

*KIROPRAKTORPATIENTER I DANMARK 2002 - EN PATIENTPROFIL*

Denne rapport er baseret på den anden undersøgelse, der har til formål tegne et billede af, hvilke patienter, der søger kiropraktisk behandling i Danmark. I forhold til vores første undersøgelse fra 1999, indeholder nærværende rapport flere oplysninger, og giver dermed et mere uddybende beskrivelse af danske kiropraktorerers patienter. Det er også allerede nu muligt at registrere ændringer i kiropraktorerernes patientmasse. Her er det specielt glædeligt, at antallet af patienter henvist fra egen læge til kiropraktor er steget markant på kun tre år.

”En sådan kortlægning af patientpopulationen kan være med til at synliggøre kiropraktorerernes virkeområde, fremme udnyttelsen af kiropraktorerernes kompetencer, og derigennem sikre en mere optimal udnyttelse af de mange ressourcer, der i Danmark hvert år anvendes på bevægeapparatslidelser” hedder det i rapporten. Hermed er der lagt op til læsning for alle med interesse for dette område, uanset funktion og fagligt ståsted.

Kiropraktor Line Press Sørensen har været projektleder. Hun har udarbejdet rapporten med bistand fra forsker Mette Jensen, røntgenkonsulent Klaus Knarberg Doktor og seniorforsker, ph.d. Jan Hartvigsen. Kontorfuldmægtig Ulla Dinesen har administreret projektet.

Fra NIKKB vil vi gerne takke alle de klinikker og patienter, der har deltaget i undersøgelsen. En speciel tak til de kliniksekretærer, der har stået for det praktiske med udlevering og indsamling af spørgeskemaerne. Det har været glædeligt at opleve den store opbakning. ■

September 2004



Jan Hartvigsen  
seniorforsker, ph.d.  
konstitueret daglig leder NIKKB



## Indholdsfortegnelse

<i>BAGGRUND</i> . . . . .	5
<i>FORMÅL</i> . . . . .	6
<i>METODE</i> . . . . .	6
Design . . . . .	6
Varsling . . . . .	6
Deltagelse . . . . .	6
Spørgeskemaet . . . . .	6
Indsamling . . . . .	7
Databearbejdning . . . . .	7
<i>RESULTATER</i> . . . . .	8
Deltagere . . . . .	8
Uddannelse . . . . .	8
Arbejde . . . . .	9
Arbejdsbelastning og aktivitet i fritiden . . . . .	10
Henvisningsinstanser . . . . .	11
Symptombeskrivelse . . . . .	12
Tidligere behandling . . . . .	16
Sygemelding . . . . .	16
Skadesmekanisme . . . . .	17
Andre samtidige sygdomme . . . . .	17
Rygning . . . . .	17
Røntgen . . . . .	17
SF 12 . . . . .	20
<i>DISKUSSION</i> . . . . .	20
Oversigt over resultater . . . . .	20
Sammenligning med tidligere undersøgelser . . . . .	21
Påvirkning af fysisk og mental status (SF12) . . . . .	23
Andre samtidige sygdomme . . . . .	23
Undersøgelsens repræsentativitet, styrker og svagheder . . . . .	24
Fremtidige anbefalinger . . . . .	25
<i>KONKLUSION</i> . . . . .	26
<i>REFERENCER</i> . . . . .	27
<i>BILAG 1: SPØRGESKEMA</i> . . . . .	29



## BAGGRUND

Kiropraktik er for alvor blevet integreret af det danske sundhedssystem gennem de sidste knap tre årtier. Startskuddet var overenskomsten med den offentlige sygesikring, som siden 1978 har givet tilskud til kiropraktisk behandling. I 1992 blev kiropraktorerne autoriserede, og dermed fik de officielt ret til at diagnosticere, behandle og forebygge biomekaniske dysfunktioner i rygsøjlen, bækkenet og ekstremiteterne. Endelig i 1994 blev den 5-årige universitetsuddannelse i klinisk biomekanik (kiropraktik) etableret på Syddansk Universitet i Odense.

Den stigende officielle anerkendelse har naturligvis gjort kiropraktorer til mere synlige aktører i det danske sundhedsvæsen, specielt i relation til rygproblemer. En undersøgelse fra 1997 lavet af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) viste, at en dansk kiropraktor i gennemsnit ser 18 gange så mange patienter med lænderygsmærter, som en praktiserende læge, og 9 gange så mange lændepatienter som en gennemsnitlig privatpraktiserende fysioterapeut (1,2).

Bevægeapparatslidelser er et samfundsproblem af betydelig størrelse. Således udgør muskuloskeletalt besvær den største enkelte sygdomsgruppe i den danske befolkning. 40 % af alle voksne danskere oplever hvert år rygbesvær, af disse kontakter godt 1/3 en behandler. Det betyder, at ca. 15 % af den voksne befolkning i Danmark årligt søger behandling for rygbesvær (1,2). De årlige samfundsmæssige udgifter til lænderygbesvær skønnes at være mere end 10 milliarder kr. (11).

Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) gennemførte i 1999 en landsdækkende undersøgelse af den danske kiropraktorpatientpopulation. Rapporten "Kiropraktorpatienter i Danmark - en patientprofil" (3), der efterfølgende blev udarbejdet af kiropraktor Line Press Sørensen for NIKKB, indeholder en lang række oplysninger om danske kiropraktorpatienter, f.eks. alder, køn, klager, sværhedsgrad af klager i form af smerte og begrænsning af daglige aktiviteter, sygemelding og henvisningsmønstre. Rapporten var den første beskrivelse af kiropraktorpatienter i Danmark i 40 år. Den har vist sig brugbar som inspiration til indsatsområder både inden for forskning og uddannelse. Desuden er den brugt som redskab til planlægning og synliggørelse af kiropraktorernes kompetenceområder. Som udløber af rapporten er der udarbejdet en engelsksproget artikel, som i efteråret 2001 blev offentliggjort i Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics (4). Artiklen supplerer lignende undersøgelser fra USA, Sverige, Holland og Norge, og sammen giver disse undersøgelser et billede af kiropraktikkens rolle både nationalt og internationalt. Det har desuden vist sig muligt at sammenligne resultaterne fra 1999 med resultaterne fra en dansk undersøgelse fra 1962 (5) således, at ændringer i kiropraktorernes patientmasse over de sidste 40 år har kunnet beskrives (6). ■

## FORMÅL

Denne nye patientregistreringsundersøgelse fra NIKKB har to formål:

**For det første** at fortsætte en fortløbende registrering af ændringer i kiropraktorerne patientpopulation over tid. De opfølgende undersøgelser er planlagt til at forløbe ca. hvert femte år.

**For det andet** at skabe et bredere fundament for registreringen gennem en mere uddybende beskrivelse af patientmassen. Således er spørgeskemaet udbygget til også at berøre socioøkonomiske og psykosociale forhold, samt samtidigt eksisterende sygdomme i organsystemer.

En sådan kortlægning af patientpopulationen kan være med til at synliggøre kiropraktorerne virkeområde, fremme udnyttelsen af kiropraktorerne kompetencer, og derigennem sikre en mere optimal udnyttelse af de mange ressourcer, der i Danmark hvert år anvendes på bevægeapparatlidelser.

## METODE

### DESIGN

Undersøgelsen var designet som en tværsnits spørgeskemaundersøgelse.

### VARSLING

Varsling af projektet skete ved en præsentation i Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekaniks nyhedsblad "NIKKB NYT" nr 3, 2001, og desuden ved en skriftlig orientering sendt til kiropraktorklinikkerne umiddelbart før projektets start.

### DELTAGELSE

Registreringen omfattede samtlige kiropraktorklinikker i Danmark. Hver klinik deltog i undersøgelsen, i en på forhånd tilfældigt tildelt uge (mandag til søndag).

Alle førstegangspatienter og patienter med et nyt problem samt patienter, der ikke havde været til behandling indenfor det seneste år (defineret som sygesikringsydelse 1010), blev inviteret til at deltage i undersøgelsen.

### SPØRGESKEMAET

Spørgeskemaet (bilag 1) bestod af syv sider, hvoraf den første side indeholdt titel på projektet, en kort formålsbeskrivelse og en vejledning i udfyldelsen.

Spørgeskemaet indeholdt demografiske spørgsmål vedrørende alder, køn og postnummer, desuden blev spurgt til deltagerens vægt og højde. Derefter fulgte en sektion med spørgsmål omkring uddannelsesniveau og beskæftigelse, samt belastning og aktivitet på arbejde og i fritiden.

Patienterne blev også spurgt omkring henvisning og henvisningsinstans.

Patienterne angav hvor smerteplagede de var på en Visuel Analog Skala (VAS). Fra slet ingen smerte (værdi = 0) til værst tænkelig smerte (værdi = 100).

Samme VAS-skala er brugt til angivelse af, hvor meget problemet har hæmmet patientens daglige aktivitet (ADL).

Patienterne blev dernæst bedt om at angive, hvor deres problem/smerte sad, ved afkrydsning på en smertetegning. Ved afkrydsning i mere end ét område skulle de markere det vigtigste område med en cirkel. Dette blev overført til databasen ved angivelse af primær, sekundær og evt. tertiær klage.

Herefter skulle patienterne besvare følgende spørgsmål omhandlende den primære klage: sammenlagt varighed af de nuværende smerter, sygemelding i antal dage, og hvorvidt problemet skyldtes en bestemt skade/ulykke. De blev bedt om at oplyse, om de tidligere havde haft samme problem, og om de tidligere havde søgt behandling for problemet, og i givet fald hvilken behandling, samt om de tidligere havde været hos kiropraktor for andre problemer.

For at vurdere, hvorvidt danske kiropraktorpatienters fysiske og mentale selvvaluerede funktion afviger fra normalbefolkningen, indeholdt spørgeskemaet tillige det internationalt validerede spørgeskema SF12 (13). Ud fra deltagernes besvarelser på en række indbyrdes afhængige spørgsmål kan svarene opsummeres til to værdier, der beskriver deltagerens fysiske og mentale status. Disse kaldes henholdsvis "Physical Component Summary" (PCS) og "Mental Component Summary" (MCS). Jo højere værdi des bedre helbred. PCS og MCS-scoren ligger begge på ca. 50 i den almene amerikanske befolkning (13). Der er ikke udarbejdet tal for den tilsvarende danske befolkning.

Derpå fulgte et afkrydsningsskema med spørgsmål om andre tilstedeværende sygdomme i følgende organsystemer: Hjerte/kredsløb, lunger, astma/allergi, mave/tarm, underliv, neurologiske sygdomme og sukkersyge. Der blev spurgt til, om patienten var ryger eller tidligere ryger. Endelig blev der spurgt til, om patienten var blevet røntgenfotograferet af kiropraktoren, samt dato for udfyldelsen af skemaet.

Spørgeskemaet blev udbygget væsentligt, siden den første undersøgelse i 1999. Da bestod skemaet kun af fire sider. Mange nye variabler blev medtaget. Spørgsmålene omkring erhvervsuddannelse, beskæftigelse, fysisk belastning på arbejde og i fritiden og skadesmekanisme var således nye. Spørgeskemaets SF12 del var ny, sammen med spørgsmålene om samtidigt tilstedeværende sygdomme og rygning, samt røntgen.

For at forbedre spørgeskemaet blev der foretaget enkelte ændringer i de tidligere stillede spørgsmål. I modsætning til spørgeskemaet fra undersøgelsen i 1999 blev der i dette spørgeskema nævnt de mest almindelige henvisningsinstanser i et afkrydsningsskema. Desuden blev der åbnet mulighed for at markere mere end et område på smertetegningen med samtidig angivelse af det vigtigste område. I det tidligere spørgeskema måtte man kun angive ét område.

Varighedsspørgsmålet blev også ændret, der blev istedet spurgt: "Hvor længe har de nuværende smerter stået på?", mens der i 1999 blev spurgt "Ca. hvor længe har smerterne sammenlagt stået på?". Desuden blev varigheden af mulig sygemelding oplyst.

#### INDSAMLING

Dataindsamlingen forløb gennem hele år 2002. Indsamling af data blev varetaget og administreret af NIKKB.

Med spørgeskemaerne fulgte en vejledning i indsamlingen og håndteringen af disse. Spørgeskemaet skulle udleveres til patienten umiddelbart efter kiropraktorens første undersøgelse og behandling. Det skulle efter udfyldelsen afleveres til kliniksekretæren i en lukket kuvert, også blanke spørgeskemaer blev indsamlet på denne måde. Alle besvarelser blev behandlet anonymt. Efter endt registreringsuge sendte kliniksekretærene skemaerne retur til NIKKB, som registrerede hvert skema med et ID-nummer til indtastningsbrug, samt kliniknummer, ugetal og patientnummer. Ved manglende returnering fik klinikkerne først en skriftlig påmindelse, efterfulgt af en telefonisk rykker.

#### DATABEARBEJDNING

Oplysningerne fra spørgeskemaerne blev indtastet manuelt i en Microsoft Access database, og der blev udtaget stikprøvekontrol af indtastningerne for at checke for fejl.

Bearbejdning af data blev varetaget af NIKKB. Statistisk bearbejdning er foretaget med statistikprogrammet Stata 7.0 (29).

Signifikansniveauet  $p < 0,05$  betragtes som værende signifikant.

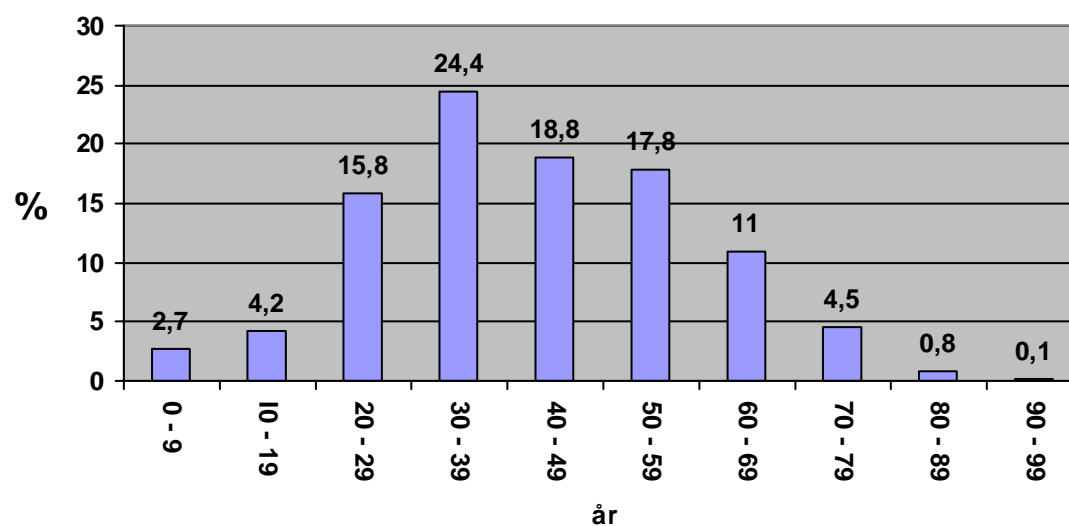
RESULTATER

DELTAGERE

Patientdata stammer fra 85 % af landets kiropraktorklinikker. 31 af i alt 213 klinikker deltog ikke i undersøgelsen. 13 på grund af ferie i den tildelte uge; 12 ønskede ikke at deltage; tre klinikker havde ingen nye patienter i ugen, og tre havde mistet skemaerne.

Ud af 1969 patienter besvarede 1595 spørgeskemaet (81 %).

Af de deltagende patienter er 50,5 % kvinder og 49,5 % mænd. Gennemsnitsalderen er 42 år med en standard deviation på 17, et minimum på nul år og maksimum på 93 år. Der er ingen kønsmæssig forskel på aldersfordelingen. 61 % tilhører aldersgruppen 30-60 år (figur 1). Børn under ét år udgør ca. 1 % af samtlige patienter. Fordelingen af patienter på amterne er vist i Tabel 1.



Figur 1. Aldersfordeling

Total	1595 (1871)		
Nordjyllands Amt	117 (153)	Fyns Amt	167 (195)
Viborg Amt	58 (65)	Storstrøms Amt	100 (106)
Vejle Amt	130 (168)	Vestsjællands Amt	97 (108)
Ringkøbing Amt	92 (152)	Roskilde Amt	55 (80)
Aarhus Amt	183 (211)	Frederiksborg Amt	129 (147)
Sønderjyllands Amt	71 (57)	Københavns Amt	279 (329)
Ribe Amt	90 (84)	Bornholms Amt	8 (16)

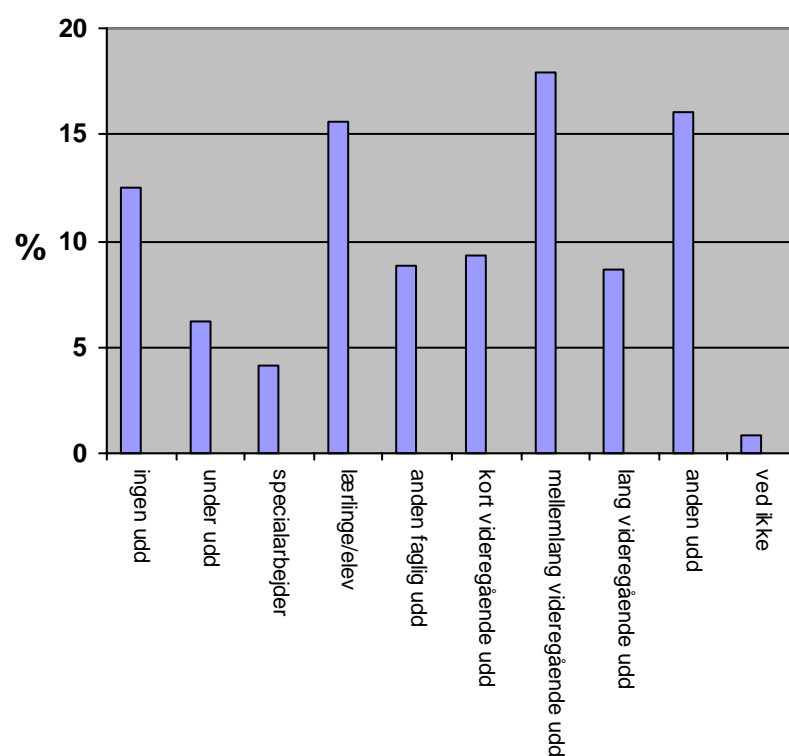
Tabel 1. Patienter fordelt på amter, tallet i parentes angiver værdien for 1999-undersøgelsen.



*UDDANNELSE*

Kiropraktorpatienternes uddannelsesniveau kan ses i figur 2. De fleste (18 %) har en mellemlang videregående uddannelse.

Ikke overraskende er stort set alle deltagende specialarbejdere mænd. Mere end dobbelt så mange kvinder som mænd har en mellemlang videregående uddannelse. Dette kan formodentlig tilskrives store faggrupper som sygeplejersker og pædagoger. Til gengæld har næsten dobbelt så mange af de mandlige patienter en lang videregående uddannelse, sammenlignet med kvinderne.



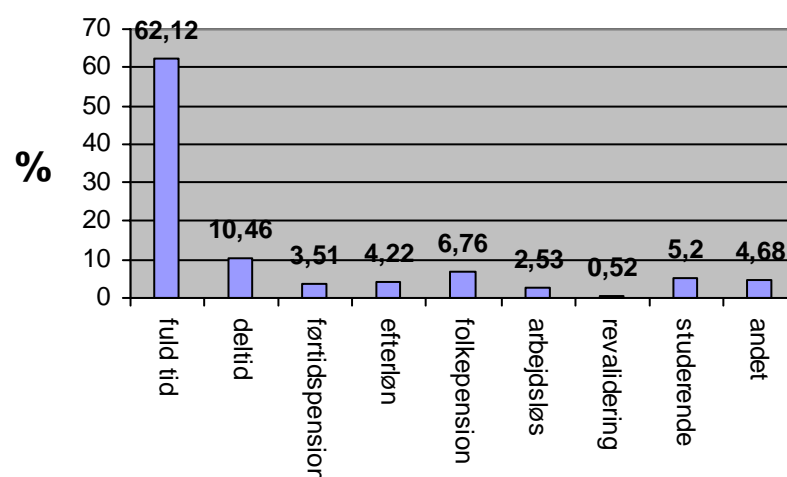
Figur 2. Kiropraktorpatienternes uddannelsesniveau.

*ARBEJDE*

Kiropraktorpatienternes erhvervsaktivitet ses i figur 3.

72,6 % af de kiropraktiske patienter er i arbejde.

75 % mænd arbejder fuldtid, mens dette kun er tilfældet for 50 % af kvinderne. Tilsvarende er der flere kvinder, der arbejder deltid, og der er også lidt flere kvinder, der modtager en eller anden form for pension, er arbejdsløse eller studerende.



Figur 3. Kiropraktorpatienternes erhvervsaktivitet.

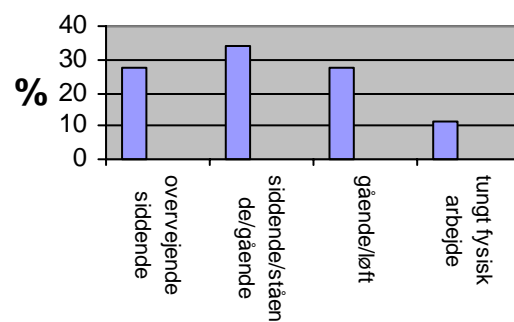
*ARBEJDSBELASTNING OG FYSISK AKTIVITET I FRITIDEN*

Figur 4 viser kiropraktorpatienternes selvrapporterede fysiske arbejdsbelastning.

Der er stor forskel på kønnenes arbejdsbelastning, 16,5 % mænd har tungt fysisk arbejde mod 6% af kvinderne.

Adspurgt til aktivitet i fritiden befinder hovedparten (38 %) sig i gruppen, der ”dyrker let fysisk aktivitet mere end 4 timer pr. uge”. 14 % angiver, at de ”næsten helt fysisk passive eller dyrker let fysisk aktivitet mindre end 2 timer pr. uge”.

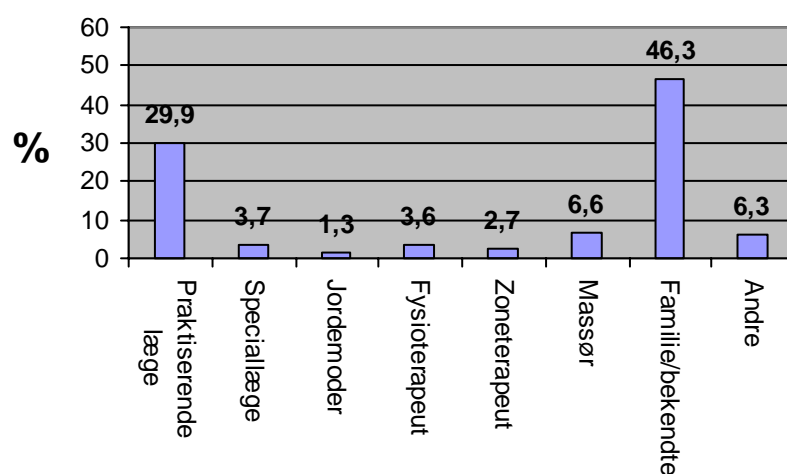
Halvt så mange kvinder som mænd ”dyrker anstrengende fysisk aktivitet mere end 2 timer pr. uge”, henholdsvis 15 og 30 %.



Figur 4. Kiropraktorpatienternes fysiske belastning på arbejde.

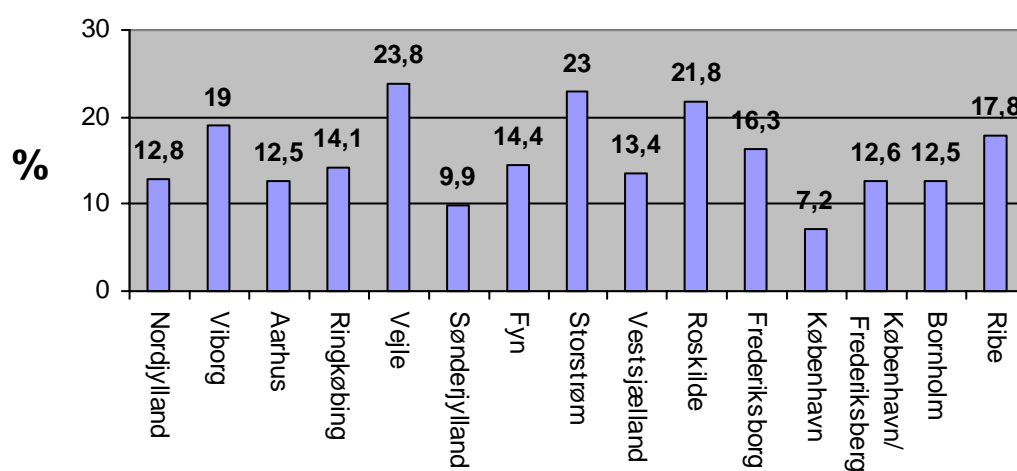
*HENVISNINGSIINSTANSER*

Af samtlige patienter i undersøgelsen er 51 % henvist, heraf er 24 % henvist fra familie eller bekendte, mens 19,5 % er henvist af en autoriseret behandler i sundhedssystemet. Figur 5 viser de henviste fordelt på henvisningsinstanserne.



Figur 5. Henviste patienter fordelt på henvisningsinstanser.

Der er forholdsvis store regionale forskelle på antallet af lægehenviste patienter, fra 7,2 % i Københavns amt til 23 % lægehenviste patienter i Storstrøms amt (figur 6).



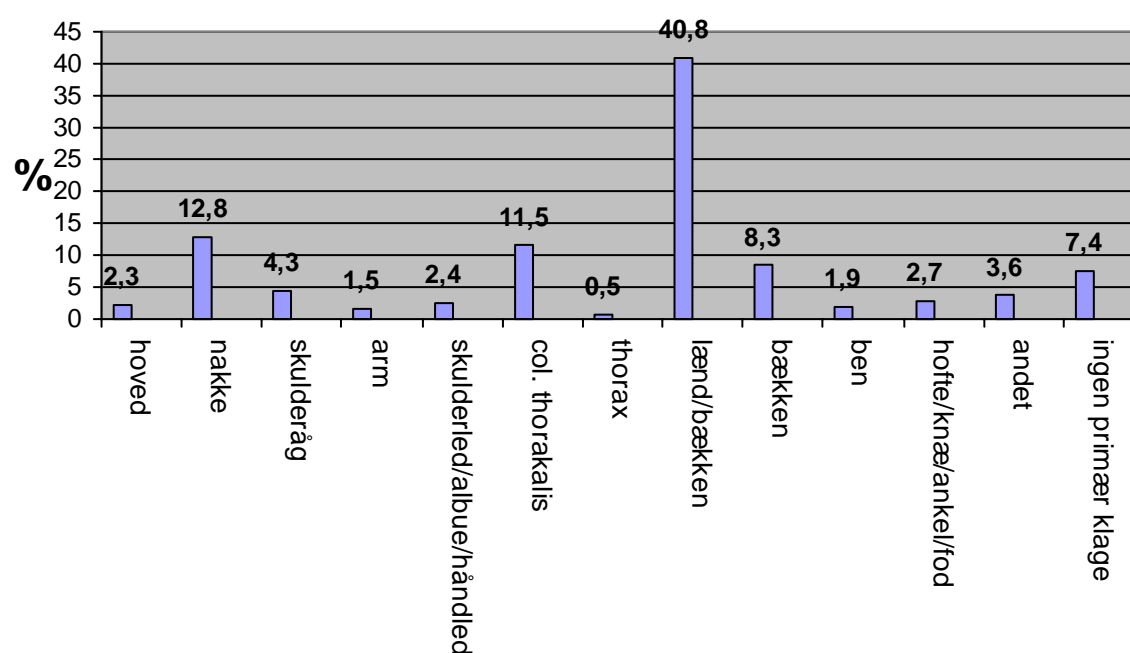
Figur 6. Andel af henviste patienter totalt fra praktiserende læger fordelt på amter.

SYMPTOMBESKRIVELSE

1) Placering

Primærklagernes fordeling er vist i figur 7.

Lændeproblemer er langt den hyppigst angivne primærklage med næsten 41 %, efterfulgt af nakkeproblemer hos knap 13 %, og problemer fra columna thoracalis hos 11,5 %.



Figur 7. Fordeling af primærklage.

Der er enkelte, ikke signifikante, forskelle mellem kønnene på primærklagerne. Således har 45 % mænd angivet lænden som deres primære problem mod 37 % kvinder. 55 % af nakke/skulderpatienterne er kvinder.

Hvis primærklagen er fra lænden, klager 31 % over sekundære smerter. Hovedgrupperne er her fordelt på bensmerter med 10 %, nakkeproblemer 6 % og problemer fra columna thoracalis hos 5%. Af de patienter, der har angivet nakken som primær klage, har 51 % angivet en sekundær klage. 16 % angiver hovedet som sekundær klage, 6 % angiver skulderålg som sekundær klage og endnu 6 % angiver armen som sekundær klage.

Hos patienter med primær klage fra columna thoracalis angiver 37 % en sekundær klage. 11 % angiver således nakkeproblemer som deres sekundære klage. 5 % har sekundær klage fra armen, mens 9 % har lænderygsproblemer.

Over en tredjedel (37 %), af de patienter hvis primærklage er hovedpine, angiver sekundærklager fra nakken.

Godt 42 % af deltagerne i undersøgelsen klager over lænde/bækkensmerter uden udstråling, mens 4 % klager over lænde/bækkensmerter med udstråling til den proximale del af underekstremiteterne. Yderligere 3 % klager over lænde/bækkensmerter med udstråling til både den proximale og distale del af underekstremiteterne.

Blandt personer med overvejende stillesiddende arbejde klager 16 % over nakkesmerter, mens kun 9 % med hårdt fysisk arbejde har denne klage. Personer med hårdt fysisk arbejde henvender sig oftere med bækkenproblemer end gennemsnittet (11,3 % vs. 8,3 %).

Der er forskel i gennemsnitsalderen, når den udregnes for de forskellige klager (tabel 2). Således er gennemsnitsalderen for deltagerne med andre klager end lænd- eller bensmerter på 39,6 år. For patienter med lændeproblemer uden udstråling er gennemsnitsalderen 44 år, mens gennemsnitsalderen for patienter med lændesmerter med udstråling til den proximale del af underekstremiteterne er 44,4 år. Ved lændesmerter med udstråling til både proximale og distale underekstremitet er gennemsnitsalderen på 48,6 år. Den højeste gennemsnitsalder findes hos patienter med smerter fra thorax, hvilket dog skal tages med forbehold, idet der kun er 7 observerede i denne kategori.

Smertelokalisation	år
Col. thorakalis	37,5
Hoved	37,9
Nakke	39,3
Lænd	44
Lænd + prox. U.E.	44,4
Lænd + dist. U.E.	48,6
Nakke + Col. Th + O.E.	48,9
Thorax	50,9

Tabel 2: Gennemsnitsalder set i forhold til smertelokalisation.

## 2) Smertescore og aktivitetshæmning

Den gennemsnitlige smertescore på VAS er angivet til 60,9 med standarddeviation på 22,7. Gennemsnitscoren for hæmning i ADL er 58,5 med standarddeviation på 28,1. Der er ingen kønsforskel. Det ses, at styrken af smerten og graden af aktivitetshæmning varierer i forhold til klagerne (tabel 3). Patienter med lændesmerter, der udstråler til underekstremiteterne, har højere smertescore og hæmning i daglige aktiviteter end andre patientgrupper. Derimod har patienter med kun overekstremitetsmerter og patienter med smerter fra ekstremitetsled lavere smertescore. Begrænsningen i Activity of Daily Living (ADL) er desuden lav for nakke/hovedpinepatienterne og for den gruppe, der har problemer fra ekstremiteterne.

Smertelokalisation	Smerte VAS	ADL VAS
Hoved	62 (55-68)	53 (45-62)
Nakke	59 (56-62)	54 (50-58)
Nakke/hoved el OE	58 (53-65)	52 (48-56)
OE alene	55 (43-66)	55 (43-66)
Col.thorakalis	62 (59-66)	57 (53-61)
Col.thor + bryst el. OE	58 (51-67)	56 (46-64)
Lænd	63 (62-65)	62 (60-65)
Lænd + UE	65 (61-68)	64 (60-68)
UE alene	61 (41-81)	62 (50-74)
Ekstremitets led	53 (48-58)	54 (46-62)
Andet	57 (55-59)	48 (44-52)
Alle	61 (60-62)	58 (57-60)

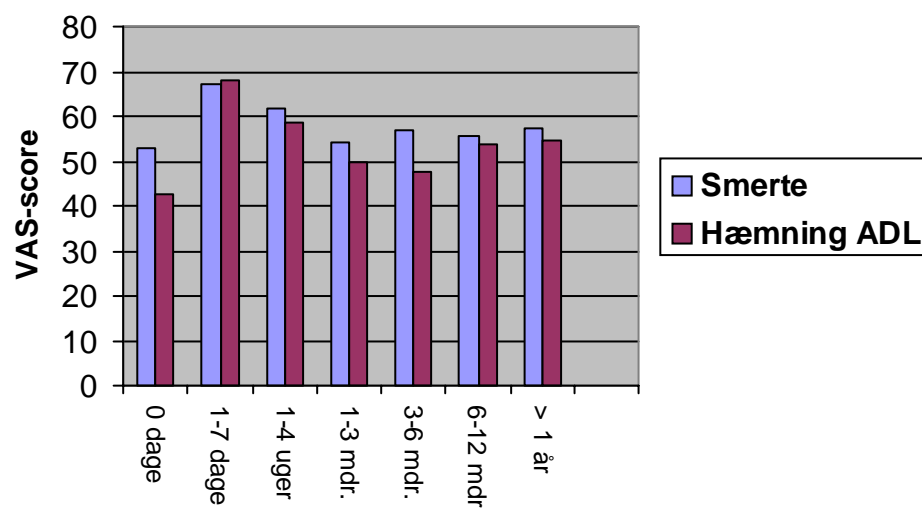
**Tabel 3.** Primære klager, deres gennemsnitlige VAS-score for smerte og hæmning i dagligt aktivitetsniveau (ADL). Tallene i parentes angiver 95 % sikkerhedsgrænser.

Smerte og hæmning i ADL er lavest hos de patienter, der søger behandling samme dag problemet opstår, mens gruppen, der har gået med problemet op til en uge, har den største smertescore og hæmning i ADL (figur 8).

Hos personer med overvejende stillesiddende arbejde ses en tendens til lavere score både smertemæssigt og for hæmning i ADL. Gennemsnitlig smertescore for denne gruppe er 58,7 og ADL 55,2. Derimod ses det, at patienter med tungt fysisk arbejde gennemsnitligt har tendens til større score for smerteintensitet og ADL, nemlig henholdsvis 64,4 og 66,8.

Hvis man ser på smerte og ADL i forhold til fysisk aktivitet i fritiden, er der tendens til en faldende smertescore jo mere aktiv man er i fritiden. Smertescoren er således 64,8 for de patienter, der laver let fysisk aktivitet mindre end 2 timer pr. uge, og ved anstrengende aktivitet mere end 4 timer om ugen er den kun 59,2. Sammenhængen ses også for aktivitethæmning. Således findes den største ADL-score på 62 hos dem, som er let fysisk aktive mindre end 2 timer om ugen, mens den laveste ADL-score, nemlig 57,6, findes i gruppen med anstrengende aktivitet 2-4 timer om ugen.

Der er ingen forskel i smertescoren hos de to køn.



Figur 8. Gennemsnitlig VAS-score for smerte og aktivitetshæmning, fordelt på varighed af problemet.

3) *Varighed*

Varigheden af det primære problem er inddelt i følgende klassificering:

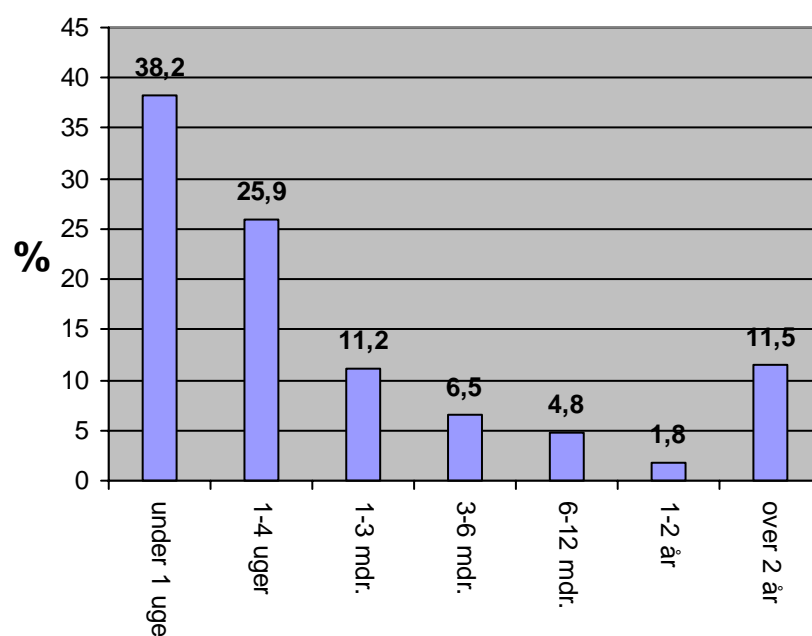
Akut: mindre end 4 uger.

Subakut: mellem 4 uger og 6 måneder.

Kronisk: over 6 måneder.

64 % lider af en akut episode ved henvendelse til kiropraktor, heraf ligger halvdelen inden for den første uge. 18 % af patienterne søger kiropraktor, mens problemet er subakut, og de sidste 18 % venter til problemet er blevet kronisk.

38 % af patienterne kommer til kiropraktor inden for den første uge, mens 11,5 % venter mere end to år før kiropraktor opsøges (figur 9).



Figur 9. Smertens varighed før kiropraktor opsøges.

Flere mænd end kvinder søger kiropraktor inden for både den første uge (44 % vs. 33 %) og første måned (69 % vs. 59 %). Dette er en signifikant forskel i sygdomsmønstret  $p < 0,05$ .

#### TIDLIGERE BEHANDLING

60 % af deltagerne har tidligere haft samme problem.

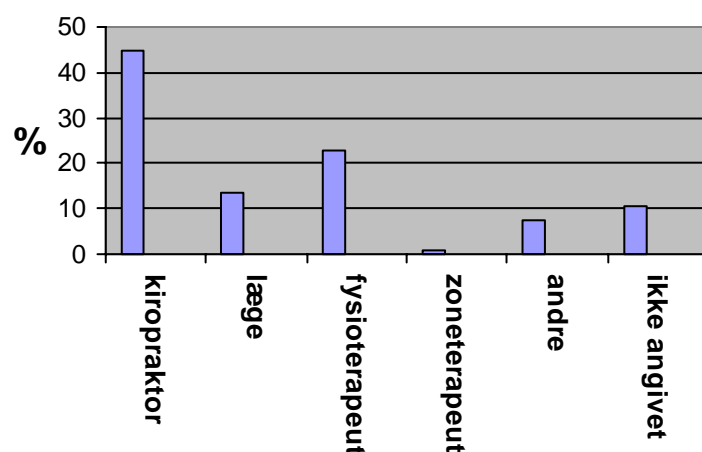
857 personer, det vil sige lige godt 50 %, angiver tidligere at have søgt behandling for det problem, de nu søger afhjulpethed ved kiropraktisk behandling. Fordeling på behandlere kan ses i figur 10.

Af de 857 patienter har 192 været hos to tidligere behandlere og heraf har 33 patienter været hos tre tidligere behandlere. Kvinderne udgør i begge tilfælde 63 % af de ”multibehandlede”.

40 % af alle adspurgte er tidligere blevet behandlet hos en kiropraktor, dog ikke nødvendigvis for samme problem.

Patienter, der før har fået behandling hos en kiropraktor, har tendens til at søge kiropraktisk behandling tidligere end andre patienter. Således opsøger 46,5 % af disse patienter kiropraktor inden for den første uge, og kun 9,5 % procent venter mere end et halvt år, før kiropraktor søges, mod henholdsvis 38,2 % og 18,1 % i hele patientpopulationen.

Til gengæld kommer kun 25 % af de patienter, der først går til lægen, til kiropraktor inden for den første uge, mens 40,9 % først søger kiropraktor, når de har haft problemet 6 måneder eller længere. Tidligere fysioterapeutpatienter viser samme tendens. Her kommer 21,4 % til kiropraktor inden for den første uge, mens 38 % venter 6 måneder eller mere, før der søges kiropraktor.



Figur 10. Andel af tidligere behandlede patienter fordelt på behandlere.

#### SYGEMELDING

28,6 % af patienterne i undersøgelsen har været sygemeldt på grund af det aktuelle problem. Under 1 % (0,72 %) af kiropraktorpatienterne har været sygemeldt længere tid end 4 måneder. 1,8 % har været sygemeldt 1-4 måneder; 1,9 % i 2-4 uger; 4,3 % mellem 1 og 2 uger, og 20 % har været sygemeldt under en uge. Den procentvise fordeling af sygemeldingerne er ens for begge køn.



Der er en sammenhæng mellem graden af tungt fysisk arbejde og sygemelding. Således er 36 % af patienterne i gruppen med arbejdsbelastningen betegnet som ”gående af og til løft” sygemeldt. I gruppen med tungt fysisk arbejde er 47,7 % sygemeldt; her er varigheden af sygemeldingen desuden længere, således er 12,4 % sygemeldt mellem 1 og 2 uger.

Ser man til gengæld på deltagernes fritidsaktivitet, er der flest sygemeldte (34,7 %) i gruppen med mindst fysisk aktivitet (”næsten helt passiv eller i let fysisk aktivitet mindre end 2 timer om ugen”). Der er færrest sygemeldte i gruppen med let fysisk aktivitet mere end 4 timer pr. uge (24,6 %).

#### SKADESMEKANISME

25 % af kiropraktorpatienterne angiver, at deres symptomer er opstået efter en bestemt skade/ulykke (27 % mænd vs. 24 % kvinder).

#### ANDRE SAMTIDIGE SYGDOMME (CO-MORBIDITET)

Tabel 4 viser tilstedeværelsen af andre samtidige sygdomme i hele patientpopulationen.

For tre organsystemer er der signifikant kønsforskel: Flere kvinder end mænd angiver lungeproblemer (25 % vs. 19 %). Flere kvinder end mænd lider af mave/tarm problemer (16 % vs. 7,5 %). 13% af de kvindelige patienter lider desuden af underlivsproblemer, hvilket ikke forekommer hos mænd.

sygdom	procent
lungeproblemer	23%*
astma/allergi	14%
mave/tarm	12%*
underlivsproblemer	13%*
hjerte/kredsløb	5%
diabetes	1,4%

**Tabel 4.** Andel af hele patientpopulationen, der lider af andre samtidige sygdomme, fordelt på lidelser.

\* angiver signifikant større forekomst af lidelsen hos kvinder end hos mænd.

#### RYGNING

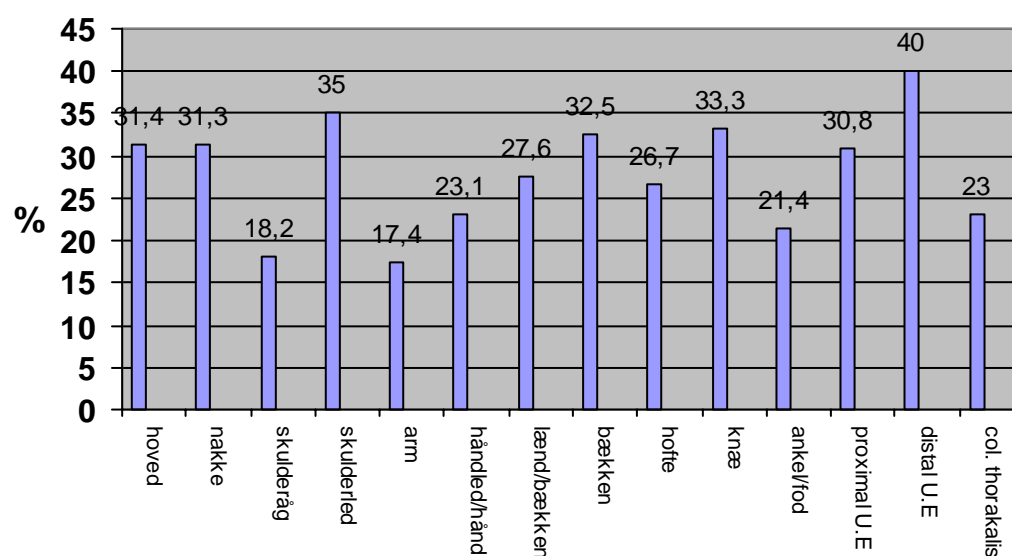
32 % af patienterne er rygere (33,5 % mænd vs. 30 % kvinder).

30 % angiver at være tidligere rygere. Der er en svag tendens til, at rygere har færre hoved/nakkeklager (13,2 % vs. 16,1 %), men til gengæld har rygere lidt flere lændeproblemer end ikke-rygere (43,9 % vs. 39,3 %).

#### RØNTGEN

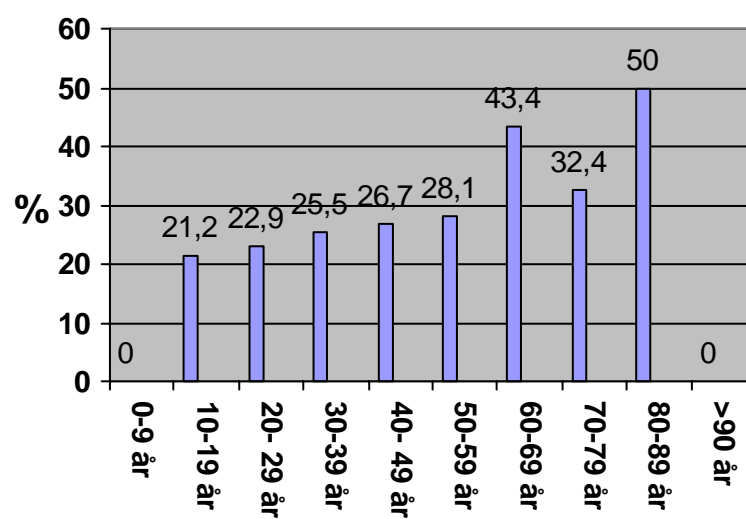
27,2 % af patienterne har fået taget røntgenbilleder hos kiropraktoren.

Andelen af røntgenoptagelser afhænger af, hvilket problem patienten præsenterer. I figur 11 ses andelen af røntgenoptagelser fordelt på lidelserne. Patienter, der klager over udstråling til distale underekstremiteter, er den gruppe der hyppigst bliver røntgenfotograferet (40 %). Hoved- og nakkepatienter ligger også forholdsvis højt (31 %), mens columna thorakalis-patienter får taget forholdsvis få røntgenbilleder i forhold til de andre columna grupper (23 %). Lænde/bækken-patienterne får taget røntgenbilleder i 27,6 % af tilfældene (figur 11).



Figur 11. Andel røntgenoptagelser fordelt på primærlidelser.  
Der er kun inkluderet de primærlidelser, som indeholder mere end 10 patienter.

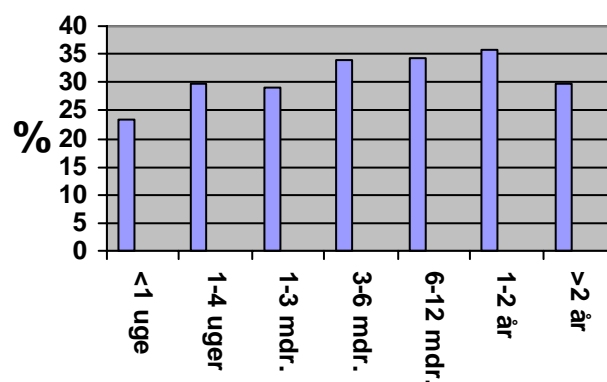
Der ses en næsten proportionel stigning i andelen af røntgenoptagelser med stigende patientalder (figur 12).



Figur 12. Andel røntgenoptagelser fordelt på aldersgrupper.

Signifikant færre tidligere kiropraktorpatienter får taget røntgenbilleder i forhold til førstegangsbesøgende (22 % vs. 30 %).

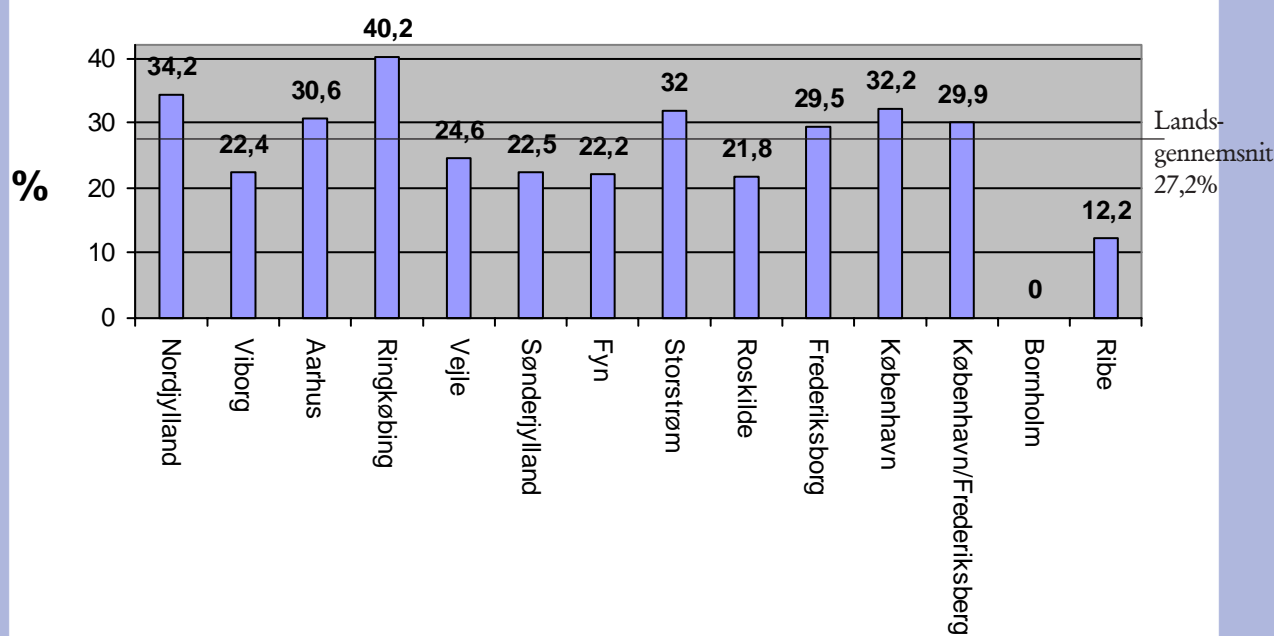
Generelt bliver der taget flere røntgenbilleder ved længerevarende symptomer (se figur 13). Dog får 23,2 % af de patienter, der har gået under en uge med problemet, taget røntgen. Ved problemer med varighed på længere end to år falder hyppigheden af røntgenoptagelser hos kiropraktoren igen.



Figur 13. Andel af røntgenoptagelser fordelt på symptomvarighed.

Der er en tendens til en højere smertescore (63 vs. 60) og en højere grad af hæmning i ADL (61 vs. 57) hos gruppen som får taget røntgen, sammenholdt med patienter, der ikke får taget røntgenbillede.

Figur 14 viser brugen af røntgenoptagelser i de forskellige amter. Det ses, at syv amter ligger over landsgennemsnittet på 27,2%, mens tre amter, Vestsjællands amt, Ribe amt og Bornholms amt, ligger væsentligt under landsgennemsnittet. Dog må tallene for Bornholms amt tages med forbehold idet data er indhentet på baggrund af kun otte patienter.



Figur 14. Andel af røntgenoptagelser i hele patientpopulationen fordelt på amter.

*SF-12*

Undersøgelsen viser for lænde/bækken-patienterne en gennemsnitlig PCS-score på 28,8 og en MCS-score på 51,6. Blandt dem, der besvarede disse spørgsmål, er gennemsnitsalderen 47 år, og 71 % er mænd. Der er ingen kønsforskel.

For nakke/skulder-patienterne ligger den gennemsnitlige PCS score på 30,3 og MCS scoren er 51,7. Gennemsnitsalderen for disse besvarelser er 41 år og 59 % er mænd. Der er ingen kønsforskel.

*DISKUSSION*

*OVERSIGT OVER RESULTATER*

Halvdelen af de danske kiropraktorpatienter henvender sig med smerter relateret til lænderyggen og bækkenet. 12,8 % og 11,5 % af henvendelserne i denne undersøgelse skyldes henholdsvis nakke- og thorakale problemer. 2,3 % klager over hovedpine.

1 % henvender sig med O-lidelserne kolik, svimmelhed og astma/allergi. Desuden er der formodentlig andre O-lidelser repræsenteret i kategorien ”andet” som indeholder ca. 2 % af patienterne.

Der er en svag tendens til kønsforskelle i symptomudbredelsen, idet 55 % af nakke/skulderpatienterne er kvinder, mens 52 % af lændeklagerne kommer fra mænd.

Physical Component Summary (PCS) er væsentlig lavere hos kiropraktorpatienterne i denne undersøgelse end i normalbefolkningen.

Lænde/bækkenpatienterne har den dårligste fysiske score på 28,8, mens nakke/skulderpatienterne har en score på 30,3. Mental Component Summary (MCS) er den samme som i normalbefolkningen.

Over halvdelen (64 %) af patienterne søger behandling i den akutte fase (varighed < 4 uger).

Undersøgelsen viser, at 60 % af patienterne tidligere har haft det samme problem, der nu får dem til at søge kiropraktor.

Tidligere kiropraktorpatienter søger kiropraktisk behandling før de patienter, der ikke tidligere har været hos kiropraktor. Desuden er der en tendens til, at patienter som har været hos en læge eller fysioterapeut med problemet, venter meget længe (40 % venter 6 måneder eller længere), før de opsøger kiropraktoren.

Næsten ¼ af kiropraktorpatienterne angiver også at have lungeproblemer. 14 % lider af astma/allergi. 12 % af mave/tarm-problemer. 5 % angiver hjerte/kredsløbsproblemer. 32 % af kiropraktorpatienterne er rygere.

29 % af patienterne i undersøgelsen er, eller har været, sygemeldt på grund af problemet. Langt størsteparten (70 %) er sygemeldt under én uge, og 90 % af patienterne er sygemeldt mindre end én måned. Flest lænderygpatienter er sygemeldt, mens nakkepatienterne er sygemeldt forholdsvis længere tid, inden de opsøger kiropraktor. Ud over hyppigere sygemelding ses der, hos gruppen med tungt fysisk arbejde, også længerevarende sygemelding.

Halvdelen af patienterne i undersøgelsen er henvist. 16,9 % er henvist fra en læge. Der er meget store regionale forskelle i andelen af lægehenviste patienter. I bunden ligger København og Sønderjyllands amt med færrest lægehenviste patienter. Vejle og Storstrøms amt har det bedste samarbejde, målt i lægehenvisninger.

27 % af de deltagende patienter i undersøgelsen fik taget røntgenbilleder ved første besøg hos kiropraktoren. Flere faktorer såsom alder, symptomernes placering, varigheden af problemet og graden

af smerte og aktivitetspåvirkning, spiller ind på hyppigheden af røntgenoptagelser. Der ses øget tendens til at tage røntgenbilleder med patienternes stigende alder. Desuden er der, naturligt nok, nogle lidelser som hyppigere bliver røntgenfotograferet. Eksempelvis bliver patienter med udstrålende symptomer til underkstremiteterne røntgenfotograferet oftest. Herefter følger skulderleds-, knæ og bækkenpatienterne, mens hoved- og nakkepatienterne også ligger over gennemsnittet. Hovedpinepatienterne formodes at få røntgenfotograferet nakken.

Generelt bliver der taget flere røntgenbilleder des længere patientens symptomer har stået på, dog falder hyppigheden af røntgenoptagelser ved varighed over to år. Dette kan skyldes, at disse patienter ofte har fået foretaget røntgen andet steds i sundhedssystemet. 23% af kiropraktorpatienter, der henvender sig med et problem af varighed under én uge, får foretaget røntgenundersøgelse. Dette skyldes sandsynligvis, at flertallet af patienterne (60%) tidligere har haft samme problem, som de nu henvender sig med, og at der derfor hos disse er indikation for røntgenundersøgelse ifølge danske anbefalinger (4). Derudover kan der ved ryg- og nakkesmerter af kortere varighed være indikation for røntgenundersøgelse, for eksempel hos ældre eller hos personer med anden samtidig sygdom i knogler.

Patienter, der får taget røntgen, har flere smerter og er mere hæmmet i ADL sammenlignet med de patienter, der ikke får taget røntgen.

Flere faktorer synes at have indflydelse på deltagernes smertescore og grad af hæmning i det daglige aktivitetsniveau. Placeringen af problemet spiller selvsagt ind på funktionsdygtigheden. Patienter med symptomer i hoved- og nakke-regionen er ikke hæmmet så meget, som patienter med lændeproblemer med eller uden udstråling. Denne patientgruppe har også mest ondt. Desuden har man mest ondt og er mest hæmmet aktivitetsmæssigt, hvis problemet er akut, men dog har været mere end én dag. Personer med hårdt fysisk arbejde beskriver stærkere smerte og mere aktivitets-hæmning end patienter med stillesiddende arbejde, mens det forholder sig modsat med hensyn til fritidsaktiviteter.

Kiropraktorpatienterne i denne undersøgelse har gennemsnitligt et højere uddannelsesniveau end det er tilfældet i den almene befolkning.

Aldersfordelingen er fordelt normalt, med en gennemsnitsalder på 42 år.

Der er ingen signifikant forskel i repræsentationen af de to køn i patientpopulationen.

#### SAMMENLIGNING MED TIDLIGERE UNDERSØGELSER

Den gruppe, der klagede over smerter fra lænderyggen eller bækkenet var lidt større i den foregående undersøgelse fra 1999, hvor tallet var helt oppe på 53%. Tallene i rapporten dengang stemmer godt overens med værdier fundet bl.a. i en hollandsk undersøgelse, her udgjorde smertetilstande relateret til lænderyggen også 49% af henvendelserne hos en kiropraktorpopulation (8). I nærværende undersøgelse ses flere lændeproblemer og færre nakke/skulder-problemer end fordelingen i den almene befolkning. En DIKE-rapport fra 1995 (11) viste, at stort set lige mange i den voksne danske befolkning har oplevet lændeproblemer og nakke/skulder-problemer inden for det sidste år, men for de fleste med dagligt besvær er grunden hyppigst lænden. Overraskende få henvendelser i denne undersøgelse skyldes nakke- og thorakale problemer. Dette er dog ikke unikt for kiropraktorpatienter. Nyere svenske studier, hvor lægekontakter undersøges, viser samme tendens (9,10). Dette er også beskrevet for danske patienter hos de praktiserende læger i Århus Amt (15).

Endnu færre henvendelser skyldes problemer andre steder fra bevægeapparatet end direkte ryg-relaterede. En undersøgelse af kiropraktorpatienter i Nordamerika konkluderer på lignende vis, at kiropraktorpatienter næsten udelukkende søger hjælp for muskuloskeletale symptomer, her angav

mere end 70 % af patienterne ryg- eller nakkeproblemer som grund til deres henvendelse hos kiropraktoren (14). Sammenlignet med undersøgelsen fra 1999 (3) er der dog en større andel af patienter med klager fra hovedet (2,3 % vs. 1,5 %), hvilket dog stadig må betegnes som få, i betragtning af at over 1/3 af den danske befolkning lider af hovedpine (12). Desuden er andelen af ekstremitetsklager steget fra 3 % til 5,1 %.

Der er, i lighed med undersøgelsen foretaget i 1999, hvor 3 % af henvendelserne skyldtes O-lidelser (6), meget få henvendelser omhandlende nonmuskuloskeletale klager. En sammenligning med tidligere dansk forskning viser et fald i patienthenvendelser omhandlende disse lidelser gennem de sidste 4 årtier. 7 % af henvendelserne hos kiropraktor skyldtes O-lidelser i 1962, 3 % i 1999 og mellem 1,1 og 2,7 % i 2002 (6).

I forhold til undersøgelsen foretaget i 1999 er andelen af patienter, der søger behandling i den akutte fase, steget drastisk (64 % vs 20,4 %). I 1999 søgte hovedparten behandling i den subakutte fase, og kun 4,5 % i løbet af den første uge. Resultatet fra den nuværende undersøgelse ligner værdier fundet i andre skandinaviske undersøgelser af kiropraktorpatienter (17,18). I en svensk undersøgelse opsøgte 28 % kiropraktor inden for den første uge, i alt 51 % i det akutte stadie, mens 23 % ventede mere end 6 måneder, før de søgte kiropraktor (17). I en norsk undersøgelse har størstedelen, 86-93 % af alle kiropraktorpatienterne, enten haft deres problem i relativ kort tid (< 3 måneder) eller lang tid (> 6 måneder) (18).

Mere end halvdelen af patienterne i undersøgelsen har tidligere haft det samme problem, der nu får dem til at søge kiropraktor. Allerede i 1980 beskrev Gannik den almene befolknings rygbesvær som tilbagevendende. Kun 4 % af de personer, som på et eller andet tidspunkt har haft rygbesvær, har kun oplevet ét tilfælde (21).

I modsætning til undersøgelsen i 1999 viser denne undersøgelse, at tidligere kiropraktorpatienter søger kiropraktisk behandling før de patienter, der ikke tidligere har været hos kiropraktor. Dette stemmer godt overens med tal fra Sverige (17).

Næsten tilsvarende denne undersøgelse angav 1/3 af patienterne i 1999-undersøgelsen, at de havde været sygemeldt på grund af problemet. Blandt norske kiropraktorpatienter var 12,5 % sygemeldt forud for besøget hos kiropraktoren (18), altså en væsentlig mindre andel end i denne undersøgelse, til gengæld var forholdsvis flere sygemeldt i længere tid.

Sammenlignet med undersøgelsen fra 1999 er andelen af henviste patienter næsten fordoblet. Det er primært andelen af patienter henvist af familie/bekendte, der er steget (fra 7 % til 24 %). Dette skyldes formodentlig, at der i 1999-undersøgelsen ikke blev spurgt direkte til denne henvisningsinstans.

Henvisninger fra det etablerede behandlervæsen er steget fra 15,8 % i 1999 til 19,5 % i 2002. Andelen af lægehenviste er desuden steget fra 11,2 % til 16,9 %.

I lighed med forrige undersøgelse er der meget få patienter, som opsøger kiropraktor på opfordring fra en fysioterapeut. Dette skyldes nok den overlapning, der findes i kiropraktorernes og fysioterapeuternes virkeområde, samt en tendens til at se hinanden som konkurrenter frem for samarbejdspartnere.

Flere kiropraktorpatienter i denne undersøgelse har taget en videregående uddannelse end i normalbefolkningen (36 % vs. 24 %). Denne tendens ses både ved de korte, mellem- og længerevarende videregående uddannelser. Derimod er der færre erhvervsfaglige (28 % vs. 39 %) og færre med alene grundskoleuddannelse blandt de adspurgte kiropraktorpatienter (22). Forskning viser, at jo hårdere



fysisk arbejde, des flere rygsmerter; hvorimod der ikke er blevet påvist nogen sammenhæng mellem stillesiddende arbejde og rygsmerter (23). Derfor kunne man umiddelbart forvente, at der som minimum var samme fordeling af lavere uddannede blandt kiropraktorpatienter som i normalbefolkningen, mens højtuddannede med mere stillesiddende arbejde ikke burde være overrepræsenterede, som det ses i denne undersøgelse. Et økonomisk aspekt kan være noget af forklaringen. På trods af tilskud fra den offentlige sygesikring er graden af egenbetaling stadig forholdsvis stor, hvilket må formodes at afholde nogle, specielt de lavtlønnede, fra behandling.

Gruppen af børn fra 0-10 år er lidt mindre i denne undersøgelse end i forhold til undersøgelsen fra 1999 (2,7 % vs. 3,1 %). Dette skyldes et fald i behandling af børn under ét år. I 1999 udgjorde denne gruppe 1,5 % af patienterne. I 2002 er andelen faldet til 1 %.

Patienternes gennemsnitsalder på 42 år afviger ikke fra tidligere undersøgelser (3,24,25,26). Ligesom i 1999 er over 60 % af patienterne mellem 30 og 60 år. Dette afspejler befolkningssammensætningen, hvor 50 % af befolkningen angives at være mellem 25-59 år (22).

Kønsfordelingen viser, i lighed med undersøgelsen fra 1999, en svag ikke signifikant overvægt af kvindelige patienter. Dette er lidt anderledes end mønstret hos alment praktiserende læger, hvor der er flere kvindelige patienter både generelt og med bevægeapparatsproblemer (15).

#### *PÅVIRKNING AF FYSISK OG MENTAL FUNKTION (SF12)*

Denne undersøgelse tyder på, at danske kiropraktorpatienter har en betydelig forringelse af deres generelle fysiske helbred. Den målte Physical Component Summary (PCS) ligger væsentlig under de værdier, der findes i for eksempel den amerikanske baggrundsbefolkning. Normalscoren for en rask amerikansk population uden nogen kroniske sygdomme ligger på PCS 54,3 og MCS 52,29. Her er gennemsnitsalderen 44,8 år, og 55,6 % er kvinder (13). I denne undersøgelse er de tilsvarende værdier henholdsvis 28,8 (PCS) og 51,6 (MCS).

De lave PCS-scoringer fundet i nuværende undersøgelse indikerer, at kiropraktiske patienters fysiske byrde er den samme eller større end patienter med feks. hjerteinsufficiens (PCS 31,0) og kronisk obstruktiv lungesygdom (PCS 33,9) (16).

Sammenligner man med andre undersøgelser på området, viser disse tilsvarende tendenser. En meget stor undersøgelse med 17.774 patienter fra USA viser, at folk med en rygdiagnose har en PCS-score på 30,4 (16). Her består populationen af patienter med en rygdiagnose vurderet af en medicinsk rygspecialist. Gennemsnitsalderen er 47,5 år. 54,7 % er kvinder, og 52,3 % har et lumbo/sacralt problem. I lighed med nærværende undersøgelse viser den amerikanske undersøgelse desuden, at patienterne med en lumbo/sacral diagnose havde en gennemsnitlig PCS-score på 28,9, mens cervical/thorakalpatienter ligger lidt højere med en PCS-score på 32,1. I den amerikanske undersøgelse konkluderes det, ud fra analyserne, at det sandsynligvis er rygdiagnosen i sig selv, der er mest skyld i den lave PCS-score, og ikke konkurrerende sygdomme (16).

En undersøgelse af kiropraktorpatienter i USA (14) viser et ringere mentalt helbred hos kiropraktorpatienter end hos både almenbefolkningen og hos medicinske rygpatienter. Dette har ikke kunnet påvises i nærværende undersøgelse, hvor MCS ligger som i normalbefolkningen.

#### *ANDRE SAMTIDIGE SYGDOMME*

Mange af patienterne i denne undersøgelse lider af sygdomme i andre organsystemer. Nyere forskning viser en tendens til, at lidelser ophobes i bestemte individer, og at lændeproblemer er en del af dette mønster. Således findes der en positiv association mellem lænderygproblemer og lidelser som hovedpine/migræne, respiratoriske sygdomme, hjertekredsløbssygdomme og forringet helbred generelt (20).

Der findes flere rygere i denne patientpopulation end i den almene befolkning (32 % mod 28 %) (22); dette kan påvirke graden af co-morbiditet. Desuden sætter det fokus på spørgsmålet om, hvorvidt rygning kan disponere til rygproblemer. I en litteraturgennemgang af tidligere studier omhandlende rygning og lændesmerter konkluderer forfatteren, at rygning skal opfattes som en svag risikoindikator; men på baggrund af nuværende studier, kan rygning ikke betragtes som en årsag til lændesmerter (27).

#### UNDERSØGELSENS REPRÆSENTATIVITET, STYRKE OG SVAGHEDER

Undersøgelsens høje deltagelsesprocent, både med hensyn til klinikker (85 %) og patienter (81 %), giver tallene god repræsentativitet. Dog er patientbesvarelsesprocenten ikke så god som i 1999, her var den hele 10 % større. Dette kan eventuelt skyldes, at spørgeskemaet er blevet væsentligt udvidet i denne anden undersøgelse. Når undersøgelsen gentages om 5 år, er det derfor vigtigt at overveje både størrelse og udformning af spørgeskemaet meget nøje, så det ikke går ud over svarprocenten. Desuden er der dele af spørgeskemaet, der har meget ringe svarprocent, f.eks. ses dette ved SF12 delen, svarprocenten er her på kun 39 %. Derfor bør disse resultater tages med et vist forbehold, hvilket også betyder, at vi har måtte undlade at stratificere for co-morbiditet og alder.

Ved næste spørgeskemaundersøgelse bør man forbedre overskueligheden af SF12 sektionen, da dette forhåbentlig kan forbedre svarprocenten.

I udformningen af et nyt spørgeskema skal desuden overvejes eventuelle ændringers omkostninger, i forhold til sammenlignelighed med tidligere undersøgelser.

Den betydelige forskel i varigheden af symptomerne før kiropraktor opsøges, som der er fundet imellem 1999 og 2002-undersøgelsen, kan skyldes omformuleringen af spørgsmålet i 2002-undersøgelsen. Den nuværende undersøgelse giver således svar på, hvor længe patienterne går med de symptomer, der i denne omgang får dem til at opsøge kiropraktor. Den tidligere formulering resulterede sandsynligvis i, at også tidligere episoder af samme problem blev medregnet i varigheden.

Den store stigning i andelen af henviste patienter fra familie/bekendte skyldes formodentlig ændring i spørgeskemaet, idet der i det nuværende er afkrydsningsfelter, hvor der nævnes eksempler på henvisere, bla. bekendte/familie. Det må formodes, at mange i foregående undersøgelse ikke har betragtet familie/bekendtes råd om at søge kiropraktor som en henvisning, resulterende i underrapportering. Dette var da også grunden til, at spørgsmålet blev præciseret i den nuværende undersøgelse.

For at mindske bias foregik indsamlingen af data foregået over et helt år, med randomiseret fordeling af deltagertidspunktet til klinikkerne. Dette betød imidlertid en forringet deltagelse i projektet, idet nogle klinikker holdt ferielukket i den tildelte uge. En ændring af dette i næste undersøgelse kan sandsynligvis forbedre deltagelsen; eventuelt bias heraf må dog nøje overvejes.

Forholdsvis mange patienter angav sekundære klager ud over deres primære problem. Dette bliver nødvendigvis lidt ufleksibelt i en kvantitativ undersøgelse som denne, hvor en smertetegning skal overføres til statistisk brugbare data. Ud over denne betragtning kan det desuden påvirke resultaterne, at spørgeskemaet er udfyldt umiddelbart *efter* første undersøgelse hos kiropraktoren, således at behandlerens forklaringsmodel kan have påvirket den efterfølgende rapportering.

Stigningerne i andelen af klager fra hoved og ekstremiteter skal nok tages med et lille forbehold, da aflæsningen af smertetegningerne ikke er foretaget af den samme person i de to undersøgelser, og derfor ikke nødvendigvis er tolket helt ens.

Det, at der er ens køns- og aldersfordeling i 1999 og 2002 undersøgelserne betyder, at værdierne kan forventes at være sammenlignelige. Amterne er repræsenteret med lidt forskellige patientantal i de to undersøgelser, dette tillægges ikke væsentlig betydning, da vi forventer rimelig homogenitet imellem amterne. Imidlertid har henvisningsmønstre og røntgenvaner vist sig at variere amterne imellem.



*FREMTIDIGE ANBEFALINGER*

Undersøgelsesresultaterne viser, at kiropraktoren opfattes som rygbehandler. Måske vil den nye lov om reklame for sundhedsydelser (7) vise en ændring af dette i fremtiden.

Fremtidig forskning vil forhåbentlig være med til at definere kiropraktikkens mulige rolle i behandlingen af andre bevægeapparatslidelser, og de såkaldte O-lidelser.

Denne undersøgelse viste en meget lav PCS-score. Det er vigtigt både for kiropraktorer og andre behandlere af muskuloskeletale patienter at forstå, hvilken signifikant fysisk byrde disse patienter lever med.

Undersøgelsen viser, i lighed med tidligere undersøgelser, at rygbesvær hos mange er en tilbagevendende lidelse.

Nyere forskning peger mod et paradigmeskift i forståelsen af rygbesvær. Nogle forskere mener, at akutte lændeproblemer blot er et stadium af et kronisk forløb, der præges af skiftende tilbagefald og spontan forbedring, frem for et afgrænset akut problem (19). Dette betyder måske, at det i fremtidig forskning vil være mere relevant at spørge til tilbagefald inden for en given periode, end til varigheden af den aktuelle klage, for at identificere højrisikopopulationerne. Sundhedsvæsnet har en vigtig fremtidig rolle i at kunne identificere den gruppe, der risikerer tilbagevendende rygbesvær.

Fra tidligere at have fokuseret meget på risikofaktorer bør man i fremtidig forskning også rette opmærksomheden mod risikogrupper i befolkningen, hvor lidelser synes at ophobes i bestemte individer.

Patienter, som først har opsøgt en læge eller fysioterapeut, venter meget længe, før de opsøger kiropraktoren med problemet. Hos begge behandlere tager en evt. behandling selvfølgelig lidt tid at afprøve; men de 6 måneder, som denne undersøgelse viser, forekommer som unødigt lang tid. Bedre kommunikation og samarbejde behandlerne imellem, kan tænkes at afkorte tiden med ineffektiv behandling.

Det er glædeligt at se, at andelen af lægehenviste patienter er i stigning. Patienter henvist fra fysioterapeut er imidlertid stadig fåtallige. Hvis den stadigt voksende samfundsmæssige byrde fra bevægeapparatsproblemer, på længere sigt skal nedbringes, er det igen tilrådeligt med et bedre og bredere samarbejde.

Sygefravær pga. muskuloskeletale problemer udgør ca. 1/3 af alt sygefravær (11) og er dermed en betydelig samfundsomkostning. Det virker derfor foruroligende, at så stor en andel af kiropraktorpatienterne er nødsaget til at sygemelde sig. Dog er kiropraktorpatienterne sygemeldt i forholdsvis kort tid.

Tal fra Sygesikringen viser et generelt fald i antallet af røntgenoptagelser hos kiropraktorerne set over perioden 1999-2003 (28). Tallene i denne undersøgelse stemmer godt overens med sygesikringsoplysningerne. Desværre blev der ikke medtaget tal omhandlede røntgen i den foregående undersøgelse. Udviklingen på røntgenområdet bliver spændende at følge via den næste undersøgelse.

Der er væsentlige forskelle i hyppigheden af røntgenoptagelser imellem amterne. En kvalitativ undersøgelse kunne måske bidrage med oplysninger om, hvad der ligger til grund for de store regionale forskelle, der ses indenfor røntgen området.

Der bliver brugt store ressourcer på kvalitetssikring inden for det kiropraktiske røntgenområde. Dette arbejde er vigtigt set i lyset af den forholdsvis store mængde røntgenbilleder, der tages i klinikkerne. På længere sigt er det tænkeligt, at man kan udnytte disse ressourcer til at nedbringe de ventetider på røntgen, der findes i det sekundære sundhedsvæsen.

Det er vores anbefaling, at undersøgelsen gentages med 5 års intervaller. ■

### KONKLUSION

Denne undersøgelse viser, i lighed med undersøgelsen fra 1999, at den typiske danske kiropraktorpatient er mellem 30 og 60 år, med en gennemsnitsalder på 42 år. Der er næsten lige fordeling på de to køn.

Oftest søges behandling for smerter relateret til lænderyg og bækken, hvilket er særlig hyppigt hos mandlige patienter. I modsætning til resultaterne fra 1999-undersøgelsen søger flest patienter behandling i den akutte fase, mange, specielt mænd, allerede inden for den første uge. Godt hver fjerde patient har været sygemeldt, hovedparten under én uge.

Henvisninger til kiropraktoren via familie og bekendte er meget almindelig.

Henvisninger fra det etablerede behandlervæsen er steget fra 15,8 % i 1999 til 19,5 % i 2002. Andelen af lægehenviste er desuden steget fra 11,2 % til 16,9 %.

Samarbejdet mellem kiropraktorerne og fysioterapeuterne er stadig mangelfuldt, vurderet på grundlag af henvisninger.

30 % af de patienter, der aldrig har været hos kiropraktor tidligere, får taget røntgenbilleder. Problemet placering og varighed, patienternes alder, smerte og ADL-score, samt hvilket amt man bliver behandlet i, spiller ind på hyppigheden af røntgenoptagelserne.

Danske kiropraktorpatienter har en væsentlig forringelse af deres generelle fysiske status, målt via SF12.

60 % af patienterne har tidligere haft samme problem, og 50 % har modtaget behandling for symptomerne tidligere, fortrinsvis hos kiropraktor, fysioterapeut eller læge. ■

REFERENCER

1. Lønnberg F. Sundhedsvæsnets håndtering af befolkningens rygbesvær I. Kontaktmønstre og behandlingsrutiner. Ugeskr Læger; 159: 2207-14.
2. Lønnberg F. Sundhedsvæsnets håndtering af befolkningens rygbesvær II. Behandlers og patienters sygdomsopfattelse. Ugeskr Læger; 159: 2215-21.
3. Sørensen L, Kiropraktorpatienter i Danmark - en patientprofil, NIKKB Rapport 2001
4. Hartvigsen J, Sørensen LP, Graesborg K, Grunnet-Nielsson N. Chiropractic patients in Denmark: a short description of basic characteristics. J Manipulative Physiol Ther. 2002;25:162-7.
5. Bolding-Jensen O, Hviid H. Statistisk opgørelse over resultatet af kiropraktorbehandling [statistical survey of results of chiropractic treatment; in Danish]. Danish Chiro J 1964;7 (2&3):87-93.
6. Hartvigsen J, Bolding-Jensen O, Hviid H, Grunnet-Nielsson N. Danish Chiropractic Patients then and now - A comparison between 1962 and 1999. J Manipulative Physiol Ther 2003;26:65-9.
7. Folketinget. Lov om markedsføring af sundhedsydelser, LOV nr 326 af 06/05/2003.
8. Assendelft JJW, Pfeifle EC, Bouter ML. Chiropractic in the Netherlands: A survey of Dutch Chiropractors. J Manipulative Physiol Ther 1995; 22:517-22.
9. Skargren EI, Oberg BE. Predictive factors for 1-year outcome of low-back and neck pain in patients treated in primary care: comparison between the treatment strategies of chiropractic and physiotherapy. Pain 1998; 77(2):201-7
10. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Schersten B. Musculoskeletal chronic pain in general practice. Studies of health care utilisation in comparison with pain prevalence. Scand J prim health Care 1999; 17(2):87-92.
11. Brinck B, Rasmussen NK, Kjoller M, Thomsen LK. Muskel- og skeletsygdom i Danmark. Forekomst og sygdomsadfærd. 1995. DIKE. Ref Type: Report.
12. Nilsson GN, Bove G. Manipulationsbehandling af episodisk spændings-type-hovedpine. Ugeskr Læger 2000;162:174-7.
13. Ware JE, Jr., Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to Score version 2 of the SF-12 Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2002.
14. Coulter ID, Hurwitz EL, Adams AH, Genovese BJ, Hays R, Shekelle PG. Patients Using Chiropractors in North America. Who Are They, and Why Are They in Chiropractic Care? Spine 2002;27:291-8.
15. Ovesen L, Juul S, Mabeck CE. Sygdomsmønsteret i Almen Praksis. Århus Amt 1993. Institut for Almen Medicin. Institut for Epidemiologi og Socialmedicin. Århus 1997.
16. Fanuele JC, Birkmeyer NJO, William A, Tosteson T.D, Weinstein JN. The Impact of Spinal Problems on the Health Status of Patients. Have we underestimated the Effect? Spine 2000;12:1509-14.
17. Leboeuf-Yde C, Hennius B, Rudberg E, Leufvenmark P, Thunman M. Chiropractic in Sweden: A Short Description of Patients and Treatment. JMPT 1997;20:507-10.
18. Kilvaer A, Rasmussen G, Soot T, Kalvenes S. A Comparison between referred and nonreferred patients in chiropractic practices in Norway. JMPT 1997;20: 448-453.
19. Hestbaek L, Leboeuf-Yde, Engberg M, Lauritzen T, Bruun N.H, Manniche C. The Course of Low Back Pain in a General Population. Results From a 5-Year Prospective Study. JMPT 2003;26(4):213-9.
20. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Is Low Back Pain Part of a general Health Pattern or is it a separate and Distinctive Entity? A Critical Literature Review of Comorbidity With Low Back Pain. JMPT 2003;26(4);243-52.

21. Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering. Ondt i ryggen. 1999; København: Sundhedsstyrelsen.
22. Statistisk årbog 2003. Dansk statistisk samfund.
23. Hartvigsen J, Bakketeig LS, Leboeuf-Yde C, Engberg M, Lauritzen T. The association between physical workload and low back pain mediated by the "healthy worker" effect. *Spine* 2001;26:1788-93.
24. Pedersen P. A survey of chiropractic practice in Europe. *Eur J chiropr* 1994; 42:3-28.
25. Johansen B. Samarbejde og barrierer. *Kiropraktoren* 1998; 8:10-12.
26. Rubinstein S, Pfeifle CE, Van Tuldet MW, Assendelft WJ. Chiropractic patients in the Netherlands: A descriptive study. *JMPT* 2000; 23:557-63.
27. Leboeuf-Yde C. Smoking and low back pain - A systematic literature review of 41 journal articles reporting on 47 epidemiologic studies. *Spine* 1999;24:1463-70.
28. Sygesikringen. Sundhedsministeriet. Ref. type: E-mail.
29. StataCorp. Stata Statistical Software 6.0. College Station;Tx: Stata Corporation, 2000.

# SPØRGESKEMA 2002

## Kiropraktor-patienter i Danmark

- En registrering af hvorfor patienter søger kiropraktor

Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) foretager i 2002 en landsdækkende undersøgelse under titlen „Kiropraktor-patienter i Danmark“. Undersøgelsens formål er at beskrive de patienter, der søger kiropraktor.

De indsamlede oplysninger er **anonyme** og behandles fortroligt.

**Det er frivilligt at deltage.** Hvis du ikke ønsker at deltage i undersøgelsen, skal du blot aflevere det blanke skema i den udleverede kuvert.

### Vejledning i udfyldelse af spørgeskemaet

I de følgende spørgsmål afkryds da venligst det svar, som passer bedst på dig. Det er klart angivet, hvis der må afkrydses mere end et svar til et spørgsmål.

På forhånd tak for hjælpen.

-----

Dit køn? Mand  Kvinde

Hvad er din alder? \_\_\_\_\_ år Hvor høj er du? ca. \_\_\_\_\_ cm Hvad vejer du? ca. \_\_\_\_\_ kg

Hvilket postnummer har du på din hjemmeadresse? \_\_\_\_\_ (fire cifre)

**Hvilken erhvervsuddannelse har du?**

(Hvis flere sæt kryds ved den længste)

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Ingen erhvervsuddannelse  | <input type="checkbox"/> | Kort videregående uddannelse under 3 år (fx maskintekniker, markedsøkonom)      | <input type="checkbox"/> |
| Under uddannelse  | <input type="checkbox"/> | Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, sygeplejerske)  | <input type="checkbox"/> |
| Specialarbejderuddannelse   | <input type="checkbox"/> | Lang videregående uddannelse over 4 år (fx læge, økonom, jurist, civilingeniør) | <input type="checkbox"/> |
| Lærlinge eller elevuddannelse   | <input type="checkbox"/> | Anden uddannelse  | <input type="checkbox"/> |
| Anden faglig uddannelse (fx social og sundhedshjælper, teknisk assistent) | <input type="checkbox"/> | Ved ikke  | <input type="checkbox"/> |

**Arbejder du?**

(Hvis flere sæt kryds ved det primære)

- |   |                          |                   |                          |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Ja, fuldtids (37 timer om ugen)           | <input type="checkbox"/> | Nej, arbejdsløs   | <input type="checkbox"/> |
| Ja, deltids (mindre end 37 timer om ugen) | <input type="checkbox"/> | Nej, revalidering | <input type="checkbox"/> |
| Nej, førtidspension                       | <input type="checkbox"/> | Studerende        | <input type="checkbox"/> |
| Nej, efterløn, overgangsydelse            | <input type="checkbox"/> | Andet _____       | <input type="checkbox"/> |
| Nej, folkepension                         | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

**Hvordan vil du beskrive dit arbejde eller daglige beskæftigelse (ikke fritid)?**

(Udfyldes også af hjemmegående, skolebørn, studerende og arbejdsløse)

(Sæt kun ét kryds)

- |  |                          |                        |                          |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Overvejende siddende                     | <input type="checkbox"/> | Gående, af og til løft | <input type="checkbox"/> |
| Siddende eller stående, af og til gående | <input type="checkbox"/> | Tungt fysisk arbejde   | <input type="checkbox"/> |

**Hvordan vil du beskrive din fritid?** (Medregn også transport til og fra arbejde/skole)*(Sæt kun ét kryds)*

Næsten helt fysisk passiv eller i let fysisk

aktivitet mindre end 2 timer om ugen Let fysisk aktivitet i 2-4 timer pr. uge Let fysisk aktivitet mere end 4 timer pr. uge Anstrengende fysisk aktivitet 2-4 timer pr. uge 

Anstrengende fysisk aktivitet mere end 4 timer

pr. uge eller regelmæssig hård træning **Er du blevet henvist til kiropraktor?** (Dvs. foreslået at opsøge en kiropraktor)Ja  Nej 

Hvis ja,- af hvem? Sæt kryds i nedenstående

*(Evt. flere)*Praktiserende læge 

Specialist (fx ortopædkirurg, neurolog,

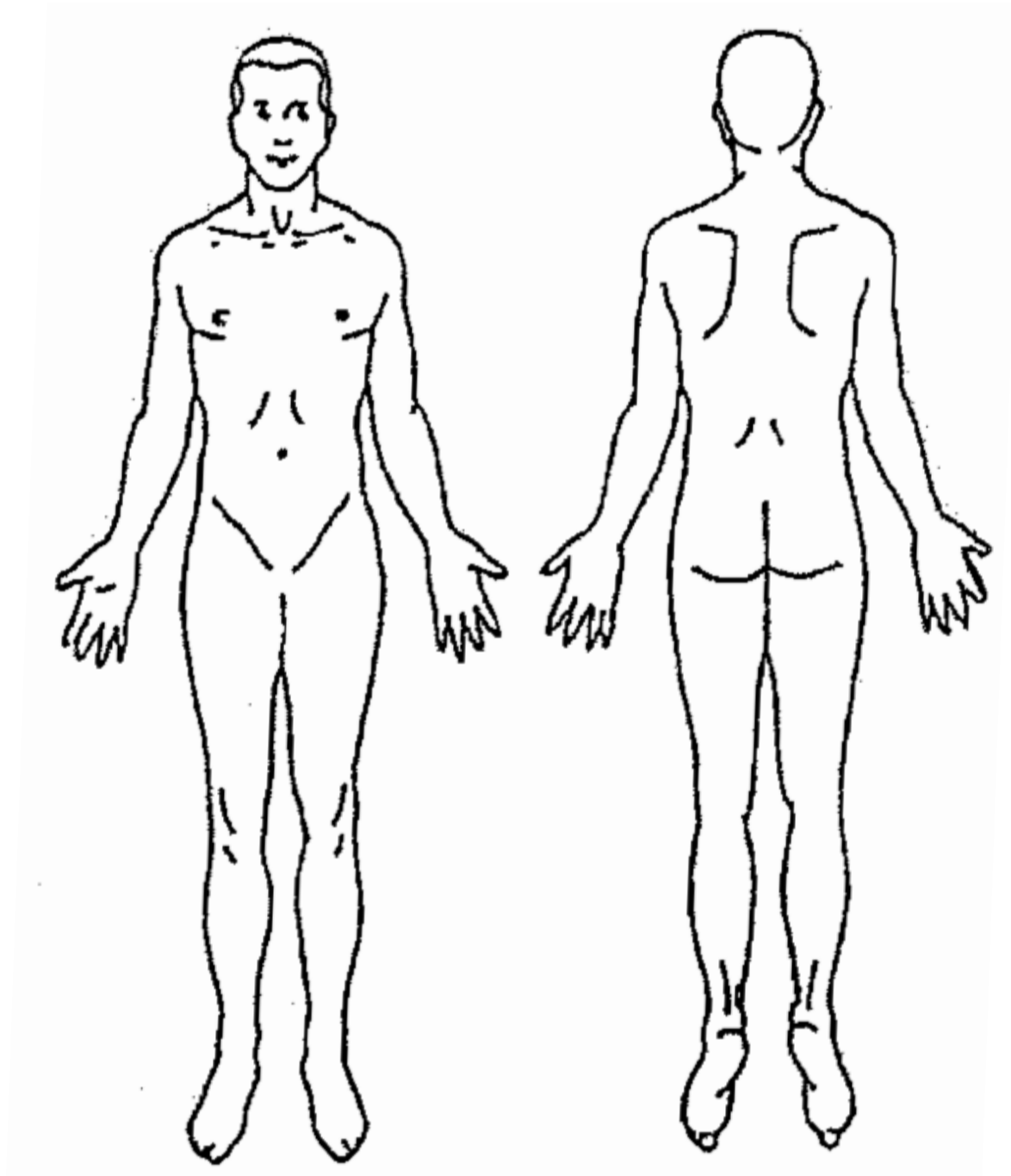
reumatolog) Jordemoder Fysioterapeut Zoneterapeut Massør Bekendte eller familie Andre \_\_\_\_\_ **Hvor voldsomme er smerterne der får dig til at søge kiropraktor?***(Sæt ét kryds på linjen)*

slet intet | \_\_\_\_\_ | værst tænkeligt

**Hvor meget har dine smerter hæmmet din daglige aktivitet på arbejde og i fritiden?***(Sæt ét kryds på linjen)*

slet intet | \_\_\_\_\_ | værst tænkeligt

Hvor sidder problemet / smerten der bringer dig til kiropraktor? Sæt kryds(er) på tegningen.  
Hvis du sætter kryds i mere end ét område, marker da venligst det vigtigste område med en cirkel.



Beskriv evt. kort dit problem med ord: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Svar nu på følgende spørgsmål vedrørende din vigtigste klage.

Hvor længe har de nuværende smerter sammenlagt stået på? ca. \_\_\_\_\_

Har du været sygemeldt på grund af problemet? Ja, i ca. \_\_\_\_\_ dage Nej

Er dit problem opstået som følge af en bestemt skade/ulykke? Ja  Nej  Ved ikke

Har du tidligere haft samme problem? Ja  Nej  Ved ikke

Har du tidligere søgt behandling for samme problem? Ja  Nej

Hvis Ja, - hvilken behandling? (Evt. flere) \_\_\_\_\_

Har du tidligere været hos kiropraktor for andre problemer end dit nuværende? Ja  Nej

Hvordan synes du dit helbred er alt i alt? (Sæt kun ét kryds)

Fremragende  Vældigt godt  Godt  Mindre godt  Dårligt

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Sæt et kryds for hver linie)

Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle

Ja, meget begrænset  Ja, lidt begrænset  Nej, slet ikke begrænset

At gå flere etager op af trapper

Ja, meget begrænset  Ja, lidt begrænset  Nej, slet ikke begrænset

**Har du inden for de sidste 4 uger, haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?** (Sæt et kryds for hver linie)Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville ja  nej Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre ja  nej **Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?** (Sæt et kryds for hver linie)Jeg har nået mindre end jeg gerne ville ja  nej Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer ja  nej **Inden for de sidste 4 uger hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?** (Sæt kun ét kryds)Slet ikke  Lidt  Noget  En hel del  Virkelig meget **Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden i de sidste uger:** (Sæt et kryds for hver linie)**Har du følt dig rolig og afslappet?**Hele tiden  Det meste af tiden  En del af tiden   
Noget af tiden  Lidt af tiden  På intet tidspunkt **Har du været fuld af energi?**Hele tiden  Det meste af tiden  En del af tiden   
Noget af tiden  Lidt af tiden  På intet tidspunkt **Har du følt dig trist til mode?**Hele tiden  Det meste af tiden  En del af tiden   
Noget af tiden  Lidt af tiden  På intet tidspunkt

**Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?**

Hele tiden

Det meste af tiden

En del af tiden

Noget af tiden

Lidt af tiden

På intet tidspunkt

**Har du problemer fra følgende steder?**

Hjerte/kredsløb

Ja

Nej

Lunger (fx kronisk bronkitis, hoste)

Ja

Nej

Astma/allergi

Ja

Nej

Mave/tarm

Ja

Nej

Underliv (fx cyster eller smertefuld menstruation)

Ja

Nej

Neurologiske sygdomme (fx Parkinson eller sclerose)

Ja

Nej

Sukkersyge

Ja

Nej

**Er du ryger?**

Ja

Nej

**Har du tidligere været ryger?**

Ja

Nej

**Dato for udfyldelse af skemaet:** \_\_\_\_\_

Tak for hjælpen.

Aflever skemaet i lukket kuvert til sekretæren eller din kiropraktor.

**Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik**  
Klosterbakken 20 · DK-5000 Odense C · Denmark  
Telefon +45 65 91 30 20 · Fax +45 65 91 73 78