

Forløbsprogram for lænderygsmarter

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
den 26. juni 2012

Godkendt af Regionsrådet den 22. august 2012

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
1. Forord	4
2. Indledning	5
3. Karakteristik og afgrænsning af forløbsprogrammets patientgruppe	7
4. Forekomst og økonomiske konsekvenser	8
5. Forebyggelse og risikofaktorer	10
6. Koordinering af indsatsen for patienter med lænderygsmarter	12
7. Anbefalinger for indsatsen i praksissektoren	14
7.1. Generel information og vejledning	14
7.2. Stratificering	15
7.3. Patientforløbsbeskrivelse for praksissektoren	16
7.3.1. <i>Patienter med uspecifikke lænderygsmarter</i>	18
7.3.2. <i>Patienter med nerverodspåvirkning</i>	21
7.3.3. <i>Henvisning af patienten til MR-scanning</i>	23
7.4. Opsummering af patientforløbet i praksissektoren	24
8. Anbefalinger for hospitalsindsatsen	29
8.1. Patientflow i sekundærsektoren	30
8.1.1. <i>Tværfaglig speciallægebemandet visitation</i>	32
8.1.2. <i>Kirurgisk forløb</i>	32
8.1.3. <i>Reumatologisk og fysioterapeutisk udredning og afklaring (patientens 1. besøg)</i>	34
8.1.4. <i>Tværfaglig konference</i>	36
8.1.5. <i>Opfølgning og evt. afklaring ved relevant faggruppe (patientens 2. kontakt)</i>	37
8.1.6. <i>Tværfaglig konservativ indsats</i>	38
8.2. Anbefaling om udvikling af den kognitive indsats	42
8.3. Rådgivning og vejledning af primærsektoren	43
9. Anbefalinger for den kommunale indsats	44
9.1. Lovgivningsmæssige rammer	44
9.2. Åbent rådgivningstilbud	45
9.3. Tværfaglig ryg-rehabilitering	46
10. Det tværsektorielle patientforløb	49
11. Kommunikation	51
11.1. Kommunikation mellem aktører i praksissektoren	51
11.2. Henvisning fra praksissektor til sekundærsektor	53
11.3. Overgang fra hospital til primærsektor	54
12. Monitorering	56
12.1. Monitorering af kronikerindsatsen	56
12.2. Monitorering af forløbsprogrammet for lænderygsmarter	57
13. Implementering	60
13.1. Indsatsområder i implementeringsprocessen	60

14. Evaluering og opfølgning	63
15. Referencer	64
16. Bilagsoversigt.....	68

1. Forord

Som et led i samarbejdet om indsatsen for borgere med kronisk sygdom har Region Midtjylland, praksissektoren og kommunerne i regionen udarbejdet et forløbsprogram for lænderygsmerter.

Samarbejdet om indsatsen for borgere med kronisk sygdom er generelt beskrevet i Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. Sundhedsaftalen om sundhedsfremme og forebyggelse fastlægger, at forløbsprogrammer for kronisk sygdom er et centralt indsatsområde i det tværsektorielle samarbejde om kronikerindsatsen.

Forløbsprogrammet for lænderygsmerter er udarbejdet af en forløbsprogramgruppe med repræsentanter fra praksissektor (almen læger, speciallæger, kiropraktorer og fysioterapeuter), hospitaler og kommuner i regionen. Et tværsektorielt formandskab har stået i spidsen for udvikling af forløbsprogrammet. Medlemmerne af forløbsprogramgruppen fremgår af bilag 1. Sekretariat og programkoordinatorfunktion er blevet varetaget af Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland.

Arbejdet med at forberede udvikling af forløbsprogrammet blev igangsat af formandskabet i efteråret 2009. På den baggrund blev der i 2010 indledningsvist udarbejdet 2 litteraturstudier om den foreliggende bedste viden på rygområdet. Litteraturstudierne er udarbejdet af MarselisborgCentret. Der er endvidere udarbejdet fokusgruppeinterviews med borgere med rygsmerter med henblik på at inddrage patientperspektivet i arbejdet med forløbsprogrammet. Resultaterne af forarbejdet blev præsenteret og drøftet i forløbsprogramgruppen på 1. møde den 20. maj 2010.

På vegne af forløbsprogramgruppen

Lisbeth Kallestrup

Centerchef,
Aarhus Universitetshospital

Jens Rubak

Regionspraksis-
koordinator

Lene Jensen

Sundhedschef,
Randers Kommune

2. Indledning

Generelt om forløbsprogrammer

Udvikling og implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom er et centralt redskab i sundhedsvæsenets målsætning om at forbedre indsatsen for patienter med kronisk sygdom.

Et forløbsprogram skal beskrive den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter¹. Sundhedsstyrelsen har udviklet en generisk model for forløbsprogrammer, som det regionale arbejde tager afsæt i. Målgruppen for forløbsprogrammerne er primært de fagpersoner, som arbejder med borgere med kronisk sygdom.

I Region Midtjylland er der udarbejdet forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), Type 2 diabetes og hjertekarsygdom (med fokus på rehabilitering af patienter efter akut koronart syndrom/AKS). Arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne er forankret i de lokale klyngestyregrupper, som har deltagelse af hospitalsledelse, kommunal ledelse og repræsentanter fra almen praksis.

Forløbsprogram for lænderygsmærter

Målsætningen med forløbsprogrammet for lænderygsmærter er, at indsatsen for borgere med lænderygsmærter er af høj sundhedsfaglig kvalitet, og at der sikres enstregede og hensigtsmæssige patientforløb på tværs af det samlede sundhedsvæsen. Forløbsprogrammet skal ligeledes medvirke til en effektiv udnyttelse af de samlede økonomiske og sundhedsfaglige ressourcer, herunder at dobbeltforløb og overbehandling undgås.

Forløbsprogrammet omfatter borgere fra 18 år, dvs. det omfatter ikke udredning, behandling og rehabilitering af børn og unge.

Forløbsprogrammet har særligt fokus på, at borgerne undgår kroniske lænderygsmærter. Det er derfor beskrevet, hvordan borgeren skal modtage en rettidig og systematisk indsats fra 1. kontakt i praksissektoren.

Forløbsprogrammet adskiller sig således fra et "traditionelt" forløbsprogram ved at beskrive indsatsen for en gruppe, som ikke udelukkende kan betegnes

¹ Forløbsprogrammer for kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2008)

som "kronikere". Der er dog tale om personer, som ofte har behov for en koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats. Endvidere er der knyttet betydelige samfundsmæssige og individuelle omkostninger til personer med lænderygsmærter, hvilket styrker behovet for en gradueret og rettidig indsats, som finder sted på lavest effektive omkostningsniveau.

Ved praksissektoren forstås i forløbsprogrammet alment praktiserende læger, praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Begrebet primærsektor anvendes i forløbsprogrammet om praksissektorens ydere og den kommunale sektor tilsammen.

Praktiserende speciallægers indsats for patienter med lænderygsmærter indgår ikke i forløbsprogrammet, idet patienterne i forløbsprogrammet, efter henvisning fra praktiserende læge, skal modtage en tværfaglig vurdering (jf. den nationale retningslinje for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna, 2010). Praktiserende speciallæger varetager fortsat udredning og behandling af patienter med lænderygsmærter, hvor der ikke er behov for en tværfaglig vurdering og jf. gældende regionale visitationsretningslinjer på området iøvrigt.

Forløbsprogrammets evidensgrundlag

Der foreligger ikke nationale retningslinjer eller kliniske referenceprogrammer for den samlede indsats for patienter med lænderygsmærter. Evidensen på området er ikke entydig, men der foreligger studier og undersøgelser af høj kvalitet, der belyser forskellige elementer i indsatsen. Mhp. at kortlægge den eksisterende bedste viden på området blev arbejdet med forløbsprogrammet derfor indledt med 2 litteraturstudier på området, som efterfølgende er indgået i arbejdet med forløbsprogrammet.

Forløbsprogramgruppen og de nedsatte arbejdsgrupper har endvidere løbende inddraget og drøftet anden foreliggende viden, studier og egne erfaringer på området i arbejdet med at udvikle forløbsprogrammet. Referencer, som har været drøftet og er indgået i arbejdet med at udvikle forløbsprogrammet, fremgår af afsnit 15.

3. Karakteristik og afgrænsning af forløbsprogrammets patientgruppe

Muskel-skeletlidelser er den hyppigste årsag til begrænsninger i hverdagen, til arbejdsophør og næsthypigste årsag til førtidspensionering, ligesom patienter med muskel-skeletlidelser udgør en stor patientgruppe i det samlede sundhedsvæsen.

Lænderygsmærter er den hyppigste muskel-skeletlidelse. Smærterne er kendetegnet ved perioder af kortere eller længere varighed og med varierende intensitet. De fleste borgere med lænderygsbesvær klarer sig uden kontakt til sundhedssektoren, men for en del fører det til undersøgelse og behandling og måske sygemelding. Hvis symptomerne bliver langvarige, er der udover de fysiske og psykologiske gener, som det medfører, også risiko for sociale konsekvenser i form af tab af job.

Hos langt de fleste personer med akutte lænderygsmærter indtræffer der spontan bedring, fx vil halvdelen af patienter med nyopståede lænderygsmærter være symptomfri efter 3 uger uden behandling. Men der er betydelig tendens til tilbagefald. Således vil over halvdelen igen få smærter indenfor det næste år. Efter et år vil ca. halvdelen være smertefri, men resten vil stadig mærke noget til ryggen, og 10-20 % vil have vedvarende eller tilbagevendende smærter. Det vides også, at 2-7 % af personer med kortvarige lænderygsmærter udvikler forløb med smærter, som varer mere end 3 måneder.

Diagnostik er vanskelig og for hovedparten af patienterne, kan der efter grundig udredning ikke stilles en specifik diagnose. 80-90 % af patienter med lænderygsmærter får derfor diagnosen "uspecifikke rygsmærter".

Forløbsprogrammets formål er derfor at sikre en indsats, som reducerer forekomsten af kroniske lænderygsmærter, og som indebærer, at patienten understøttes i at kunne håndtere sine rygsmærter og sin hverdag uden behov for hyppig kontakt til sundhedsvæsenet. En sådan indsats vil afhænge betydeligt af, hvordan indsatsen tilrettelægges allerede fra 1. kontakt i praksissektoren. Forløbsprogrammet omhandler derfor patientforløbet fra patientens 1. kontakt til behandler i praksissektoren, hvor udredningsforløbet typisk påbegyndes. Det gælder både for patienter, som henvender sig med nyopståede lænderygsmærter, patienter som oplever tilbagevendende af tidligere tilfælde af lænderygsmærter, eller hvor der opstår forværring af en bestående tilstand. Patienter, hvor der er/opstår holdepunkt om, at årsagen til lænderygsmærterne er specifik eller alvorlig ryglidelse, udgår af forløbsprogrammet, når dette opstår, og behandles i overensstemmelse med faglige retningslinjer herfor.

4. Forekomst og økonomiske konsekvenser

I perioden 2000-2005 er antallet af personer, som angiver at have ryggener indenfor de sidste 2 uger steget til 30 %. Sundhedsprofilen for Region Midtjylland tegner ligeledes et billede af muskel-skeletsygdomme som den dominerende kroniske lidelse i regionen, og 12 % - svarende til ca. 92.000 borgere - angiver at have diskusprolaps eller anden rygssygdom.

Tallene indikerer, at det trods øget viden på feltet fortsat ikke er lykkedes at begrænse forekomsten af rygssygdom. Forklaringen formodes at være en kompleks kombination af fysiologiske, psykologiske, kulturelle og sociale faktorer på både individ- og samfundsniveau.

Stort set samtlige rygpatienters første kontakt til sundhedsvæsenet ligger i praksissektoren hos praktiserende læge, praktiserende speciallæge, kiropraktor eller fysioterapeut – dog primært praktiserende læge og kiropraktor. Det er vurderet, at lænderygsbesvær medfører 670.000 årlige kontakter til sundhedsvæsenet, og at disse kontakter hovedsageligt går til praksissektoren. På den baggrund anslås der at være op til 150.000 kontakter årligt vedr. lænderygsbesvær til praksissektoren i Region Midtjylland. Omkring 1 af 3 opsøger kiropraktor - og de resterende primært den praktiserende læge. Af de patienter, som søger praktiserende læge, visiteres ca. 10 % til specialist eller hospital, mens ca. 50 % henvises til praktiserende fysioterapeut.

Tabel 1 viser nøgletal for aktiviteten i hospitalsregi på de patienter, som har en diagnose, der ligger indenfor forløbsprogrammets målgruppe.

Tabel 1: Ambulante besøg, indlæggelser og operationer i 2010 af patienter med vedvarende, betydelige lænderygsmærter

	18+ årige		
	Hospitaller i Region Midtjylland*	Andre offentlige Hospitaller i DK**	Privathospitaller i DK***
Ambulant aktivitet			
Personer	7.921	1.000	1.461
Besøg	23.058	3.348	3.496
Indlæggelser			
Personer	2.191	112	582
Indlæggelser	2.481	174	604
Operation			
Personer	1.067	111	290
Operationer	1.091	114	296

* Aktivitet på Region Midt borgere og borgere fra andre regioner

** Aktivitet på Region Midt borgere på offentlige hospitaller i øvrige regioner

*** Aktivitet på Region Midt borgere på private hospitaller

Økonomiske konsekvenser

Lænderygsmærter har ofte konsekvenser i form af sygemelding og deraf afledte økonomiske konsekvenser for såvel den sygemeldte som for virksomhederne og samfundet som helhed. Af ikke-dødelig sygdom koster ryglidelser mest af alle i form af dagpenge, sygefravær, produktionstab og forbrug af sundhedsydelse.

Der er gjort flere forsøg på at opgøre omkostningerne vedr. omfanget af lænderygsmærter, bl.a. er det anført, at de samlede samfundsøkonomiske omkostninger i perioden 2002-2003 udgjorde 23.4 mia. kr., hvoraf 6.8 mia. kr. kan henføres til udgifter i sundhedssektoren, mens udgiften til sygedagpenge (som et mål for samfundets produktionstab) udgjorde 16.6 mia. kr. En nyligt offentliggjort undersøgelse opgør de samlede samfundsmæssige omkostninger til personer med ryg sygdom eller rygsmerter til 13 mia. kr. fordelt på ca. 5.6 mia. kr. til behandlingsudgifter i sundhedsvæsenet, ca. 2.6 mia. kr. på det kortsigtede produktionstab (kortsigtet sygefravær) og ca. 4.7. mia. kr. på det langsigtede produktionstab (permanent tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet).

5. Forebyggelse og risikofaktorer

Der er begrænset viden om årsagerne til, at lænderygproblemer opstår. Sammenhængen med livsstilsfaktorer som kost, alkohol, rygning og motion er ikke så entydig som ved andre større kroniske sygdomme.

Som følge af den sparsomme viden om primære risikofaktorer er det vanskeligt at anbefale konkrete tiltag og strategier ift. primær forebyggelse. Tidligere tilfælde af rygsmerter er faktoren med stærkest evidens, ligesom job med høje fysiske krav kan øge risikoen for opståen og influere på muligheden for tilbagevenden. Endvidere tyder noget på, at rygmuskulaturens udholdenhed har betydning for, om der opstår rygsmerter. Dette er i god overensstemmelse med, at motion, øvelser og træning er eneste dokumenterede forebyggende indsats for rygsmerter.

I stedet anbefales det, at der fokuseres på den sekundære forebyggelse – dvs. at forhindre forværring af smerter og funktionsnedsættelse hos borgere, som allerede har udviklet lænderygsmærter. Der kan ikke peges på enkeltstående faktorer, som kan forklare, hvorfor nogle patienter udvikler kroniske lænderygsmærter. Lænderygpatientens forløb er ofte komplekst, med en række såvel fysiske, psykiske som sociale faktorer der påvirker smerteforløbet, og som til dels kan være med til at forudsige prognosen. Nogle risikofaktorer er det muligt at påvirke. Det er afgørende så tidligt som muligt at få identificeret disse risikofaktorer, så indsatsen kan målrettes med henblik på at undgå langvarige smerteforløb eller gentagne tilbagefald.

Tabel 2 viser mulige risikofaktorer for udvikling af kroniske lænderygsmærter. Evidensgraden for de enkelte risikofaktorer er varierende.

Tabel 2: Mulige risikofaktorer for udvikling af kroniske lænderygsmerter

Sociodemografiske	Højere alder Dårligt helbred generelt Manuelt arbejde Lavt uddannelsesniveau
Individuelle*	Arvelighed Kraftig smerte og funktionsnedsættelse Indskrænket bevægelighed af ryggen Udstrålende smerter under knæniveau Rygning Overvægt
Arbejdsrelaterede*	Aktuel arbejdsskade-, erstatnings- eller pensionssag under behandling Tungt arbejde Manglende fleksibilitet på arbejdspladsen ved tilbagevenden til arbejdet Utilfreds med jobsituationen
Psykosociale	Stress Depression Helbredsangst og sygdomsbekymring Mange fysiske stresssymptomer Manglende tro på tilbagevenden til arbejdet Undgåelsesadfærd (Fear-avoidance belief**)

*Individuelle og arbejdsrelaterede risikoindikatorer overlapper hinanden

** Undgåelsesadfærd i forhold til fysisk aktivitet

Ift. borgerens jobsituation skal der være fokus på så vidt muligt at undgå sygefravær og sygemelding – men også på, at de som bliver sygemeldte, støttes i så hurtigt som muligt at vende tilbage til arbejdet. Grundlæggende kan det konstateres, at lænderygsmerter øger risikoen for udstødelse fra arbejdsmarkedet, og at der – trods begrænset evidens – kan peges på modificerbare risikofaktorer, som indsatsen bør rettes imod. Arbejdsrelaterede faktorer som høje jobkrav, tempo og tungt arbejde er mulige risikofaktorer, og medarbejderens forventninger ift. tilbagevenden til arbejde har også betydning. Samtidig kan der også, jf. tabel 2, peges på en række modificerbare psykosociale risikofaktorer, som indsatsen kan rettes mod. En multidisciplinær, biopsykosocial tilgang til indsatsen kan derfor være hensigtsmæssig for de socialt mest udsatte patienter.

6. Koordinering af indsatsen for patienter med lænderygsmarter

Forløbsprogrammet opstiller i de følgende afsnit anbefalinger for indsatsen i henholdsvis praksissektoren, på hospitalet og i kommunen. Det er dog afgørende, at den samlede tværsektorielle indsats er koordineret, så patienten oplever et sammenhængende forløb, og sundhedsvæsenet samlet set anvender ressourcerne optimalt mhp. at opnå positiv effekt af indsatsen.

Behovet for koordinering af indsatsen for patienter med lænderygsmarter afhænger af både patientens kliniske tilstand, patientens egenomsorgsevne og omfanget af planlagte eller igangværende indsatser. Særligt for patienter som er sygemeldte, kan der være behov for, at indsatsen samordnes på tværs af sektorer – fx via en forløbsansvarlig eller koordinator - mens der for hovedparten af patienterne primært er behov for, at systematisk informationsudveksling mellem aktørerne i primærsektoren understøtter indsatsen.

Praktiserende læge har rollen som tovholder på det samlede patientforløb. Tovholderfunktionen indebærer²:

- At sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- At vurdere patientens helbred løbende
- At følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
- At bidrage til fastholdelse af behandlingsmål

Oftest har praktiserende læge en afgørende rolle i den primære kontakt med patienten og har ansvaret for, at der i den indledende fase igangsættes relevante initiativer ift. udredning, behandling og eventuelle psykosociale problemstillinger. For at understøtte tovholderfunktionen og ensartet kommunikation til patienten om den fremadrettede behandlingsstrategi er det afgørende, at der gives tilbagemelding til praktiserende læge som beskrevet i forløbsprogrammets patientforløbsbeskrivelse for praksissektoren. Formålet er at sikre dialog og samarbejde mellem de involverede sundhedsprofessionelle mhp. at opnå et enstrengt patientforløb.

Såfremt patientens tilstand ikke bedres trods indsats i praksissektoren, skal patienten udredes i hospitalsregi. I de tilfælde hvor patienten henvises til hospitalet, har hospitalet ansvaret for den sundhedsfaglige indsats og koordinering af patientforløbet, indtil patienten afsluttes fra hospitalet. Når

² Forløbsprogrammer for kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2008)

patienten afsluttes fra hospitalet, overgår ansvaret for den sundhedsfaglige indsats og koordinering af patientens forløb til praktiserende læge.

Borgere/patienter med behov for en længerevarende, tværfaglig og tværsektoriel indsats – evt. med involvering af arbejdsgiver, det kommunale arbejdsmarkedsområde, socialområdet m.v. – har et særligt behov for, at indsatsen koordineres. For gruppen med komplekse problemstillinger er det væsentligt, at koordineringsindsatsen har fokus på den samlede livssituation og retter sig mod både helbredsmæssige, arbejdsmarkedsrelaterede og sociale forhold.

Forløbsprogrammet anbefaler derfor, at disse patienter tilknyttes en forløbsansvarlig i hospitalsregi i den periode, hvor der er iværksat indsats i hospitalsregi. Den forløbsansvarlige er ansvarlig for informationsudveksling og samarbejde med aktører i primærsektoren, indtil patienten afsluttes fra hospitalet samt løbende dialog med patienten om mål og planlagte indsatser i forløbet. Forløbsprogrammet anbefaler ligeledes, at de borgere, som henvises til det anbefalede kommunale rehabiliteringsteam, får tilknyttet en kommunal koordinator. Koordinatoren er ansvarlig for at planlægge den kommunale rehabiliteringsindsats og sikre løbende informationsudveksling og samarbejde med borgeren og andre involverede aktører, herunder den forløbsansvarlig på hospitalet, såfremt patienten endnu ikke er afsluttet i hospitalsregi.

For patienter med ukomplicerede tilbagefald eller varige rygsmerter, som allerede er udredt i hospitalsregi, varetages indsatsen i primærsektoren med praktiserende læge som tovholder på det samlede patientforløb.

7. Anbefalinger for indsatsen i praksissektoren

Indsatsen i praksissektoren har til formål at sikre kvalificeret og rettidig udredning og behandling af patienter, som henvender sig til behandler i praksissektoren med lænderygsmærter, samt at identificere de patienter, som er i risiko for at udvikle kroniske lænderygsmærter.

Den indledende anamnese og en grundig klinisk udredning er afgørende for behandlingsforløbet, hvilket beskrives mere indgående i patientforløbsbeskrivelsen i afsnit 7.3. Derudover lægger patientforløbsbeskrivelsen vægt på løbende information og vejledning af patienten samt stratificering af patienten på baggrund af patientens risikoprofil. Disse elementer beskrives derfor særskilt herunder.

7.1. Generel information og vejledning

Information og vejledning er et afgørende element i behandlingen af patienter med lænderygsmærter og skal indgå i behandlingsstrategien fra allerførste kontakt mellem patient og behandler. Det er væsentligt ikke at skabe unødigt bekymring og at informere om det sædvanligvis godartede forløb.

For patienter med specifik ryglidelse rådgives der i relation til den konkrete ryglidelse, herunder om faresignaler, som bør indebære kontakt til behandler. Rettidig kirurgisk indsats kan være afgørende for de få patienter, hvis førlighed er truet af nerverodspåvirkning eller rygmarvspåvirkning.

For patienter med uspecifikke lænderygsmærter er det særligt vigtigt, at ikke-sygeliggende information er en del af behandlingsstrategien. Rådgivningen skal have fokus på tryghedsskabende information og fremme patientens lyst til at være aktiv. For denne patientgruppe er det primære behov – udover smertelindring – anerkendelse, ikke-sygeliggende information og tryghed samt rådgivning om at forblive aktiv i hverdagen.

Dialogen mellem patient og behandler er et vigtigt element i behandlingsforløbet, og der bør lægges vægt på en grundig optagelse af anamnese. Det er desuden vigtigt, at behandleren giver klar og forståelig feedback under undersøgelsen, giver forklaring på smerten, tager vare på psykosociale faktorer og diskuterer, hvad der kan gøres af enten patienten selv eller behandleren samt samarbejdet med evt. arbejdsgiver og kommune. En patientaktiverende strategi – baseret på grundig information om diagnose, behandlingsprincipper og prognose samt involvering af patienten i arbejdet med at opstille mål for indsatsen – er væsentlig for at sikre en varig effekt af behandlingen.

Patienter med lænderygsmærter møder ofte flere behandlere – og ofte er de organisatorisk placeret i forskellige sektorer. Det er vigtigt, at information og råd om behandling er ensartet mellem de sundhedsprofessionelle, og at der samarbejdes mellem de involverede aktører. Formålet er, at patienten mødes med samme grundlæggende budskab og rådgivning, uanset hvilken behandler patienten konsulterer.

Bilag 2 – "Information til brug for dialog, vejledning, udredning og behandling af patienter med lænderygsmærter" – uddyber anbefalingerne for den rådgivning og indsats, som skal finde sted hos aktørerne i praksissektoren.

7.2. Stratificering

I indsatsen for lænderygpatienter er det afgørende at få identificeret de patienter, som har en øget risiko for at udvikle kroniske lænderygsmærter. Dermed kan indsatsen gradueres, så nogle patienter mødes med en mere intensiv indsats end andre. Overordnet er formålet, at specialiserede behov mødes af en specialiseret indsats – og mindre specialiserede behov af en mindre specialiseret indsats.

På trods af en vis viden om risikofaktorer, kan det være vanskeligt at vurdere sværhedsgraden af lænderygsmærterne og risikoen for udvikling af kronicitet hos den enkelte patient. Som et redskab, der skal supplere anamnesen og den grundige kliniske undersøgelse, anbefales det at indføre stratificeringsredskabet *STarT Back Screening Tool (STarT-9)* – se bilag 4.

STarT er et spørgeskema bestående af 9 spørgsmål. Spørgsmålene afdækker, hvor svære smærterne er, og hvor svære generne opleves af patienten ved bl.a. at belyse smertelokalisation, funktionsniveau, fear-avoidance, angst og patientens forventninger om bedring. STarT er således ikke et diagnostisk redskab – det er et prognostisk hjælpeværktøj. Ny forskning viser, at der ved stratificering via STarT, og efterfølgende indsats målrettet patientens risikoprofil, kan dokumenteres positiv effekt på både funktionsevne, smærter, omkostninger og patienttilfredshed.

STarT anbefales anvendt som stratificeringsværktøj ved patientens 2. konsultation i praksissektoren og kan anvendes til at afdække, hvorvidt patienten er i lav, middel eller høj risiko for at udvikle kroniske lænderygsmærter. Endvidere kan STarT bruges til at identificere de patienter, som kan have behov for yderligere afdækning af psykosociale risikofaktorer med henblik på at kvalificere og målrette henvisningen til sekundærsektoren, og evt. kommunen.

STarT er udviklet i primærsektoren i England, og der pågår aktuelt et arbejde i Region Syddanmark med at oversætte, validere og teste redskabet i almen

praksis. Etablering af samarbejde og vidensudveksling med Region Syddanmark om STarT vil være et indsatsområde ved implementering af forløbsprogrammet i Region Midtjylland.

Forløbsprogrammets patientforløbsbeskrivelse for praksissektoren er baseret på anvendelsen af STarT. Indtil STarT er implementeret i Region Midtjylland må stratificering ift. risikoen for udvikling af kronicitet basere sig på behandlerens vurdering og kendskab til patientens psykosociale vilkår, jf. de beskrevne risikofaktorer på side 11.

7.3. Patientforløbsbeskrivelse for praksissektoren

Patientforløbet er beskrevet som et tidsmæssigt sammenhængende forløb, der strækker sig over 8 uger. Forløbet er beskrevet med 2-ugers intervaller med indlagte handle-tidspunkter (T=0, dvs. 1. kontakt i primærsektoren), T=2 (dvs. 2 uger efter), T=4 (dvs. 4 uger efter) og T=8 (dvs. 8 uger efter), hvor konkrete indsatser udføres, og behandleren tager stilling til den videre indsats. Forløbsbeskrivelsen er bl.a. baseret på den nationale retningslinje for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna.³

Patientforløbsbeskrivelsen ændrer ikke på eksisterende henvisningspraksis, hvor henvisning til udredning og behandling i sekundærsektoren sker via praktiserende læge uanset hvilken behandler i praksissektoren, som udreder og behandler patienten.

Patientforløbet i praksissektoren indledes ved T=0 - typisk hos praktiserende læge eller kiropraktor. Hvis der ved 1. kontakt allerede foreligger relevant udredning og behandling, må behandleren vurdere, hvor i forløbsbeskrivelsen patienten skal indplaceres. Såfremt der under udredningen ved T=0 opstår begrundet mistanke om, at lænderygsmerterne skyldes anden sygdom, udgår patienten af forløbsprogrammet og udredes efter gældende kliniske retningslinjer/god praksis for det pågældende område.

Den første kontakt til praksissektoren kan være akut, og der vil således ikke altid være tid til at udføre den fulde indsats. Hvis forløbet fortsætter med en aftalt konsultation, vil det først være ved denne, at udredning som beskrevet herunder ved T=0 finder sted.

³ Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner, december 2010)

Patienter med lænderygsmærter - T=0

For borgere med lænderygsmærter, som henvender sig i praksissektoren, foretages en grundig udredning. Udredningsforløbet skal indeholde⁴:

- Udvidet anamnese omhandlende: symptomer, forløb, funktionsevne, symptomadfærd ved forskellige aktiviteter, bevægelser og stillinger. Supplerende oplysninger om tidligere forløb, udredning i andet regi, medicinforbrug, generelt helbred, faktorer der kan tyde på "røde flag"⁵.
- Undersøgelse af "gule flag"⁶ med henblik på at identificere risikofaktorer for udvikling af kroniske lænderygsmærter. Endvidere kortlægges status ift. patientens arbejdsmarkedssituation, herunder om patienten er sygemeldt.
- Klinisk undersøgelse der som minimum omfatter inspektion, bevægetest, perkussionstest og neurologisk testning.

Første kontakt har til formål at udelukke tilstedeværelsen af alvorlig ryg sygdom. Særligt hos ældre patienter er det relevant at have skærpet opmærksomhed på, at smerterne kan skyldes anden grundsygdom end ryglidelse. Er der mistanke herom, iværksættes yderligere udredning af patienten mhp. at afdække årsagen til rygsymptomerne.

På baggrund af udredningen foretages diagnostisk triage ("hastegradsvurdering") med henblik på at klassificere patienten i én af følgende kategorier:

- "Røde flag": Specifik ryg sygdom eller mulig alvorlig patologi
- Nerverodspåvirkning
- Uspecifikke lænderygsmærter

Af de patienter, som henvender sig i primærsektoren med lænderygsmærter, har den altovervejende del (80-90 %) uspecifikke lænderygsmærter. Nerverodspåvirkning forekommer betydeligt sjældnere (5-10 %). I nogle tilfælde kan patienten senere i forløbet flyttes fra én gruppe til en anden, fx

⁴ Uddybende beskrivelse af udredning ved kiropraktor fremgår af bilag 5

⁵ Røde flag: Kliniske eller anamnetiske forhold der giver mistanke om alvorlig underliggende patologi. Bilag 3 beskriver røde flag med afsæt i DSAM vejledning (2006) for "Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis" suppleret med bemærkninger fra forløbsprogramgruppen.

⁶ Gule flag: Psykosociale faktorer, som kan være indikator for udvikling af kroniske lænderygsmærter, jf. tabel 3 side 13

hvis der undervejs i forløbet opstår mistanke om udvikling af nerverodspåvirkning eller omvendt, at en mistanke ikke kan opretholdes.

Kun få patienter med uspecifikke lænderygsmarter ender med at blive opereret og typisk efter længerevarende observationstid (6-12 måneder). En del med nerverodspåvirkning bliver opereret, fordi der ikke kan opnås tilstrækkelig bedring i løbet af 6-12 uger med et konservativt behandlingsforløb. De fleste klarer sig dog uden operation. Operation kan forkorte varigheden af bensmerterne, men på længere sigt er resultaterne af operativ behandling ved diskusprolaps ikke bedre end ikke-operativ behandling. Der eksisterer en sub-gruppe, som ikke kan behandles uden operation.

Klassifikationen afgør som udgangspunkt hvilket forløb, patienten skal følge. Er der tale om "røde flag", fx symptomer på påvirkning af lakkemuskulaturen, tiltagende og udtalt kraftnedsættelse, mistanke om brud, infektion i ryggen eller kræft-relaterede lænderygsmarter, henvises akut til specialiseret indsats på hospitalet, og patienten udgår af forløbsprogrammet.

Er der tale om uspecifikke lænderygsmarter eller nerverodspåvirkning, følges nedenstående forløbsbeskrivelse.

I patientforløbsbeskrivelserne angiver T=0 de indsatser, som foruden en grundig udredning skal iværksættes ved 1. kontakt. For mange patienter afsluttes forløbet ved T=0. Det er derfor afgørende, at der ved 1. kontakt lægges vægt på information og rådgivning til patienten.

7.3.1. Patienter med uspecifikke lænderygsmarter

Uspecifikke lænderygsmarter – T=0

Alle patienter skal have grundig information om det sædvanligvis godartede forløb. Smerter behøver ikke at være udtryk for, at der er noget galt med ryggen, men kan evt. blot være en måde, ryggen reagerer på efter inaktivitet, uvant aktivitet og/eller psykisk stress. Patienten opfordres til at fortsætte sædvanlige aktiviteter, herunder motion.

For mange patienter med akut opstået lænderygsmarter indtræffer der relativ hurtigt spontan bedring. Behandlingsstrategien skal derfor som hovedregel være afventende i de første 1-2 uger uanset hvilken behandler, som vurderer patienten. Den afventende behandlingsstrategi giver behandleren mulighed for at observere spontanforløbet. Desuden kan patientens opfattelse af, at smerterne kan aftage af sig selv - og at egen indsats har en positiv effekt - betyde øget tryghed og egenomsorgsevne hos patienten. Dersom patientens tilstand mhp. at opretholde fysisk aktivitet og arbejdsfastholdelse

nødvendiggør en behandlingsindsats, skal indsatsen begrundes og dokumenteres i patientens journal.

Sygemelding skal så vidt muligt undgås, og rådgivningen er, at man skal arbejde, hvis man kan. Ved let eller moderat funktionsnedsættelse kan der være behov for skånefunktion i en periode. Ved svær funktionsnedsættelse kan sygemelding og aflastning i en periode være nødvendigt.

For patienter med svære smerter aftales revurdering efter 1 uge eller før. For patienter, som er sygemeldte, eller hvor der er identificeret "gule flag", aftales revurdering efter 2 uger. Øvrige patienter opfordres til at bestille en ny konsultation efter 2 uger, hvis der ikke indtræffer bedring.

Uspecifikke lænderygmerter – T=2

Patienten rådgives om fortsat at være aktiv, fortsætte daglige aktiviteter og så vidt muligt undgå sygemelding. Evt. iværksat behandling vurderes mhp. justering.

Ved uforandrede eller tiltagende lænderygmerter kan iværksættes anden behandling i praksissektoren.

Patientens risikoprofil afdækkes ved brug af STarT mhp. på evt. yderligere kortlægning af risikofaktorer hos højrisiko-patienter ved T=4.

Uspecifikke lænderygmerter – T=4

Patienter med progredierende svære smerter og tiltagende funktionsnedsættelse, som ikke aftager trods behandling, henvises til yderligere udredning og behandling i sekundærsektoren.

Patienter hos praktiserende læge, som fortsat ikke er i bedring, kan ved behov henvises til supplerende udredning hos praktiserende fysioterapeut eller ved kiropraktor.⁷ Såfremt forløbet har en kompleksitet, der fordrer en særlig indsats i udredningen – eksempelvis at der er risiko for sygemelding eller fortsat sygemelding – kan patienten henvises til udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning.⁸

⁷ Beskrivelse af udredning ved kiropraktor fremgår af bilag 5. Beskrivelse af fysioterapeutisk lænderygudredning i praksissektoren fremgår af bilag 6.

⁸ Udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning er etableret i Region Midtjylland som en forsøgsordning. Mhp. at skabe et beslutningsgrundlag vedr. ordningens eventuelle videreførelse pågår der pt. et arbejde, som skal redegøre for en ordning for udvidet rygudredning på såvel fysioterapeut- som på kiropraktorområdet.

For patienter som inden T=4 har været i behandlingsforløb hos fysioterapeut eller kiropraktor – og som fortsat ikke er i bedring - sender behandleren klinisk vurdering til patientens praktiserende læge med henblik på evt. samarbejde om den videre behandling.

For patienter som var i højrisiko-gruppe, jf. STarT ved T=2, anvendes spørgeskemaet CMD-SQ mhp. uddybende kortlægning af psykosociale risikofaktorer (funktionel lidelse, helbredsangst, depression, misbrug). Spørgeskemaet CMD-SQ er præsenteret i bilag 7. På baggrund af kortlægningen kan der henvises til indsats i sekundærsektoren.

For øvrige patienter revurderes behandlingsstrategien, og der rådgives om fortsat at være aktiv, fortsætte daglige aktiviteter og så vidt muligt undgå sygemelding.

For patienter med tilbagefald, som igen har opsøgt behandler i praksissektoren, anbefales det, at praktiserende læge kan henvise til kommunal indsats, når nedenstående kriterier alle er opfyldt:

- Patienten vurderes at have et klinisk ukompliceret tilbagefald
- Patienten er tidligere udredt i hospitalsregi
- Patienten har dårlig egenomsorgsevne, dvs. har behov for støtte til at håndtere symptomer samt forandringer i levevis som følge af vedvarende lænderygsmærter⁹

Uspecifikke lænderygsmærter – T=8

Hvis patienten ikke er i klar bedring henvises til yderligere udredning og behandling i sekundærsektoren.

For øvrige patienter revurderes behandlingsstrategien, og der rådgives om fortsat at være aktiv, fortsætte daglige aktiviteter og så vidt muligt undgå sygemelding.

Forløbsprogrammet vil blive revideret i overensstemmelse med den kommende beslutning. En beskrivelse af den eksisterende forsøgsordning med udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning fremgår af bilag 8.

⁹ Egenomsorgsevne defineres som individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærdsforandringer som følger med at leve med en kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2005)

7.3.2. Patienter med nerverodspåvirkning

Nerverodspåvirkning – T=0

Patienten informeres om den sædvanligvis gode prognose, men at smerterne ofte varer i længere tid (måneder). Nerverodssmerter skyldes i de fleste tilfælde diskusprolaps, men kan også skyldes dårlige pladsforhold til en nerverod pga. slidgigtforandringer eller i sjældne tilfælde andre forhold.

Patienten opfordres til at bevæge sig og dyrke almindelig motion, så længe bensmerterne ikke forværres. Der informeres også om faresignaler, dvs. problemer med kontrol over vandladning og afføring og tiltagende kraftnedsættelse i ben. I sådanne tilfælde skal den praktiserende læge kontaktes, og der kan evt. henvises til yderligere udredning og behandling i sekundærsektoren.

For mange patienter med akut opstået lænderygssmerter indtræffer der relativ hurtigt spontan bedring. Behandlingsstrategien skal derfor som hovedregel være afventende i de første 1-2 uger uanset hvilken behandler, som vurderer patienten. Den afventende behandlingsstrategi giver behandleren mulighed for at observere spontanforløbet. Desuden kan patientens opfattelse af, at smerterne kan aftage af sig selv - og at egen indsats har en positiv effekt - betyde øget tryghed og egenomsorgsevne hos patienten. Dersom patientens tilstand mhp. at opretholde fysisk aktivitet og arbejdsfastholdelse nødvendiggør en behandlingsindsats, skal indsatsen begrundes og dokumenteres i patientens journal.

Sygemelding skal så vidt muligt undgås, og rådgivningen er, at man skal arbejde hvis man kan. Ved let eller moderat funktionsnedsættelse kan der være behov for skånefunktion i en periode. Ved svær funktionsnedsættelse kan sygemelding og aflastning være nødvendig.

For patienter med svære smerter og/eller kraftnedsættelse i fod eller ben aftales revurdering efter 1 uge eller før. For patienter, som er sygemeldte, eller hvor der er identificeret "gule flag", aftales revurdering efter 2 uger. Øvrige patienter opfordres til at bestille en ny konsultation efter 2 uger, hvis der ikke indtræffer bedring.

Nerverodspåvirkning – T=2

Der udføres klinisk undersøgelse mhp. at afdække kontrol over vandladning og afføring, og om der evt. er tiltagende kraftnedsættelse i benet.

Ved uforandret eller aftagende smerteniveau rådgives patienten om fortsat at være aktiv, så længe bensmerterne ikke forværres, at fortsætte daglige aktiviteter og så vidt mulig undgå sygemelding. Evt. iværksat behandling

vurderes mhp. evt. justering. Der kan iværksættes anden behandling i praksissektoren.

Patienter hos praktiserende læge med let eller moderat nerverodstryk kan ved behov henvises til supplerende udredning hos praktiserende fysioterapeut eller ved kiropraktor. Såfremt forløbet har en kompleksitet, der fordrer en særlig indsats i udredningen – eksempelvis at der er risiko for sygemelding eller for fortsat sygemelding – kan patienten henvises til udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning.¹⁰

Komplicerende psykosociale faktorer kortlægges via samtale med patienten. Behandleren kan overveje at anvende STarT-skemaet. Idet det foreløbige udviklings- og valideringsarbejde med STarT primært er baseret på patienter med uspecifikke lænderygsmærter, følges det fortsatte udviklingsarbejde med STarT mhp. at tage endelig stilling til en anbefaling om STarT til patienter med nerverodstryk.

Der tages generelt stilling til, om der er behov for revurdering tidligere end efter yderligere 2 uger. Patienten instrueres i at holde øje med faresignaler og tage kontakt til behandleren, hvis de opstår.

Nerverodspåvirkning – T=4

Hvis det på baggrund af klinisk undersøgelse og vurdering konstateres, at patienten fortsat ikke er i bedring, henvises der til indsats i sekundærsektoren samt til MR-scanning. I perioden frem til indkaldelse følges patienten i praksissektoren mhp. evt. justering af medicinsk smertebehandling og mulige faresignaler.

Patienter, som er i bedring, følges fortsat i praksissektoren. Den iværksatte behandlingsstrategi i praksissektoren revurderes. Det kan være relevant at foretage MR-scanning mhp. at afklare årsagen til nerverodspåvirkningen og undgå unødigt forlængelse af forløbet.¹¹

Patienten instrueres i at holde øje med faresignaler ift. røde flag og tage kontakt til behandleren, hvis de opstår.

¹⁰ Jf. note 7

¹¹ Jf. den regionale forløbsbeskrivelse vedr. henvisnings- og visitationspraksis for billeddiagnostik er dette gældende for patienter med: *radikulære symptomer med en varighed på 4 uger eller mere (smerter/paræstesier med radikulær udbredning, nedsat kraft eller atrofi med radikulær udbredning).*

Nerverodspåvirkning – T=8

Hvis det på baggrund af klinisk undersøgelse og vurdering konstateres, at patienten ikke er i klar bedring, henvises der til indsats i sekundærsektoren.

7.3.3. Henvisning af patienten til MR-scanning

Ved patienter – som efter 8 ugers indsats i praksissektoren henvises til sekundærsektoren - skal der forud for henvisningen foreligge MR-scanning, som kan anvendes ved den primære vurdering af patienten hos speciallægen.¹²

Evt. ventetid til MR-scanning bør ikke forsinke henvisning til sekundærsektoren.

¹² Jf. nationale retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna, side 6 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner, december 2010)

7.4. Opsummering af patientforløbet i praksissektoren

Med afsæt i de detaljerede patientforløbsbeskrivelser opsummeres og illustreres herunder de overordnede principper for den indsats, som anbefales for henholdsvis patienter med uspecifikke lænderygsmærter og patienter med nerverodspåvirkning i praksissektoren.

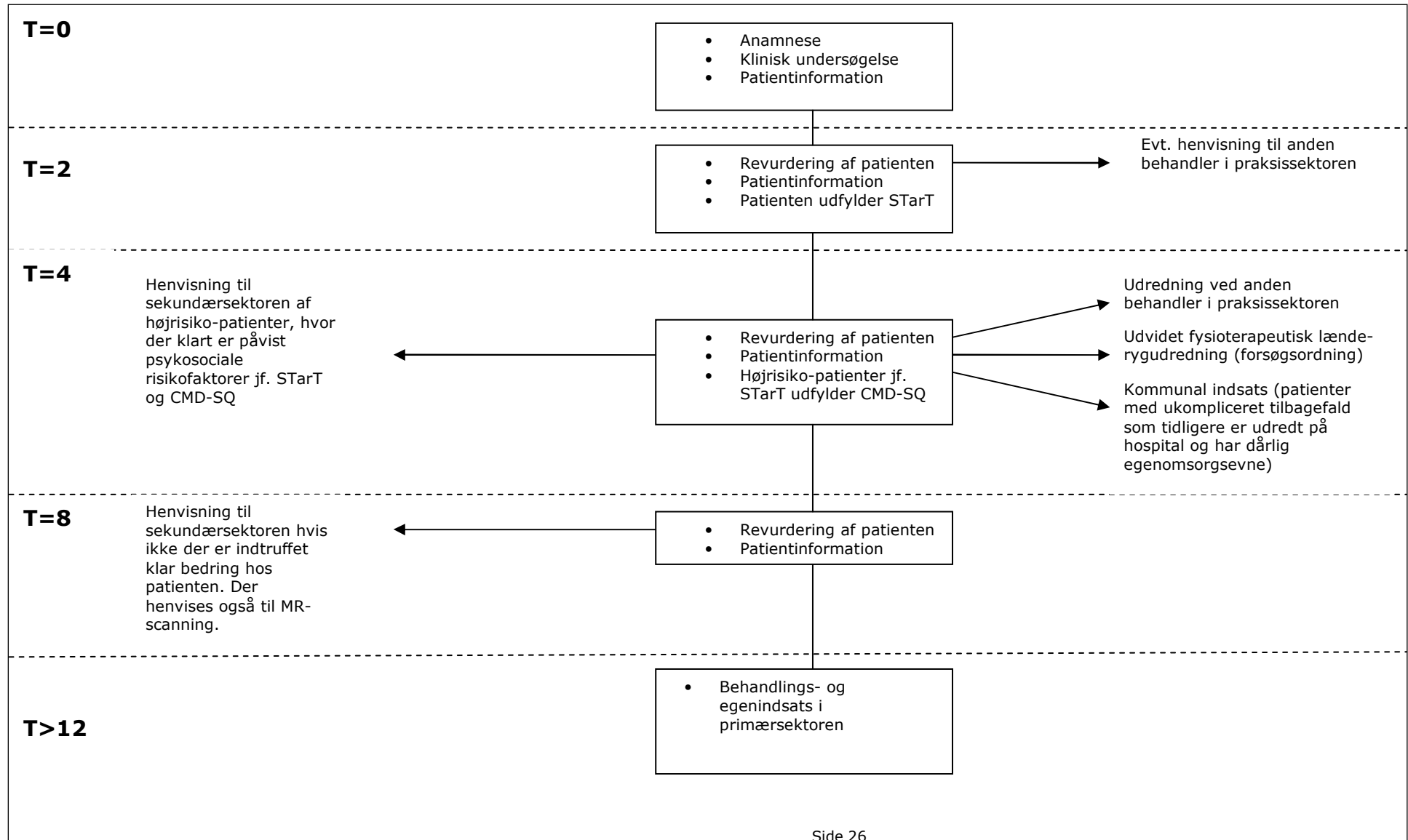
Opsummering af patientforløbet for patienter med uspecifikke lænderygsmærter:

- Patienter med uspecifikke lænderygsmærter kan sædvanligvis diagnosticeres og behandles i praksissektoren. Indsatsen varetages som udgangspunkt i praksissektoren de første 8 uger fra patienten henvender sig til behandler i praksissektoren. Hvis patienten ikke er i klar bedring efter 8 uger, henvises til yderligere udredning og behandling i sekundærsektoren.
- For mange patienter med akut opstået lænderygsmærter indtræffer der relativ hurtigt spontan bedring. Behandlingsstrategien skal derfor som hovedregel være afventende i de første 1-2 uger uanset hvilken behandler, som vurderer patienten. Patienten skal - foruden udredning - have grundig information og vejledning om diagnose og prognose og så vidt muligt opfordres til at fortsætte sædvanlige aktiviteter.
- Ved T=2 anvendes spørgeskemaet STarT mhp. at identificere patienter som har høj risiko for at udvikle kroniske lænderygsmærter.
- Ved T=4 kan patienter, som fortsat ikke er i bedring, henvises til supplerende udredning ved anden behandler i praksissektoren. Såfremt forløbet fordrer en særlig indsats i udredningen – eksempelvis pga. risiko for sygemelding eller fortsat sygemelding – kan patienten henvises til udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning.
- For patienter som inden T=4 har været i behandlingsforløb hos fysioterapeut eller kiropraktor – og som fortsat ikke er i bedring – sender behandleren klinisk vurdering til patientens praktiserende læge med henblik på evt. samarbejde om den videre behandling.
- Ved T=4 henvises højrisiko-patienter, hvor der klart er påvist psykosociale risikofaktorer jf. STarT og CMD-SQ, til yderligere udredning og behandling i sekundærsektoren.
- For patienter med tilbagefald, som igen har opsøgt behandler i praksissektoren, gælder, at såfremt patienten vurderes at have klinisk ukompliceret tilbagefald, at patienten tidligere er udredt i hospitalsregi og

har dårlig egenomsorgsevne, kan praktiserende læge henvise til kommunal indsats.

- Ved patienter – som efter 8 ugers indsats i praksissektoren henvises til sekundærsektoren - skal der forud for henvisningen foreligge MR-scanning, som kan anvendes ved den primære vurdering af patienten hos speciallægen.
- På baggrund af behandlerens løbende kliniske undersøgelse og vurdering henvises patienten altid til indsats i sekundærsektoren eller ved praktiserende speciallæge ved konstatering af røde flag eller progredierende svære smerter og tiltagende funktionsnedsættelse.

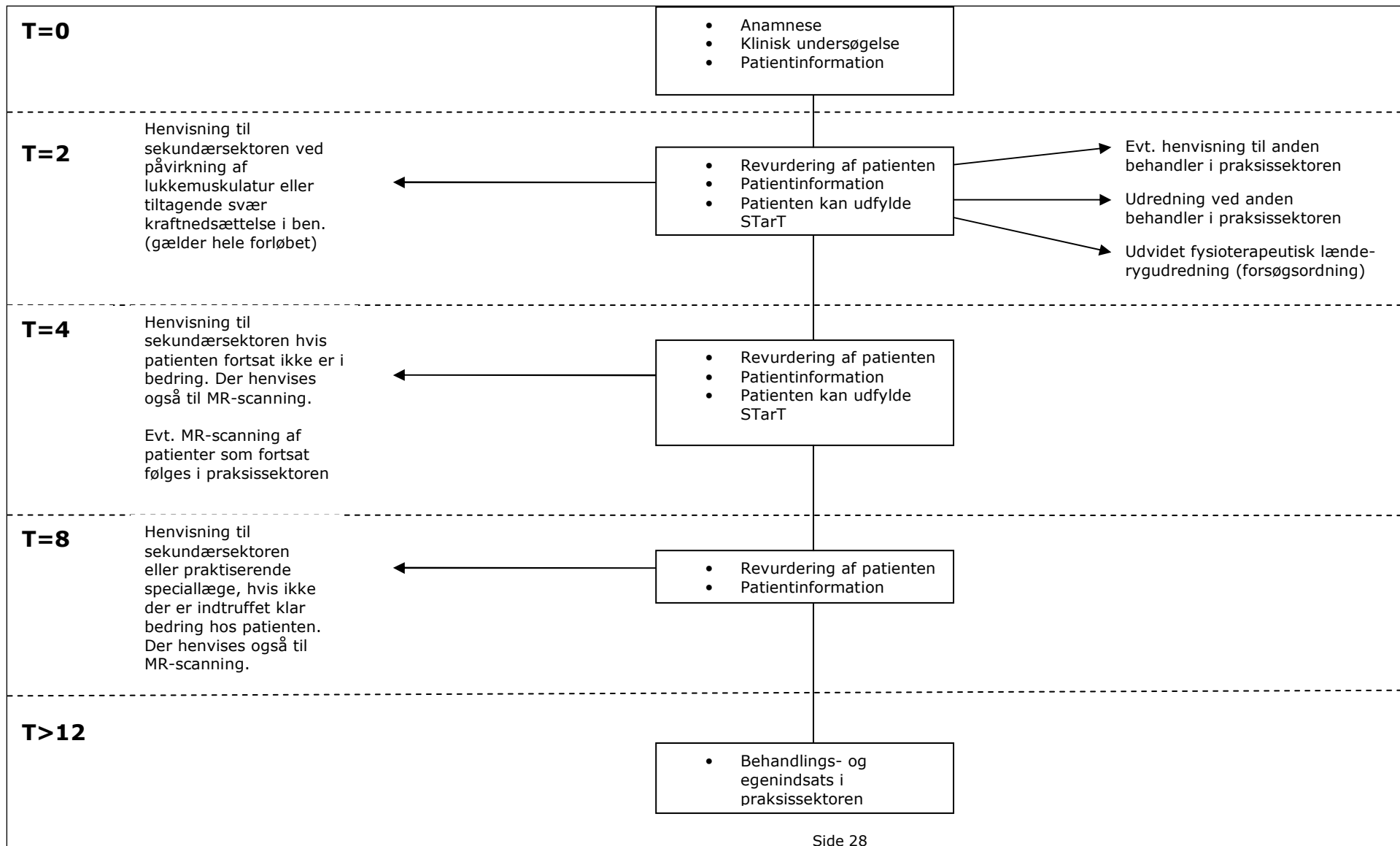
Figur 1: Patientflow i praksissektoren for patienter med uspecifikke lænderygsmærter



Opsummering af patientforløbet for patienter med nerverodspåvirkning

- Patienter med nerverodspåvirkning følges og behandles som udgangspunkt i praksissektoren i de første 4 uger, fra patienten henvender sig til behandler i praksissektoren. Hvis patienten fortsat ikke er i bedring efter 4 uger henvises til indsats i sekundærsektoren samt til MR-scanning.
- Ved patienter med nerverodspåvirkning er det behandlerens primære opgave at foretage løbende klinisk undersøgelse og klinisk vurdering af nerverodspåvirkningen. Det er udviklingen i nerverodspåvirkningen, som danner grundlag for evt. henvisning til videre udredning og indsats i sekundærsektoren.
- For mange patienter med akut opstået lænderygsmærter indtræffer der relativ hurtigt spontan bedring. Behandlingsstrategien skal derfor som hovedregel være afventende i de første 1-2 uger uanset hvilken behandler, som vurderer patienten. Patienter skal - foruden udredning - have grundig information og vejledning om diagnose og prognose og så vidt muligt opfordres til at fortsætte sædvanlige aktiviteter.
- Ved T=2 afdækkes komplicerende psykosociale faktorer via samtale med patienten. Behandleren kan evt. anvende STarT-skemaet.
- Ved T=2 kan patienter, som fortsat ikke er i bedring, henvises til supplerende udredning ved anden behandler i praksissektoren. Såfremt forløbet fordrer en særlig indsats i udredningen – eksempelvis pga. risiko for sygemelding eller fortsat sygemelding – kan patienten henvises til udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning.
- Ved patienter – som efter 8 ugers indsats i praksissektoren henvises til sekundærsektoren - skal der forud for henvisningen foreligge MR-scanning, som kan anvendes ved den primære vurdering af patienten hos speciallægen.

Figur 2: Patientflow i praksissektoren for patienter med nerverodspåvirkning



8. Anbefalinger for hospitalsindsatsen

Region Midtjylland har besluttet at etablere en faglig samling af reumatologien omkring to centre på Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Silkeborg. Planen indebærer, at de to centre skal betjene de tilknyttede akuthospitaler, der ikke selv er bemandede til at klare reumatologiske opgaver. Samtidig skal der etableres fælles visitation for hvert center og de tilknyttede akuthospitaler.¹³ Forløbsprogrammet tager afsæt i denne beslutning og beskriver generelt en ramme for organisering af ryg-området, som baseres på tværfaglighed i både visitation, vurdering, udredning og behandling af patienter med lænderygmerter. Den overordnede målsætning er, at indsatsen for patienter med lænderygmerter i hospitalsregi organiseres, så den understøtter:

- Et enstrengt og hensigtsmæssigt patientforløb.
- Et effektivt samarbejde med praksissektoren baseret på klare henvisningskriterier, som er kendt for alle parter i samarbejdet.
- Hurtig udredning og behandling på tværfagligt specialistniveau med visitation til kirurgisk- eller tværfaglig konservativ indsats.
- Standardiseret tilbagemelding til praksissektoren, hvor behandlingsstrategien for patienterne klart fremgår.
- Omkostningseffektiv udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer.
- En klar opgave- og ansvarsfordeling mellem hospitaler og kommuner, hvor dublering af indsatser og tilbud undgås.

De patienter, som udredes og behandles i sekundærsektoren, forudsættes at have gennemgået et systematisk forløb i praksissektoren, jf. patientforløbsbeskrivelsen i afsnit 7. Dvs. at som udgangspunkt henvises patienten til sekundærsektoren, såfremt patienten efter 8 ugers indsats i praksissektoren fortsat ikke har opnået klar klinisk bedring. Dog kan patienter med betydelig nerverodspåvirkning, patienter med progredierende svære smerter og patienter med psykosociale risikofaktorer, jf. STarT, henvises

¹³ Jf. Budgetaftale af 31. januar 2011 samt Regionrådsbeslutning den 23. februar vedr. "Aftale om ændring af budget 2011 og forudsætningerne for budget 2012 for Region Midtjylland" som tager udgangspunkt i "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland", side 22-23 (Region Midtjylland, februar 2011)

tidligere. Endvidere skal der altid ske akut henvisning af patienter med "røde flag".

Formålet med indsatsen i sekundærsektoren er for den enkelte patient, at der opnås:

- Helbredsmæssig afklaring af patienten, dvs. klassificering af lænderygsmærterne og afklaring af mulige årsager.
- Afklaring af patientens fysiske og aktivitetsmæssige formåen.
- Smertebehandling og/eller hjælp til smertehåndtering. Indsatsen understøttes af en kognitiv indsats.
- Hjælp til at patientens funktionsevne øges gennem konservativ behandling eller ved operation. Indsatsen understøttes af en kognitiv indsats.

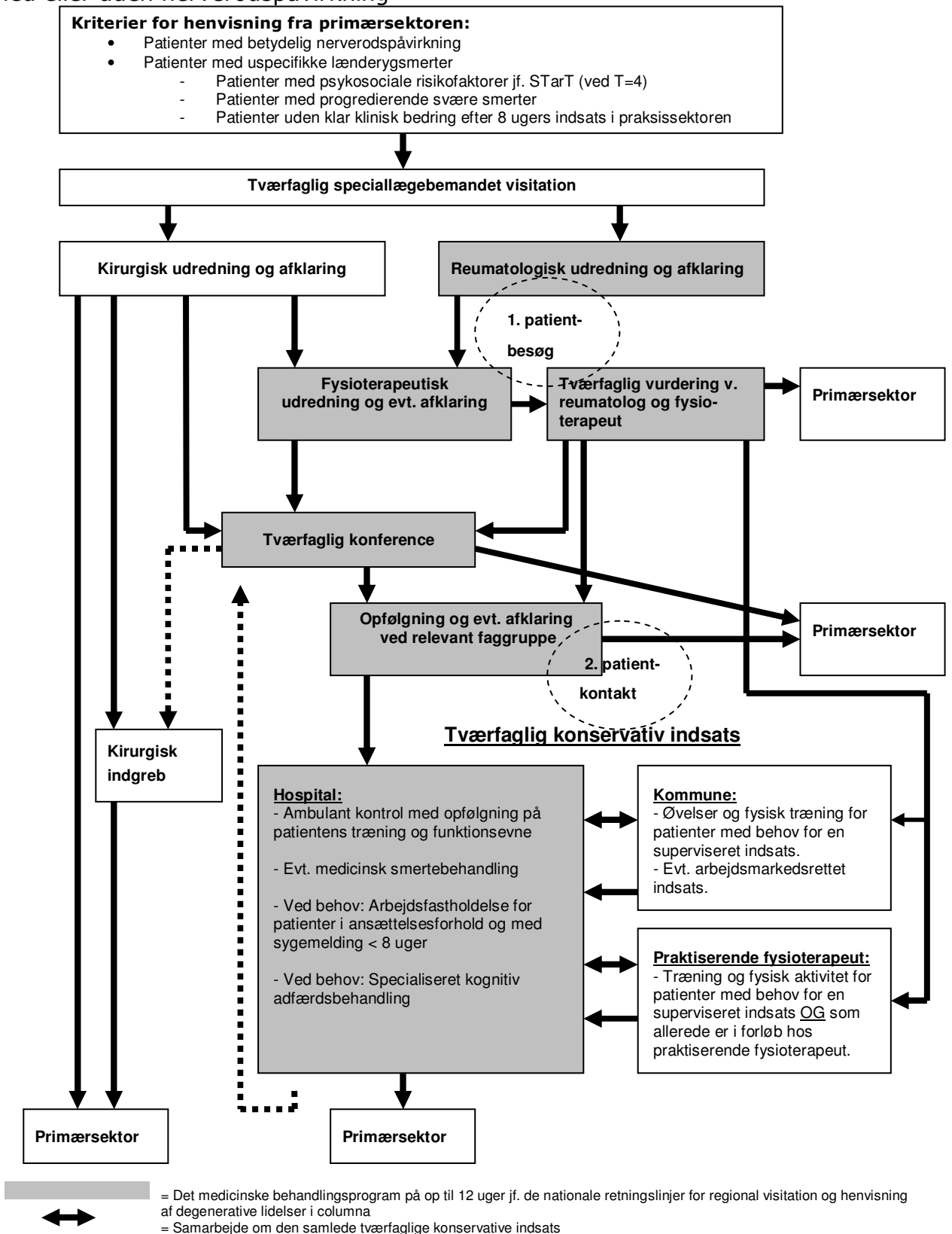
Generelt findes ikke effektive behandlinger – dvs. behandlinger som effektivt fjerner smærterne hos de fleste - til langvarige uspecifikke lænderygsmærter, som størstedelen af patienterne er generet af. Men funktionsniveauet kan ofte øges, evt. også uden at smærterne bedres i første omgang.

Til gengæld er der solid dokumentation for effekten af koordineret indsats mhp. tilbagevenden til arbejde hos sygemeldte patienter. Dvs. at for sygemeldte kan tiden til tilbagevenden til arbejde forkortes betydeligt, og udstødning fra arbejdsmarkedet pga. lænderygsmærter kan formentlig til en vis grad forebygges. Patientens tilbagevenden til arbejde har i sig selv en gavnlig effekt på funktionsevnen og skal derfor ses som en væsentlig målsætning for hospitalets indsats og samarbejde med kommuner og praksissektor om den samlede rehabiliteringsindsats.

Figur 3 herunder illustrerer det anbefalede patientflow i sekundærsektoren for patienter med betydelige, vedvarende lænderygsmærter med eller uden nerverodspåvirkning. Forløbsprogrammets konkrete anbefalinger for indsatsen beskrives efterfølgende med afsæt i flow-diagrammet.

8.1. Patientflow i sekundærsektoren

Figur 3: Patientflow for patienter med betydelige, vedvarende lænderygsmerter med eller uden nerverodspåvirkning



8.1.1. Tværfaglig speciallægebemandet visitation

Det anbefales, at samtlige henvisninger fra praksissektoren af patienter med betydelige, vedvarende lænderygsmærter med eller uden nerverodspåvirkning modtages og vurderes af en tværfaglig visitation bemandet med speciallægekompetencer. Der er tale om en visitation, hvor patienten ikke er til stede. På baggrund af henvisningen med oplysninger fra praksissektoren tages der stilling til, om den første kliniske vurdering af patienten på hospitalet skal foretages af ryggkirurg eller reumatolog. Det anbefales, at både ryggkirurg og reumatolog er til stede i den tværfaglige visitation. Endvidere bør der for patienter med høj psykosocial risikoprofil være adgang til, at den tværfaglige visitation kan inddrage psykologiske og/eller psykiatriske kompetencer i vurderingen.

Ved den tværfaglige visitation er der indikation for henvisning til udredning og vurdering hos ryggkirurg ved:

- Langvarige rodtrykssmærter (>2-3 måneder) på grund af verificeret prolaps eller spinalstenose på MR-scanning
- Recidivsmærter hos patienter, som er rygopereret inden for det sidste år,
- Rygsmærter hos patienter, som tidligere har fået foretaget stivgørende rygindgreb
- Medfødte og erhvervede rygdeformiteter (scolioser, kyfoser og i nogle tilfælde spondylolisteser etc.) eller brud på ryggen inden for de sidste måneder

Patienter som har behov for akut ryggkirurgisk indsats (patienter med cauda equina, progredierende parese, infektion eller cancer) eller specifik ryggkirurgisk vurdering henvises direkte fra egen læge til kirurgisk udredning udenom den tværfaglige visitation.

8.1.2. Kirurgisk forløb

Patienter som visiteres til kirurgisk indsats udredes af en ryggkirurg med henblik på at afklare, om der aktuelt foreligger operationsindikation.

For ryglidelserne diskusprolaps, isolerede lændesmærter (som skønnes betinget af degenerative forandringer) og spinalstenose gælder følgende retningslinjer for henvisning til kirurgi¹⁴:

¹⁴ Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner, december 2010)

Diskusprolaps:

- Der er akut indikation ved betydende rygmærvspåvirkning.¹⁵
- Der er akut indikation ved cauda equina Syndrom eller ved mistanke om rodinkarceration.
- Der er subakut indikation ved progredierende pareser.
- Der er indikation ved nerverodspåvirkning, som ikke bedres ved konservativ behandling. Det er optimalt at træffe beslutning 6-12 uger efter symptomdebut.

Den enkelte patient bør medinddrages i beslutningen på baggrund af relevant information om prognosen.

Isolerede lændesmerter, som skønnes betinget af degenerative forandringer:

- Det er nødvendigt at være tilbageholdende med operation for isolerede lænderygsmærter.
- Patienten skal være grundig udredt.
- Der skal være overensstemmelse mellem patientens symptomer, kliniske iagttagelser og billeddiagnostiske fund og patienten skal have gennemgået et tværfagligt konservativt forløb omfattende fysisk aktivitet (øvelser, motion, træning), kognitiv behandling, medicinsk smertebehandling, erhvervsrådgivning og evt. psykologisk rådgivning. Patienten bør være fulgt i minimum 6-12 måneder før evt. beslutning om stivgørende operation.

Spinalstenose:

- Indikationen vil være afhængig af patientens komorbiditet og symptomvarighed.
- Der er indikation ved medullært kompressionssyndrom.¹⁶
- Der er indikation ved progredierende og betydelig reduktion af gangdistance.

Kirurgen kan som et led i den indledende udredning iværksætte yderligere radiologiske/neuroradiologiske og øvrige parakliniske udredninger, hvis det vurderes nødvendigt. Der kan iværksættes fysioterapeutisk udredning, ligesom medicinsk smertehåndtering kan iværksættes i samarbejde med sygeplejerske. Såfremt patienten ikke henvises til operation, kan patienten enten afsluttes til primærsektoren eller patientforløbet kan bringes til drøftelse på tværfaglig konference.

¹⁵ Ikke relevant ved lænderygproblematik

¹⁶ Ikke relevant ved lænderygproblematik

Der udarbejdes og afsendes et journalnotat, som i det videre forløb kan anvendes af patienten, praktiserende læge og kommune, sidstnævnte i de tilfælde, hvor der foreligger sygdomsmeddelelse eller uafklaret forhold til arbejdsmarkedet.

Journalnotatet skal være et klinisk notat med beskrivelse af symptomer, kliniske fund samt billeddiagnostik. Konklusionen bør indeholde en beskrivelse vedr.:

- Operationsindikation og evt. tidsplan
- hvis nej, evt. behov for vurdering ved fysioterapeut eller på tværfaglig konference
- Evt. justeret smertebehandling
- Hvilken information som er givet til patienten

Såfremt patienten henvises til operation, og patienten efterfølgende vurderes at have et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, udarbejdes der en genoptræningsplan. Som hovedregel er genoptræning efter ryggkirurgi defineret som almindelig ambulant genoptræning, dvs. det er et kommunalt ansvar at tilbyde et genoptræningsforløb¹⁷.

8.1.3. Reumatologisk og fysioterapeutisk udredning og afklaring (patientens 1. besøg)

Patienter, som ved den tværfaglige visitation visiteres til en medicinsk indsats, anbefales at blive vurderet af reumatolog og fysioterapeut. Medicinsk smertehåndtering kan iværksættes i samarbejde med sygeplejerske.

Den indledende udredning skal sikre en klinisk afklaring af patienten, som kan danne grundlag for beslutning om den videre indsats. Den reumatologiske udredning har til formål at sikre afklaring af patientens diagnose. Den fysioterapeutiske udredning har til formål at sikre afklaring af patientens funktionsevne.

Informationer fra patientens udredning og behandling i praksissektoren skal anvendes i den reumatologiske og fysioterapeutiske vurdering.

Ad hensyn til fremadrettet samarbejde mellem hospital og kommune indhentes samtykke fra borgeren til at udveksle oplysninger med kommunen i de forløb,

¹⁷ Vejledende snitfladekatalog vedr. almindelig og specialiseret ambulant genoptræning efter Sundhedslovens § 140 (Aftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen, 2009)

hvor dette vurderes relevant – typisk hvis patienten er sygemeldt, eller der foreligger uafklaret forhold til arbejdsmarked.

Reumatologisk udredning og afklaring:

På baggrund af den reumatologiske udredning og afklaring af patienten udarbejdes og afsendes et journalnotat, som i det videre forløb kan anvendes af patienten, praktiserende læge og kommune, sidstnævnte i de tilfælde, hvor der foreligger sygemelding eller uafklaret forhold til arbejdsmarkedet

Journalnotatet skal være et klinisk notat, som udover basale kliniske oplysninger skal beskrive debut, varighed, forløb, smertelokalisation, funktionsniveau, forværende og lindrende faktorer, evt. advarselssymptomer (gule og røde flag), medicin, tobak, psykiske forhold – fx depression - sociale forhold, kliniske fund, billeddiagnostik og konklusion. Konklusionen bør indeholde en beskrivelse vedr.:

- Klassifikation af rygsmerterne
- Vurdering af evt. sammenhæng mellem smerter og billeddiagnostik, specielt MR-scanning
- Evt. andre forhold af betydning for smerter og forløb
- Vurdering af behov for andre parakliniske undersøgelser
- Plan for evt. yderligere udredning
- Evt. justering af medicinsk smertebehandling, ofte med involvering af sygeplejerske
- Hvilken information som er givet til patienten, herunder rådgivning ift. arbejdssituation

Fysioterapeutisk udredning:

Patienten skal have en grundig udredning af fysisk formåen med fokus på krop og anatomi samt aktivitet. Fysioterapeuten tester patientens kondition, udholdenhed og biomekanik.

Såfremt det vurderes relevant, instrueres patienten i et retningspecifikt selvtræningsprogram. Med udgangspunkt i patientens nuværende og tidligere erfaringer med fysisk aktivitet, og via rådgivning om motion, øvelser og træning i såvel privat- som arbejdsliv, opfordres patienten til at holde sig fysisk aktiv.

Der udarbejdes et journalnotat med sammenfatning vedr.:

- Anamnese
- Resultater af patientspørgeskema
- Mulig indflydelse af gule flag
- Væsentligste fund ved klinisk undersøgelse,
- Beskrivelse af patientens mulighed for smertereduktion ved stillinger, bevægelser og aktiviteter

- Resultat af konditionstest
- Handlingsplan for fremtidig specifik rygtræning og generel motion og aktivitet

Journalnotatet skal indgå i den information fra hospitalet, som skal tilgå patienten, praktiserende læge og kommune, sidstnævnte i de tilfælde hvor der foreligger sygemelding eller uafklaret forhold til arbejdsmarkedet.

Anbefalinger for indholdet i den fysioterapeutiske udredning er nærmere beskrevet i bilag 9.

Tværfaglig vurdering ved reumatolog og fysioterapeut

På baggrund af den reumatologiske og fysioterapeutiske udredning og eventuelle afklaring foretages en tværfaglig vurdering af patienten mhp. at fastlægge den videre indsats. Vurderingen foretages i umiddelbar forlængelse af udredningen, dvs. under samme besøg. Jf. flowdiagrammet side 33 kan der opstilles følgende scenarier for den videre indsats:

- Patienter – hvor der er sket tilfredsstillende klinisk udredning og afklaring – afsluttes som udgangspunkt til primærsektor med råd og vejledning om selvtræning.
- For patienter, hvor der vurderes at være behov for opfølgning på den kliniske udredning og udviklingen i patientens kliniske tilstand, anbefales en opfølgende kontakt ca. 2 uger efter den indledende udredning inden endelig afslutning til primærsektoren. Kontakten kan ske telefonisk.
- Patienter med behov for en længerevarende indsats med vægt på fysisk træning – og som har behov for en supervision for potentielt at kunne profitere af træningen – henvises til genoptræning i kommunen eller til indsats ved praktiserende fysioterapeut (se nærmere herom side 41-42). Ved afslutning af forløbet (op til 12 uger) foretages ambulant kontrol på hospitalet mhp. at vurdere effekten af træningsindsatsen. På den baggrund tages der endelig stilling til kirurgi, og patienten afsluttes i henhold til beslutningen.
- Patientforløb hvor patienten er truet ift. arbejdsfastholdelse, allerede er sygemeldt eller har en psykosocial højrisiko-profil anbefales drøftet på tværfaglig konference mhp. at planlægge og iværksætte en tværfaglig konservativ indsats.

Det vurderes, at op til 50 % af patienterne vil kunne afsluttes til primærsektoren efter den indledende udredning og vurdering.

8.1.4. Tværfaglig konference

På den tværfaglige konference skal der jf. ovenstående ske drøftelse af patientforløb, hvor der foreligger komplicerende arbejdsrelaterede- og/eller

psykosociale forhold, ligesom der skal ske drøftelse af patienter, som efter indledende kirurgisk vurdering ønskes vurderet i et konservativt forløb.

Det anbefales, at der på den tværfaglige konference er deltagelse af den reumatolog og fysioterapeut, som har forestået den indledende reumatologiske og fysioterapeutiske vurdering, samt øvrige fagpersoner med kompetencer ift. endeligt at vurdere patientens behov for yderligere indsats omkring fysisk aktivitet, arbejdsmarkedstilknytning, medicinsk smertebehandling og kognitiv adfærdsbehandling. Øvrige fagpersoner kan være rygkirurg, psykiater, psykolog, arbejdsmediciner, socialmediciner, sygeplejerske, ergoterapeut og kommunal sagsbehandler/koordinator ved komplekse patientforløb.

På den tværfaglige konference tages der stilling til, om patienten skal afsluttes i hospitalsregi, have én efterfølgende opfølgende kontrol mhp. forventet afslutning til primærsektoren eller, om der skal iværksættes yderligere tværfaglig konservativ indsats. Såfremt der skal iværksættes yderligere tværfaglig konservativ indsats udarbejdes der en behandlingsplan, og der udpeges ligeledes en forløbsansvarlig. Den forløbsansvarlige er ansvarlig for, at der efter den tværfaglige konference sker en tilbagemelding om status på forløbet og plan for den videre behandlingsindsats til patienten, praktiserende læge og kommune, sidstnævnte såfremt der foreligger sygemelding eller uafklaret forhold til arbejdsmarkedet. Såfremt arbejdsmarkedstilknytning er en komplicerende faktor hos patienten, er det væsentligt, at den forløbsansvarlige har kendskab til arbejdsmarkedet, sygedagpengesystemet og er orienteret om de lovgivningsmæssige vilkår og muligheder på socialområdet.

Afhængig af den konkrete organisering og ad hensyn til deltagelse og ressourceforbrug kan den tværfaglige konference afvikles som videokonference eller lign.

8.1.5. Opfølgning og evt. afklaring ved relevant faggruppe (patientens 2. kontakt)

For de patientforløb, som er blevet vurderet på tværfaglig konference, anbefales det, at patienten ses til en opfølgende kontrol og afklaring ved relevant fagperson omkring det videre forløb. Ved denne opfølgende kontrol vil patienten blive informeret om beslutningen fra den tværfaglige konference og hvilket behandlingstilbud, som kan gives.

For patienter, som ses til opfølgende kontrol mhp. afslutning i hospitalsregi, foretages opfølgning på den vejledning, selvtræning og indsats, som indledningsvist blev iværksat. Såfremt det på baggrund af en lægefaglig vurdering skønnes, at patienten har et genoptræningsbehov, skal der udskrives en genoptræningsplan til almindelig ambulans genoptræning. Det vurderes, at disse patienter oftest ikke har behov for en genoptræningsplan,

men er i stand til selv at varetage videre fysisk aktivitet og udførelse af daglige aktiviteter.

Dvs. at der ved den opfølgende kontrol enten vil ske afslutning af patienten i hospitalsregi, eller der vil blive iværksat yderligere indsats, jf. beslutning om behandlingsplan på den tværfaglige konference. Såfremt der iværksættes yderligere indsats skal dette – for nogle patienter - ske i samarbejde med kommune eller praksissektor. Snitfladen mellem sektorerne er uddybet i næste afsnit.

8.1.6. Tværfaglig konservativ indsats

Patienter, som på den tværfaglige konference vurderes at have behov for yderligere indsats, skal tilbydes en tværfaglig konservativ indsats på op til 12 uger incl. den indledende udredning og vurdering. Forløbet skal afsluttes med endelig vurdering af indsatsens effekt mhp. afslutning til primærsektoren.

Det anbefales, at forløbet iværksættes ved at den forløbsansvarlige, som opfølgning på den tværfaglige konference, afholder en samtale med patienten, hvor følgende drøftes:

- Opfølgning på den reumatologiske- og fysioterapeutiske undersøgelse
- Patientens uddannelse og aktuelle arbejdsmæssige forhold
- Sociale og familiære forhold
- Daglige aktiviteter, herunder identifikation af aktivitetsproblemer og intervention ift. arbejdsmarkedstilknytning
- Patientens tanker om symptomerne og personlige ressourcer

Den forløbsansvarlige er fremadrettet ansvarlig for generelt at koordinere patientens forløb i hospitalsregi samt at varetage kommunikation og samarbejde om den samlede indsats med patientens hjemkommune og praksissektoren. Derudover skal den forløbsansvarlige ved afslutning af patientforløbet udarbejde et afsluttende notat i journalen og sende en status til patienten, praktiserende læge og kommunen, såfremt der foreligger sygemelding eller uafklaret forhold til arbejdsmarkedet. Statusnotatet bør indeholde en vurdering af patientens smerte, funktionsniveau, plan for fysisk aktivitet og træning samt status på arbejdsfastholdelse.

Den tværfaglige konservative indsats tilrettelægges på baggrund af den foreliggende vurdering af patienten og kan indeholde elementer ift.:

- Fysisk aktivitet samt udførelse af daglige aktiviteter
- Arbejdsmarkedsrettet indsats
- Kognitiv adfærdsbearbejdning
- Evt. iværksættelse eller optimering af medicinsk smertebehandling

Afhængig af hvilken indsats patienten har behov for, varetages elementerne i den tværfaglige konservative indsats af – og ofte i samarbejde mellem – hospital, hjemkommune og i nogle tilfælde også af praktiserende fysioterapeut. I nedenstående beskrives forløbsprogrammets anbefaling for indsatsen i hospitalsregi samt snitfladen til kommunal indsats og indsatsen i praksissektoren.

Fysisk aktivitet og udførelse af daglige aktiviteter

Såfremt der er overvejelser om rygkirurgisk behandling, skal hospitalet som hovedregel iværksætte et medicinsk behandlingsprogram forud for endelig stillingtagen til kirurgi.¹⁸ Den fysiske indsats i forløbet kan ske via selvtræning eller via superviseret indsats, såfremt patienten har behov for støtte til potentielt at kunne profitere af øvelser og fysisk træning.

Selvtræning (Hospital)

Hospitalets indsats ift. fysisk aktivitet er som udgangspunkt baseret på, at patienten selvtræner. Patienten instrueres af en fysioterapeut i øvelser og fysisk træning, og det anbefales, at patienten modtager et skriftligt vejledningsmateriale med instruktion i selvtræning. Patienten følges efter behov til ambulant kontrol på hospitalet, så der sker en vurdering af træningseffekten mhp. endelig stillingtagen til kirurgi. Såfremt patienten har problemer med at udføre almindelige daglige aktiviteter foretages en udredning af patientens aktivitetsformåen, fx ved ergoterapeut. I udredningen skal der være fokus på aktivitetsproblemer, der begrænser patienten i hverdagslivet (hjem, fritid og arbejde). Med udgangspunkt i patientens oplevede problemer kan der iværksættes en vejledende indsats ift. udførelse, planlægning og prioritering af de daglige aktiviteter. Løsningsstrategierne omfatter bl.a. anvendelse af ergonomiske principper, kompensatoriske tiltag og vejledning om træning med fokus på daglige aktiviteter.

Hovedparten af patienterne i et tværfaglig konservativt forløb forventes – udover den indledende udredning samt en kontakt, hvor der sker opfølgning på udredningen og patientens selvtræning – at have behov for 1 afsluttende vurdering. Dvs. i alt 2-3 besøg på hospitalet. For et fåtal af patienter kan der – afhængig af patientens kliniske tilstand og kompleksiteten i forløbet i øvrigt – være behov for op til 3-4 ambulante kontroller i forløbet. I det omfang det er muligt, kan telefonisk opfølgning på patientens forløb anvendes.

¹⁸ Jf. nationale retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, december 2010)

Superviseret indsats via en genoptræningsplan (Kommune)

Såfremt patienten har behov for supervision for potentielt at kunne profitere af øvelser og fysisk træning forud for endelig stillingtagen til kirurgi, kan der på baggrund af en lægefaglig vurdering udskrives en genoptræningsplan. Dvs., at indsatsen ift. fysisk aktivitet og udførelse af daglige aktiviteter varetages af patientens hjemkommune. Hospitalet vurderer via ambulante kontrol og/eller via samarbejde med den kommunale terapeut effekten af patientens træningsindsats.

Det vurderes, at superviseret indsats via en genoptræningsplan primært vil være aktuelt for patienter, hvor én eller flere af følgende forhold er gældende:

- Der er tidligere forsøgt ikke-superviseret træning uden succes
- Patienten viser tegn på middel til høj fear-avoidance
- Patienten viser tegn på større problemer psykosocialt

Superviseret indsats hos praktiserende fysioterapeut

For ovenstående patientgruppe med behov for superviseret fysisk aktivitet forud for endelig stillingtagen til kirurgi, vurderes det hensigtsmæssigt, at patienten – såfremt vedkommende allerede er i et forløb hos praktiserende fysioterapeut – tilbydes muligheden for henvisning til et superviseret forløb hos den praktiserende fysioterapeut. Formålet er at sikre mest mulig sammenhæng i patientens forløb. I disse tilfælde skal hospitalet informere patienten om, at der alternativt kan tilbydes et superviseret forløb via en genoptræningsplan til patientens hjemkommune, og at det kommunale tilbud er omkostningsfrit for patienten.

De patienter, som modtager et superviseret forløb i hjemkommunen eller ved praktiserende fysioterapeut, følges i forløbet efter behov til ambulante kontrol på hospitalet, så der sker en vurdering af træningseffekten med henblik på, at der ved afslutning af forløbet tages stilling til, om patienten skal opereres eller afsluttes. Hovedparten af patienterne vurderes at have behov for 1 opfølgende kontrol i træningsforløbet inden afslutning til primærsektoren, og i det omfang det er muligt, kan telefonisk opfølgning på patientens forløb anvendes.

Arbejdsmarkedsrettet indsats:

Det anbefales, at den arbejdsmarkedsrettede indsats i hospitalsregi har fokus på arbejdsfastholdelse, dvs. patienter som er i et ansættelsesforhold.

Indsatsen anbefales at omfatte rådgivning om arbejdsfastholdelse, som tager udgangspunkt i en gennemgang af patientens arbejdssituation. Ved behov bør der tilbydes et arbejdspladsbesøg. Fokus i indsatsen er at identificere de barrierer, der kan forhindre patientens tilbagevenden til arbejdsmarkedet, og – for sygemeldte – udarbejdes en plan for patientens arbejdsgenoptagelse.

Rådgivning om fysisk aktivitet og selvtræning anbefales at være en integreret del af indsatsen. Det er derfor hensigtsmæssigt, at evt. fysioterapeutisk opfølgning og test efter den tværfaglige konference tidsmæssigt sker i sammenhæng med, at indsatsen ift. arbejdsfastholdelse iværksættes.

Det anbefales, at indsatsen for arbejdsfastholdelse i hospitalsregi som hovedregel tilbydes patienter, hvor følgende kriterier alle er til stede:

- Patienten er i et ansættelsesforhold
- Patienten udtrykker – og vurderes at have – behov for støtte til at opretholde beskæftigelse
- Patientens bekymring om arbejdsfastholdelse er den primære sociale komplicerende faktor i patientforløbet
- Patienten modtager ikke igangværende arbejdsmarkedsrettet tiltag i kommunalt regi.

Kommunen er jf. lovgivningen forpligtet på at foretage opfølgning på sygemeldte borgere senest inden udgangen af den 8. uge regnet fra 1. fraværdsdag. En indsats for arbejdsfastholdelse i hospitalsregi anbefales derfor som hovedregel tilbudt patienter, som har været sygemeldt under 8 uger.

For øvrige patienter anbefales det, at hjemkommunen er ansvarlig for at varetage den arbejdsmarkedsrettede indsats. En kommune og regionen kan dog indgå aftale om, at hospitalet lokalt varetager en arbejdsmarkedsrettet indsats for andre patienter/ patientgrupper, end den forløbsprogrammet anbefaler.

Den anbefalede snitflade er begrundet i målsætningen om at skabe enstregede og hensigtsmæssige patientforløb. For patienter med længerevarende sygemelding er der ofte allerede – som følge af lovgivning på arbejdsmarkedsområdet - iværksat arbejdsmarkedsrettede tiltag af patientens hjemkommune. Endvidere vurderes det generelt hensigtsmæssigt, at kommunen varetager den arbejdsmarkedsrettede indsats for lænderyg patienter med komplekse sociale problemstillinger, idet den sociale og rehabiliterende indsats for disse patienter i øvrigt oftest varetages af hjemkommunen.

En beskrivelse af den anbefalede indsats ift. arbejdsfastholdelse på hospitalerne fremgår af bilag 10.

Kognitiv adfærdsbearbejdning:

Der er bred enighed om, at sundhedsprofessionelle på rygområdet – i alle sektorer - generelt bør praktisere en kognitiv tilgang i udredning og behandling

af patienter med lænderygsmærter. Den kognitive indsats skal således praktiseres fra sundhedsvæsenets første kontakt med patienten.

Kognitiv adfærdsbearbejdning sigter generelt mod at klarlægge patientens vanemæssige tanker og basale antagelser om sin sygdom og symptomer. Indsatsen har til formål at udfordre patientens sygdomsforståelse og har fokus på adfærd og mestringsstrategier. Indsatsen sigter også mod at skabe forståelse hos patientens familie og sociale netværk i øvrigt.

For patienter med lænderygsmærter, hvor problematikken overvejende er funktionelle symptomer og/ eller psykosociale problemer, anbefales det, at der tilbydes en kognitiv indsats målrettet smertehåndtering, kognitiv adfærdsbearbejdning med fokus på stressreduktion samt kognitiv indsats målrettet fear-avoidance med justering af sygdomsopfattelse og mulige årsager til smærter. Tilbuddet vil være aktuelt for patienter med betydelige psykosociale risikofaktorer, jf. STarT- scoren og efterfølgende CMD-SQ score, udfyldt hos den praktiserende læge ved T=4.

Der er dog i sekundærsektoren i dag begrænset kapacitet på området. Der er et specialiseret tilbud om kognitiv adfærdsbearbejdning på Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital, i form af et evidensbaseret behandlingsprogram. Tilbuddet har begrænset kapacitet og er målrettet en patientgruppe med særdeles komplekse problemstillinger. Tilbuddet er beskrevet i bilag 11.

Idet undersøgelser peger på, at en kognitiv tilgang sammen med andre behandlingsmetoder – fx rådgivning om fysisk aktivitet – vil være effektiv for en stor gruppe af patienter med lænderygsmærter, anbefales det, at indsatsen styrkes. Der vurderes at være et stort potentiale i at udvikle den kognitive tilgang i indsatsen for patienter med lænderygsmærter – både generelt og i form af mere specialiserede programmer.

8.2. Anbefaling om udvikling af den kognitive indsats

Til patienter med uspecifikke lænderygsmærter generelt kan der ved anvendelse af blot få kognitive teknikker i almen praksis, hos fysioterapeut og kiropraktor opnås betydelige resultater ift. at undgå kronificering af tilstanden. Behandlingen er "stepped care", hvor behandlingsstrategien ikke bestemmes af syndromdiagnosen (dvs. diagnosen stilles ud fra en samling af bestemte symptomer), men af sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet.

Endvidere tyder undersøgelser på, at der er effekt af strukturerede gruppeforløb med kognitiv terapi på hold. Bl.a. har en undersøgelse i primærsektoren i England vist, at patienter med uspecifikke rygsmerter af mere end 6 ugers varighed kan behandles med god og langvarig effekt med

kognitiv terapi i gruppeforløb. Lignende resultater er opnået i Sverige med tilsvarende indsats for erhvervstruede patienter med uspecifikke rygsmerter. Disse patienter er beskrevet med uspecifikke rygsmerter, men ikke med overvejende funktionelle symptomer. Indsatsen har været initieret og fulgt via en organisation med udspring i sekundærsektoren.

En fremtidig indsats i Region Midtjylland anbefales udviklet og organiseret i samarbejde mellem primær- og sekundærsektor. Den bør tage afsæt i de kompetencer, der findes på rygområdet på Regionshospitalet Silkeborg, mhp. at udvikle specielle programmer for rygpatienter samt de kompetencer, som er til stede i Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital, mhp. at udvikle programmer for patienter med mere diffuse og funktionelle symptomer.

Det anbefales, at Forskningsklinikken og andre enheder med relevante kompetencer kan fungere som videns- og kompetencecenter for videreudvikling af den kognitive indsats på hospitaler og i primærsektoren, eksempelvis via undervisning, udarbejdelse af materialer m.v.

8.3. Rådgivning og vejledning af primærsektoren

Idet primærsektoren spiller en væsentlig rolle i en styrket indsats for patienter med lænderygsmærter, er det hensigtsmæssigt, at aktørerne i primærsektoren har adgang til specialiseret rådgivning og vejledning fra sundhedsprofessionelle på hospitalet.

Det anbefales, at der i hospitalsregi etableres direkte adgang til, at praktiserende læge, kiropraktorer, praktiserende fysioterapeuter og kommune kan henvende sig til en relevant fagperson på hospitalet mhp. generel vejledning om udredning og behandling af patienter med lænderygsmærter samt afklaring ift. konkrete patientforløb.

Det anbefales endvidere, at sekundærsektoren generelt skal medvirke til at understøtte indsatsen i primærsektoren ved at bidrage til kompetenceudvikling og formidling af ny viden på området, fx gennem "fælles skolebænk" og lign.

9. anbefalinger for den kommunale indsats

9.1. Lovgivningsmæssige rammer

Lovgivningsmæssigt tager den kommunale indsats for borgere med lænderygsmærter primært afsæt i lovgivning på sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet. Derudover fastlægger Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og kommunerne arbejdsdeling og indsatsområder om bl.a. sundhedsfremme og forebyggelse samt på træningsområdet.

Vejledningen om kommunal rehabilitering beskriver kommunernes forpligtelser til tilbud med et rehabiliterende sigte. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse, hvordan man inden for lovens rammer vælger at tilrettelægge rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivninger.

Forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsloven)

Kommunen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis samt etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem kommune og region. Kommunen er ansvarlig for den opfølgende patientrettede forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter med fokus på KRAM-faktorer og mestring af livet med kronisk sygdom.¹⁹

Genoptræning (Sundhedsloven)

Kommunen skal tilbyde genoptræning til personer, der efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, og som henvises via en genoptræningsplan. Genoptræning af rygpatienter defineres som hovedregel at være almindelig ambulant genoptræning, dvs. det er et kommunalt ansvar at tilbyde genoptræningen og at sikre, at den fornødne faglige kompetence til at løse opgaven er tilgængelig.²⁰

Ydelser efter Lov om social service (Serviceloven)

Kommunen skal tilbyde vedligeholdende genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. I vejledningen bemærkes, at målgruppen for genoptræning efter serviceloven primært vil være ældre borgere, der efter sygdom – som ikke er behandlet i hospitalsregi – er midlertidigt svækket.

¹⁹ Sundhedsloven § 119 og Sundhedsaftalen 2011-2014

²⁰ Sundhedsloven § 140 og Vejledende snitfladekatalog vedr. almindelig og specialiseret ambulant genoptræning efter Sundhedslovens § 140 (Aftale mellem Region Midtjylland og kommunerne, 2009)

Kommunen skal ligeledes tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor (vedligeholdelsestræning).²¹ Serviceloven er en speciallovgivning, og bestemmelser efter Serviceloven finder kun anvendelse, når anden lovgivning er udtømt.

Arbejdsmarkedsområdet

Flere lovgivninger på arbejdsmarkedsområdet er med til at regulere den kommunale indsats for borgere med lænderygsmarter bl.a. Lov om aktiv beskæftigelse, Lov om aktiv socialpolitik og Sygedagepengeloven.

Det er veldokumenteret, at for sygemeldte rygpatienter er arbejdspladsinddragelse og koordinering mellem de sundhedsfaglige og arbejdsmarkedsrettede tiltag afgørende for borgerens mulighed for igen at vende tilbage til arbejde.²²

9.2. Åbent rådgivningstilbud

Det anbefales, at der etableres et åbent og forebyggende tilbud i relation til sundhedslovens § 119 i form af et "åbent hus"-tilbud, som afholdes ca. 1 gang pr. måned. Tilbuddet anbefales at omfatte rådgivning og vejledning i fastholdelse af fysisk aktivitet samt mestrings- og læringsteknikker i relation til rygsmarter. Tilbuddet skal understøtte, at borgeren forbliver på arbejde og er aktiv i sin livsførelse, herunder modvirke overdreven sygdomsadfærd, angst for bevægelse og angst for opståen af ny skade.

Målgruppen er primært borgere med lænderygsmarter, som stadig er i arbejde. Borgeren kan henvende sig på eget initiativ, ligesom praktiserende læge kan oplyse herom. Der er som udgangspunkt tale om et én-gangs tilbud, og det anbefales, at kommunen annoncerer bredt om tilbuddet i lokalaviser og på praksis.dk.

Fokus i det åbne rådgivningstilbud kan være:

- Fysisk aktivitet, motion og træning
- Afprøvning af forskellige rygøvelser

²¹ Serviceloven § 86

²² Muskel- og skeletlidelser – litteraturstudie af rehabiliterende indsatser til indarbejdelse i forløbsprogram (Anne-Mette Momsen, MarselisborgCentret, 2010)

Det anbefales, at tilbuddet afholdes sidst på eftermiddagen og har ca. 2 timers varighed. Rådgivningen anbefales at foregå på hold og med forhåndstilmelding.

Det anbefales, at kommunen registrerer borgernes cpr.-nummer, eventuelt elektronisk.

9.3. Tværfaglig ryg-rehabilitering

Tværfagligt ryg-rehabiliteringsteam

Med ICF som fælles forståelsesramme er det målsætningen for den kommunale indsats at få skabt et koordineret rehabiliteringsforløb. Den indsats en borger deltager i vedrørende genoptræning, fysisk aktivitet, motion samt at få dagligdagen til at fungere med smerter, skal være koordineret med indsatsen for at opnå optimal funktionsevne i forhold til arbejdsmarkedet.

For at styrke kvaliteten i den samlede indsats anbefales, at der i kommunerne etableres et tværfagligt ryg-rehabiliteringsteam i samarbejde mellem sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet. Det er centralt, at teamets drift hviler på fælles aftale mellem sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet.

Målgruppen for det tværfaglige kommunale ryg-rehabiliteringsteam kan være én af følgende:

- Borgere som udskrives fra hospital med en genoptræningsplan.
- Borgere med sag på arbejdsmarkedsområdet og smerteproblematik i lænderyggen. Borgerne vil dog først kunne blive visiteret til de kommunale indsatsmoduler efter grundig udredning på hospitalet.
- Borgere med ukompliceret tilbagefald som tidligere er udredt på hospitalet og har dårlig egenomsorgsevne. Disse borgere kan henvises fra det kommunale arbejdsmarkedsområde eller via praktiserende læge.

Det anbefales, at teamet rummer både en visiterende og koordinerende funktion. Teamet kan tilrettelægge forløb og visitere til en række kommunale indsatsmoduler. Teamet kan være ansvarlige for indhold og drift af de sundhedsfaglige moduler.

For at sikre, at den ryg-rehabiliteringsindsats, der pågår i kommunerne, er i overensstemmelse med den eksisterende viden på området, og undgå at bidrage til overbehandling på rygområdet, vurderes det som en forudsætning, at det kommunale ryg-rehabiliteringsteam har en solid sundhedsfaglig bemanding med fysioterapeuter, psykologer, sociallæge og evt. ergoterapeut. Det anbefales, at det fra sundhedsområdet er fysioterapeut(er), der har solid erfaring fra udredning, træning og/eller behandling af rygpatienter og

samtidigt solidt efteruddannelsesniveaue ud over grunduddannelsen. Såfremt kommunen ikke internt har adgang til sociallæge-faglige kompetencer, anbefales dette etableret via ekstern bistand, fx fra regionen eller sociallægeinstitutionen i Aarhus Kommune.

Den enkelte kommune tilrettelægger, hvorledes sagsbehandlere samt job- og virksomhedskonsulenter skal være tilknyttet teamet.

Det kommunale ryg-rehabiliteringsteam skal med udgangspunkt i de oplysninger, der ligger fra hospital og praksissektor, bredt afdække en borgers funktionsevne. Teamet skal grundlæggende kunne etablere et møde med borgeren, så der ved tilrettelæggelsen af det videre forløb og visitation til de mulige indsatsmoduler, tages udgangspunkt i borgerens forståelse af sin situation og den eksisterende viden om, hvor der kan forventes effekt af en specifik indsats.

I den periode borgeren er tilknyttet ryg-rehabiliteringsteamet anbefales det, at borgeren har en koordinator, som er ansvarlig for, at der i samarbejde med borgeren lægges en plan for hvorledes funktionsevnen bliver bedst mulig. Det er ligeledes koordinatorens opgave at sikre løbende kontakt og dialog med borgeren og andre involverede aktører. Koordinatorrollen kan varetages af såvel sundhedsfaglige medarbejdere som medarbejdere fra beskæftigelses-og socialområdet.

Ryg-rehabiliteringsteamet vil være en væsentlig samarbejdspartner både internt i kommunen og for hospital og praksissektor. Det anbefales, at kommunen sikrer, at teamet er let tilgængeligt og kan kontaktes dagligt af sagsbehandlere og jobkonsulenter fra arbejdsmarkedsområdet og af samarbejdspartner i hospitalsregi og praksissektor. Det er ligeledes væsentligt, at kommunen etablerer 1 indgang (lokationsnummer og adresse), hvortil alle henvisninger – herunder genoptræningsplaner - samt behandlingsplaner og udskrivningsbreve til kommunal visitation og/eller evt. indsats, kan fremsendes. Det er et kommunalt ansvar, at der efterfølgende sker ekspedition, inddragelse og orientering af de relevante aktører i kommunen.

I de tilfælde, hvor der er en igangværende indsats på arbejdsmarkedsområdet, skal evt. øvrige involverede aktører sørge for løbende orientering til relevante sagsbehandlere.

Bilag 12 beskriver yderligere anbefalinger til kommunerne ved etablering af et tværfagligt ryg-rehabiliteringsteam.

Indsatsmoduler

Sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet tilrettelægger sammen med ryg-rehabiliteringsteamet omfang og indhold i indsatsmodulerne.

Følgende moduler anbefales etableret:

- Fysisk aktivitet
Der tages afsæt i en individuel samtale og undersøgelse ved fysioterapeut med anvendelse af fagligt relevante test- og måleredskaber, f.eks. VAS – skala og "Roland Morris". Indsatsen anbefales at omfatte fysisk træning, hjælp til selvtræning, hjælp til at finde passende fysisk aktivitet og motion samt rådgivning ift. daglige aktiviteter. Modulet kan være relevant for borgere med og uden genoptræningsplan, og kommunen kan vælge, at indsatsen skal organiseres som to moduler med adskilt finansiering afhængigt af, om der foreligger genoptræningsplan. Modulet anbefales bemandet med fysioterapeuter og ergoterapeuter.
- Patientuddannelsestilbud
Indsatsen tilrettelægges med afsæt i den afklarende samtale med borger. Indsatsen anbefales at omfatte forløb med fokus på mestring af livet med kronisk sygdom (fx "Læring og Mestring", "Lær at leve med kronisk sygdom", "Lær at leve med kroniske smerter"), herunder evt. indsats for borgere med recidiverende eller kroniske rygsmerter. Modulet anbefales bemandet af sundhedsfagligt uddannede.
- Smertehåndtering
Indsatsen anbefales baseret på en kognitiv tilgang med fokus på smertemekanismer, opbygning af kropslige ressourcer, psykoedukation. Modulet anbefales primært bemandet af psykologer eller terapeuter med relevant efteruddannelse på området.
- Arbejdsmarkedsrettet indsats
Indsatsen anbefales at have fokus på afklaring og/eller fastholdelse ift. borgerens jobsituation. Modulet anbefales bemandet med sagsbehandlere, job- og virksomhedskonsulenter

Fysisk træning, patientuddannelsestilbud og smertehåndteringsforløb afvikles primært som holdtilbud.

10. Det tværsektorielle patientforløb

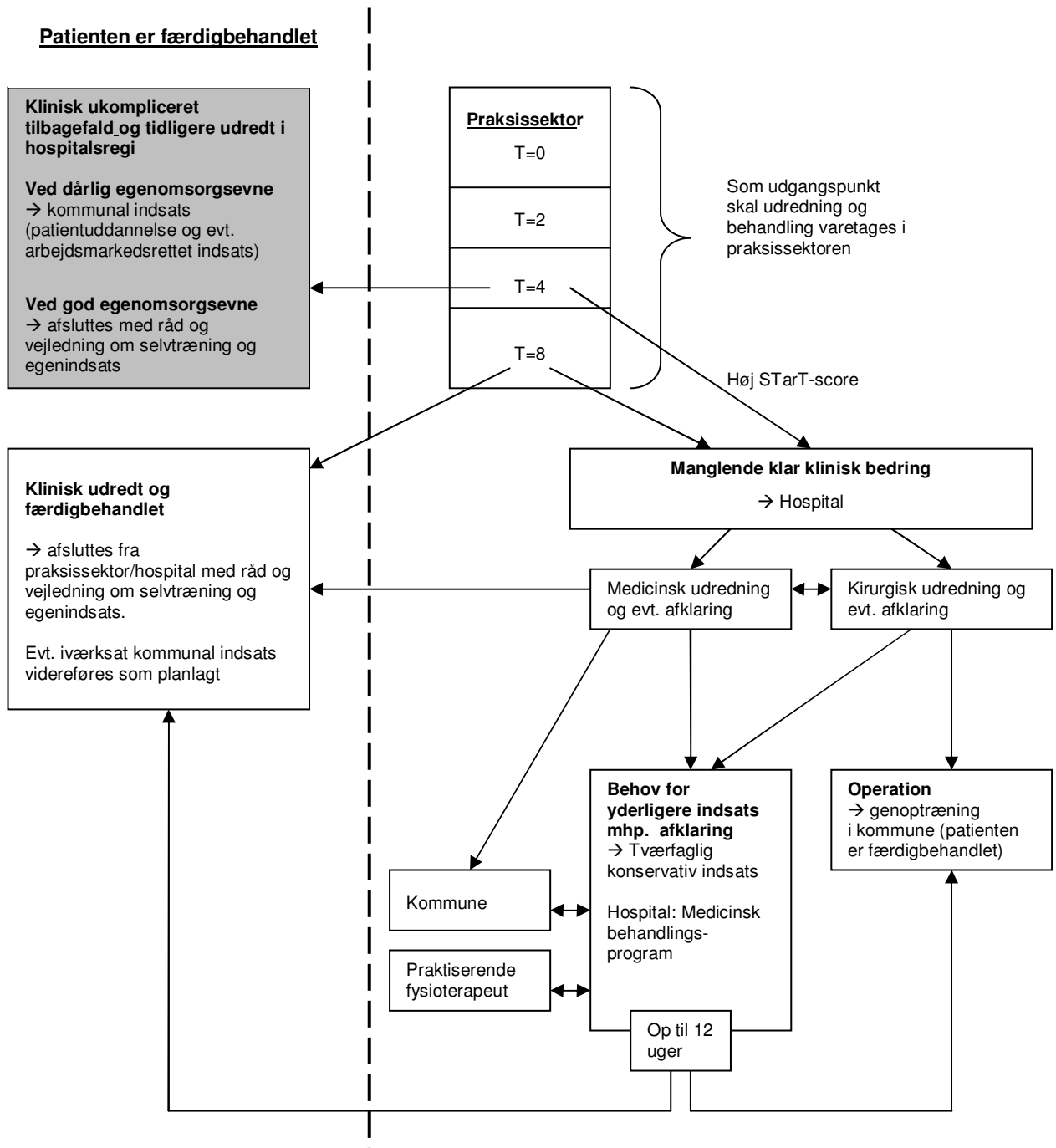
Figur 4 på næste side er en overordnet illustration af det samlede tværsektorielle patientforløb. Figurens pile illustrerer den løbende vurdering af patientens aktuelle tilstand og de deraf følgende beslutninger om udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsindsats.

Patienter med lænderygmerter skal som udgangspunkt udredes og behandles i praksissektoren. Praksissektoren anbefales i overensstemmelse med de anførte kriterier i forløbsprogrammet at kunne henvise patienten til kommunen, mhp. iværksættelse af en rehabiliteringsindsats (patientuddannelse og evt. arbejdsmarkedsrettet indsats), eller til hospital, når der ikke opnås tilfredsstillende klinisk bedring trods behandlingsindsats i praksissektoren. Endvidere illustreres, at hospitalet foretager indledende udredning af patienten mhp., at patienten enten afsluttes med råd og vejledning om selvtræning eller henvises til kommunal indsats – evt. som et led i et samarbejde om en tværfaglig konservativ indsats på op til 12 uger. Patienter som indgår i medicinsk behandlingsprogram på hospitalet afsluttes i hospitalsregi efter senest 12 uger. Da tages der i hospitalsregi stilling til indsatsens effekt, herunder om patienten skal opereres, og patienten afsluttes til primærsektoren med råd og vejledning om fortsat egenindsats. Såfremt der undervejs i forløbet er iværksat kommunal indsats, videreføres denne som planlagt.

Den grå box illustrerer patienter med tilbagevendende smerter, som tidligere er udredt i hospitalsregi (patienter med kroniske lænderygmerter). Indsatsen for disse patienter varetages i primærsektoren.

Forløbet i de hvide boxe illustrerer patientforløbet fra praksissektor til sekundærsektor – herunder evt. samarbejde med kommune og praktiserende fysioterapeut - for patienter, der ikke tidligere er udredt og behandlet i sekundærsektoren. Patienter med tilbagevendende lænderygmerter skal som udgangspunkt kun genhenvises til dette forløb, såfremt der opstår nye komplicerende kliniske forhold hos patienten.

Figur 4: Stratificering og tidsforløb i det tværsektorielle udrednings- og behandlingsforløb



11. Kommunikation

Relevant og hurtig kommunikation mellem de aktører, som indgår i patientforløbet, er en forudsætning for et vel koordineret og effektivt forløb. Udveksling af oplysninger mellem aktørerne sker primært via henvisninger, epikriser, journalnotater og genoptræningsplaner. Kommunikationen skal foregå elektronisk i henhold til MedComs standarder.

Kravene til informationsudveksling og anvendelse af elektronisk kommunikation er reguleret via gældende overenskomster samt nationale og regionale retningslinjer og krav til aktørerne. De sundhedsfaglige anbefalinger for indholdet i informationsudveksling mellem sektorerne er beskrevet i MedComs guides for henvisninger, epikriser, genoptræningsplaner m.v.²³

Derudover er der i Region Midtjylland indgået en aftale om "det gode elektroniske patientforløb", som indeholder gensidig aftale for kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospitaler, herunder en tids- og handleplan for implementering af kommunikationsstandarder. Aftalen er indgået som et led i Sundhedsaftalerne.

11.1. Kommunikation mellem aktører i praksissektoren

Henvisning og epikrise vedr. praktiserende fysioterapeut

Henvisning fra praktiserende læge til fysioterapeut skal ske elektronisk via gældende MedCom henvisningsstandard. Foruden standardoplysninger skal henvisningen indeholde diagnose/problemstilling, relevant sygehistorie (tidligere og aktuel), objektive fund, relevante undersøgelsesresultater, relevant aktuel medicin, specielle patientbehov og lægens ønsker og forventninger til fysioterapeuten. Patientens score på STarT-skemaet bør også fremgå.

Det skal fremgå af henvisningen, såfremt der henvises til udvidet fysioterapeutisk lænderygdredning.

Når patienten afsluttes - eller som status på et længerevarende forløb - afsendes epikrise til praktiserende læge. Epikrisen skal indeholde henvisningsårsag, status på patientens funktionsniveau, vigtigste undersøgelsesfund, anvendte behandlingsformer, hvilken information som er givet til patienten samt evt. forslag til videre behandling/undersøgelser.

²³ <http://www.medcom.dk/wm109941>

I forsøgsordningen vedr. udvidet fysioterapeutisk lænderygdredning udformes en udredningsrapport i MedCom korrespondancebrev standarden, som fremsendes til henvisende læge.

Henvisning og epikrise vedr. kiropraktorer

Der foreligger pt. ikke formelle aftaler om kommunikationsudveksling mellem kiropraktorer og almen praksis. Det er med seneste overenskomst aftalt, at kommunikation mellem kiropraktorer og almen praksis skal udbygges i de patientforløb, hvor kommunikation er væsentlig for at sikre sammenhængende patientforløb. Overenskomsten fastlægger, at kommunikation fra kiropraktor til almen praksis særligt bør finde sted, når patientens situation påkræver en koordineret tværgående indsats. Den nærmere udformning af indholdet i kommunikationen skal aftales mellem overenskomstparterne, og det er aftalt, at der skal foreligge en aftale medio 2012.²⁴

Konkret er det i overenskomsten aftalt, at kiropraktorer senest den 1. oktober 2013 skal anvende et IT-system, der kan håndtere godkendte MedCom-standarder samt anvende elektronisk journalføring.

Endvidere er det aftalt, at alle kiropraktorer oprettes på henvisningshotellet (refhost), således at kiropraktorerne kan benytte henvisningshotellet. Der skal, jf. overenskomsten, indgås nærmere aftaler om forsendelse af oplysninger via henvisninger. Overenskomsten fastlægger foreløbigt, at henvisningen skal være elektronisk, som minimum bør indeholde oplysninger om årsagen til patientens behandlingsbehov, og at henvisningsblanketten til speciallæger skal anvendes. For at understøtte målsætningerne i forløbsprogrammet anbefales det, at praktiserende læge supplerer med yderligere oplysninger om diagnose/problemstilling, relevant sygehistorie (tidligere og aktuel), objektive fund, relevante undersøgelsesresultater, relevant aktuel medicin, specielle patientbehov og lægens ønsker og forventninger til kiropraktoren. Patientens score på STarT-skemaet anbefales også at fremgå af henvisningen.

Endvidere anbefales det, at når patienten afsluttes - eller som status på et længerevarende forløb - afsender kiropraktor oplysninger til praktiserende læge. Der er ikke udviklet en specifik epikrise, men det anbefales, at tilbagemeldingen skal indeholde evt. mulig diagnose, cave/kritiske medicinske data, henvisningsårsag, resumé af forløbet, objektive fund, hvilken information som er givet til patienten, væsentlige andre undersøgelsesresultater og status på evt. uafsluttede undersøgelser.

²⁴ Overenskomst om kiropraktik (oktober 2010)

Henvisning fra praktiserende læge til kommune

Henvisning fra praktiserende læge til kommunen skal ske elektronisk via MedComs eksisterende kommunikationsstandarder. Der er pt. ikke udviklet standardiserede henvisningsoplysninger for ryg-patienter.

Kommunen skal sørge for, at opdateret information om sundheds- og forebyggelsestilbud er tilgængelig for praksis på sundhed.dk.

Ved henvisning fra praktiserende læge til socialmedicinsk indsats i patientens hjemkommune anvendes blanketten LÆ 165 "Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling".

11.2. Henvisning fra praksissektor til sekundærsektor

Henvisning til hospital

Ved henvisning fra praksissektoren til hospital følges Region Midtjyllands generelle regionale retningslinje for henvisninger. Jf. retningslinjen skal henvisningen foruden praktiske oplysninger indeholde henvisningsdiagnose, ønsket undersøgelse/behandling/problemstilling samt relevante strukturerede oplysninger vedr. problemstilling/kliniske oplysninger.²⁵

Jf. den nationale retningslinje vedr. visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna, skal henvisningen fra praktiserende læge konkret indeholde oplysninger vedr.:

- Lokalisation af smerten/hvad ønskes undersøgt
- Varighed af symptomerne
- Udstrålende smerter (arme/ben)
- Sygemelding og/eller påvirkning af funktionsniveau
- Klinisk fund, specielt parese
- Oplysninger om billeddiagnostik (hvor og hvornår)

Henvisning til MR-scanning

Ved henvisning fra praktiserende læge eller kiropraktor til MR-scanning skal følgende oplysninger fremgå²⁶:

²⁵ <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=75017.1>

²⁶ Jf. Region Midtjyllands forløbsbeskrivelse vedr. henvisningsprocedurer for patienter til billeddiagnostiske undersøgelser (inkl. MR-scanning) af ryg, knæ, skulder og albue samt CT-urografi, 2011

- Anamnese og objektiv undersøgelse
- Ønsket undersøgelse
- Oplysninger om tidligere relevant undersøgelse
- Patientens højde og vægt
- Evt. graviditet
- Evt. tolkebehov og sprog
- Mobil og/eller fastnetnummer
- MR kontroloplysninger (Det er vigtigt, at henvisende læge oplyser om alle indopererede eventuelt magnetiske materialer)

Henvisningsoplysninger suppleres/udddybes jf. de gældende regler for kontraindikation og forholdsregler ved MR-scanning. Det skal også anføres, hvis patienten ikke har noget indopereret, så afdelingen kan se, at patienten er blevet spurgt.

11.3. Overgang fra hospital til primærsektor

Information til praktiserende læge

Når patientforløbet afsluttes på hospitalet sendes udskrivningsepikrise til den praktiserende læge. Epikrisen skal omhandle *cave*/kritiske medicinske data, resumé af forløbet, behandlingsplan, evt. sygemelding, hvilken information der er givet til patienten, medicinoplysninger, parakliniske undersøgelsesresultater og oplysninger om evt. ikke afsluttede undersøgelser.

Genoptræningsplan

Såfremt patienten ved udskrivningstidspunktet vurderes at have et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning, skal patienten tilbydes en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen udarbejdes, jf. gældende standard herfor²⁷.

Oplysningerne i genoptræningsplanen er struktureret med afsæt i ICF. Foruden praktiske informationer skal der i genoptræningsplanen bl.a. oplyses om henvisningsdiagnose, supplerende kliniske oplysninger, funktionsevne målinger, funktionsevnevurderinger og hvilke funktionsevnebegrænsninger, som genoptræningen skal rette sig imod.

Når hospitalet vurderer, at patienten kan håndtere genoptræningen uden professionel assistance, skal hospitalet yde den nødvendige instruktion til patientens egetræning. Der skal i disse tilfælde kun udarbejdes en genoptræningsplan, såfremt patienten modtager varige ydelser fra kommunen.

²⁷ <http://www.medcom.dk/wm109941>

I disse tilfælde fungerer genoptræningsplanen udelukkende som informationsredskab til patienten, egen læge og kommunen og ikke som en henvisning til vederlagsfri genoptræning i kommunen.

Genoptræningsplanen skal sendes til patientens hjemkommune samt patienten og patientens praktiserende læge.

12. Monitorering

12.1 Monitorering af kronikerindsatsen

Med Sundhedsaftalen 2011-2014 er monitorering af kronikerindsatsen, herunder forløbsprogrammerne, udpeget som et indsatsområde. Sundhedsaftalen fastlægger, at monitorering af forløbsprogrammerne skal fokusere på 4 hovedområder:

- Organisatoriske overgange og sammenhæng
- Indsamling af kliniske data
- Patientoplevelset sammenhæng og
- Økonomiske konsekvenser

Med midler fra regeringens pulje til en forstærket indsats for borgere med kronisk sygdom 2010-2012 er der i Region Midtjylland bl.a. igangsat nye - og støttet eksisterende - tværsektorielle initiativer, som skal monitorere effekten af patientuddannelse og borgernes oplevelse af sammenhængende forløb på kronikerområdet. Der er endvidere iværksat et udviklingsprojekt, som skal understøtte den tværsektorielle kronikerindsats ved at sammenstille eksisterende relevante data (fx medicindata og laboratoriedata) fra alle sektorer, på den enkelte patients forløb, ligesom en tværsektoriel arbejdsgruppe har udviklet indikatorer til monitorering af de eksisterende forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Det er samlet set målsætningen, at der derved kan skabes et fælles data-fundament for tværsektoriel kvalitetsudvikling og samarbejde.²⁸

Initiativerne indgår i den samlede indsats med at udarbejde en model for monitorering af forløbsprogrammerne. Målgruppen for den lokale, regionale monitoreringsindsats udvides i takt med at kronikerindsatsen udvikles, og lænderyg-området skal fremadrettet integreres i den samlede monitoreringsindsats på kronikerområdet.

Foruden de lokale, regionale tiltag er der ligeledes aftalt/iværksat nationale tiltag, som skal styrke monitorering af kronikerindsatsen. Med overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner 2011-2013 er det aftalt, at alle praktiserende læger hurtigst muligt – og indenfor overenskomstperioden – skal anvende datafangst, ligesom ICPC-kodning skal anvendes for en række diagnoser, herunder kroniske muskel-skeletlidelser.²⁹

²⁸ Sundhedsaftalen 2011-2014

²⁹ Overenskomst om almen praksis (april 2010)

Endvidere har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at udvikle en model for landsdækkende monitorering af kronisk sygdom, herunder muskel-skeletsygdomme. Modellen skal være færdigudviklet ved udgangen af 2012. På muskel-skeletområdet er der pt. fokus på knogleskørhed og leddegigt.

12.2 Monitorering af forløbsprogrammet for lænderygsmærter

Der eksisterer ikke i dag en systematisk national monitorering af den samlede indsats på ryg-området. Men der pågår en række udviklingstiltag – særligt i Region Syddanmark – som det anbefales at følge tæt. Det gælder bl.a. validering og implementering af STarT i primærsektoren samt implementering af en on-line rygdatabase. For kiropraktorer og fysioterapeuter i praksissektoren er der iværksat initiativer under Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). På baggrund af et pilotprojekt er der udviklet et indikatorsæt for udredning og behandling af lænderygproblemer i kiropraktorpraksis, og der er i foråret 2011 igangsat et lignende projekt for praktiserende fysioterapeuter, som forventes afsluttet i sommeren 2012.

Det er målsætningen, at der skal etableres et enkelt monitoreringssystem, som løbende monitorerer målopfyldelse i henhold til forløbsprogrammet, og som samtidig støtter den kliniske beslutningsproces, således at patienten behandles i overensstemmelse med den foreliggende bedste evidens.

Det anbefales, at ICF-terminologien anvendes som fælles fundament for monitorering og kvalitetsudvikling på ryg-området. I lighed med genoptræningsplanen bør ICF udgøre rammen for strukturering af data om ryg-patienter, dvs. at patienten i journalnotater, statusbeskrivelser m.v. beskrives i forhold til elementerne:

- Krop og anatomi
- Aktivitet
- Deltagelse
- Omgivelser
- Personlighed

Der vil være behov for at udvikle og styrke den eksisterende praksis omkring brug af ICF, som et led i implementering af forløbsprogrammet.

Monitoreringsredskaber

Det anbefales, at monitoreringen overvejende baseres på data fra eksisterende registre og databaser:

- Datafangst i almen praksis. Almen praksis anvender ICPC-2 kodesystemet, som er baseret på henvendelsesårsag og specifikke

diagnoser. For patienter med lænderygsmærter anvendes følgende koder:

- L03 (symptomer/klage fra lænd),
 - L84 (rygsyndrom uden smerteudstråling)
 - L86 (rygsyndrom med smerteudstråling)
- Landspatientregistret. Hospitalerne anvender ICD10-koder, og der indberettes løbende til landspatientregistret. Følgende undergrupper under klassifikationen "Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv" vurderes generelt anvendt for forløbsprogrammets målgruppe:
 - DM40-DM43.1 (deformerende rygsygdomme)
 - DM47-DM48 (slidgigt i rygsøjle, sygdomme i rygsøjle)
 - DM51, DM53.2-54.1, DM54.3-DM54.9 (andre ryglidelser)
 - DM96.1, DM99 (andre sygdomme i muskler, knogler og bindevæv)
 - DREAM-databasen. (Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget)
Databasen indeholder oplysninger om overførselsindkomster på individniveau, fx dagpenge, sygedagpenge, kontanthjælp, førtidspension og revalidering. Databasen opdateres ugentligt og vurderes at kunne bidrage væsentligt til monitorering af sociale- og arbejdsmarkedsrettede resultater af forløbsprogrammet.

I udredningsforløbet i primærsektoren anbefales spørgeskemaet STarT og CMD-SQ (for høj-risikopatienter) anvendt. Oplysningerne fra STarT og CMD-SQ anbefales anvendt i monitoreringen af forløbsprogrammet, både mhp. monitorering af forløbsprogrammets effekt og til løbende beslutningsstøtte for klinikerne i udrednings- og behandlingsforløbet. For patienter, som henvises til udvidet fysioterapeutisk lænderygdredning, anvendes også spørgeskemaet Roland Morris. Disse oplysninger bør også indgå i monitoreringen.

Som et udviklingstiltag bør det ligeledes overvejes at supplere ICPC-kodning af ryg-patienter i almen praksis med kodning jf. Quebec Klassifikationssystemet. Det vil give et væsentligt bedre datagrundlag ift. kvalitetsudvikling og monitorering af indsatsen. Endvidere er det væsentligt, at systematisk registrering og dataopsamling er et indsatsområde for alle aktører i praksissektoren, og at tiltagene koordineres mhp. at kunne monitorere på patientens samlede forløb.

Monitoreringsindikatorer

Følgende mål og indikatorer forslås at indgå i monitorering af forløbsprogrammet:

Målsætning: Reducere forekomsten af lænderygsmerter, målt ved:

- Færre patientkontakter til sundhedssektoren pga. lænderygsmerter
- Færre borgere som angiver at have kroniske rygsmerter
- Lavere gen-henvisningsfrekvens

Målsætning: Patienten understøttes i at kunne håndtere sine smerter og sin hverdag, målt ved:

- Færre sygedage pga. lænderygsmerter
- Færre overgange til overførselsindkomst pga. lænderygsmerter
- Øget funktionsevneniveau (smerteintensitet, aktivitetsniveau, arbejdsmarkedstilknytning)

Målsætning: At de kliniske retningslinjer efterleves

- At behandlingen har hovedvægt på vejledning og aktivitet
- At patienten udfylder STarT

Målsætning: At forløbsprogrammet efterleves

- At der sker viderehenvisning af patienten i overensstemmelse med forløbsprogrammets anbefalinger

Udvikling af monitoreringsindsatsen

Det anbefales, at monitoreringen baseres på en database, som samler tværsektorielle data om rygpatienter. Erfaringerne fra etablering af en ryg-database på Rygcentret i Middelfart, Region Syddanmark, skal inddrages ift. at vurdere om databasen – eller elementer heri - også skal anvendes i Region Midtjylland.

Det vil være hensigtsmæssigt, at databasen understøttes af ICF-rammen, idet den anvendes både på sundheds- og socialområdet. Databasen bør udvikles mhp. at der kan foretages dataregistrering direkte i databasen, så der løbende genereres beslutningsstøtte til den sundhedsprofessionelle og fx henvisning til andre behandlere i sundhedsvæsenet.

13. Implementering

Det grundlæggende princip bag implementering af forløbsprogrammet skal være, at processen skal foregå på alle niveauer i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praksissektor – såvel på ledelsesniveau som på praktikerniveau.

Implementering af forløbsprogrammet forudsætter, at der arbejdes både med generelle implementeringstiltag, og at hver sektor arbejder med at implementere de sektorspecifikke tiltag, som anbefales. Derudover skal der i implementeringsprocessen være fokus på det tværsektorielle samarbejde om overgange og sammenhængende patientforløb.

13.1. Indsatsområder i implementeringsprocessen

Information og kommunikation om forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet for lænderygsmarter involverer en række aktører på tværs af sektorer. Der vil derfor både være behov for en bred generel kommunikation om forløbsprogrammet samt kommunikation til de enkelte sektorer/aktører. Endvidere vil der være behov for at udarbejde korte sektorspecifikke udgaver af forløbsprogrammets anbefalinger, herunder forløbsbeskrivelser til praksis.dk, flow-diagrammer til udsendelse og sikre løbende opdatering af information om hospitalernes og kommunernes tilbud på sundhed.dk.

Information om nyeste viden på rygområdet

Der eksisterer blandt borgere/patienter en række myter om fordelene ved fx billeddiagnostik, sengeleje og ikke-aktiv adfærd, ligesom rådgivning og behandling blandt de sundhedsprofessionelle kan være forskelligartet. Det er derfor afgørende, at nyeste viden om indsatsen ved lænderygsmarter udbredes til alle relevante aktører.

Det anbefales derfor, at der som et led i implementeringen af forløbsprogrammet udarbejdes information til behandlere og patienter om den sundhedsfagligt optimale indsats for borgere med lænderygsmarter. Bilag 2 "Information til brug for dialog, vejledning, udredning og behandling af patienter med lænderygsmarter" kan danne afsæt for informationsmaterialet.

STarT-spørgeskema

Indførelsen af STarT-spørgeskemaet i praksissektoren er et nyt initiativ i indsatsen for borgere med lænderygsmarter. Spørgeskemaet er udviklet og valideret i England, og Region Syddanmark har igangsat et audit-projekt med validering og afprøvning af STarT i almen praksis. Såfremt projektet er

vellykket planlægges STarT efterfølgende integreret i de elektroniske patientjournaler i praksissektoren i Region Syddanmark.

Det anbefales, at der i Region Midtjylland udpeges nøglepersoner, som får til opgave at følge og vurdere Region Syddanmarks arbejde med at teste og implementere STarT. På baggrund af arbejdsgruppens vurdering planlægges den videre strategi og tiltag ift. kompetenceudvikling i praksissektoren, integration til journalsystemer i praksissektoren og sammenhængen til monitoreringsindsatsen.

Kompetenceudvikling

I afsnit 8.2 er der peget på behovet for at udvikle den kognitive indsats til rygpatienter. Indsatsen kan udvikles og organiseres i samarbejde mellem primær- og sekundærsektor og tage afsæt i de kompetencer, der findes på ryg-området på Regionshospitalet Silkeborg og Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital.

Endvidere bør ryg-området integreres og planlægges i sammenhæng med de øvrige regionale kompetence-udviklingstiltag på kronikerområdet, fx uddannelse i sundhedspædagogik, efteruddannelse i praksissektoren, tiltag ift. "fælles skolebænk" m.v.

Kommunikation mellem behandlerne

Arbejdet med kvalitetssikring af henvisningsstandarder og en effektiv elektronisk tværsektoriel kommunikation er væsentlige indsatsområder i en samlet implementeringsstrategi. Der er i forlængelse af Sundhedsaftalen allerede igangsat initiativer på området – fx implementering af planen "Det gode elektroniske patientforløb" og udarbejdelse af "Koncept for den gode genoptræningsplan". Men der vil være behov for at supplere igangværende initiativer med afsæt i forløbsprogrammets anbefalinger, fx omkring diagnosekodning og kvalitetssikring af indholdet i henvisninger og epikriser, ligesom opfølgning på målsætningerne om øget kommunikation i overenskomsten på kiropraktorområdet skal understøtte implementering af forløbsprogrammet.

Organisering af det tværsektorielle samarbejde om implementering

I Sundhedsaftalen 2011-2014 er der aftalt, at der lokalt i klyngerne indgås aftaler om implementering og opgavefordeling i henhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Klyngestrukturen har dannet den organisatoriske ramme om implementeringsprocessen for de eksisterende forløbsprogrammer for kronisk sygdom, og denne struktur har været mulig og hensigtsmæssig fordi, alle regionens hospitaler varetager behandling af kroniske patienter med KOL, Type 2 Diabetes og hjertekarsygdom.

Hospitalsstrukturen på ryg-området er anderledes, da hospitalsaktiviteten er samlet på færre hospitaler, og idet Regionshospitalet Silkeborg og Aarhus Universitetshospital fremadrettet skal fungere som regionens reumatologiske centre. Der skal derfor udarbejdes en implementeringsplan og -struktur, som tager højde for hospitalernes specialisering og patientflowet på området og samtidig understøtter, at der fra ryg-hospitalerne skal være veludviklede samarbejdsrelationer til alle kommuner i regionen og aktørerne i praksissektoren.

Som udgangspunkt skal indsatsen for patienter med lænderygmerter fortsat varetages i primærsektoren. Kun et fåtal af patienterne vil komme i kontakt med hospitalet – og i så fald kun i en kort og afgrænset periode. Samarbejdet mellem aktørerne i praksissektoren, praktiserende læge som tovholder og samarbejdet med kommunen er derfor afgørende for at få skabt hensigtsmæssige patientforløb. Almen praksis er i dag en del af det formaliserede lokale samarbejde i klyngerne, og indgår i det lokale arbejde med at implementere forløbsprogrammer for kronisk sygdom. På ryg-området er det væsentligt, at også kiropraktorer og fysioterapeuter indgår i implementeringsprocessen, og at der i klyngerne skabes en organisatorisk ramme for det lokale samarbejde om at implementere forløbsprogrammet.

14. Evaluering og opfølgning

Det skal sikres, at der sker en løbende evaluering og opfølgning på forløbsprogrammet og implementeringen heraf.

Det vil bl.a. ske ved, at lænderyg-området integreres i de tiltag vedr. monitorering af indsatsen på kronikerområdet som er under udvikling, og hvor der er særligt fokus på overgange og sammenhængende patientforløb.

I lighed med den reorganisering som aktuelt pågår omkring de øvrige forløbsprogramgrupper i regionen, skal der på sigt ske en reduktion af forløbsprogramgruppen til en mindre gruppe med et relevant antal nøglepersoner. Medlemmerne af denne gruppe skal fungere som faglig baggrundsgruppe for forløbsprogrammet. Det betyder konkret, at medlemmerne er ansvarlige for at bidrage med faglig og organisatorisk viden, og er ansvarlig for at gøre formandskabet og den administrative programkoordinator opmærksom på udviklingen på området og behovet for opdatering af forløbsprogrammet. På den baggrund skal det mindst 1 gang årligt vurderes, om der er behov for, at programmet opdateres. Gruppen kan efter behov inddrage relevante foraer og ressourcepersoner i sin opgaveløsning.

Det skal samtidig sikres, at forløbsprogrammet evalueres og revideres med passende mellemrum. Monitoreringen af området – og den generelle udvikling på ryg-området i øvrigt – danner baggrund for en vurdering af behovet, og det er forløbsprogramgruppens ansvar at foretage eventuelle ændringer, hvis det er påkrævet. Såfremt disse ændringer medfører nye snitflader mellem de enkelte sektorer eller markant øgede udgifter, skal det nye reviderede program godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget og efterfølgende behandles politisk og/eller administrativt i Region Midtjylland og de enkelte kommuner.

15. Referencer

Referencer som har indgået i arbejdet med at udvikle forløbsprogrammet:

1. Lænderygsmærter- litteraturstudie af bedste viden på området af fysioterapeut, ph.d. Anne-Mette Momsen, Marselisborgcenteret Århus maj 2010.
2. Muskel-skeletlidelser – litteraturstudie af rehabiliterende indsatser til indarbejdelse i forløbsprogram, fysioterapeut, ph.d. Anne-Mette Momsen, Marselisborgcenteret, 2010.
3. Conservative Management of Lumbar Disc Herniation With Associated Radiculopathy A Systematic Review Andrew J. Hahne, BPhysio,* Jon J. Ford, PhD,* and Joan M. McMeeken, MSc† SPINE Volume 35, Number 11, pp E488–E504 2010.
4. Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: a meta-analysis Jan Kool a; Rob de Bie b; Peter Oesch c; Otto Knüsel d; Piet van den Brandt b; Stefan Bachmann cd Journal of Rehabilitation Medicine, 36:2, 49 – 62, March 2004
5. Increasing Days at Work Using Function-Centered Rehabilitation in Nonacute Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial; Jan P. Kool, MSc, PT, Peter R. Oesch, PT, Stefan Bachmann, MD, Otto Knuesel, MD, Judith G. Dierkes, MSc, Mirella Russo, PT, Rob A. de Bie, PhD, Piet A. van den Brandt, PhD, Arch Phys Med Rehabil Vol 86, May 2005
6. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life Ludeke C Lambeek, researcher,1 Willem van Mechelen, professor,1 Dirk L Knol, statistician,2 Patrick Loisel, professor,3 Johannes R Anema, senior researcher; BMJ | ONLINE FIRST | bmj.com 2010;340:c1035
7. Antidepressants for non-specific low back pain (Review) Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WWJJ, Roland M, van Tulder MW, (Review) 2008 The Cochrane Collaboration. Issue 1
8. A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment; JONATHAN C. HILL, KATE M. DUNN, MARTYN LEWIS, RICKY MULLIS, CHRIS J. MAIN, NADINE E. FOSTER, AND ELAINE M. HAY, Arthritis &

Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 59, No. 5, pp 632–641, May 15, 2008

9. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial; *Jonathan C Hill, David G T Whitehurst, Martyn Lewis, Stirling Bryan, Kate M Dunn, Nadine E Foster, Kika Konstantinou, Chris J Main, Elizabeth Mason, Simon Somerville, Gail Sowden, Kanchan Vohora, Elaine M Hay*; Published Online September 29, Lancet, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60937-9

10. Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear-avoidance training; Jens Ivar Brox, MD, PhDa,f,* , Kjersti Storheim, PT, PhDb, Margreth Grotle, PT, PhDc, Torill H. Tveito, PhDd, Aage Indahl, MD, PhDe, Hege R. Eriksen, PSY, PhDf *The Spine Journal* 8, 28–39 2008

11. Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain Jill A Hayden; Maurits W van Tulder; Antti V Malmivaara; Bart W Koes *Annals of Internal Medicine*; May 3, 2005; 142, 9; Health Module pg. 765

12. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain (Review) Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW; *The Cochrane Library* 2011, Issue 2

13. The Quebec Task Force Classification for Spinal Disorders and the Severity, Treatment, and Outcomes of Sciatica and Lumbar Spinal Stenosis; Atlas, Steven J. MD, MPH*; Deyo, Richard A. MD, MPH††; Patrick, Donald L. PhD, MSPH†; Convery, Karen MPH*; Keller, Robert B. MD§; Singer, Daniel E. MD*, *Spine Issue: Volume 21(24), B15 December 1996, Bpp 2885-2892*

14. Low back pain (acute) Greg McIntosh and Hamilton Hall, BMJ publishing group, *Clinical Evidence* 2011. 05:1102

15. Low back pain (chronic) Chou R. 2010. BMJ publishing group, *Clinical Evidence* 2010, 10,1116

16. Herniated lumbar disc; Jordon J, Konstantinou K, O'Dowd J., BMJ publishing group, *Clinical Evidence* 2011. jun28.1118

17. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. www.nice.org.uk/CG88

18. Tulder Mv, Becker A, Bekkering T et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191

19. Roger Chou, MD, and Laurie Hoyt Huffman, MS. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2007;147:492-504.

20. Roger Chou, MD; Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Vincenza Snow, MD; Donald Casey, MD, MPH, MBA; J. Thomas Cross Jr., MD, MPH; Paul Shekelle, MD, PhD; and Douglas K. Owens, MD, MS. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007;147:478-491

21. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis; Lamb SE et al., *Lancet* 2010; 375: 916-23.

22. Screening for functional and mental disorders in general practice. Results from a randomised clinical trial. PhD thesis. Kaj Sparle Christensen, MD. University of Aarhus, (2004)

Øvrige anvendte kilder:

23. De Samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark, Mette Bjerrum Koch, Michael Davidsen, Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed (2011)

24. Hvordan har du det?2010 – Sundhedsprofil for region og kommuner, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland (2011)

25. Sundhedsaftale Region Midtjylland 2011-2014

26. Vejledning om kommunal rehabilitering, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Indenrigs- og sundhedsministeriet (2011)

27. Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner (december 2010)

28. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats overfor patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen (2010)

29. Perspektiv på den faglige indsats blandt borgere med lænderygsmærter, Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland (2010)
30. Overenskomst om almen praksis (2010)
31. Overenskomst om kiropraktik (2010)
32. Vejledende snitfladekatalog vedr. almindelig og specialiseret ambulænt genoptræning efter Sundhedslovens § 140. Aftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. (2009)
33. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen (2008)
34. Folkesundhedsrapporten, Statens Institut for Folkesundhed (2007)
35. Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004, Sundhedsstyrelsen (2006)
36. Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis, Dansk selskab for almen medicin (2006)
37. Kronisk sygdom – patient, sundhedsvæsen og samfund, Sundhedsstyrelsen (2005)
38. Ondt i ryggen – forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv, Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (1999)
39. Behandlingsstrategi for funktionelle syndromer og somatisering. A. Schröder et al. (Ugeskrift for Læger 172/24, 14. juni 2010, pp 1839-42)

16. Bilagsoversigt

- Bilag 1 Medlemmer af forløbsprogramgruppen
- Bilag 2 Information til brug for dialog, vejledning, udredning og behandling af patienter med lænderygsmerter
- Bilag 3 "Røde flag" ved udredning i praksissektoren
- Bilag 4 STarT Back Screening Tool
- Bilag 5 Udredning ved kiropraktor
- Bilag 6 Fysioterapeutisk lænderygudredning i praksissektoren
- Bilag 7 Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ)
- Bilag 8 Udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning i praksissektoren
- Bilag 9 Fysioterapeutisk udredning og tests i sekundærsektoren
- Bilag 10 Rådgivning om arbejdsfastholdelsesindsats i sekundærsektoren
- Bilag 11 Kognitiv indsats ved Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital
- Bilag 12 Anbefalinger til kommunerne ved etablering af tværfagligt ryg-rehabiliteringsteam