

Institutt for klinisk tillegisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: idé, datainnsamling, analyse og tolkning av data, utarbeiding av manus samt revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Jens Ivar Brox er pensjonert overlege og professor emeritus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bakgrunn

Nasjonale veiledere anbefaler at pasienter med nakke- eller rygg smerter uten tegn til bedring etter 4–6 uker henvises til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen bør inneholde opplysninger om sykehistorie, klinisk undersøkelse og behandling. Begrenset bruk av bildediagnostikk ved nakke- og ryggplager uten røde flagg er anbefalt. Vi ønsket å vurdere kvaliteten på henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten for nakke- og ryggplager.

Materiale og metode

Vi gjennomgikk 632 henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus. Vi registrerte opplysninger om sykehistorie, klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser. Regresjonsanalyse ble brukt for å identifisere faktorer som predikerte om henvisningen ble godtatt eller avvist.

Resultater

Av de 632 vurderte henvisningene inneholdt 524 (83 %) sykehistorie med smerteanamnese, 360 (57 %) informasjon om klinisk undersøkelse og 573 (91 %) informasjon fra MR-undersøkelse. Henvisningene manglet opplysninger om aktuell medikamentbruk, behandling og arbeidsstatus i hhv. 166 (26 %), 244 (39 %) og 199 (31 %) tilfeller. Informasjon om sykehistorie, arbeidsstatus og klinisk undersøkelse var de sterkeste prediktorene for godtatt henvisning.

Fortolkning

Resultatene tyder på at omtrent halvparten av pasientene med nakke- og ryggplager har vært klinisk undersøkt før henvisning til spesialisthelsetjenesten, mens nesten alle har tatt MR. Omtrent en tredel av henvisningene ble ansett å ha lav kvalitet, noe som vanskeliggjorde vurdering av rett til utredning i spesialisthelsetjenesten.

Hovedfunn

En stor andel av henvisningene for pasienter med nakke- og/eller rygg smerter var mangelfulle.

De fleste pasientene hadde gjennomført bildediagnostikk før henvisning, men nesten halvparten av pasientene var ikke undersøkt klinisk.

Informasjon om sykehistorie, klinisk undersøkelse og arbeidsstatus i henvisningen var de sterkeste prediktorene for om pasienten fikk vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere pasientens rett til utredning og behandling i henhold til retningslinjene, blant annet i pasientrettighetsloven. Vurderingen av denne retten baserer seg på henvisninger fra behandlere i

primærhelsetjenesten og tilgrensende spesialiteter i spesialisthelsetjenesten. I nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten anbefales det at alle henvisninger inneholder informasjon om aktuell sykehistorie, altså opplysninger som er nødvendig for å anslå behovet for vurdering i spesialisthelsetjenesten (1). I tillegg bør henvisningen inneholde kliniske funn, resultater av supplerende undersøkelser og iverksatt behandling samt effekten av denne.

En gjennomgang utført av Riksrevisjonen avdekket at mange pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten uten at det er nødvendig, eller uten at henviser nødvendigvis forventer medisinsk nytte av utredningen eller behandlingen (2). I tillegg fant de at hver tredje sykehuslege tar inn pasienter til utredning til tross for at henvisningen indikerer at det er unødvendig (2). Dette kan føre til suboptimal bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser. Riksrevisjonen anbefaler derfor at sykehusene gjør informasjon om fastlegers henvisningspraksis tilgjengelig.

Over 90 % av pasientene som henvises til norske nakke- og ryggpoliklinikker, har hatt smerter i mer enn tre måneder, hvorav den største gruppen (44,5 %) har hatt smerter over to år (3). At pasienter med akutte rygg- og nakkeplager ikke henvises til spesialisthelsetjenesten, er i tråd med både nasjonale og internasjonale anbefalinger (4, 5). I de nasjonale retningslinjene for korsryggsmerter anbefales det at pasienter henvises til tverrfaglig kognitiv rehabilitering etter 6–8 uker, særlig hvis behandling i primærhelsetjenesten ikke gir bedring eller pasienten er sykmeldt (5). I Helsedirektoratets prioriteringsveileder fremgår det at funksjonsnivå, graden av smerte og risikofaktorer for langvarige plager påvirker pasientens rettigheter (6).

Hovedmålet med denne undersøkelsen var å vurdere i hvilken grad henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikken inneholder relevante opplysninger om sykehistorie, klinisk undersøkelse og bildediagnostikk, i tråd med anbefalingene i den nasjonale henvisningsveilederen. I tillegg ønsket vi å vurdere hvilke faktorer som predikerte om henvisningen førte til utredning i spesialisthelsetjenesten eller ble avvist.

Materiale og metode

Nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus mottar årlig i underkant av 3 000 henvisninger. Poliklinikken er tverrfaglig og samarbeider med radiologisk avdeling i ukentlige møter med nevrokirurgisk og ortopedisk avdeling. På disse møtene gjennomgås sykehistorier, kliniske funn og bildediagnostikk for å utarbeide en felles behandlingsplan for pasienten.

I prosjektet inkluderte vi alle henvisningene som ble vurdert av en erfaren overlege (JIB) fra november 2021 til august 2022. Han vurderte i denne perioden alle henvisninger mottatt i løpet av én kalenderuke én gang i måneden, totalt 632 henvisninger (ca. 20 % av det totale antallet primærhenvisninger). Det ble utarbeidet et skjema for systematisk registrering av henvisninger. Skjemaet inneholdt informasjon om pasientens alder, kjønn,

henviser, tid fra henvisning til vurdering, sykehistorie, klinisk undersøkelse, bildeundersøkelse, medikamenter, tidligere behandling og arbeidsstatus. Legen som registrerte opplysningene tok samtidig stilling til om henvisningen skulle avvises eller godtas, og registrerte også dette. Hvis det ble vurdert at henvisningen ikke oppfylte kriteriene i henvisningsveilederen, ble det gjort en helhetsvurdering basert på de opplysningene som forelå. Noen pasienter ble tatt inn for en avklaring til tross for manglende informasjon.

Henvisningen ble vurdert ut fra om informasjon om sykehistorie, klinisk undersøkelse og bildediagnostikk var inkludert. Dette ble kategorisert under variabelen henvisningsgrunnlag. Sykehistorie ble vurdert som adekvat hvis den inneholdt smerteanamnese (lokalisasjon, utbredelse, varighet, kvalitet, lindrende/forverrende faktorer), andre sykdommer og funksjonsvurdering. Klinisk undersøkelse ble dikotomisert til ja/nei, hvis henvisningen inneholdt informasjon som tilsa at pasienten var undersøkt av henviser. Opplysninger om bildeundersøkelser ble kategorisert etter undersøkt kroppsdel. Diagnosegruppe ble kategorisert til nakke, rygg eller flere deler av ryggsøylen. Opplysninger om medikamentbruk ble registrert som ingen opplysninger, ingen smertemedisin, smertemedisin, C-preparat, B-preparat og A-preparat. Annen medikamentell behandling av pasientene ble ikke vurdert. Tidligere behandling ble klassifisert som ingen opplysninger, ingen behandling, egentrening, fysioterapi inkludert manuell terapi, kiropraktikk, rehabilitering, annen behandling og operasjon (rygg/nakke og annen operasjon). Arbeidsstatus ble registrert som ingen opplysninger, i arbeid, student, fødselspermisjon, alderspensjonist, sykmeldt, arbeidsavklaringspenger, uføretrygdet og uten arbeid. Henviser ble klassifisert som lege i primærhelsetjenesten, annen legespesialist (internhenvisninger fra Oslo universitetssykehus ble ekskludert), fysioterapeut eller kiropraktor.

Av de 632 henvisningene ble 52 fortløpende henvisninger vurdert uavhengig (blindet) av to erfarne spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering (KM og JIB).

Studien er et kvalitetssikringsprosjekt, og det er derfor ikke søkt om godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Ingen personidentifiserbar informasjon ble registrert. Personvernombudet på Oslo universitetssykehus vurderte prosjektet (23/14897).

Statistikk

Frekvens (prosent) er beregnet for de ulike variablene. Andelen MR-undersøkelser blant pasienter som var og ikke var klinisk undersøkt, ble sammenlignet med khikvadrattest. Cohens kappa (to kategorier) og Fleiss' kappa (flere kategorier) ble brukt som mål på enighet mellom to legers uavhengige vurdering av 52 henvisninger. Vi har lagt til grunn følgende tolkning av kappa: 0–0,2 er ingen enighet, 0,21–0,40 er minimal enighet, 0,41–0,60 er moderat enighet, 0,61–0,80 er god enighet, mens 0,8–1,0 er nesten perfekt enighet (7). Den logistiske prediksjonsmodellen lasso (least absolute shrinkage and selection operator) ble brukt for å undersøke hvilke faktorer som påvirker om en henvisning blir godtatt eller avvist (8).

Tar vi utgangspunkt i maksimeringsproblemet fra logistisk regresjon, tillater ikke lasso at summen av koeffisientene er større enn en gitt parameter, lambda. For å løse dette vil koeffisientene bli presset mot null og noen bli satt til eksakt null. Dette gir en mindre kompleks modell, en regularisering, med lavere grad av multikollinearitet. Lambda er estimert med kryssvalidering.

Usikkerhetsestimater til koeffisientene er estimert med bootstrapping ($n = 5\ 000$), der lambda er holdt konstant i hvert utvalg (8). Denne modellen er valgt fordi vi ønsket å undersøke hvilke faktorer som predikerer om en henvisning blir akseptert eller ikke, uten at vi i utgangspunktet har en relevant a priori referansemodell å støtte oss til.

Alle variabler fra tabell 1, unntatt ventetid (ikke relatert til informasjon i henvisningene) og henvisningsgrunnlag (en kombinasjon av andre variabler), ble inkludert i modellen. I tillegg inkluderte vi en dikotom variabel for om henvisningen indikerte flere tidligere behandlingsformer og en variabel for hvem som hadde sendt henvisningen. Samtlige variabler i modellen er kategoriske, etter dummykoding utgjorde de til sammen 31. For de dikotome variablene er Nei referansekategori, mens IO (ingen opplysninger) er referansekategori for de kategoriske variablene. For alder er gruppen 46–67 år referansekategori.

Tabell 1

Data fra 632 henvisninger til nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus i perioden november 2021 til august 2022. Antall (%) er oppgitt dersom annet ikke er spesifisert.

| Variabel | Verdi |
|--|------------|
| Alder i år, median (min-maks) | 48 (13–87) |
| Alderskategorier, år | |
| < 31 | 90 (14) |
| 31–45 | 185(29) |
| 46–67 | 275 (44) |
| > 67 | 82 (13) |
| Kvinner | 337 (53) |
| Ventetid til man er vurdert, median (min-maks) | 4 (0–70) |
| Akseptert henvisning | 446 (71) |
| Adekvat sykehistorie | 524 (83) |
| Klinisk undersøkelse | 360 (57) |
| Gjennomført bildediagnostikk | |
| MR columna | 496 (79) |
| Andre MR-undersøkelser i tillegg | 77 (12) |
| Ingen opplysninger | 55 (9) |
| Henvisningsgrunnlag | |

| Variabel | Verdi |
|---|----------|
| Sykehistorie og MR-funn | 372 (59) |
| Sykehistorie, klinisk undersøkelse og MR-funn | 191 (30) |
| Sykehistorie og klinisk undersøkelse | 60 (10) |
| Ingen opplysninger | 9 (1) |
| Diagnosegruppe | |
| Rygg | 367 (58) |
| Nakke | 145 (23) |
| Både rygg og nakke | 120 (19) |
| Smertemedisin | |
| C-preparat | 235 (37) |
| Ingen opplysninger | 166 (26) |
| B-preparat | 157 (25) |
| Ingen smertemedisin | 50 (8) |
| A-preparat | 24 (4) |
| Tidligere behandling | |
| Ingen opplysninger | 244 (39) |
| Fysioterapi/manuell | 242 (38) |
| Kiropraktor | 34 (5) |
| Ingen behandling | 34 (5) |
| Operasjon i rygg/nakke | 33 (5) |
| Annet ¹ | 45 (7) |
| Arbeidsstatus | |
| Ingen opplysninger | 199 (31) |
| Sykmeldt | 147 (23) |
| Alderspensionert | 89 (14) |
| I arbeid | 83 (13) |
| AAP eller ufør | 87 (14) |
| Annet ² | 27 (4) |

¹Inkluderer rehabilitering, annen operasjon, egen trening.

²Inkluderer student, fødselspermisjon, uten arbeid.

620 av 632 observasjoner er inkludert i lassomodellen (12 ble ikke inkludert på grunn av manglende data). Samtlige analyser er gjort i R 4.2.1 (9).

Lassomodellen og kappaverdier med tilhørende konfidensintervaller er

Resultater

Av de 632 inkluderte henvisningene gjaldt 337 kvinner (53 %), og median alder (min–maks) var 48 (13–87). 450 (71 %) av henvisningene ble vurdert i løpet av fem dager. 367 (58 %) av henvisningene var relatert til ryggsmarter og 145 (23 %) til nakkesmerter, resterende hadde plager fra både nakke og rygg. I alt 186 (29 %) av henvisningene ble avvist (tabell 1). 581 (92 %) av henvisningene kom fra leger i primærhelsetjenesten, 26 (4 %) fra andre behandlere i primærhelsetjenesten og 18 (3 %) fra spesialisthelsetjenesten, mens 7 manglet informasjon.

Henvisningskvalitet

524 (83 %) av henvisningene inneholdt adekvat sykehistorie og 360 (57 %) inneholdt opplysninger som tydet på at pasienten var undersøkt klinisk (tabell 1). 416 (66 %) av henvisningene manglet opplysninger om minimum én av de følgende variablene: gjennomført behandling i primærhelsetjenesten, medikamentbruk eller arbeidsstatus.

573 (91 %) av pasientene hadde tatt MR-bilde av ryggspylen. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i andelen MR-undersøkelser i gruppen hvor det var gjennomført klinisk undersøkelse (330/360) sammenlignet med andelen som ikke hadde informasjon om klinisk undersøkelse (243/272) ($p = 0,39$).

Reliabilitet

7 av 10 kappaverdier for samsvar mellom de to legene ($n = 52$ henvisninger) var over 0,7, samtlige var $> 0,4$ (tabell 2). Prosentvis enighet varierte fra 98,1 % til 76,9 %. 76,9 % tilsvarende at de to legene var uenige på 12 av 52 henvisninger. Det var 88,5 % enighet i vurdering av adekvat sykehistorie, kappaverdien var moderat. KM vurderte at sykehistorien ikke var adekvat i 17 % (9/52) av henvisningene. Tilsvarende vurdering av JIB var 13 % (7/52) i utvalget og 17 % (108/632) av alle henvisningene.

Tabell 2

Enighet mellom to erfarne spesialister for 52 av de 632 inkluderte henvisningene til nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus i perioden november 2021 til august 2022. Variablene har forskjellig antall kategorier og fordeling mellom kategoriene og kappaverdiene kan ikke uten videre direkte sammenlignes.

| Variabel | Kappa (95 % KI) | Enighet, % ¹ |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Klinisk undersøkelse | 0,96 (0,88 til 1,00) | 98,1 |
| Arbeidsstatus | 0,88 (0,78 til 0,98) | 90,4 |
| Diagnosegruppe | 0,84 (0,70 til 0,98) | 92,3 |
| Flere tidligere behandlingsformer | 0,78 (0,62 til 0,93) | 88,5 |

| Variabel | Kappa (95 % KI) | Enighet, % ¹ |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Smertemedikament | 0,78 (0,64 til 0,92) | 84,6 |
| Tidligere behandling | 0,75 (0,61 til 0,89) | 80,8 |
| Henvisningsgrunnlag | 0,72 (0,54 til 0,90) | 84,6 |
| Bilddiagnostikk | 0,66 (0,41 til 0,91) | 88,5 |
| Venteliste | 0,51 (0,27 til 0,75) | 76,9 |
| Adekvat sykehistorie | 0,44 (0,06 til 0,81) | 88,5 |

¹Prosentvis enighet er oppgitt som et supplement til kappa fordi krysstabell for 12 variabler med opptil flere kategorier per variabel av praktiske årsaker ikke er mulig.

Regresjonsanalyse

Fem variabler ble valgt ut av modellen som relevante prediktorer. Tabell 3 viser estimerte koeffisienter for disse fem med tilhørende konfidensintervaller. Adekvat sykehistorie og klinisk undersøkelse er variablene med størst prediktiv kraft.

Tabell 3

Variabler som har prediktiv kraft i prediksjonsmodellen for om en henvisning til nakke- og ryggpoliklinikken ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Oslo universitetssykehus ble god tatt eller avvist. IO = ingen opplysninger.

| Variabel | Estimat (95 % KI) |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Adekvat sykehistorie | 0,90 (0,45 til 1,36) |
| Klinisk undersøkelse | 0,67 (0,29 til 1,04) |
| Arbeidsstatus [arbeid vs. IO] | 0,30 (- 0,15 til - 0,74) |
| Smertemedisin [A-preparat vs. IO] | - 0,18 (- 0,68 til 0,32) |
| Alder [> 67 år vs. 46–67 år] | - 0,11 (- 0,42 til 0,21) |

For en pasient i arbeid i aldersgruppen 46–67 år med adekvat sykehistorie, klinisk undersøkelse og uten opplysninger om medisinbruk predikerer modellen at henvisningen med 84 % sannsynlighet vil bli akseptert. For en tilsvarende pasient uten adekvat sykehistorie og klinisk undersøkelse er sannsynligheten 52 %.

Diskusjon

En gjennomgang av henvisinger til nakke- og ryggpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus viser at mange henvisninger er mangelfulle. Basert på opplysningene var litt over halvparten klinisk undersøkt, mens over 90 % av henvisningene hadde en MR-beskrivelse. Hvis henvisingen inneholdt informasjon om sykehistorie og klinisk undersøkelse, og dersom den indikerte at pasienten var i arbeid, økte det sannsynligheten for at pasienten fikk vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Vi fant at mange henvisninger var mangelfulle, i tråd med en rapport fra Riksrevisjonen (2). Andelen henvisninger med informasjon om klinisk undersøkelse er i vår studie noe høyere enn en undersøkelse med pasienter henvist til kiropraktor (12). I en undersøkelse blant allmennpraktikere svarte 80 % at de undersøkte pasienter med nakke- og ryggplager (13). Forskjellen kan skyldes mangel på dokumentasjon av undersøkelsen i henvisningen, overrapportering eller regionale forskjeller. En annen mulig årsak er at behandlere i primærhelsetjenesten som undersøker pasienter, i mindre grad henviser til vår nakke- og ryggpoliklinikk.

Riksrevisjonens rapport viser at 40 % av fastlegene mener de kunne behandlet flere pasienter med muskel- og skjelettsmerter hvis de hadde hatt mer tid. Dette er et signal myndighetene bør ta på alvor, da muskel- og skjelettplager er det som skaper mest sykелighet og tapt arbeidsevne (14). Nyere forskning støtter at fastlegen kan lære pasienter å håndtere ryggsmarter bedre samt redusere bruk av MR og sykefravær (15). I tillegg har Abrahamsen og medarbeidere vist at man ved hjelp av et samtaleverktøy kan redusere plagene hos pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer, herunder rygg- og nakkesmerter (16).

Kliniske retningslinjer i de fleste land anbefaler helsepersonell å ta opp sykehistorie og gjøre en klinisk undersøkelse, inkludert nevrologisk status, ved ryggplager både med og uten mistanke om nerverotaffeksjon (5, 17, 18). Vår studie tyder på at de fleste henvisningene inneholder adekvate opplysninger om sykehistorie, mens beskrivelse av klinisk undersøkelse, medikamentbruk, tidligere behandling og arbeidsstatus ofte mangler.

Gjeldende retningslinjer anbefaler begrenset bruk av MR ved nakke- og ryggplager, men i tråd med tidligere studier fant vi at en stor andel (91 %) av de henviste hadde gjennomført en MR-undersøkelse (19). En japansk studie viste at kun én av fem med betydelig radiologisk stenose hadde kliniske symptomer (20). Funn på MR øker med alderen, i overkant av 30 % av 20-åringer har skiveforandringer, mens nesten alle 80-åringer har det samme (21). Det er derfor urovekkende at henvisningene inneholder mer informasjon om gjennomførte bildeundersøkelser enn gode sykehistorier og kliniske funn. Denne informasjonen er nødvendig for å tolke og informere om MR-svar. Ofte opplever vi at pasienter kommer til vår avdeling med store bekymringer rundt MR-funn når det egentlig kun er aldersrelaterte normalfunn. Dette har dermed skapt unødvendig bekymring hos pasienten og kan påvirke prognosen på en

negativ måte. Det er da kanskje ikke så rart at $\frac{2}{3}$ av pasientene tror MR-funn er viktigere enn funn ved klinisk undersøkelse, og at nesten halvparten av pasientene ville latt seg operere i nakken på grunnlag av MR-funn alene, selv om de hadde få eller ingen plager (22).

I prioriteringsveilederen for sykehusleger er det stort rom for individuell vurdering av hvilke pasienter som skal få innvilget rett til helsehjelp. Både henvisningens kvalitet og forskjeller i tolkningen av henvisningsteksten kan bidra til uenighet. Uenighet var størst for adekvat sykehistorie (6 av 52 henvisninger). Siden samme person både klassifiserte sykehistorien og avgjorde om henvisningen skulle godtas eller ikke, er det som forventet at denne variabelen vil ha stor prediksjonskraft. Videre er det usikkert om disse resultatene kan generaliseres til andre poliklinikker. Det er ønskelig at alle henvisningene vurderes konsistent og at avslag i minst mulig grad er avhengig av hvem som vurderer henvisningen. Vi vil derfor gjennomgå dette for å oppnå høyere samsvar i vurderingene og utarbeide en veileder tilgjengelig for fastlegene på våre nettsider. Denne vil vi kommunisere om i samarbeidsforum mellom primærtjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I analysen av hvilke faktorer som predikerte om henvisningen ble godtatt eller avslått, er det flere kategorier med manglende opplysninger og dermed en usikkerhet i analysene. Det kan synes urimelig at sterke smertemedisiner (opiater) var assosiert med avslag, men nakke- og ryggpoliklinikken har ikke et program for nedtrapping av slike medisiner, og henvisningen vil i slike tilfeller heller bli videresendt til smertepoliklinikken. Alder skal ikke påvirke vurderingen, men vi ser at alder likevel påvirker om pasienter blir tatt inn på poliklinikken. En mulig årsak er at den eldste gruppen tidligere har fått vurdert tilstanden ved vår poliklinikk, og at vi for de yngre pasientene i større grad aksepterer henvisninger som ikke fyller kriteriene.

En metodisk utfordring i studien er at registreringer og vurderingen av henvisninger ble utført av samme person, noe som kan påvirke vurderingen sammenlignet med vanlig praksis. Likevel ser vi at avslagsprosenten er omtrent 30 %, i tråd med gjennomsnittet ved vår avdeling både før og etter prosjektet.

Konklusjon

Vi konkluderer med at 43 % av henvisningene til en tverrfaglig ryggpoliklinikk manglet opplysninger om klinisk undersøkelse og at MR ofte var rekvirert til tross for dette. Henvisningene manglet også ofte opplysninger om medikamentbruk, tidligere behandling og arbeidsstatus. Å identifisere faktorer som øker sannsynligheten for at en henvisning blir godtatt, kan bidra til en mer standardisert henvisningsprosess. Dette vil lette arbeidet for både henviser og spesialist.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Henvisningsveileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvisningsveileder> Lest

27.5.2025.

2. Riksrevisjonen. Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Dokument 3:4 (2017–2018). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/henvisningspraksis.pdf> Lest 27.5.2025.
3. Solberg TK, Ingebrigtsen T, Olsen LR et al. Årsrapport 2023. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi. https://www.kvalitetsregistre.no/4acb9e/siteassets/dokumenter/arsrapporter/ryggkirurgiregister/nkr_arsrapport_2023.pdf Lest 27.5.2025.
4. Foster NE, Anema JR, Cherkin D et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018; 391: 2368–83. [PubMed][CrossRef]
5. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale retningslinjer for korsryggsmerter - med og uten nerverotaffeksjon. <https://www.manuellterapi.no/wp-content/uploads/2017/05/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-for-korsryggsmerter-med-og-uten-nerverotaffeksjon.pdf> Lest 27.5.2025.
6. HelseDirektoratet. Prioriteringsveileder. Fysikalsk medisin og rehabilitering. <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering> Lest 27.5.2025.
7. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159–74. [PubMed]
8. Tibshirani R. Regression Shrinkage and Selection via the Lasso. *J R Stat Soc B* 1996; 58: 267–88.
9. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. <https://www.R-project.org/> Lest 27.5.2025.
10. Friedman J, Hastie T, Tibshirani R. Regularization Paths for Generalized Linear Models via Coordinate Descent. *J Stat Softw* 2010; 33: 1–22. [PubMed]
11. Revelle W. Package 'psych'. Procedures for Personality and Psychological Research. <https://personality-project.org/r/psych/psych-manual.pdf> Lest 27.5.2025.
12. Kilvaer A, Rasmussen G, Soot T et al. Norske leger og henvisning til kiropraktor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2981–4. [PubMed]
13. Werner EL, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012; 132: 2388–90. [PubMed][CrossRef]
14. Moberg LA. Utviklingen i legemeldt sykefravær Året 2023. Arbeids- og velferdsdirektoratet. https://www.nav.no/_/attachment/inline/21e959fb-d992-499d-a8fa-

15. Simula AS, Jenkins HJ, Hancock MJ et al. Patient education booklet to support evidence-based low back pain care in primary care - a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2021; 22: 178. [PubMed][CrossRef]
16. Abrahamsen C, Reme SE, Wangen KR et al. The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *EClinicalMedicine* 2023; 65: 102262. [PubMed][CrossRef]
17. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018; 27: 2791–803. [PubMed][CrossRef]
18. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15 (Suppl 2): S192–300. [PubMed][CrossRef]
19. Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG et al. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Spine J* 2018; 18: 2266–77. [PubMed][CrossRef]
20. Ishimoto Y, Yoshimura N, Muraki S et al. Associations between radiographic lumbar spinal stenosis and clinical symptoms in the general population: the Wakayama Spine Study. *Osteoarthritis Cartilage* 2013; 21: 783–8. [PubMed][CrossRef]
21. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol* 2015; 36: 811–6. [PubMed][CrossRef]
22. Weber C, Behbahani M, Baardsen R et al. Patients' beliefs about diagnosis and treatment of cervical spondylosis with radiculopathy. *Acta Neurochir (Wien)* 2017; 159: 2379–84. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 6. august 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0324

Mottatt 7.6.2024, første revisjon innsendt 5.10.2024, godkjent 27.5.2025.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.