

# Behandlingsreiser til Syden for pasienter med postpoliosyndrom



Medisin og vitenskap

Behandlingsreiser til utlandet for nye pasientgrupper er gjenstand for mye debatt.

88 pasienter med postpoliosyndrom (61 kvinner) ble rekruttert, stratifisert etter kjønn, alder (over og under 60 år) og bruk/ikke-bruk av elektrisk rullestol og randomisert i grupper. Gruppe 1 (n = 30) gjennomførte et fire ukers behandlingsopphold i Syden i november/desember 1999. Gruppe 2 (n = 29) gjennomførte et tilsvarende behandlingsopphold ved en norsk opptreningsinstitusjon i samme periode, mens gruppe 3, kontrollgruppen (n = 29), fulgte sitt vanlige behandlingsopplegg. Ved forsøksstart registrerte man parametrene smerte, tretthet, helseproblemer siste 30 døgn, depresjon, livstilfredshet, ADL-status, mobilitet, lungefunksjon, styrke, utholdenhet og (gang)funksjon. Pasientene i gruppe 1 og gruppe 2 ble testet på nytt like etter behandlingsoppholdet, og alle ble undersøkt tre og seks måneder senere.

Etter fire uker oppnådde begge behandlingsgruppene signifikant bedring. Det var en tendens til at de positive effektene var større i Syden-gruppen. Effektene syntes å vare lenger i gruppe 1 enn i gruppe 2. For eksempel var seks minutters gangtest henholdsvis 347 m og 316 m før behandling, 429 m og 362 m umiddelbart etter og 431 m og 356 m tre måneder senere. Smerteangivelse på VAS-skalaen var henholdsvis 42 og 43 før behandling, 17 og 31 etter behandling og 28 og 44 tre måneder senere. Kontrollgruppen var stort sett uforandret i forsøksperioden.

Studien synes å dokumentere effekt av behandling i Syden for pasienter med senfølger etter poliomyelitt.

Pasienter med senfølger etter poliomyelitt, såkalt postpoliosyndrom, omfatter sannsynligvis over 10 000 personer i Norge i dag (1). Dette syndromet er tidligere omtalt i flere artikler i Tidsskriftet (2–7), og ble av Halstead og medarbeidere (8, 9) definert hos pasienter som har:

- Gjennomgått poliomyelitt
- Opplevd hel eller delvis restitusjon
- Vært i stabil fase i minst 15 år

---

Yndis A. Staalesen Strumse  
Johan K. Stanghelle  
johan.stanghelle@sunnaas.no  
Liv Utne  
Petra Ahlvin  
Ellen Kathrine Svendsby  
Sunnaas sykehus  
1450 Nesoddtangen

---

Strumse YAS, Stanghelle JK, Utne L, Ahlvin P, Svendsby EK.

## Treatment of patients with postpolio syndrome in a warm climate.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2003–7.*

**Background.** Treatment in a warm climate of various patient groups, including patients with postpolio syndrome, is controversial.

**Material and methods.** 88 patients with postpolio syndrome (61 women) were recruited, stratified according to sex, age (< 60 years old) and use/non-use of electrical wheelchair, and randomized to three groups. Group 1 (n = 30) underwent treatment in a rehabilitation centre in Tenerife for four weeks in November/December 1999. Group 2 (n = 29) was treated in two similar centres in Norway for the same period of time, while Group 3 (n = 29), the control group, followed their ordinary health care programme. All patients were tested at the start of the study and three and six months later with physical tests and several questionnaire and qualitative interviews. Patients in groups 1 and 2 were also tested after the rehabilitation period.

**Results.** Groups 1 and 2 improved significantly both in physical tests and subjective ratings. The positive effects in group 1 tended to exceed the positive effects in group 2, and the effects lasted longer. Six minutes walking distance in the two groups was 347 metres and 316 metres, respectively before the treatment period, 429 metres and 362 metres immediately after, and 431 metres and 356 metres three months later. Subjective rating of pain (VAS scale) was 42 and 43 respectively before treatment, 17 and 31 immediately after, and 28 and 44 three months later. In the control group, only minor changes were found.

**Interpretation.** The study seems to document a positive effect of treatment of patients with postpolio syndrome in a warm climate.

---

– Fått nye helseplager, som ny muskelsvekelse i polioaffisert og/eller ikke-affisert muskulatur, ny funksjonsnedsettelse, økte smerter i muskler og ledd, uttalt tretthet og kuldeintoleranse

– Ingen andre sykdommer som kan forklare de nye helseproblemene

Mange pasienter med postpoliosyndrom har rapportert meget god effekt av opphold i varmere strøk (10). Vi har gjennomført en

**Tabell 1** Spørreskjema og fysiske tester benyttet i undersøkelsen

Effekt mål	Spørreskjema/fysisk test
Smerte	Subjektiv smerteangivelse (20)
Tretthet/trettbarhet	Fatigue severity scale (21)
Symptomskåre	Ursin, Holger Inventorium (22)
Depresjon	Beck's Depression Inventory (BDI) (23)
Livskvalitet	Life Satisfaction Scale (24)
Aktiviteter i dagliglivet	Sunnaas ADL-index (25)
Mobilitet	Rivermead Mobility Index (26)
Lungefunksjon	Spirometri, Micro Plus Spirometer, Micro Medical Limited, P.O. Box 6, Rochester, USA (27)
Håndstyrke	Grippit Deluxe Hand Dynamometer Jamar Limited (28, 29)
Utholdenhet	6 min gang-/rullestoltest (26)
Gangfunksjon	20 m gange (26)
Bevegelse	Funksjonstest (timed «up and go») (30)

studie der vi sammenlikner effekten av et behandlingsopphold i Syden for slike pasienter med effekten av et tilsvarende behandlingsopphold ved to norske oppretningsinstitusjoner, samt forløpet hos en tredje sammenliknbar gruppe som utelukkende fikk sitt vanlige behandlingstilbud. Effektparametere ble valgt for å studere både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner av helse.

### Materiale og metode

Ved Sunnaas sykehus har man lenge drevet klinisk virksomhet og forskning omkring postpolio-problematikk (1, 6, 7, 11–19). Deltakerne i denne studien var innlagt i perioden 1994–98. Kun de pasientene som var vurdert å tilfredsstille kriteriene for postpoliosyndromet ble inkludert, og samtlige befant seg i en forverringsfase. Eksklusjonskriterier var kontraindikasjoner for flyreise og/eller behandlingsopphold, som iskemisk hjertesykdom, labil hypertensjon, alvorlig psykisk lidelse, alkoholisme eller annen alvorlig tilleggssykdom.

319 journaler ble gjennomgått, 175 pasienter fikk forespørsel om å delta, og 109 av disse takket i første omgang ja til deltakelse. Deltakerne ble randomisert og stratifisert etter kjønn, alder (over og under 60 år) og avhengig/ikke-avhengig av elektrisk rullestol til én av tre grupper. Gruppe 1 fikk fire ukers behandlingsopphold ved Vintersol, Tenerife (n = 30). Gruppe 2 fikk tilsvarende opphold ved Hokksund Kurbad (n = 14) eller Vikersund Kurbad (n = 15). Gruppe 3, kontrollgruppen (n = 29), fulgte sitt vanlige behandlingsopplegg.

20 personer trakk seg før forsøksstart, tre personer før og 17 etter randomisering, hvorav sju i Syden-gruppen, åtte i Norge-gruppen og to i kontrollgruppen. Ytterligere én deltaker trakk seg etter forsøksstart. Det endelige deltakerantall ble dermed 88, uten ytterligere frafall i løpet av den seks måneder lange forsøksperioden fra november/desember 1999 til mai/juni 2000.

Av deltakerne var 61 kvinner og 27 menn i

alderen 33–75 år, median alder 58 år. Median alder for akutt polio var sju år (spredning 1–26 år), og median alder ved start av de nye symptomene ble oppgitt til 44 år (spredning 20–60 år). Flere pasienter hadde til dels betydelige sekveler etter poliomyelitt, med behov for mange ulike hjelpemidler. 11 personer brukte manuell rullestol og 17 elektrisk rullestol. 49 pasienter (56%) hadde andre tilleggssykdommer (ikke poliorelaterete), og 58 pasienter (66%) brukte reseptbelagte medikamenter fast.

Testbatteriet inkluderte spørreskjema og fysiske tester samt kvalitative intervjuer. Effektparametere ble valgt ut fra et ønske om i størst mulig grad å reflektere hovedplagene for denne pasientgruppen (tab 1) (20–30). Deltakerne i behandlingsgruppene gjennomførte egenvurderinger av behandlingen, og det ble foretatt kvalitative intervjuer enkeltvis og i grupper.

Det ble tilstrebet å innhente data fra effekt mål på de ulike nivåer ifølge WHO's modell for konsekvenser av sykdom (31, 32), for å gi mulighet til en samlet vurdering av både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner av deltakernes helse i perioden.

### Intervensjon

Alle de tre involverte behandlingsinstitusjonene skulle gi det tilbudet de vanligvis gir til pasienter med postpoliosyndrom. I tillegg hadde fagfolk fra Sunnaas sykehus kontakt med alle behandlingsinstitusjoner på forhånd, for å repetere hovedprinsippene ved behandlingen.

Det var lagt opp til både individuell og gruppevis behandling ved alle tre institusjoner, som alle hadde individuell behandling, bassentrening, egentrening, avspenning, tilbud om sittegrupper/mattegrupper og gruppesamtaler. Pasientene fikk imidlertid noe ulikt tilbud om antall individuelle behandlinger per uke. Hver pasient fikk et tilrettelagt treningsprogram ut fra funksjonsnivå. De fleste pasientene benyttet seg av den daglige bassentreningen (ca. 45 min) og behandling hos fysioterapeut å ca. 30

min. De andre trenings- og behandlingstilbudene ble benyttet etter behov, overskudd og ønske.

### Evaluering

Samtlige deltakere ble testet ved forsøksstart, mens kun de deltakerne som hadde vært på et behandlingsopphold, ble testet på nytt etter fire uker. Som oppfølging ble det ved Sunnaas sykehus utført ny poliklinisk evaluering etter tre og seks måneder av samtlige deltakere.

### Statistikk

De tre gruppene ble sammenliknet før oppstart av intervensjonen med khikvadrattest, t-test eller Mann-Whitneys ikke-parametriske test. Før og etter intervensjon ble gjennomsnittsverdier innen samme gruppe sammenliknet med parett-test eller Wilcoxon's ikke-parametriske test. De to behandlingsgruppene ble sammenliknet med uparett t-test eller ikke-parametriske Mann-Whitneys test før og etter intervensjonen, og differansen før og etter intervensjon ble statistisk bearbeidet på samme måte. Parede tester ble benyttet for å sammenlikne testresultater tre og seks måneder senere i forhold til gruppens utgangspunkt, mens uparede tester ble benyttet mellom gruppene tre og seks måneder senere. Bonferroni's korreksjon ble benyttet i diskusjonen for utvalgte vesentlige effekt mål. Signifikansnivå ble satt til  $p < 0,05$ .

Kvalitative data fra fokusgruppeintervju og samtaler med de medisinske ansvarlige forelå i referatsform, og interessante utsagn og generelle inntrykk fra disse ble tatt med i diskusjonen av resultatene.

### Resultater

Pasientene angav til dels store plager og problemer ifølge samtlige spørreskjemaer (tab 2). På smerteregistreringen med VAS-skala angav kun fire av deltakerne smertefrihet siste uke, mens de øvrige hadde mer eller mindre smerteplager, med gjennomsnittlig angivelse 41 på en skala fra 0 (ingen smerter) til 100 (uutholdelige smerter). Videre angav 48 pasienter (55%) skåre over 9 på Becks skala (0–63), noe som indikerer tydelige depressive trekk. Både styrketesten med håndgrep, gangtester for utholdenhet og tempo og funksjonstesten (timed «up and go») viste reduserte gjennomsnittsverdier. Disse postpoliopasientene hadde således betydelige helseproblemer og stort behov for hjelp og støtte fra helsevesenet.

Som følge av randomiseringen var de tre gruppene ikke signifikant forskjellige med hensyn til kjønnsfordeling, alder og bruk av elektrisk rullestol. Kontrollgruppen var i utgangspunktet bedre enn gruppe 2 i selvhjelpenhet (Sunnaas ADL-index) og mobilitet (Rivermead Mobility Index), samt ved de tre (gang)funksjonstestene. Videre var kontrollgruppen signifikant bedre enn gruppe 1 ved

**Tabell 2** Resultater fra spørreskjema og fysiske tester i tre sammenliknbare grupper av pasienter med postpoliosyndrom. De fikk fire ukers behandling i Syden (Syden) eller på en norsk opptreningsinstitusjon (Norge), eller fulgte bare sitt vanlige opplegg (Kontroll). Verdier ved fysiske tester og smerteangivelse (VAS) er angitt i gjennomsnitt (SD), de øvrige verdier i median (spredning)

		Før behandling	Etter behandling	3 måneder etter	6 måneder etter
<i>Spørreskjemaer:</i>					
Smerte 1–6	Syden	3 (1–5)	2 (1–5) <sup>3</sup>	3 (1–4) <sup>2</sup>	3 (1–4) <sup>2</sup>
	Norge	3 (1–6)	3 (1–5) <sup>3</sup>	3 (1–5)	3 (1–5)
	Kontroll	3 (1–4)		3 (1–4)	3 (1–5)
Smerte: VAS	Syden	42 (22)	17 (18) <sup>3</sup>	28 (25) <sup>2</sup>	36 (25)
	Norge	43 (24)	31 (23) <sup>3</sup>	44 (24)	44 (26)
	Kontroll	40 (19)		33 (21)	35 (23)
Trettbarhet 1–7	Syden	6,1 (3,7–7,0)	5,1 (1,7–7,0) <sup>2</sup>	5,3 (2,3–7,0) <sup>3</sup>	5,4 (2,0–7,0) <sup>1</sup>
	Norge	5,6 (2,2–7,0)	5,7 (2,6–7,0)	5,9 (3,2–7,0)	5,4 (2,9–7,0)
	Kontroll	6,0 (3,1–7,0)		6,2 (3,2–7,0)	5,9 (2,1–6,9)
Helseproblemer	Syden	21,5 (5–44)	11 (2–34) <sup>3</sup>	14 (0–32) <sup>3</sup>	18 (1–39)
	Norge	23 (2–45)	16 (2–41) <sup>3</sup>	20 (7–40)	20,5 (2–56)
	Kontroll	19,5 (6–37)		16 (3–41)	18 (5–44)
Depresjon: BECK	Syden	8,5 (0–27)	3 (0–19) <sup>3</sup>	3 (0–22) <sup>3</sup>	4,5 (0–20) <sup>3</sup>
	Norge	10 (0–44)	6 (0–41) <sup>3</sup>	7 (2–37)	6 (0–38) <sup>2</sup>
	Kontroll	10 (1–25)		6 (2–25) <sup>1</sup>	7 (0–21) <sup>1</sup>
<i>Fysiske tester:</i>					
Håndgrep høyre (% predikert)	Syden	43 (20)	51 (20) <sup>3</sup>	68 (30) <sup>3</sup>	60 (32) <sup>3</sup>
	Norge	49 (26)	57 (28) <sup>2</sup>	61 (27) <sup>3</sup>	56 (28) <sup>1</sup>
	Kontroll	60 (33)		66 (34) <sup>1</sup>	59 (35)
Håndgrep venstre (% predikert)	Syden	43 (17)	51 (16) <sup>3</sup>	62 (27) <sup>3</sup>	58 (25) <sup>3</sup>
	Norge	44 (23)	51 (28) <sup>2</sup>	61 (29) <sup>3</sup>	53 (28) <sup>1</sup>
	Kontroll	53 (27)		56 (30)	49 (28)
6 min gangtest (m)	Syden	347 (119)	429 (147) <sup>3</sup>	431 (124) <sup>3</sup>	425 (135) <sup>3</sup>
	Norge	316 (149)	362 (140) <sup>2</sup>	356 (160) <sup>2</sup>	331 (160)
	Kontroll	414 (120)		410 (127)	437 (123) <sup>2</sup>
20 m gangtest (sek)	Syden	19 (9)	15 (5) <sup>3</sup>	15 (5) <sup>3</sup>	16 (6) <sup>1</sup>
	Norge	21 (7)	19 (7) <sup>2</sup>	20 (8)	20 (7)
	Kontroll	15 (7)		16 (6)	15 (6)
Funksjonstest (timed «up and go») (sek)	Syden	11 (5)	8 (3) <sup>3</sup>	8 (3) <sup>3</sup>	8 (3) <sup>3</sup>
	Norge	12 (5)	10 (4) <sup>3</sup>	10 (4) <sup>1</sup>	10 (4) <sup>3</sup>
	Kontroll	8 (3)		8 (3)	8 (4)

<sup>1</sup> P < 0,05

<sup>2</sup> P < 0,01

<sup>3</sup> P < 0,001

Alle verdier sammenliknet med verdien før behandling

seks minutters gangtest. For øvrig var det i utgangspunktet ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

Resultater på de viktigste effektparametrene før og etter behandling er presentert i tabell 2. Etter fire ukers behandling oppnådde begge behandlingsgruppene signifikant bedring. Gruppe 1 oppnådde bedring på flere parametere enn gruppe 2, dvs. på samtlige parametere bortsett fra selvhjelpenhet og enkelte lungefunksjonsparametere. Gruppe 1 var etter behandlingen signifikant bedre enn gruppe 2 med hensyn til smerte, helseproblemer, depresjon og tilfredshet med fysisk og psykisk helse, og gruppe 1 hadde signifikant større fremgang på parametrene smerte, trettbarhet, forsert vitalkapasitet (FVC), utholdende gangtest og rask gangtest enn gruppe 2.

I de kvalitative intervjuene kom pasientene med meget positive utsagn om god behandlingseffekt både i Norge og i Syden.

Entusiasmen og mange enkeltutsagn om betydelig helseforbedring var mer uttalt blant deltakerne i gruppe 1.

Ved deltakernes rangering av hvilke bestanddeler i behandlingen som de anså for å være viktigst, skåret fysioterapi høyest både i gruppe 1 og gruppe 2. Klimaet kom som nummer to i gruppe 1, foran bassentrening og sosialt samvær, mens i gruppe 2 var den tilsvarende rekkefølgen bassentrening, sosialt samvær og egentrening. Sistnevnte faktor ble rangert lavt i begge grupper.

Resultater ved tre og seks måneders oppfølging fremgår også av tabell 2. Mange av de positive effektene i gruppe 1 var fortsatt til stede både tre og seks måneder etterpå, mens pasientene i gruppe 2 nesten var tilbake på samme nivå som før behandlingsoppholdet tre måneder etterpå. Bare enkelte fysiske parametere var fortsatt signifikant bedre enn utgangspunktet for Norge-gruppen etter tre måneder. Etter seks måneder var de-

presjonskåre bedre enn utgangsverdien. Det samme gjaldt kontrollgruppen, som stort sett var uendret i forsøksperioden (tab 2).

I de kvalitative intervjuene gav pasientene i gruppe 1 inntrykk av en mer entusiastisk holdning til det de hadde opplevd enn pasientene i gruppe 2. Noen kunne fortelle om fysiske plager som var blitt borte for en periode eller betydelig mindre uttalt, spesielt smerteplager. Andre rapporterte at de fungerte mye bedre hjemme i tiden etterpå, både fysisk og psykisk.

Mange gav uttrykk for at de hadde fått et helt spesielt sosialt utbytte av å ha vært sammen med andre med «samme skjebne». Flere planla konkret, eller spekulerte på, å kjøpe seg et sted i Syden eller reise til Syden senere på eget initiativ. Dagliglivets opplevelser og krav, samt tilbud om behandling og helsestjenester i nærmiljøet, ble stadig mer overskyggende for de fleste i tiden etter behandlingsoppholdet.

## Diskusjon

Denne studien viser en klar helsegevinst av fire ukers behandlingsopphold både i Syden og ved en norsk opptreningsinstitusjon for pasienter med senfølger etter poliomyelitt. Bedringen på enkelte effektparametere var signifikant større i Syden enn i Norge. Effekten synes å vare lenger etter behandling i Syden enn etter behandling i Norge.

Deltakerne i studien var individer som tidligere var søkt inn til tverrfaglig evaluering ved Sunnaas sykehus. Deres behov for hjelp skyldtes at de oppfattet sin helsetilstand som forverret. Registrering av lammelser i dag og behov for hjelpemidler reflekterte klart en pasientgruppe med betydelige sekveler etter akutt poliomyelitt. Med dette som utgangspunkt syntes vi det var positivt overraskende at de hadde så gunstig effekt av et fire ukers behandlingsopphold. Vi forventet heller ikke at den positive fremgangen fortsatt skulle være målbar inntil seks måneder senere. Dette skulle tyde på at de fleste pasientene fortsatt kan trene seg opp, til tross for diagnosen postpoliosyndrom. Ut fra oppfatningen om at denne pasientgruppen har lite å oppnå av bedring rent fysisk, går dagens behandling vesentlig ut på å redusere aktivitetsnivået og øke hjelpetiltakene, såkalt energiøkonomisering. Resultatene av denne studien kan tyde på at vi har vært for passive i vår behandlingsstrategi.

Pasientene som ble behandlet i Syden, var umiddelbart etter behandlingsoppholdet signifikant bedre enn behandlingsgruppen i Norge med hensyn til smerte, helseproblemer, depresjon og tilfredshet med fysisk og psykisk helse. Denne forskjellen vedvarte også etter tre måneder for de tre førstnevnte parametrene.

Hvordan påvirker opphold i et varmere klima disse pasientene? Foreligger det basale mekanismer som gjør at kombinasjonen varmt og solrikt klima og fysikalsk behandling/fysisk aktivitet skulle være bedre enn tilsvarende behandling/aktivitet uten klimaeffekten, slik noen antar det er hos revmatikere? Dette er vanskeligere å tenke seg for postpoliopasienter.

Pasientene som ble behandlet i Syden, rapporterte jevnt over at de følte seg mykere, at de hadde mindre smerter enn vanlig, og at de derfor kunne være mer mobile og aktive. Det er velkjent at varmebehandling hjelper mot smerter ved muskel- og skjelettplager, men det er også anerkjent at varmebehandling alene ikke er tilstrekkelig for å oppnå mer varige effekter. Deltakerne både i Syden-gruppen og i behandlingsgruppen i Norge var overraskende entydige i sitt syn på den individuelle fysioterapi som det viktigste element i behandlingen. Man ville derfor tro at det varme klimaet gav et bedre grunnlag i oppvarmingen før den egentlige behandlingen, slik som tøyninger, aktive øvelser, bassentrening, gangtrening og annen fysisk aktivitet.

Man kan ikke se bort fra at psykososiale forhold som det å reise bort fra hjemland og hverdagsmas, å kunne gå lettkledd, å ha god tilgjengelighet i nærmiljøet og å være sammen med «likemenn» kan ha effekt, særlig på parametere som depresjon og tilfredshet med fysisk og psykisk helse.

Skåringer på symptomer som ofte er korrelert til livskvalitet, viste ikke vedvarende effekt i Norge-gruppen. Dette kan forklares med at hverdagslivet syntes å innhente disse pasientene tidligere enn de som hadde vært i Syden.

Det ble ikke gjennomført noen intervensjon i kontrollgruppen. En signifikant reduksjon i depresjonskåre ved seks måneders kontroll i mai/juni i forhold til første test i november/desember kan kanskje forklares med gleden over en varmere og lysere årstid.

Kontrollgruppen hadde bedre utholdenhet ved seks månederskontrollen i forhold til første test. Mange postpoliopasienter oppholder seg kun innendørs i vinterhalvåret. Bedret utholdenhet kan således tolkes som en effekt av økt fysisk aktivitet utendørs i snøfrie og varmere omgivelser.

### Behandlingsreiser til utlandet

Bakgrunnen for undersøkelsen var Sosial- og helsedepartementets ønske om å evaluere behandlingsopphold i Syden for såkalt muskelsyke pasienter. Departementet ønsket spesielt å undersøke effekten av slike behandlingsopphold versus effekten av liknende behandlingsopplegg i Norge. I NOU 2000: 2, Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar?, anbefaler man at dagens ordning med statlig rammebevilgning til behandlingsreiser til utlandet fortsetter og utvides. Det sies imidlertid at utvidelse av ordningen til å gjelde nye grupper bør tas på grunnlag av dokumentasjon av effekt av behandlingstilbud i varmt og solrikt klima for gitte diagnosegrupper. Utvalget definerer «nytte» av slike behandlingsreiser som «en dokumenterbar positiv effekt på symptomer, funksjonsevne, sykdomsforløp og livskvalitet, og effekt skal kunne påvises minst tre måneder etter endt behandling» (33). Resultatene av denne undersøkelsen skulle etter vår oppfatning støtte opp om denne pasientgruppens krav og ønske om et behandlingstilbud i Syden.

Et eventuelt tilbud om behandlingsopphold i Syden må bare være en liten del av det totale behandlingstilbudet for denne pasientgruppen, ettersom pasienter med postpoliosyndrom har betydelige helseplager på mange plan. Det fremgikk tydelig av de kvalitative intervjuene at tilbudene i nærmiljøet, slik som jevnlig behandling, regelmessig oppfølging og utredning, tilpasninger av hjelpemidler, bolig, trygdetiltak og hjelp i hjemmet, er viktigst.

Gjennomsnittsalderen for pasienter med postpoliosyndrom i Norge blir stadig høyere, noe som gjør at flere pasienter vil få kontrindikasjoner mot behandlingsopphold i

Syden, mens de fortsatt kan nyttiggjøre seg behandlingsopphold i Norge. Behandlingsopplegget og resultatene fra de to involverte opptreningsinstitusjonene i Norge viste at det er mulig å lage et godt behandlingsalternativ innenfor det eksisterende system. Ulempen er først og fremst den betydelige egenandelen for opphold ved slike institusjoner. Det bør legges til rette for gruppeinntak for å oppnå optimal effekt for denne pasientgruppen.

Studien er utført med økonomisk støtte fra Sosial- og helsedepartementet via Behandlingsreiser i utlandet, Rikshospitalet.

En stor takk til deltakerne for meget godt og interessant samarbeid.

### Litteratur

1. Wekre LL, Stanghelle JK, Lobben B, Øyhagen S. Poliioskadene i Norge. Resultater fra Landsundersøkelsen 1994. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 500–4.
2. Gilhus NE, Todnem K, Vedeler C, Strandjord RE. Poliomyelitt – bare en akutt sykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 546–8.
3. Aarli J. Poliomyelitt – en utdødd sykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 541–2.
4. Bergholz B, Hollestad SO, Refsum H. Postpolio respirasjonsvikt. Nye manifestasjoner av en glemte sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2474–5.
5. Gilhus NE, Gjelsvik O. Postpoliomuskelatrofi. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1378.
6. Stanghelle JK, Helseth R, Roaldsen KS, Rand-Hendriksen S. 42 pasienter med postpoliosyndrom. En retrospektiv undersøkelse fra Sunnaas sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3159–62.
7. Stanghelle JK, Rand-Hendriksen S. Pasienter med postpoliosyndrom i rehabiliteringssykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1356–7.
8. Halstead LS, Rossi CD. New problems in old polio patients. Results of survey of 539 polio survivors. Orthopedics 1985; 8: 845–50.
9. Halstead LS, Wiecherers DO. Research and clinical aspects of the late effects of poliomyelitis. Birth Defects 1987; 23: 301–12.
10. Lobben B, Øyhaugen S. Poliundersøkelsen LFPS 1994. Poliioskadene i Norge. Hvordan har de det? Oslo: Landsforeningen for poliioskadde, 1995.
11. Festvåg L, Aksnes AK, Stanghelle JK. Postpoliosyndromet: praktiske treningsråd – basert på arbeidstester og sportstester. Fysioterapeuten 1992; 15: 19–22.
12. Schanke AK. Poliorammede og senskader. Fysioterapeuten 1992; 15: 9–18.
13. Schanke AK. Psychological distress, social support and coping behavior among polio survivors: a 5 year perspective on 63 polio patients. Disabil Rehabil 1997; 19: 108–16.
14. Schanke AK, Lobben B, Øyhaugen S. The Norwegian Polio Study 1994 part II; early experiences of polio and later psychosocial well-being. Spinal Cord 1999; 37: 515–21.
15. Stanghelle JK. Postpoliosyndromet – en oversikt. Fysioterapeuten 1992; 15: 6–8.
16. Stanghelle JK, Festvåg L, Aksnes AK. Pulmonary function and symptom-limited exercise stress testing in subjects with late sequelae of poliomyelitis. Scand J Rehab Med 1993; 25: 125–9.
17. Stanghelle JK, Festvåg LV. Fem års etterundersøkelse av pasienter med postpoliosyndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 504–7.
18. Stanghelle JK, Festvåg L. Postpolio syndromet: a 5 year follow-up. Spinal Cord 1997; 35: 503–8. →



19. Wekre LL, Stanghelle JK, Lobben B, Øyhau-  
gen S. The Norwegian Polio Study 1994; a nation-  
wide survey of problems in long-standing polio-  
myelitis. *Spinal Cord* 1998; 36: 280–4.
20. Carlsson AM. Assessment of chronic pain.  
Part 1: Aspects of the reliability and validity of the  
visual analogue scale. *Pain* 1983; 16: 87–101.
21. Krupp LB, Larocca NG, Muir-Nash J, Stein-  
berg AD. The fatigue severity scale. *Arch Neurol*  
1989; 46: 1121–3.
22. Juel NG, red. Norsk fysikalsk medisin. Oslo:  
Fagbokforlaget, 1999.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J,  
Erbaugh H. An inventory for measuring depres-  
sion. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–71.
24. Fugl-Meyer AR, Brenholm J-B, Fugl-Meyer  
K. Om livstilsfredsstillelse, lycka, rehabilitering.  
*Socialmedicinsk Tidsskrift* 1992; 1: 33–41.
25. Vardeberg K, Kolsrud M, Laberg T. The  
Sunnaas Index of ADL. *World Federation of Occu-  
pational Therapy Bulletin* 1991; 24: 30–5.
26. Derek TW. Measurement in neurological re-  
habilitation. Oxford: Oxford University Press,  
1992.
27. Vitalograf Ltd. Tables of normal values for  
lung function. Buckingham: Moreton Press, 1980.
28. Mathiowetz V, Weber K, Volland G, Kash-  
man N. Reliability and validity of grip and pinch  
strength evaluations. *J Hand Surg* 1984; 9A:  
222–6.
29. Nordenskiöld UM, Grimby G. Grip force in  
patients with reumatoid arthritis and fibromyalgia  
and in healthy subjects. A study with the Grippit  
instrument. *Scand J Rheumatol* 1993; 22: 14–9.
30. Podsiadlo D, Richardson S. The timed «up  
and go»: a test of basic functional mobility for  
frail elderly persons. *J Am Geriatrics Soc* 1991;  
39: 142–8.
31. International Classification of Impairments,  
Disability and Handicap, ICDH. Genève: WHO,  
1980.
32. WHO International Classification of Impair-  
ments, Disability and Participation, ICDH-2-Be-  
ta-1 Draft. Genève: WHO, 1997.
33. Norges offentlige utredninger. Behandlings-  
reiser til utlandet. Et offentlig ansvar? NOU  
2000: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Sek-  
sjon statens trykning, 2000.

## God pasientinformasjon om ryggsmarter



Jayson M

### Kort og klart om ryggsmarter

79 s, ill. København: Nyt Nordisk Forlag  
Arnold Busck, 2001. Pris DKK 89  
ISBN 87-17-07012-0

Målgruppe for denne boken om ryggsmarter er pasienter som ønsker å vite mer om ryggen, ryggrelaterte plager og håndtering av disse. Den er skrevet av en britisk ryggeks-  
pert og bearbeidet til dansk av en kjent rygg-  
medisiner i Danmark.

Boken inneholder sju kapitler som om-  
handler ryggproblemetets omfang og årsaker  
både for akutte og kroniske ryggsmarter,  
ryggøylens anatomi og funksjon, undersø-  
kelser og behandling, samt råd om hva pa-  
sienten kan gjøre selv særlig med henblikk  
på forebygging.

Denne er en lettlest bok med mange gode  
illustrasjoner og fotografier. På slutten av  
hvert kapittel er de viktigste poenger opp-  
summert. Layout og papir er av god kvalitet.  
Totalt gir den et innbydende inntrykk.

Etter min mening dekket de fleste og vik-  
tigste spørsmål en ryggpasient vanligvis er  
opptatt av, ikke minst når det gjelder praktiske  
hverdagsråd om hva pasienten selv kan  
gjøre for å bli bedre eller bra. Her er viktige  
og godt dokumenterte budskap som: Akutte  
ryggsmarter har vanligvis meget god prog-  
nose, viktigheten av tidlig å gjenoppta dag-  
liglivets vanlige aktiviteter og å unngå lang-  
varig sengeleie, er understreket og repetert.

Boken har imidlertid enkelte svakheter.  
For eksempel hevdes det at «vi alle får vondt  
i ryggen en gang i mellom». Det er heldigvis  
ikke riktig. En annen og viktig innvending er  
at det nesten ikke skilles mellom hva som er  
dokumentert informasjon og hva som er  
udokumenterte påstander. Her er det en  
ikke-transparent sammenblanding av empiri  
og forskningsbasert kunnskap. Dette burde  
være nødvendig i en tid der pasientene mer  
og mer orienterer seg mot dokumentert  
viten. Som eksempler nevnes: «kroniske  
plager er ofte et resultat av dårlig holdning»,  
den store betydningen av «riktig sittestil-  
ling», manipulasjon «skubber en diskus på  
plass». Jeg stusser også over at det er tatt  
med omtale av nakkeslengskade, fibromy-  
algi, sjeldne undersøkelser som myelografi  
og ikke minst sjeldenheter som Pagets syk-  
dom og osteomalasi. Som helhet kan jeg  
imidlertid anbefale boken til dem som øns-  
ker mer informasjon om ryggsmarter.

Even Lærum  
Nasjonalt ryggnettverk  
Ullevål sykehus

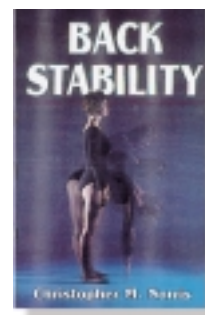
## Vettig bok om ryggplager

Norris CM

### Back stability

272 s, tab, ill. Leeds: Human Kinetics, 2000.  
Pris GBP 25  
ISBN 0-7360-0081-X

Målgruppe for denne boken om ryggplager er leger og fysioterapeuter. Forfatteren er selv fysioterapeut med interesse for aktiv (muskulær) stabilisering av ryggen. Boken er utformet som en lærebok. Den er lett tilgjengelig, rikt illustrert med tegninger og tabeller og har en utmerket pedagogisk opp-



bygging, bl.a. med hyppig gjentatte hovedpoenger og sammen-  
drag i hvert enes-  
te kapittel.

Boken er inndelt  
fire hoveddeler med  
underkapitler. Leger  
vil ha særlig glede av  
første del som om-  
taler mekanismene  
for stabilisering av

ryggen ut fra dagens kunnskapsbaserte me-  
disin og henvisning til en omfattende litterat-  
urliste. Det gis utmerkede forklaringer på  
ryggplager som med fordel kan brukes i di-  
rekte pasientveiledning. Forfatteren gir også  
anvisning om enkel egenomsorg som selv en  
travel lege kan bidra til å formidle. I resten  
av boken omtales i detalj hvorledes pasien-  
tene skal trenes og instrueres. Den delen er  
nok viktigst for fysioterapeuters virksomhet,  
men i hvert underkapittel forankres alle  
øvelser i en konseptuell forståelse som er  
nyttig kunnskap for leger og letter kommu-  
nikasjonen med behandlende fysioterapeut.

Boken kan sterkt anbefales for alle som  
behandler pasienter med ryggplager eller be-  
kymrer seg for sine egne.

Peer H. Staff

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering  
Ullevål sykehus