

www.sintef.no





SINTEF Unimed

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Ryggplager hos benamputerte

En kartlegging av forekomst og mulige årsakssammenhenger til ryggplager hos benamputerte protesebrukere

FORFATTER

Ingrid Eitzen

OPPDRAGSGIVER

Landsforeningen for amputerte, tilsluttet Norges Handikapforbund

RAPPORTNR. STF78A034516	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Per Arne Sørensen/Hanne Grimstvedt	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03254	PROSJEKTNR. 78g040	ANTALL SIDER 24
ELEKTRONISK ARKIVKODE H:\7845 NIS Helse og reh\Aktive prosjekter\78g040 Ryggplager hos benamputerte protesebrukere\Rapport	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Ingrid Eitzen <i>Ingrid Eitzen</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Tone Øderud <i>Tone Øderud</i>	
ARKIVKODE	DATO 19.12.2003	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H. Eide, forskningsjef <i>Arne H. Eide</i>	

SAMMENDRAG

Senskader og komplikasjoner som følge av protesebruk etter amputasjon er en aktuell problemstilling, både for protesebrukere og behandlingsapparat. Ryggplager er en type senfølge som anses å være meget relevant, men som til nå tildels har vært oversett og undervurdert i forhold til andre plager hos denne gruppen. Målsetningen for prosjektet som presenteres i denne rapporten var å kartlegge omfang og konsekvenser av ryggplager hos benamputerte protesebrukere, identifisere mulige årsakssammenhenger, samt kartlegge praksisbaserte retningslinjer for rehabilitering og opptrening i bruk av protese etter amputasjon.

Denne undersøkelsen har bekreftet at selv om ryggplager er en vanlig lidelse i populasjonen generelt, er den enda hyppigere forekommende blant protesebrukere. Selve amputasjonen, år siden amputasjonen og en ikke optimalt fungerende protese som gir uheldige belastninger ser ut til å være de viktigste årsakene til at smertene oppstår. De som rammes av ryggplager, har relativt hyppige smerter, og smertene er av en slik art at de påvirker deres dagligliv og funksjon – og dermed livskvalitet. Brukerne fremhever en godt tilpasset protese, instruksjon og oppfølging i forhold til bruk av protese, samt råd og veiledning i forhold til hensiktsmessig balanse av aktivitet og hvile som de viktigste faktorer både for å forebygge plager og for å redusere allerede eksisterende plager.

Ryggplager ser imidlertid ut til å være et lite fokusert tema i forbindelse med den mest intense fasen av rehabilitering etter amputasjon. Mange fagpersoner har begrenset kompetanse på feltet og begrenset erfaring med denne type brukere. Dette er imidlertid en naturlig konsekvens av at dette ikke er en veldig stor brukergruppe. Man kan ikke forvente at det skal være bred kompetanse på feltet ved alle institusjoner og/eller kommuner. Det er hverken realistisk eller hensiktsmessig. Snarere bør man tenke i retning av etableringen av færre, sentraliserte kompetansesentre, som kan fungere som en ressurs for kunnskapsformidling og kompetanseutvikling både for brukere og helsepersonell. Selv om brukergruppen er relativt liten sammenlignet med andre grupper, er det viktig at de etableres et godt tilbud, da konsekvensene for den enkelte brukers funksjon og livskvalitet kan være store.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
EGENVALGTE	Benamputerte	Lower limb amputees
	Ryggplager	Low back pain

FORORD

Dette prosjektet er gjennomført av SINTEF Unimed, i samarbeid med Landsforeningen for amputerte, tilsluttet Norges Handikapforbund. Momentum har også vært bidragsytende i gjennomføringen.

Prosjektet er finansiert med Extra-midler fra Helse og Rehabilitering.



INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	4
BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	5
MÅLSETNING	6
METODE	7
Kartlegging av ryggplager hos benamputerte.....	7
Kartlegging av eksisterende retningslinjer for behandling	7
Supplerende litteratursøk.....	7
RESULTATER	8
I: SPØRREUNDERSØKELSE BLANT BENAMPUTERTE PROTESEBRUKERE	8
Deltagelse og svarprosent.....	8
Resultater fra brukerundersøkelsen	8
<i>Bakgrunnsvariabler alle informanter</i>	9
II: SPØRREUNDERSØKELSE BLANT HELSEPERSONELL	14
Deltagelse og svarprosent.....	14
Resultater	16
DISKUSJON	19
OPPSUMMERENDE KOMMENTARER	23
REFERANSER	24

SAMMENDRAG

Senskader og komplikasjoner som følge av protesebruk etter amputasjon er en aktuell problemstilling, både for protesebrukere og behandlingsapparat. Ryggplager er en type senfølge som anses å være meget relevant, men som til nå tildels har vært oversett og undervurdert i forhold til andre plager hos denne gruppen. Målsetningen for prosjektet som presenteres i denne rapporten var å kartlegge omfang og konsekvenser av ryggplager hos benamputerte protesebrukere, identifisere mulige årsakssammenhenger, samt kartlegge praksisbaserte retningslinjer for rehabilitering og opptrening i bruk av protese etter amputasjon.

Denne undersøkelsen har bekreftet at selv om ryggplager er en vanlig lidelse i populasjonen generelt, er den enda hyppigere forekommende blant protesebrukere. Selve amputasjonen, år siden amputasjonen og en ikke optimalt fungerende protese som gir uheldige belastninger ser ut til å være de viktigste årsakene til at smertene oppstår. De som rammes av ryggplager, har relativt hyppige smerter, og smertene er av en slik art at de påvirker deres dagligliv og funksjon – og dermed livskvalitet. Brukerne fremhever en godt tilpasset protese, instruksjon og oppfølging i forhold til bruk av protese, samt råd og veiledning i forhold til hensiktsmessig balanse av aktivitet og hvile som de viktigste faktorer både for å forebygge plager og for å redusere allerede eksisterende plager.

Ryggplager ser imidlertid ut til å være et lite fokusert tema i forbindelse med den mest intense fasen av rehabilitering etter amputasjon. Mange fagpersoner har begrenset kompetanse på feltet og begrenset erfaring med denne type brukere. Dette er imidlertid en naturlig konsekvens av at dette ikke er en veldig stor brukergruppe. Man kan ikke forvente at det skal være bred kompetanse på feltet ved alle institusjoner og/eller kommuner. Det er hverken realistisk eller hensiktsmessig. Snarere bør man tenke i retning av etableringen av færre, sentraliserte kompetansesentre, som kan fungere som en ressurs for kunnskapsformidling og kompetanseutvikling både for brukere og helsepersonell. Selv om brukergruppen er relativt liten sammenlignet med andre grupper, er det viktig at de etableres et godt tilbud, da konsekvensene for den enkelte brukers funksjon og livskvalitet kan være store.

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Senskader og komplikasjoner som følge av protesebruk etter amputasjon er en aktuell problemstilling, både for protesebrukere og behandlingsapparat. Smerte, overbelastning på gjenværende ekstremitet og begrensninger i forhold til å opprettholde et aktivt daglig- og yrkesliv fører ofte til en opplevelse av redusert livskvalitet for protesebrukere. Langtidsfølgene av benamputasjon for funksjon er imidlertid ikke godt dokumentert (Dougherty, 2001). Landsforeningen for amputerte (LFA) har de senere år som følge av ønske fra sine medlemmer tatt initiativ til å søke informasjon om senskader ved protesebruk og hvorledes dette kan forebygges. Tilbakemeldinger fra protesebrukerne selv har gitt LFA inntrykk av at ryggplager i forbindelse med bruk av protese etter benamputasjon er en av senfølgene som hemmer dem i betydelig grad. Det er også akseptert i fagmiljøer at benamputasjoner kan lede til ryggsmertesmerter. Feil lengde på protesen, bevegelsesinnskrenkning som følge av kontrakturer, dårlig vedlikehold av stump, skoliose, ujevne diskbelastninger og muskulær asymmetri er antatt å kunne være bidragende årsaker til ryggplager (Kramer, Heisel og Ullrich, 1979; Anda og Moe, 1987; Sadeghi, Allard og Duhaime, 2001). Problemstillingen har også i andre undersøkelser blitt hevdet å være meget relevant, men tildels oversett og undervurdert i forhold til andre plager hos denne gruppen (Smith, Ehde, Legro, Reiber, del Aguila og Boone, 1999). Likevel fant man i et omfattende internasjonalt litteraturstudie gjennomført ved SINTEF Unimed våren 2001 kun syv artikler eksplisitt rettet mot ryggplager hos protesebrukere (Eitzen, 2001). Parallelt med dette litteraturstudiet ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant benamputerte protesebrukere i Oslo, Møre og Romsdal og Hedmark. Kartleggingen i denne forundersøkelsen viste at 62% av benamputerte protesebrukere i de tre utvalgte fylkene hadde opplevd ryggsmertesmerter de siste 12 måneder. Et kontrollerende søk i et begrenset utvalg publikasjoner omhandlende ryggplager hos ikke-amputerte, indikerte at dette var en betydelig høyere forekomst enn den man finner i den ikke-amputerte populasjonen (Walker, 2000; Papageorgiou, Croft, Ferry, Jayson og Silman, 1995; Lau, Egger, Coggon, Cooper, Valenti og O'Connell, 1995; Hillman, Wright, Rajaratnam, Tennant og Chamberlain, 1996 og Leboeuf-Yde, Klougart og Lauritzen, 1996.) 51,6% av subjektene som hadde ryggsmertesmerter i spørreundersøkelsen, anga at dette hemmet dem i noen grad, 22,6% i stor grad og 19,4% i svært stor grad. Det så således ut til at mange av dem som hadde ryggplager, ble påvirket av det i en slik grad at det tydelig hadde negativ innvirkning på deres dagligliv.

På bakgrunn av denne forundersøkelsen, og LFAs ønske om å fremskaffe informasjon om årsaken til ryggplager, i hensikt å kunne formidle hvorledes slike plager kan forebygges, søkte SINTEF Unimed og LFA via Norges Handikapforbund (NHF) støtte fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering for 2002, for å kunne gjennomføre en systematisk kartlegging av forekomst og konsekvenser av ryggplager hos benamputerte protesebrukere. Prosjektet fikk imidlertid ikke støtte. Dette ble oppfattet som svært skuffende blant brukerne, og det var etter ønske fra dem at det påny ble søkt midler fra Helse og Rehabilitering, for en gjennomføring av prosjektet i 2003. Denne gang ble prosjektet gledelig nok innvilget med full finansiering. Prosjektet startet opp i februar 2003 og ble ferdigstilt i desember samme år. Denne rapporten oppsummerer prosjektets gjennomføring, og presenterer funn, konklusjoner og ønskelig videre arbeid innen feltet.

MÅLSETNING

Målsetningen for prosjektet var å kartlegge omfang og konsekvenser av ryggplager hos benamputerte protesebrukere, samt praksisbaserte retningslinjer for rehabilitering og opptrening i bruk av protese etter amputasjon. Å fremskaffe denne kunnskapen ble ansett som avgjørende for å kunne avdekke mulige årsakssammenhenger.

Delmålene i prosjektet var å

- kartlegge omfanget av ryggplager hos benamputerte protesebrukere
- kartlegge følgene av denne type plager i forhold til den enkeltes daglig- og yrkesliv
- gi en systematisk oversikt over eksisterende retningslinjer for forebygging og behandling av denne type skade
- identifisere mulige årsakssammenhenger

På sikt er det å håpe at resultatene fra dette prosjektet kan bidra til å redusere omfanget av ryggplager hos protesebrukere, gjennom at økt kunnskap kan initiere utarbeidelse av retningslinjer for forebygging av denne type senskade.

METODE

Kartlegging av ryggplager hos benamputerte

Omfang og konsekvenser av ryggplager hos benamputerte protesebrukere ble kartlagt gjennom utarbeidelse og utsendelse av et spørreskjema til aktuelle brukere. Informantene ble rekruttert via LFA/Norges Handikapforbunds og Momentums medlemsregister. Organisasjonene stod for utsendelsen av skjemaene, slik at brukernes anonymitet ble ivarettatt. Totalt ble det sendt ut 290 spørreskjemaer til Momentums medlemmer, og 400 til LFAs medlemmer; totalt 690 skjemaer.

Kartlegging av eksisterende retningslinjer for behandling

I hensikt å fremskaffe en systematisk oversikt over eksisterende retningslinjer for forebygging og behandling av ryggplager hos benamputerte her i landet, ble et spørreskjema til relevante faggrupper i behandlerapparatet utarbeidet. Vi anså behandlere ved sykehus, opptreningsinstitusjoner og 1. linjetjenesten for å være aktuelle informanter. Spørreskjemaene ble sendt ut til ledere av fysioterapitjenesten i alle landets kommuner. I Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim ble skjemaene adressert til lederen for tjenesten i de ulike bydelene. Totalt ble det sendt ut 453 spørreskjemaer til kommuner og bydeler. Vi ba om at skjemaene skulle besvares av en fysioterapeut med erfaring fra arbeid med benamputerte protesebrukere. Videre ble det sendt ut skjemaer til utvalgte somatiske sykehus. Skjemaene ble også her adressert til leder av Fysioterapiavdelingen, men vi ba om at skjemaene i tillegg ble formidlet til relevante samarbeidspartnere ved sykehuset, slik at vi fra hvert sykehus fikk svar fra en lege, en ergoterapeut og en fysioterapeut som hadde erfaring fra arbeid med benamputerte protesebrukere. Totalt ble det sendt ut spørreskjemaer til 61 sykehus. Endelig ble det sendt ut spørreskjemaer til 24 NOPI- opptreningsinstitusjoner. Også her ba vi om svar fra en lege, en ergoterapeut og en fysioterapeut. Totalt ble det dermed sendt ut 708 spørreskjemaer til helsepersonell.

Supplerende litteratursøk

Våren 2001 gjennomførte SINTEF Unimed et omfattende internasjonalt litteraturstudie på feltet, men kun syv artikler eksplisitt rettet mot ryggplager hos protesebrukere ble funnet (Eitzen, 2001). Det ble i forbindelse med dette prosjektet gjort supplerende søk til det tidligere gjennomførte litteraturstudiet. Nye artikler er inkludert som referansemateriale i diskusjonsdelen i denne rapporten.

Analyse

Resultater fra begge spørreskjemaundersøkelsene ble bearbeidet og analysert gjennom bruk av Microsoft Excel.

RESULTATER

I de følgende avsnitt vil resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene bli presentert. Først presenteres brukerundersøkelsen, deretter undersøkelsen blant fagpersoner. Betrachninger rundt deltagelse, svarprosent og undersøkelsenes kvalitet vil omtales innledningsvis, før selve resultatpresentasjonen.

I : SPØRREUNDERSØKELSE BLANT BENAMPUTERTE PROTESEBRUKERE

Deltagelse og svarprosent

Totalt 690 skjemaer ble sendt ut til brukerne, og 284 skjemaer ble returnert i fullstendig utfylt stand og inkludert i det endelige datamaterialet. Dette gir i utgangspunktet en svarprosent på 41%. Imidlertid vil den reelle svarprosenten ligge høyere. Dette fordi ikke alle de 690 som mottok skjemaet i utgangspunktet kunne antas å skulle besvare undersøkelsen.

Både Momentum og LFA har medlemmer som er ben- og/eller armamputerte. Vår undersøkelse omhandler kun benamputerte. For å ivareta brukernes anonymitet, ble imidlertid undersøkelsen sendt til alle medlemmene i begge organisasjoner. Armamputerte som mottok undersøkelsen ble bedt om å se bort fra henvendelsen. Videre var det en forutsetning for deltagelse i undersøkelsen at man benyttet protese tre dager i uken eller mer. Ikke alle amputerte benytter protese, og av de som har protese, benytter ikke alle denne så hyppig som påkrevet for deltagelse i undersøkelsen. De som ikke benyttet protese, eller benyttet den sjeldnere enn tre dager ukentlig, ble også bedt om å se bort fra henvendelsen. Uten å kunne angi et eksakt tall, kan vi derfor med stor sannsynlighet anta at den reelle svarprosenten er betydelig høyere enn 41%. Svarprosenten på brukerundersøkelsen kan derfor sies å være tilfredsstillende.

Resultater fra brukerundersøkelsen

Spørreskjemaet til brukerne omfattet innledningsvis relevante bakgrunnsvariabler. Deretter ble det spurt om senfølger av amputasjon og bruk av protese generelt. I siste del fulgte spesifikke spørsmål om ryggplager, og plagenes omfang og konsekvenser, kun til dem som anga at de hadde hatt ryggsmertene de siste 12 måneder. Informantene ble også oppfordret til å beskrive eventuelle erfaringer i forhold til hva som kunne forebygge/bedre ryggsmertene, og motsatt – hva som kunne forverre dem.

Resultatene presenteres her i tabellform, supplert med grafiske illustrasjoner.

Bakgrunnsvariabler alle informanter
Tabell 1: Prosentvis fordeling: Kjønn, alder og yrke. Alle informanter (n=284)

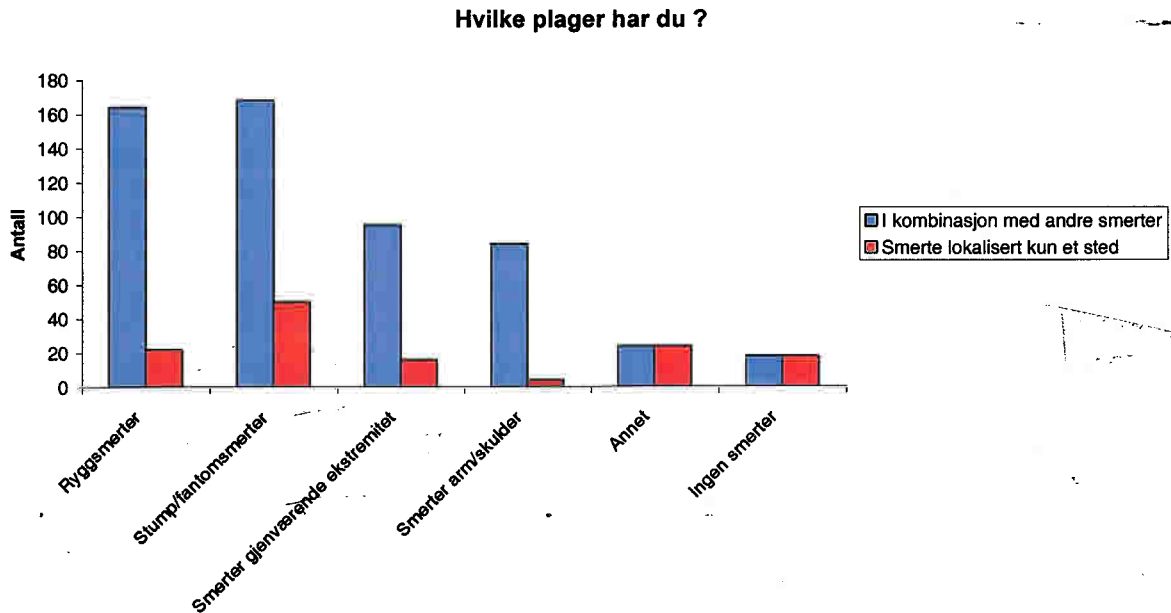
Kjønn	
Kvinne	33 %
Mann	67 %
Alder	
18-25 år	2 %
26-35 år	7 %
36-45 år	9 %
46-55 år	19 %
56-66 år	30 %
66-75 år	19 %
75 år og eldre	14 %
Yrke	
Elev/student	1 %
Yrkesaktiv	26 %
Under attføring	5 %
Uføretrygdet	35 %
Pensjonist	33 %

Tabell 2: Prosentvis fordeling: År siden amputasjon, årsak til amputasjon, lokalisasjon av amputasjon, bruk av protese. Alle informanter (n=284)

År siden amputasjon	
Under 1 år	4 %
1-3 år	14 %
3-6 år	23 %
6-10 år	18 %
10-15 år	9 %
Mer enn 15 år	33 %
Årsak til amputasjon	
Traume/ulykke	36 %
Medfødt skade	4 %
Sirkulasjonssvikt	32 %
Kreft	13 %
Annet	15 %
Lokalisering av amputasjon	
Ensidig låramputert	34 %
Tosidig låramputert	1 %
Ensidig leggamputert	46 %
Tosidig leggamputert	6 %
Tosidig lår/leggamputert	2 %
Ensidig ankelamputert	4 %
Tosidig ankelamputert	1 %
Annet	6 %
Ukentlig bruk av protese (dager)	
3-4 dager i uken	6 %
5-6 dager i uken	4 %
Hver dag	90 %
Daglig bruk av protese (timer)	
Mindre enn 2 timer	3 %
2-4 timer	2 %
4-6 timer	7 %
6-8 timer	6 %
8-10 timer	8 %
Over 10 timer	74 %

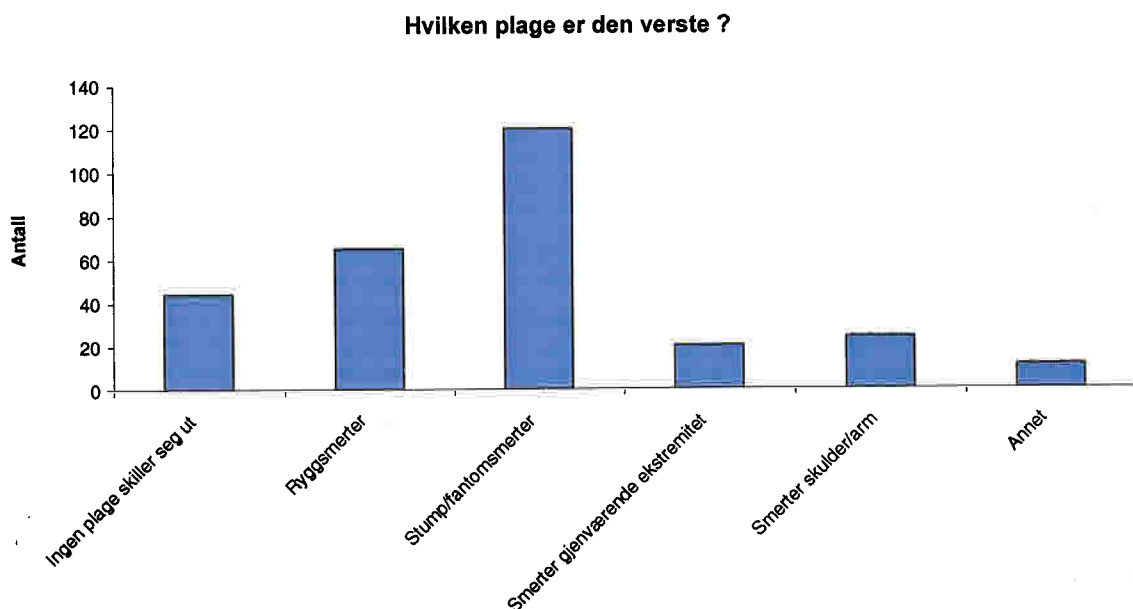
Forekomst og konsekvenser av plager

Figur 1: Forekomst av plager. Alle informanter (n=284)



De aller fleste som har smerter, opplever å ha smerte lokalisert flere steder samtidig. Som vist i de blå grafene i figur 1, er det ryggmerter og stump/fantomsmerter som dominerer. Henholdsvis 58% og 59% angir at de opplever disse smertene. 33% rapporterer om smerter i gjenværende ekstremitet, og 30% om smerter i arm og/eller skulder. 8% angir "annet". I de fleste tilfellene dreier dette seg om sår og/eller gnagsår. 6% oppgir at de ikke har smerter. Som illustrert i de røde grafene, opplever de fleste av dem som angir at de kun har smerte et sted isolerte stump/fantomsmerter. Ryggmerter og smerter i gjenværende ekstremitet og arm/skulder er i større grad assosiert med kombinerte smerter.

Figur 2: Hvilken plage er den verste ? Alle informanter (n=284)

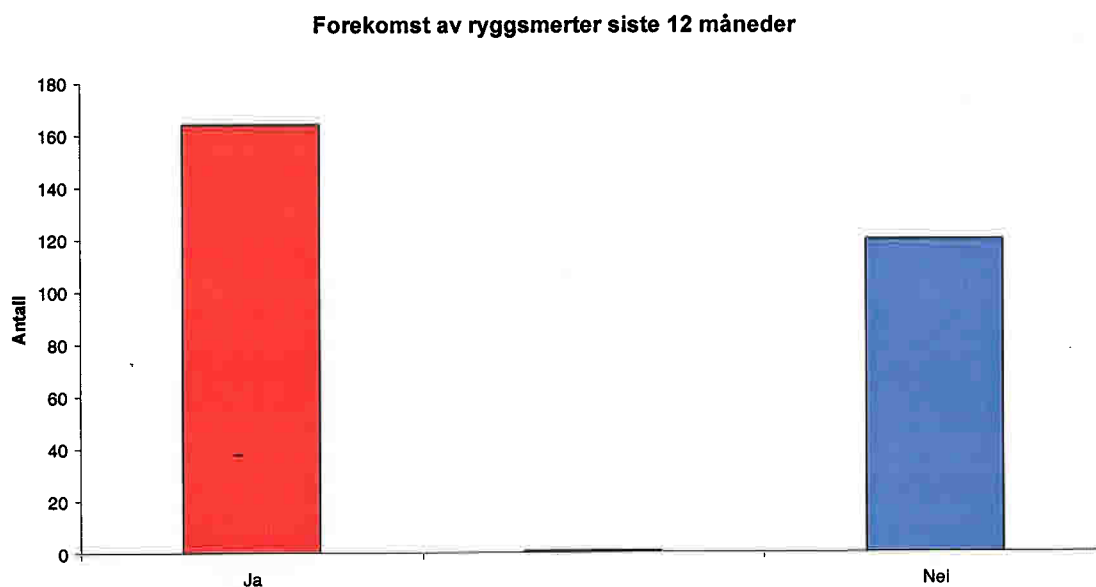


I forhold til hvilken plage som er den verste, svarer 42% av stump/fantomsmerter, mens 23% svarer ryggsmarter. 16% angir at de ikke kan definere en plage som skiller seg ut som den verste. Smerter i gjenværende ekstremitet, skulder/arm eller "annet" utgjør hver under 10%.

Tabell 3: Hvilken plage er mest hemmende ? Alle informanter (n=284)

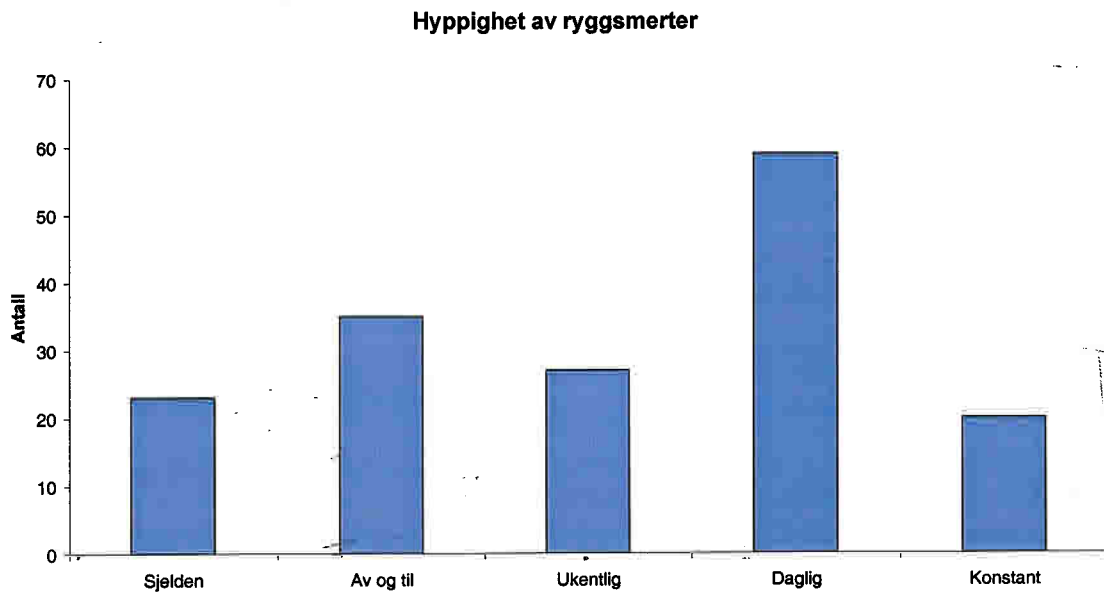
Hvilken plage er mest hemmende i forhold til...	... arbeidsliv ?	...fysisk aktivitet ?	... sosial aktivitet ?
Ingen plage skiller seg ut	18 %	23 %	32 %
Ryggsmarter	16 %	22 %	19 %
Stump/fantomsmerter	26 %	31 %	29 %
Smerter gjenværende ekstremitet	6 %	11 %	9 %
Smerter skulder/arm	7 %	8 %	5 %
Annet	4 %	5 %	6 %
Ikke aktuelt	23 %	0 %	0 %

Figur 3 : Ryggsmarter siste 12 måneder. Alle informanter (n=284)



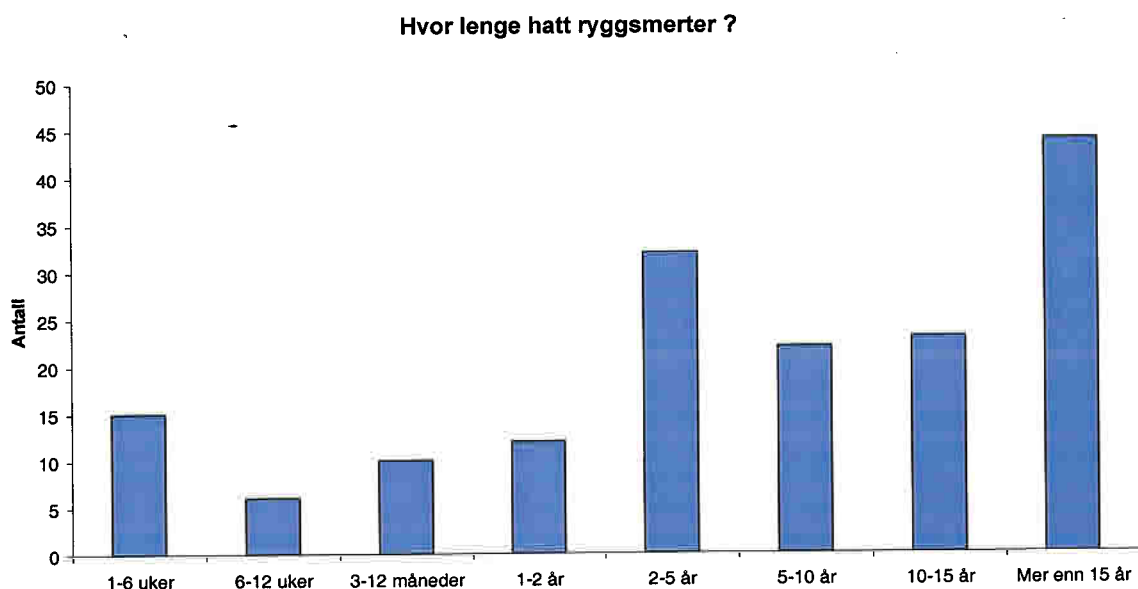
58% av informantene angir at de har opplevd ryggsmarter de siste 12 månedene. 42% angir at de ikke har opplevd ryggsmarter.

Figur 4: Hvor ofte har du ryggsmarter ? Kun informanter som har hatt ryggsmarter siste 12 måneder (n=164)



Av de som har hatt ryggsmarter de siste 12 månedene, opplever flertallet smertene daglig – 36%. 12% oppgir at de har konstante smerter (også om natten). 21% angir at de har smerter av og til, 17% ukentlig og 14% sjelden.

Figur 5: Hvor lenge har du hatt ryggsmarter ? Kun informanter som har hatt ryggsmarter siste 12 måneder (n=164)



Som vist i figur 5 har flertallet, 27%, av de som opplever ryggsmarter hatt ryggsmarter i mer enn 15 år. Deretter følger 2-5 år (21%), 10-15 år (14%) og 5-10 år (13%). De øvrige observasjoner er under 10%.

Tabell 4: Konsekvenser av ryggplager i forhold til aktivitet. Kun informanter som har hatt ryggsmertes siste 12 måneder (n=164)

Er ryggsmertende hemmende i forhold til...	... arbeidsliv ?	...fysisk aktivitet ?	... sosial aktivitet ?
Nei	14 %	17 %	36 %
I noen grad	41 %	51 %	43 %
I stor grad	7 %	15 %	10 %
I svært stor grad	3 %	11 %	6 %
Ikke aktuelt	35 %	6 %	5 %

Tabell 5: Konsekvenser av ryggplager i forhold til sykmelding/uførhet. Kun informanter som har hatt ryggsmertes siste 12 måneder (n=164)

Er du sykmeldt på grunn av ryggsmertes ?	
Er ikke sykmeldt	59 %
Er sykmeldt, men ikke pga. ryggplager	4 %
Er sykmeldt, og ryggplager er en medvirkende årsak	5 %
Er sykmeldt, og ryggplager er den primære årsak	2 %
Ikke aktuelt	29 %
Er du uføretrygdet på grunn av ryggsmertes ?	
Er ikke uføretrygdet	42 %
Er uføretrygdet, men ikke pga. ryggplager	29 %
Er uføretrygdet, og ryggplager er en medvirkende årsak	16 %
Er uføretrygdet, og ryggplager er den primære årsak	4 %
Ikke aktuelt	9 %

Informantenes egne beskrivelser/erfaringer av ryggplagene

I forhold til hva som forverrer eksisterende ryggplager, skiller forhold relatert til bruk av protese seg klart ut. Mange informanter beskriver at en dårlig tilpasset protese forverrer ryggplagene i betydelig grad. Mange merker forverring i perioder hvor de bytter protese og er i en tilpasningsprosess. Videre nevnes å gå lengre avstander ("lengre avstander" spesifiseres, dog, av flere som noen hundre meter), særlig på hardt underlag, å stå lenge, passivitet, samt arbeid i bøyde stillinger (for eksempel vedhogst, husarbeid, plenklipping og tunge løft).

Ut fra dette nevnes, naturlig nok, det å ha en korrekt tilpasset protese som den viktigste faktoren for å forebygge og/eller redusere plagene. I tillegg til at protesen i utgangspunktet må tilpasses godt, er oppfølging i form av råd og veiledning fra fagpersoner essensielt. Det presiseres imidlertid også at brukerne selv må passe på at de bruker protesen riktig, for eksempel gjennom at de er nøye når de tar den på. Videre er tilpassede øvelser og trening nyttig for mange. Svømming fremheves ofte som en velegnet aktivitet. Generelt er det viktig å få hjelp til å finne balansen mellom avpasset aktivitet og hvile/avlastning. Mange nevner fysioterapeuten som en viktig ressurs, men flere har også god erfaring med kiropraktikk og akupunktur. Tradisjonell behandling som massasje er et godt supplement til trening og øvelser. Mange har hatt god nytte av treningsopphold på helsesportssentre o.l. Selv om det nevnes en del tiltak, er det verdt å merke seg at relativt mange også kommenterer at de ikke kan fremheve tiltak fra helsepersonell som hjelper – de føler i stor grad at de må mestre smertene på egenhånd.

Mulige årsakssammenhenger

Gjennom utarbeidelse av krysstabeller, ble mulige årsakssammenhenger til ryggplager undersøkt. Følgende faktorer ble antatt å kunne ha innvirkning på forekomst og grad av ryggplager:

- Alder
- År siden amputasjon
- Lokalisasjon av amputasjon
- Type jobb i forhold til hvorvidt ryggplagene hemmer i forhold til yrkesliv
- Type jobb i forhold til hvorvidt ryggplagene er opphav til sykmelding
- Type jobb i forhold til hvorvidt ryggplagene er opphav til uføretrygd

Utarbeidelsen av krysstabeller viste at alder ikke hadde vesentlig betydning for hvorvidt brukerne opplevde ryggsmertter eller ikke. Derimot var år siden amputasjonen er viktigere årsak. Med andre ord er forekomsten av ryggplager i større grad avhengig av hvor lenge det er siden amputasjonen, enn hvor gammel man er – og også mer spesifikt; hvor gammel man var på det tidspunktet man ble amputert. I forhold til lokalisering av amputasjon, er flertallet i denne undersøkelsen ensidig legg- eller låramputert. Av disse er det de ensidig leggamputerte som i størst grad opplever ryggsmertter. For øvrige lokalisasjoner er det ingen tydelige funn. I forhold til type jobb og hvorvidt plagene hemmer informantene i yrkesliv, og eventuelt er opphav til sykmelding eller uføretrygd, er det ingen klare sammenhenger. Flesteparten angir at de har et arbeid som enten er stillesittende eller hvor de bruker kroppen noe aktivt. Mellom disse kategoriene er det ingen påvisbare ulikheter. Det er en tendens til sammenheng mellom å ha tungt fysisk arbeid og bli ufør på grunn av ryggsmertter – men antallet som angir at de har denne type arbeid, er for lite til at det kan gjennomføres pålitelige analyser.

Det ble også kontrollert for sammenhengen mellom år siden amputasjon og hvor mange år informantene hadde hatt ryggsmertter. Denne analysen viste at det var god korrespondanse mellom tallene. Dette tilsier at få av informantene som angir at de plages av ryggsmertter også hadde ryggsmertter før amputasjonen.

II : SPØRREUNDERSØKELSE BLANT HELSEPERSONELL

Deltagelse og svarprosent

Kun 130 av de 708 utsendte spørreskjemaene ble returnert tilfredsstillende utfylt, og dermed inkludert i det endelige datamaterialet. I tillegg kom det inn 37 skjemaer og/eller meldinger per e-post eller telefon om at undersøkelsen ikke kunne besvares. Av de besvarte skjemaene kom 6 fra leger, 7 fra ergoterapeuter og 117 fra fysioterapeuter. Kjønnfordelingen viste at 91 kvinner og 39 menn hadde besvart skjemaene. 72% av de innkomne skjemaene ble besvart av fagpersoner i kommunehelsetjenesten, 9% fra fagpersoner ved akuttavdelinger på sykehus, 13% av fagpersoner ved rehabiliteringsavdelinger på sykehus og 6% fra opptreningsinstitusjonene. Vi ba om at de som hadde informasjonsmateriale til utdeling til aktuelle brukere, skulle sende oss dette. Vi mottok imidlertid kun to eksemplere på denne type materiale. Dette ga ikke grunnlag for å gå videre med supplerende opplysninger gjennom telefonintervjuer, som ellers var planlagt som en mulig oppfølging.

Svarprosenten fra helsepersonell i undersøkelsen, 19%, må helt klart sies å ikke være tilfredsstillende. Det kan være sammensatte årsaker til at en spørreundersøkelse ikke gir en

tilfredsstillende svarprosent. Et langt og omfattende spørreskjema med mange spørsmål vil ofte føles for tidkrevende å fylle ut for fagpersoner, som må gjøre dette som en ekstra innsats i tillegg til sine daglige oppgaver. Dette burde imidlertid ikke ha vært en aktuell problemstilling i dette tilfellet. Det utsendte skjemaet var på kun to sider, med meget enkle spørsmål med lukkede svaralternativer og ja/nei spørsmål. Skjemaet skulle dermed kunne fylles ut på få minutter. Skjemaene ble sendt ut i juni, og kan ha blitt liggende som følge av ferieavvikling. Likevel ble skjemaene sendt ut før ferieavviklingen tok til for alvor, og det ble gitt en lang svarfrist. Det er derfor ikke trolig at dette heller var en primær årsak til det lave antall svar. Å gi en påskjønnelse for deltagelse i en undersøkelse, kan øke svarprosenten. Det ble imidlertid ikke gitt i dette tilfellet, da det ikke var mulighet for dette innenfor prosjektets rammer. Det ble heller ikke ansett som naturlig, i og med at undersøkelsen var så enkel og lite tid- og arbeidskrevende. Det ble, også av hensyn til undersøkelsens rammer, ikke sendt ut noenurring for å øke antall svar. Dette kan ha svekket deltagelsen i undersøkelsen, men ville innebåret en merkostnad det ikke var høyde for i prosjektet.

Den enkeltstående årsak som antas å være det primære opphav til den lave svarprosenten, er imidlertid at en relativt stor andel av mottakerne rett og slett ikke hadde grunnlag for å besvare spørreskjemaet. Dette fikk vi også tilbakemeldinger om, særlig fra fysioterapeuter som arbeidet på akuttavdelinger på somatiske sykehus, og i små kommuner. For de førstnevnte var årsaken til at skjemaet ikke kunne besvares at de ikke så pasientene over tilstrekkelig lange tidsperioder og/eller tilstrekkelig langt ute i forløpet. Ofte møtte de pasientene kun i forbindelse med innleggelse og operasjon, og eventuelt ved oppfølgende poliklinisk kontroll. Senere er det rehabiliteringssentre, og deretter kommunen, som har oppfølgingsansvar. For fysioterapeutene i kommunen var det tre primære årsaker til at skjemaet i endel tilfeller ikke kunne besvares. Den første var rett og slett at det i mange kommuner er få amputerte brukere. Det kan gå flere år mellom hver gang fysioterapeutene kommer i kontakt med en amputert bruker. I tillegg er det ikke alle amputerte som benytter protese. Flere fysioterapeuter meldte tilbake at de aldri hadde hatt denne type bruker – og dermed ikke hadde grunnlag for å svare på skjemaet. Den tredje grunnen er at et stort flertall av de amputerte brukerne i kommunene er eldre. I Nord-Europa anslås omtrent 80% av amputasjonspasientene å være over 60 år, og dødeligheten blant amputasjonspasienter er i tillegg høy (Rommers, Vos, Groothoff og Eisma, 2001). Endel av spørsmålene blir derfor umulig å besvare – for eksempel spørsmål relatert til arbeidsdeltagelse og senfølger i langt perspektiv. Blant denne gruppen er det også en enda lavere andel som benytter protese enn blant yngre brukere. Det er grunn til å tro at mange flere enn dem som faktisk ga tilbakemeldinger om disse årsakene, ikke hadde grunnlag for å kunne besvare skjemaene. Dette ble også tatt høyde for da undersøkelsen ble designet – men kanskje ikke i et så stort antall. Det som imidlertid var noe negativt overraskende, var den lave andelen svar fra opptreningsinstitusjoner. Dette er den gruppen der man skulle kunne forvente at fagpersonene møter pasienter av denne type, på et tidspunkt der det ville være relevant å snakke om forebygging. Det var også uheldig at så få leger og ergoterapeuter fant anledning til å returnere skjemaene.

På grunn av den lave svarprosenten, må svarene fra fagpersonene anses som formidlede erfaringer. Det lave antall svar, og en relativt høy andel ubesvarte spørsmål på enkelte temaer, gjør at validiteten og reliabiliteten av disse dataene ikke er god nok til å foreta grundige statistiske analyser. Det ser imidlertid ikke ut til at det i det innsamlede materialet er noen sammenhenger mellom avgitte svar og fagpersonenes alder og yrkeserfaring. Siden det var en klar overvekt av fysioterapeuter som returnerte skjemaet, er det ikke hensiktsmessig å sammenligne de ulike yrkesgruppens erfaringer. Ei heller de ulike arbeidssteder, siden det er en klar overvekt av svar fra ansatte i kommunehelsetjenesten.

Resultater

Spørreskjemaet til helsepersonell inneholdt to seksjoner; én der de ble bedt om å vurdere senfølger etter amputasjon og bruk av protese, og én der de ble bedt om å opplyse om egen kompetanseutvikling og informasjon i forhold til brukerne. Resultatene fra de to seksjonene presenteres her i tabellform.

Tabell 6: Helsepersonells vurdering av hvilken senfølge etter amputasjon og bruk av protese som er den vanligste (n=130)

Plage	Vanligste senfølge		
	Etter 1 år	Etter 5 år	Etter 15 år
Ryggsmerter	5 %	19 %	24 %
Stump/fantomsmarter	49 %	12 %	7 %
Smerter gjenværende ekstremitet	12 %	15 %	10 %
Smerter skulder/arm	11 %	24 %	16 %
Ikke besvart	9 %	19 %	36 %
Svart flere alternativer	14 %	11 %	7 %

Tabell 7: Helsepersonells vurdering av hvilken senfølge etter amputasjon og bruk av protese som er den mest plagsomme (n=130)

Plage	Mest plagsomme senfølge		
	Etter 1 år	Etter 5 år	Etter 15 år
Ryggsmerter	4 %	22 %	26 %
Stump/fantomsmarter	57 %	17 %	10 %
Smerter gjenværende ekstremitet	9 %	15 %	11 %
Smerter skulder/arm	8 %	21 %	13 %
Ikke besvart	13 %	19 %	35 %
Svart flere alternativer	9 %	6 %	5 %

Tabell 8: Helsepersonells vurdering av hvilken senfølge etter amputasjon og bruk av protese som har størst konsekvens for arbeidsevne (n=130)

Plage	Senfølge med størst konsekvens for arbeidsevne		
	Etter 1 år	Etter 5 år	Etter 15 år
Ryggsmerter	11 %	32 %	32 %
Stump/fantomsmarter	32 %	6 %	4 %
Smerter gjenværende ekstremitet	10 %	6 %	7 %
Smerter skulder/arm	17 %	24 %	16 %
Ikke besvart	19 %	23 %	32 %
Svart flere alternativer	11 %	9 %	9 %

Tabell 9: Helsepersonells vurdering av hvilken senfølge etter amputasjon og bruk av protese som har størst konsekvens for fysisk aktivitet (n=130)

Plage	Senfølge med størst konsekvens for fysisk aktivitet		
	Etter 1 år	Etter 5 år	Etter 15 år
Ryggsmerter	10 %	26 %	30 %
Stump/fantomsmerter	39 %	10 %	5 %
Smerter gjenværende ekstremitet	9 %	11 %	9 %
Smerter skulder/arm	11 %	20 %	14 %
Ikke besvart	22 %	25 %	34 %
Svart flere alternativer	9 %	8 %	8 %

Tabell 10: Helsepersonells vurdering av hvilken senfølge etter amputasjon og bruk av protese som har størst konsekvens for sosiale aktiviteter (n=130)

Plage	Senfølge med størst konsekvens for sosial aktivitet		
	Etter 1 år	Etter 5 år	Etter 15 år
Ryggsmerter	9 %	34 %	36 %
Stump/fantomsmerter	47 %	9 %	5 %
Smerter gjenværende ekstremitet	7 %	8 %	5 %
Smerter skulder/arm	8 %	16 %	10 %
Ikke besvart	22 %	26 %	38 %
Svart flere alternativer	7 %	7 %	6 %

Tabell 11: Helsepersonells kursdeltagelse og kompetanseutvikling (n=130)

Har du...	Ja	Nei
... deltatt på eksterne kurs omhandlende senfølger etter benamputasjon og bruk av protese siste 3 år ?	17 %	83 %
... deltatt på interne kurs omhandlende senfølger etter benamputasjon og bruk av protese siste 3 år ?	7 %	93 %
... lest faglitteratur om senfølger etter benamputasjon og bruk av protese publisert de siste 5 år ?	39 %	61 %
Hvis ja, ble ryggplager eksplisitt nevnt ?		
På eksterne kurs ?	6 %	94 %
På interne kurs ?	3 %	97 %
I faglitteratur ?	15 %	85 %

Tabell 12: Helsepersonells regimer og informasjon til brukerne (n=130)

Vi...	Ja	Nei
... har fastlagte regimer som rettes mot generell forebygging av senfølger etter amputasjon og bruk av protese	25 %	75 %
... har fastlagte regimer som rettes spesifikt mot forebygging av ryggplager etter amputasjon og bruk av protese	4 %	96 %
... deler ut skriftlig informasjon til amputerte om hvordan de kan forebygge senfølger generelt	15 %	85 %
... deler ut skriftlig informasjon til amputerte om hvordan de kan forebygge ryggplager spesifikt	2 %	98 %

DISKUSJON

Hva innebærer resultatene ?

Denne undersøkelsen dokumenterer at ryggplager er en hyppig forekommende senfølge etter benamputasjon og bruk av protese, da 58% av informantene i spørreskjemaundersøkelsen oppgir at de har opplevd ryggsmarter de siste 12 månedene. Tilsvarende forekomst av ryggplager hos den generelle befolkning er til sammenlikning estimert til 12-45% (Marshall, Jensen, Ehde og Campbell, 2002). Funnene i denne undersøkelsen bekrefter dermed tidligere undersøkelser, som har dokumentert at ryggplager er hyppigere forekommende hos benamputerte protesebrukere enn blant populasjonen generelt (Walker, 2000; Papageorgiou m.fl., 1995; Lau m.fl., 1995; Hillman m.fl., 1996; Leboeuf-Yde m.fl., 1996; Smith m.fl., 1999; Ehde, Smith, Czerniecki, Campbell, Malchow og Robinson, 2001; Eitzen, 2001).

Personer med en dysfunksjon har ofte smerter lokalisert til mer enn et sted. Derfor påvirkes også ofte deres hverdag av smerter i større grad (Marshall m.fl., 2002). Dette gjelder også amputerte. Resultatene fra brukerundersøkelsen bekrefter dette. De aller fleste som har smerter, har smerter lokalisert til to eller flere steder samtidig. I tråd med flere andre studier, ble stump/fantomsmarter og ryggsmarter vist å være hyppigst forekommende, blant henholdsvis 59% og 58% av informantene. I forhold til hvilken av disse senfølgene som rangeres som den generelt verste, er det sprikende funn i publisert litteratur. I denne undersøkelsen ble stump/fantomsmarter rangert som den verste plagen av 42% av informantene, mens 23% mente ryggsmarter var den verste. Går man mer inn på spesifiserte aktiviteter, ble stump/fantomsmarter betraktet å være den mest hemmende plagen i forbindelse med arbeidsliv og fysisk aktivitet. I et studie av Jensen, Smith, Ehde og Robinson (2001), ble imidlertid ryggsmarter funnet å gi større påvirkning for daglig funksjon enn fantomsmarter hos dem som rangerte smerten til å være over en viss betydning. Med andre ord; de som opplevde liten grad av smerte, fikk ikke dagliglivet sitt påvirket hverken av fantom- eller ryggsmarter. Men når smerten ble vurdert som sterkere, var påvirkningen større av ryggsmarter enn fantomsmarter. Ryggsmarter har også i andre studier blitt rangert som mer plagsomt enn fantomsmarter og/eller stumpsmerter. En årsak til dette kan være at ryggen er involvert i en rekke spesifikke aktiviteter. Det er viktig å se smerte ikke bare isolert, men også i forhold til hvordan den konkret påvirker aktiviteter og funksjon. Med tanke på sosial aktivitet, var det flest som svarte at de ikke kunne spesifisere en enkelt plage som skilte seg ut som den mest hemmende. Burger og Marincek (1997) fant at personer som hadde gjennomgått en amputasjon deltok mindre i sosiale aktiviteter enn før. Det kan se ut til at årsaken til dette er den sammensatte problematikken mange opplever med smerter og bruk av protese, snarere enn ett isolert problem.

De 58% som anga at de hadde opplevd ryggsmarter, besvarte også mer dyptgående spørsmål om disse plagene spesifikt. 48% av dem oppga at de hadde smerter daglig eller konstant (også smerter om natten). Ehde m.fl. (2001) fant tilnærmet samme tall, da 52% av informantene i deres studie omhandlende ryggsmarter som sekundærfølge til benamputasjon opplevde vedvarende, plagsom smerte. Det kan imidlertid argumenteres at det er vanskelig å dokumentere at ryggplager etter amputasjon og bruk av protese virkelig primært er forårsaket av amputasjonen, siden ryggplager som nevnt er hyppig forekommende også blant ikke-amputerte. Imidlertid mente kun 15% av informantene i studiet til Ehde m.fl. (2001) at de hadde hatt ryggsmarter før amputasjonen. En sammenhengsanalyse for studiet denne rapporten omhandler, viste tilsvarende at det var godt samsvar mellom antall år siden amputasjonen og antall år informantene hadde opplevd ryggplager. Med andre ord ser det ut til å være gode indikasjoner på at amputasjon og bruk av protese faktisk er en sentral faktor i utviklingen av ryggsmarter – at dette ikke er en plage de aktuelle informantene ville fått før eller senere uansett, uavhengig av amputasjonen.

Tidligere studier har vist at nær 25% av dem som opplever ryggsmarter beskriver at smerten har en alvorlig negativ innvirkning på deres daglige aktiviteter – både yrkesliv, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter. I dette studiet ble ryggsmarter betraktet som mest hemmende for fysisk aktivitet. 51% mente at ryggplagene hemmet dem i noen grad i forhold til dette, 26% i stor eller svært stor grad. Dette er høye tall, som indikerer at deltagelsen i denne type fritidsaktivitet definitivt påvirkes hos dem som opplever ryggsmarter. Med tanke på sosial aktivitet, mente 43% at ryggplagene hemmet dem i noen grad, 16% i stor eller svært stor grad. Dette viser at også det sosiale liv rammes. I forhold til deltagelse i arbeidsliv, opplevde 41% at ryggplagene hemmet dem i noen grad, mens 10% anga at det hemmet dem i stor eller svært stor grad. Det var likevel en svært liten andel som oppga at de var sykmeldt eller uføretrygdet primært på grunn av ryggplager. Ide, Obayashi og Toyonaga (2002) fant imidlertid at graden av smerte hos amputerte ikke nødvendigvis var assosiert med hvorvidt de kom tilbake i arbeid/var i arbeid eller ikke. Snarere var det relatert til hvor fornøyd de var med egen jobbsituasjon. Dette kan indikere at mange jobber til tross for smerter – fordi arbeidet er viktig for deres livskvalitet. En relativt stor andel av amputerte protesebrukere er imidlertid ikke i arbeid. Det er sannsynlig å anta at det er den sammensatte problematikken rundt amputasjon og bruk av protese som i sum leder til eventuell sykmelding eller uføretrygd. Ryggsmarter vil da inngå som en av flere faktorer. Type arbeid ble ikke funnet å være en sentral årsak til hvorvidt informantene opplevde at ryggsmertene hemmet dem i arbeidet eller opplevde å bli sykmeldt eller uføretrygdet.

Lokalisasjon og nivå av amputasjon blir ofte tiltrodd å være en viktig årsak til ryggsmarter. I dette studiet fant vi at det var en overvekt av ryggsmarter blant de som var leggamputert, kontra låramputert. Dette er delvis i strid med andre studier. Noen har funnet en høyere forekomst blant låramputerte, mens andre igjen ikke har funnet signifikante forskjeller på graden av ryggsmarter mellom personer med amputasjon over eller under kneet (Ehde m.fl., 2001). Det kreves med andre ord ytterligere studier om sammenhengen mellom lokalisasjon av amputasjon og forekomst av ulike typer senfølger før man kan si noe sikkert om eventuelle sammenhenger.

Den lave svarprosenten i undersøkelsen blant helsepersonell, samt tilbakemeldingene fra dem som ikke kunne besvare undersøkelsen, avspeiler at erfaringene blant helsepersonell er begrenset. Særlig i små kommuner, der det er et lavt antall brukere, og det kan gå år mellom hver gang fagpersonene kommer i kontakt med amputerte. Den lave svarprosenten, og ikke minst den lave andelen som hadde vært på kurs og/eller lest spesifikk faglitteratur på området, er imidlertid også i seg selv et viktig funn – og tyder på at senfølger av amputasjon og bruk av protese ikke er en veldig fokusert problemstilling. Dette er forståelig på grunn av de nevnte faktorer, og det er heller ikke realistisk å forvente at det i enhver kommune skal finnes en fagperson med spesiell kompetanse på dette forsåvidt smale området. Men likefullt vil det være et problem for brukerne det faktisk gjelder, som kanskje opplever at deres behov for veiledning og/eller behandling ikke blir imøtekommet tilfredsstillende. Dette kommenteres også av et antall brukere i spørreskjemaet. Det er viktig at selve amputasjonen ikke betraktes som den endelige behandlingen. Det sosiale liv og den generelle helserelevante livskvaliteten påvirkes betydelig i negativ retning av en amputasjon (Buzato, Tribulatto, Costa, Zorn og van Bellen, 2002). Rehabilitering er den viktigste faktor for at en nyamputert skal overkomme de store fysiske og emosjonelle omveltningene, og det er essensielt at det i rehabiliteringen også fokuseres på å redusere sekundære smerter (Van der Schans, Geertzen, Schoppen og Dijkstra, 2002). Det å kunne få hjelp til korrekt tilpasning og oppfølging i forhold til bruk av protesen, samt trening, behandling og råd om tilpasset aktivitet og hvile, fremheves av brukerne som de viktigste faktorene både for å forebygge ryggplager og begrense eventuelle allerede eksisterende smerter. Problemer med komfort og korrekt tilpasning og bruk av protese er en kjent problematikk. I et studie av Dillingham, Pezzin, MacKenzie og Burgess (2001), rapporterte kun 43% at de var meget tilfreds med sin protese. En dårlig tilpasset protese forsterker smerteproblematikken som ofte medfølger etter en amputasjon og bruk av protese – både med tanke på stumpsmerter, smerter i

gjenværende ekstremitet og ryggsmarter. Funnene i denne undersøkelsen indikerer at kunnskapen på området bør samles og lokaliseres til noen utvalgte kompetansesentre, som totalt sett bør gi en god dekning over hele landet. Dette kan for eksempel være opptreningsentre, rehabiliteringsinstitusjoner eller kommuner. Det ideelle ville være om man på sikt kunne bygge opp dette, slik at både fagpersoner og brukere hadde et sted de kunne henvende seg til ved behov. Man kunne se for seg kursaktivitet for helsepersonell og konsultasjoner til brukere – eventuelt også treningsopphold av kortere eller lengre varighet.

Fagpersonene som fylte ut spørreskjemaene, ble bedt om å vurdere senfølger etter amputasjon i ulike tidsperspektiver – etter 1 år, 5 år og 15 år. Som før beskrevet, er andelen "ikke besvart" relativt høy på flere spørsmål – især i siste kategori. Dette vil imidlertid i seg selv være et funn, på at informantene vet lite om senplager etter så lang tid. Avgitte svar gir imidlertid også andre interessante funn. Informantene ble spurt om hvilken senfølge de trodde var den vanligste, den mest plagsomme, og den med størst konsekvens for henholdsvis arbeidsevne, fysisk aktivitet og sosial aktivitet. Gjennomgående svarer et tydelig flertall av informantene etter 1 år stump/fantomsmarter, uansett kategori. Størst er andelen som tror dette er den hyppigst forekommende plage, den mest plagsomme og den med størst konsekvens for sosiale aktiviteter. Etter 5 år anser imidlertid fagpersonene stump/fantomsmarter for et mye mindre problem. Nå er det ryggsmarter som betegnes som den mest plagsomme og hemmende senfølgen. Hyppigst forekommende anses smerter i skulder/arm å være. Etter 15 år er det ryggplager som anses for å være både hyppigst forekommende, mest plagsomt og med størst konsekvens. Det er vanskelig å si noe eksakt om hvorfor informantene vurderer en slik endring i plager som følge av tid. Kanskje spiller svarene mer enn noe annet at det er en betydelig grad av usikkerhet rundt senfølger etter amputasjon og bruk av protese blant fagpersonene. Konsekvensen i en rehabilitering kan imidlertid fort tenkes å bli at oppmerksomheten rettes mer eller mindre ensidig mot stump/fantomsmarter den første tiden. Dette avspeiles også i litteraturen som finnes om amputasjon og rehabilitering, der størst fokus tradisjonelt har vært mot denne type smerter. Siden ryggsmarter nevnes av så få som en senfølge av betydning etter 1 år, er det grunn til å tro at dette også som en følge tillegges liten vekt i rehabiliteringen. Tallene fra brukerundersøkelsen viste imidlertid at det er en like stor andel som opplever ryggsmarter som stump/fantomsmarter, uavhengig av tid siden amputasjonen. Det er altså et ganske stort misforhold mellom den forekomst av ryggsmarter brukerne rapporterer, og helsepersonells vurdering. Ryggsmarter anerkjennes riktignok som en sentral senfølge etter lengre tid – men så langt ut i forløpet vil de færreste følges tett opp med rehabilitering.

Fagpersonenes rapportering av egen kompetanse og kursutvikling forsterker inntrykket av at både senfølger etter amputasjon og bruk av protese generelt, og ryggplager spesielt, er lite fokusert. Kun 17% av informantene har deltatt på eksterne kurs omhandlende temaet siste tre år, og 7% på interne kurs. Ryggplager ble eksplisitt nevnt i henholdsvis kun 6% og 3% av tilfellene. En noe større andel hadde lest faglitteratur om temaet publisert siste fem år, 39%. 15% av disse anga at ryggplager var eksplisitt nevnt. Når det gjelder regimer og informasjon delt ut til brukerne, angir 25% at de har fastlagte regimer rettet mot generell forebygging, men kun 4% rettet spesifikt mot ryggplager. 15% deler ut skriftlig informasjon til amputerte om generelle forebyggende tiltak, men kun 2% angir at det deles ut informasjon om spesifikke tiltak rettet mot ryggplager.

Samlet indikerer disse funnene at ryggsmarter, og eventuell forebygging av disse, fokuseres i for liten grad i rehabiliteringen av benamputerte protesebrukere.

Vurdering av måloppnåelse

Målsetningen for prosjektet som er presentert i denne rapporten var å kartlegge omfang og konsekvenser av ryggplager hos benamputerte protesebrukere, identifisere mulige årsakssammenhenger, samt kartlegge praksisbaserte retningslinjer for rehabilitering og opptrening i bruk av protese etter amputasjon.

Gjennom spørreundersøkelsen blant brukere har undersøkelsen gitt et godt bilde av omfang og konsekvenser av senfølger etter benamputasjon og bruk av protese, både generelt og mer spesifikt for ryggplager. Det er også identifisert viktige årsakssammenhenger; i første rekke korrekt tilpasning og bruk av protese og brukernes behov for oppfølging i forhold til å kunne finne en riktig balanse mellom tilpasset aktivitet og hvile. Undersøkelsen har forsterket tidligere funn om at selv om ryggplager er en vanlig lidelse i populasjonen generelt, er den enda hyppigere forekommende blant protesebrukere. Dette betyr at denne senfølgen må tas på alvor.

I forhold til å kartlegge praksisbaserte retningslinjer for behandling og opptrening, ga spørreundersøkelsen blant helsepersonell en del svar. Det viktigste funnet fra denne delen av prosjektet, er at ryggplager ser ut til å være et lite fokusert tema i forbindelse med den mest intense fasen av rehabilitering etter amputasjon. Det kom også tydelig frem at dette er en relativt smal brukergruppe. Særlig ute i små kommuner kan det være få brukere, hvilket naturlig nok innebærer at fagpersonene har begrenset med erfaring og kompetanse. Det virker ut fra dette hensiktsmessig å arbeide med å utrede muligheten for å opprette kompetansesentre, der fagpersoner med kunnskap og kompetanse rundt sekundære plager etter benamputasjon og bruk av protese kan fungere som en ressurs for både brukere og behandlere ute i primærhelsetjenesten.

Det er å håpe at resultatene presentert i denne rapporten vil være til nytte for både fagpersoner, brukere og søkerorganisasjonene LFA og NHF. I første rekke for å skape økt oppmerksomhet rundt og innsikt i problematikken, men også som grunnlag for initiering av oppfølgingsprosjekter, både omhandlende ryggplager og andre typer senfølger. Videre prosjekter som bygger på kunnskapen fremskaffet i dette prosjektet, bør på sikt rettes mer konkret mot utarbeidelsen av retningslinjer for forebygging av ulike typer senfølger etter benamputasjon og bruk av protese.

OPPSUMMERENDE KOMMENTARER

Resultatene fra denne undersøkelsen bekrefter tidligere antagelser om at ryggplager er en hyppig forekommende, men relativt lite fokusert senfølge etter benamputasjon og bruk av protese. Til tross for at ryggplager generelt er meget utbredt, er forekomsten enda høyere blant denne gruppen enn blant populasjonen generelt. Selve amputasjonen, år siden amputasjonen og en ikke optimalt fungerende protese som gir uheldige belastninger ser ut til å være de viktigste årsakene til at smertene oppstår. De som rammes av ryggplager, har relativt hyppige smerter, og smertene er av en slik art at de påvirker deres dagligliv og funksjon – og dermed livskvalitet. Brukerne fremhever en godt tilpasset protese, instruksjon og oppfølging i forhold til bruk av protese, samt råd og veiledning i forhold til hensiktsmessig balanse av aktivitet og hvile som de viktigste faktorer både for å forebygge plager og for å redusere allerede eksisterende plager.

Helsepersonell ser imidlertid ikke ut til å legge vekt på å forebygge denne senfølgen i tidlige og aktive faser av rehabiliteringen etter en benamputasjon, hvor blant annet opplæring i bruk av protese er sentralt. Mange fagpersoner har begrenset kompetanse på feltet og begrenset erfaring med denne type brukere. Dette er imidlertid en naturlig konsekvens av at dette ikke er en veldig stor brukergruppe. Man kan ikke forvente at det skal være bred kompetanse på feltet ved alle institusjoner og/eller kommuner. Det er hverken realistisk eller hensiktsmessig. Snarere bør man tenke i retning av etableringen av færre, sentraliserte kompetansesentre, som kan fungere som en ressurs for kunnskapsformidling og kompetanseutvikling både for brukere og helsepersonell. Selv om brukergruppen er relativt liten sammenlignet med andre grupper, er det viktig at de etableres et godt tilbud, da konsekvensene for den enkelte brukers funksjon og livskvalitet kan være store.

REFERANSER

- Anda, S. og Moe, P.J. (1987). Computed tomography in low-back pain after femur-amputation for osteogenic sarcoma. *Pediatr Radiol*, 17, 164-165.
- Burger, H. og Marincek, C. (1997). The life style of young persons after lower limb amputation caused by injury. *Prosthetics and Orthotics International*, 21, 35-39.
- Buzato, M.A., Tribulatto, E.C., Costa, S.M., Zorn, W.G. og van Bellen, B. (2002). Major amputations of the lower leg. The patients two years later. *Acta Chir Belg*, 4, 248-252.
- Dillingham, T.R., Pezzin, L.E., MacKenzie, E.J. & Burgess, A.R. (2001). Use and satisfaction with prosthetic devices among persons with trauma-related amputations: A long-term outcome study. *Am J Phys Med Rehabil*, 8, 563-571.
- Dougherty, P.J. (2001). Transtibial amputees from the Vietnam War. Twenty-eight-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am*, 3, 383-389.
- Ehde, D.M., Smith, D.G., Czerniecki, J.M., Campbell, K.M., Malchow, D.M. og Robinson, L.R. (2001). Back pain as a secondary disability in persons with lower limb amputations. *Arc Phys Med Rehabil*, 6, 731-734.
- Eitzen, I. (2001). Forekomst av ryggplager hos benamputerte protesebrukere. *SINTEF-rapport*, ISBN82-14-02430-7.
- Hillman, M., Wright, A., Rajaratnam, G., Tennant, A. og Chamberlain, M.A. (1996). Prevalence of low back pain in the community: Implications for service provision in Bradford, UK. *J Epidemiol Community Health*, 50, 247-352.
- Ide, M., Obayashi, T. og Toyonoga, T. (2002). Association of Pain With Employment Status and satisfaction Among Amputees in Japan. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, 1394-1398.
- Jensen, M.P., Smith, D.G., Ehde, D.M. & Robinson, L.R. (2001). Pain site and the effects of amputation pain: Further clarification of the meaning of mild, moderate and severe pain. *Pain*, 2001, 3, 317-322.
- Kramer, J., Heisel, J.M. og Ullrich, C.H. (1979). Late results of patients with amputation of the thigh. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*, 117,5,801-807.
- Lau, E.M., Egger, P., Coggon, D., Cooper, C., Valenti, L. og O'Connell, D. (1995). Low back pain in Hong Kong: Prevalence and characteristics compared with Britain. *J. Epidemiol Community Health*, 49, 492-494.
- Leboeuf-Yde, C., Klougart, N. og Lauritzen, T. (1996). How common is low back pain in the Nordic population? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the Nordic countries. *Spine*, 1, 21, 1518-1525.
- Marshall, H.M., Jensen, M.P., Ehde, D.M. og Campbell, K.M. (2002). Pain site and impairment in individuals with amputation pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 8, 1116-1119.
- Papageorgiou, A.C., Croft, P.R., Ferry, S., Jayson, M.I. og Silman, A.J. (1995). Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester back pain Survey. *Spine*, 1, 20, 1889-1894.
- Rommers, G.M., Vos, L.D., Groothof, J.W. og Eisma, W.H. (2001). Mobility of people with lower limb amputations: Scales and questionnaires: A review. *Clin Rehabil*, 15, 92-102.
- Sadeghi, H., Allard, P. og Duhaim, M. (2001). Muscle power compensatory mechanisms in below-knee amputee gait. *Am J Phys Med Rehabil*, 80, 1, 25-32.
- Smith, D.G., Ehde, D.M., Legro, M.W., Reiber, G.E., del Aguila, M. og Boone, D.A. (1999). Phantom limb, residual limb, and back pain after lower extremity amputations. *Clin Orthop*, 361, 29-38.
- Walker, B.F. (2000). The prevalence of low back pain : A systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord*, 13, 205-217.

