

**Patientforløbsprogram for
rygområdet
i Region Syddanmark**



September 2010

Indholdsoversigt:

Forord

1. Indledning

- 1.1. Baggrund: Sundhedsaftalerne
- 1.2. Hvad er et forløbsprogram
- 1.3. Hvordan anvendes forløbsprogrammer
- 1.4. Tilvejebringelsen af forløbsprogrammet
- 1.5. Forløbsprogrammets opbygning

2. Forløbsprogrammets målgruppe

- 2.1. Kendetegn ved kronisk ryglidelse
- 2.2. Patientantal – forekomst

ORGANISATORISK DEL: DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

3. Forebyggelse og tidlig opsporing

- 3.1. Primær forebyggelse
- 3.2. Tidlig opsporing og identifikation af risikofaktorer
- 3.3. Diagnostik

4. Stratificering og organisering af indsatsen for patienter med varige rygproblemer

- 4.1. Kriterier for stratificering
- 4.2. Opgavefordeling mellem sektorerne
- 4.3. Egen læge som tovholder
- 4.4. Forløbskoordination i øvrigt
- 4.5. Kommunikation mellem parterne
- 4.6. Begrebsgrundlag for opgavefordelingen vedr. personer med kronisk sygdom
- 4.7 Principper for sygdomsspecifik patientuddannelse
- 4.8. Genoptræning

5. Monitorering af rygforløbsprogrammet

- 5.1. Diagnose- og kontaktregistrering
- 5.2. Kvalitetsmonitorering af kronikerforløb

6. Implementering

- 6.1. Implementering ifølge sundhedsaftalerne
- 6.2. Implementering koordineres i lokale samordningsfora
- 6.3. Implementeringsprojekter på rygområdet

FAGLIG DEL: RAMMER FOR DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS

7. Fagligt grundlag

8. Den sundhedsfaglige indsats i almen praksis

9. Den sundhedsfaglige indsats på regionens rygcenter

10. Den sundhedsfaglige indsats i kommunerne

BILAG

1. Medlemmer af koordineringsgruppen
2. Smertescore
3. Basal klinisk undersøgelse ved lændesmerter
4. The STarT Back Screening Tool
5. Røde flag
6. Information
7. Den udvidede rygundersøgelse hos fysioterapeut
8. Udvidet rygundersøgelse hos kiropraktor
9. Den elektroniske kommunikation mellem kiropraktorpraksis og almen lægepraksis
10. Den gode fysioterapiepisode
11. Oversigt over forløbet i primærsektor

Forord

Hver tredje dansker er i dag kronisk syg. Og tallet er stigende. Nogle kronisk syge borgere lever et godt og aktivt liv trods sygdom. Andre kronisk syge har en dagligdag præget af dårlig livskvalitet og ringe mulighed for at klare sig selv. De er afhængige af hjælp fra andre og tilbringer en stor del af deres tid hos læger og på sygehuse. Fælles for borgere med kronisk sygdom er, at de har brug for et livslangt behandlingsforløb.

I Region Syddanmark vil vi tilrettelægge behandlingen af de kroniske patienter anderledes i fremtiden. Målet er at give patienterne bedre livskvalitet, samtidig med at vi udnytter ressourcerne i sundhedsvæsenet på bedst mulige måde. Det kræver, at vi i et vist omfang ser på sundhedsvæsenet med nye øjne.

Patientforløbsprogrammerne for kronisk sygdom i Region Syddanmark er udviklet i samarbejde mellem kommunerne og regionen og er afsæt for udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, herunder bedste praksis, kvalitetsudvikling og dokumentation af kronikerindsatsen.

Programmerne udsendes som anbefaling for udvikling af samarbejdet lokalt mellem almen praksis, kommuner og sygehuse.

Implementeringen af de enkelte patientforløbsprogrammer koordineres mellem det enkelte sygehus og kommuner samt praksis i de lokale samordningsfora. De konkrete tværfaglige og tværsektorielle kronikerforløb og rehabiliteringsindsatser aftales således i de lokale samordningsfora som kommunespecifikke eller fællesspecifikke aktiviteter og indarbejdes i de specifikke sundhedsaftaler for perioden 2011-14.

Udviklingen af samarbejdet vil i årene 2010-12 blive understøttet gennem Region Syddanmarks og kommunernes udmøntning af regeringens puljer til styrkelse af indsatsen for den kroniske patient i form af en række samarbejdsprojekter.

Forløbsprogrammerne tages op igen medio 2011 på baggrund af de indgåede sundhedsaftaler for 2011-14, bidrag fra begrebsafklaring på nationalt niveau samt erfaringer fra midtvejsevaluering af puljeprojekterne.

Det administrative Kontaktforum under Sundhedskoordinationsudvalget, marts 2010

1. Indledning

1.1. Baggrund: Sundhedsaftalerne mellem kommuner og Region Syddanmark

Region Syddanmark indgik i 2008 sundhedsaftaler med kommunerne i regionen. I aftalerne med alle kommuner på nær én indgår en grundaftale om indsatsen for personer med kronisk sygdom i regionen.

Aftalen fastslår at strategien ”Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark”, der ligger til grund for aftalen og som er lavet i et tværsektorielt samarbejde, udgør det fælles grundlag for kommunernes og regionens udvikling af indsatsen for kroniske patienter.

Vigtige målsætninger i indsatsen er bl.a. at bidrage til, at kronisk syge borgere gennem bedre behandling, rehabilitering, pleje m.v. opnår større livskvalitet, samt sikre at indsatsen koordineres, så patientforløb opleves som sammenhængende. Derudover skal strategien imødekomme det fortsat stigende pres, som sundhedsvæsenet oplever, ved at understøtte, at der sker en tidlig opsporing, at der tilbydes forebyggende tiltag, at patienterne udøver egenomsorg m.v.

De grundlæggende principper for indsatsen er beskrevet i sundhedsaftalen og vedrører implementering, arbejdsdeling, koordinering, stratificering, information og kommunikation samt kvalitet.

Under implementering fremgår det af sundhedsaftalen, at der skal tilvejebringes ensartede regionale retningslinjer for strategiens initiativer og at der anbefales nedsat koordineringsgrupper for hvert af de prioriterede sygdomsområder til at udarbejde regionalt gældende retningslinjer og standarder for sundhedsfaglige ydelser, koordination og kommunikation, stratificering, kompetenceudvikling, kvalitet og opfølgning samt implementering.

Dette grundlag foreligger hermed for rygområdet med dette forslag til Forløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark.

1.2. Hvad er et forløbsprogram

Sundhedsstyrelsen definerer et patientforløbsprogram således:

”Et patientforløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter”¹. Målet med forløbsprogrammer er bl.a. at sikre bedre sammenhæng mellem de enkelte tiltag i den samlede indsats og dermed bedre sammenhæng på tværs i sundhedsvæsenet. Samtidig er målet at opnå samme kvalitet og tilbud uanset hvor i regionen borgeren eller patienten bor og endvidere at sikre, at de sundhedsprofessionelle og patienten har ensartet og fælles målsætning med forløbet.

Forløbsprogrammer sigter på at opnå en høj kvalitet af indsatsen og patientsikkerhed i hele forløbet samt en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, herunder ikke mindst fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

Der er i Region Syddanmark i samarbejde med kommuner, sygehuse og praksisområdet udarbejdet patientforløbsprogrammer for fire store sygdomsområder: kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes, kronisk hjertesygdom samt rygområdet. Fælles for sygdommene er, at de er

¹ ”Forløbsprogrammer for kronisk sygdom”, Sundhedsstyrelsen, 2008, side 12-14.

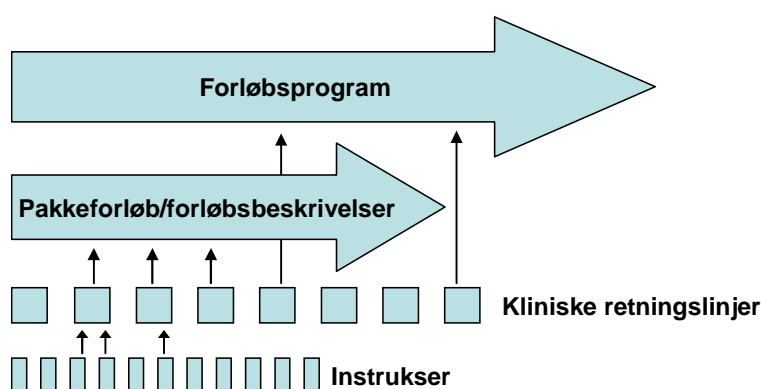
udbredte i befolkningen, at patientgrupperne ofte ses i almen praksis og på sygehusene, samt at sygdommene er forbundet med betydelige sociale omkostninger. Disse sygdomme er derfor valgt, da forløbsprogrammerne kan bibringe betydelige forbedringer for denne store gruppe af befolkningen.

I forhold til Sundhedsstyrelsens definition ovenfor er udgangspunktet for arbejdet med forløbsprogrammer i Region Syddanmark, at best practice må anvendes i den udstrækning tilstrækkelig evidens ikke foreligger og at målet om samme kvalitet godt kan opnås gennem forskellige tilbud.

1.3. Hvordan anvendes forløbsprogrammer

Patientforløbsprogrammerne skal anvendes af fagfolk/sundhedsprofessionelle på sygehuse, i kommuner og almen praksis, der i hverdagen har den daglige kontakt med borgere og patienter. Patientforløbsprogrammernes fokus er organiseringen af patientforløbene og opgavefordeling mellem de deltagende aktører. Dette patientforløbsprogram udmærker sig i forhold til de øvrige patientforløbsprogrammer på kronikerområdet ved at indeholde en reel patientforløbsbeskrivelse. I de øvrige patientforløbsprogrammer er der således tale om en overordnet ramme for de mere detaljerede retningslinjer for den sundhedsfaglige indsats i regionen, som kommer til udtryk i patientforløbsbeskrivelser, reference-programmer, kliniske retningslinjer m.v., jfr. figuren herunder.

Figur 1: Begrebernes relationer



Inspireret af Sundhedsstyrelsen og DSKS-nyt, nr. 1, marts 2009

1.4. Tilvejebringelsen af forløbsprogrammet

Det administrative Kontaktforum under Sundhedskoordinationsudvalget fik i møde den 23. oktober 2008 forelagt forslag til kommissorier for arbejdet med forløbsprogrammer for de fire udvalgte sygdomsområder, herunder nedsættelsen af en koordineringsgruppe for hvert område med repræsentanter fra regionens sygehuse, kommuner, almen praksis samt sundhedsstaben.

På den baggrund besluttede det administrative kontaktforum, at den overordnede tværsektorielle monitorering af kronikerindsatsen ligger i det administrative kontaktforum, mens den driftsmæssige monitorering ligger i den enkelte organisation.

Sammensætning af koordineringsgruppen for arbejdet på rygområdet fremgår af bilag 1.

1.5. Forløbsprogrammets opbygning

Udover nærværende introduktion samt en afgrænsning af patientgruppen består forløbsprogrammet af to dele:

- Programmets organisatoriske del fokuserer på det tværsektorielle samarbejde og især organisering og koordinering af den samlede indsats og stratificering af patienterne. Denne del indeholder også afsnit om den forebyggende indsats, rehabilitering, kommunikation, tovholderopgaver og forløbskoordination samt om registrering og kvalitetsmonitorering. Endelig er der et afsnit om implementering af forløbsprogrammet, herunder forslag til projekter til støtte for implementeringen i de tre sektorer.
- Programmets faglige del fokuserer på indsatsen i henholdsvis almen praksis, kommuner og sygehuse og opstiller klare retningslinjer for almen praksis og sygehuse samt rammer for best practice i kommunerne.

Der indgår udover ovenstående også en række bilag af mere faglig karakter, som knytter sig til rapportens forskellige afsnit.

Læs mere

Forløbsprogrammerne findes på Region Syddanmarks hjemmeside på www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom Her kan du også finde strategien for kronisk sygdom og holde dig opdateret om arrangementer på området.

2. Forløbsprogrammets patientgruppe

2.1 Afgrænsning og beskrivelse

Forløbsprogrammets patientgruppe er personer med rygproblemer og mere specifikt lænderygproblemer. Indsatsen over for patienter med nakkerygproblemer vil på flere punkter være omfattet af forløbsprogrammets beskrivelse. Tilbuddene er endnu ikke udviklet, men vil blive omfattet af den udviklings- og forskningsforpligtelse, der påhviler regionens rygcenter.

Væsentlige mål for indsatsen i sundhedsvæsenet er at hindre, at patienterne udvikler varige rygproblemer og hvis de gør, at patienten bliver i stand til at klare sig selv uden hyppig kontakt til sundhedsvæsenet. Hvorvidt disse mål nås, vil afhænge betydeligt af tilrettelæggelsen af indsatsen over for patienter med nyopstående rygproblemer. Derfor indeholder dette forløbsprogram også retningslinjer for tilrettelæggelsen af indsatsen over for den akutte patient. Dette kommer konkret til udtryk ved en beskrivelse af det 3 måneders udredningsforløb, som patienten gennemgår hos henholdsvis egen læge og regionens rygcenter. Derfor indeholder programmet både beskrivelse for forløbet for den akutte rygpatient og for patienten med varige rygproblemer.

Den kroniske rygpatient er defineret som patienten med varige rygproblemer, og som er socialt og arbejdsmæssigt truet af disse problemer.

Patienter med varige rygproblemer er ikke ens. Nogle lever et aktivt liv med job, fritidsinteresser og høj livskvalitet. For andre er rygproblemerne en alvorlig hæmsko for at arbejde, bevæge sig, social omgang med venner og familie – kort sagt et altoverskyggende problem.

Varige rygproblemer har ofte flere årsager, der kan være en kombination af forskellige fysiske og psykiske omstændigheder som fx slidgigt i ryggen, muskelspændinger, overvægt, depression, tungt arbejde og ensformige arbejdsstillinger m.v.

I Region Syddanmark er der årligt 3.000 mennesker, der får konstateret varige rygsmerter med betydelige funktionsmæssige konsekvenser.

Stor set samtlige rygpatienters første kontakt til sundhedsvæsenet ligger i primærsektoren (praktiserende læge, praktiserende speciallæge og kiropraktor)². En del patienter henvises efterfølgende fra primærsektoren til nærmere udredning og vurdering i sekundærsektoren. Diagnostik er vanskelig, og efter grundig og korrekt udredning kan der hos halvdelen af personer med rygbesvær ikke stilles en specifik diagnose, hvorfor en betydelig del af patienterne får diagnosen "uspecifikke rygsmerter". Området er kompliceret af flere andre specialers involvering i problemstillingen, herunder ortopædkirurgi, neurokirurgi, reumatologi og neurologi.

For personer med varige rygproblemer bliver der ofte tale om et sygdomskompleks af smerter, psykologiske lidelser, sociale og arbejdsmarkedsrelaterede problemer. Den kausale sammenhæng er ofte uklar, hvilket for mange medfører et langt og ofte usammenhængende forløb i sundhedsvæsenets forskellige tilbud.

² "Folkesundhedsrapporten", Statens Institut for Folkesundhed, 2007, side 106.

2.2 Forekomst og økonomiske konsekvenser

Rygproblemer er et omfattende sundhedsmæssigt problem og har så stor indflydelse på befolkningen, at det kan kaldes en folkesygdom. Internationale studier har vist, at 85% af befolkningen i den vestlige verden oplever mindst en episode i deres liv med så stærke smerter, at det kræver sygemelding³. Undersøgelser har endvidere vist, at inden for de sidste 6 måneder har 60% af befolkningen oplevet rygsmerter, men smerterne har været milde og med ingen eller beskedne funktionsændring. Men hver sjette af disse oplever stærke smerter og betydeligt reduceret funktionsniveau⁴. På ethvert tidspunkt har 13.7 % af voksenbefolkningen i Danmark rygproblemer. Dette svarer til 660.000 personer, heraf 130.000 i Region Syddanmark⁵.

Forekomst af rygproblemer i kommuner og praksis – gennemsnitlige tal

	Mindre kommune Ca. 25.000 indb.	Gnstl. Kommune Ca. 50.000 indb.	Større kommune Ca. 100.000 indb.	Lægepraksis Pr. yder 25-30
Voksne med stærke rygproblemer til enhver tid	450	900	1800	
Nydiagnosticerede patienter med kroniske rygsmerter årligt	50-100	100-150	250-300	5

Forekomsten af varige lænderygsmerter er socialt skævt fordelt. Personer med kortvarig uddannelse har den højeste forekomst⁶.

Rygproblemer har stor økonomisk betydning både for den enkelte og for samfundet generelt. Patienter med rygproblemer medfører store omkostninger for sundhedsvæsenet. Internationale studier har vist, at 1,7% til 3,2% af alle udgifter i sundhedsvæsenet bruges på denne ene problemstilling⁷. En rygpatisnts forbrug af ydelser hos den privatpraktiserende læge målt som gennemsnitsomkostninger er ca. 70% over gennemsnitsdanskerens. Ligeledes ligger rygpatisnters forbrug af receptindløst medicin over gennemsnittet. Udgifter i sundhedssektoren var i 2002-2003 gennemsnitlig ca. 10.000 kr. pr. behandlet patient. Dette medfører, at de samlede omkostninger til patienter med rygproblemer årligt udgør et milliardbeløb. De totale samfundsmæssige omkostninger ved lænderygsmerter var i perioden 2002-2003 i alt 23 mia. kr⁸.

Endelig er der betydelige udgifter forbundet med sygefraværet, både for arbejdsgiver og den sygemeldte selv, idet der er en klar sammenhæng mellem langvarig sygemelding og senere

³ Walker, B. F. (2000). The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *Journal of Spinal Disorders*, 13(3), 205-217.

⁴ Walker BF, Muller R, Grant WD: Low back pain in Australian adults. Prevalence and associated disability. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 2004, 27(4):238-244.

Cassidy D, Carroll L, Cote P: The Saskatchewan Health and Back Pain Survey - The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998, 23(17):1860-1867.

⁵ Loney, P., & Stratford, P. (1999). The prevalence of low back pain in adults: A methodological review of the literature. *Physical Therapy*, 79(4), 384-396.

⁶ "Folkesundhedsrapporten", Statens Institut for Folkesundhed, 2007, side 105.

⁷ Walker BF, Muller R, Grant WD: Low back pain in Australian adults: The economic burden. *Asia Pac J Public Health* 2003, 15(2):79-87.

Maniadakis N, Gray A: The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000, 84(1):95-103.

Frymoyer J, Cats-Baril W: An over-view of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991, 22:263-271.

⁸ "Folkesundhedsrapporten", Statens Institut for Folkesundhed, 2007, side 106.

arbejdsmarkedstilknytning. En undersøgelse viser, at for langtidssygemeldte over 8 uger med bevægeapparatsproblemer var 39 % af dem fyret ved en opfølgning ca. 10 måneder efter sygedagpengesagen var afsluttet⁹.

⁹ Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær)

Organisatorisk del : Det tværsektorielle samarbejde

3. Forebyggelse og tidlig opsporing

Set i lyset af rygproblemernes omfang og konsekvenser for befolkningen og samfundet vil en effektiv forebyggende indsats være ønskelig. Imidlertid er forskningsresultaterne og den faglige viden om mulighederne for at forebygge rygproblemers opståen yderst sparsom.

Der er således ikke grundlag for at anbefale særlige forebyggelsesinitiativer for at hindre *rygproblemers opståen*. De neden for beskrevne fokusområder i den primære forebyggelse skal derfor opfattes som udtryk for almindelig sund fornuft.

Omvendt er der fagligt grundlag for at anbefale, at personer *som allerede har udviklet rygproblemer* generelt støttes i at fortsætte i muligt omfang med at leve livet, som de plejer uden at rygproblemerne medfører alvorlige, varige funktionstab på jobbet og i fritiden.

3.1 Primær forebyggelse i kommunerne

Fysisk aktivitet

Ifølge Det nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø er der evidens for at anbefale generel fysisk aktivitet både som forebyggelse af rygsmerter, men også som forebyggende tiltag mod tilbagevendende rygsmerter for den erhvervsaktive befolkning. Der er imidlertid ikke tilstrækkelig viden til at anbefale eller fraråde bestemte typer af fysisk aktivitet, ligesom der endnu mangler viden om, hvorvidt intensiteten skal være af en særlig styrke. Der er ligeledes evidens for, at fysisk aktivitet forebygger sygefravær som følge af rygsmerter, og at hyppigheden og længden af yderligere smerteepisoder afkortes¹⁰.

Ved at understøtte muligheder for fysisk aktivitet på fx arbejdspladser, skoler, børnehaver og ældreområdet kan kommunerne sikre hensigtsmæssige rammer for fysisk udfoldelse og dermed bidrage direkte til en borgerrettet forebyggelsesindsats over for rygproblemer.

Ergonomi

En indsats på det ergonomiske område har i flere videnskabelige undersøgelser vist sig at være af nogen værdi. En reduktion i frekvensen af tunge og gentagne rygløft og en eliminering af u hensigtsmæssigt indrettede sidde-arbejdspladser kan have en vis effekt på forekomsten af fremtidige rygsymptomer. Det vil være tilrådeligt at understøtte fremtidige primærprofylaktiske initiativer, som sigter på at undgå åbenbart u hensigtsmæssige arbejdssituationer, fx ved eliminering af meget tunge eller hyppigt gentagne løft samt pludselig uventede rygbelastninger. Det primære sigte med sådanne indsatser er at reducere antallet af arbejdsskader og arbejdsulykker¹¹.

¹⁰ "Hvidbog om sygefravær og tilbagevendende til arbejde ved muskel- og skeletbesvær", Det nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2008.

¹¹ "Ondt i ryggen - forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv", 1999, Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen.

Mental sundhed

Der er en øget risiko for sygefravær som følge af muskel-skeletbesvær, hvis arbejdet er fysisk krævende. Men sygefraværet hænger ikke kun sammen med fysiske belastninger i arbejdet. Manglende kontrol og indflydelse på arbejdet samt manglende social støtte synes også at øge risikoen for sygefravær. Individuelle faktorer som oplevet stress, angst, uro, depression m.v. øger risikoen for sygefravær¹².

Oplysning og uddannelse

Et væsentligt aspekt af den borgerrettede forebyggelsesstrategi på rygområdet er at sikre et vist vidensniveau i befolkningen. Det gælder i forhold til væsentlige risikofaktorer for udvikling af rygproblemer, men også i forhold til at vurdere hvornår rygsmerter er behandlingskrævende.

For at undgå unødigt belastning af behandlingssystemet er det vigtigt at formidle, at

- mange mennesker udvikler smerter i ryggen,
- det kun i få tilfælde skyldes en alvorlig lidelse
- mange, der oplever smerter i ryggen, ikke har behov for at opsøge behandler
- smerterne i mange tilfælde vil forsvinde af sig selv i løbet af få dage.

Konsultation hos praktiserende læge (eller kiropraktor) er en god idé, hvis

- smerterne er meget stærke
- smerterne afholder borgeren fra at udføre almindelige dagligdags gøremål gennem flere dage
- smerterne ikke mindskes eller forsvinder i løbet af få dage¹³.

3.2 Identificering af risikofaktorer

Jo tidligere sygdom opdages, jo bedre vil mulighederne for behandling typisk være efterfølgende. En proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side for at stille diagnosen tidligst muligt kan ændre, at flere kroniske sygdomme først diagnosticeres, når sygdommen er fremskreden – men også give bedre mulighed for at etablere tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse.

Ansvar for at opspore eller opdage sygdom ligger både hos fagpersoner i kommuner, på sygehusene og i almen praksis – men også hos patienten selv. Fagpersoner skal være opmærksomme på symptomer i deres kontakt med borgere – også selv om borgerkontakten måske handler om noget helt andet.

Forskellige forhold kan øge risikoen for, at patienten udvikler varige smerter, men der er kun beskedent evidens for sådanne risikofaktorer. Disse risikofaktorer er (markeret med kursiv er de med stærkest evidens):

- **Individuelle faktorer:**
 - *Stærke smerter*
 - *Stærkt nedsat aktivitetsniveau*
 - *Mange smerteområder*
 - *Bensmerter*
 - *Alder*
 - *Fysisk form*

¹² "Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær", Det nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2008.

¹³ "Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv", Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 1999.

- Arvelighed
 - Nedsat udholdenhed af rygmuskulatur
 - Rygning (kirurgi)
 - Dårligt helbred
 - Lavt uddannelsesniveau
 - Lav socialgruppe
- **Psykosociale faktorer:**
 - *Bekymring*
 - *Depression*
 - *Angst for bevægelser*
 - *Katastrofetænkning*
 - Dårlig kognitiv funktion
 - Lav jobtilfredshed
 - Stress
- **Arbejdsrelaterede faktorer:**
 - *Dårligt arbejdsmiljø*
 - Mange belastende vrid
 - Mange gentagne bevægelser
 - Mange helkropsvibrationer¹⁴.

Forskningsenheden ved regionens rygcenter vil i samarbejde med øvrige parter arbejde for at opnå større viden om forebyggelse af rygproblemers opståen.

I denne sammenhæng vil forskning og dataindsamling være helt centralt.

3.3 Diagnostik og patientforløb ved nyopståede rygproblemer

Hurtig diagnostik og en tidlig målrettet indsats i forhold til patienter, som henvender sig i sundhedsvæsenet med nyopståede rygproblemer, er af stor betydning for et godt resultat og for at hindre varige gener for patienten af fysisk, social og psykisk art. Strategien for diagnostik og behandling af nyopståede rygproblemer er derfor, at patienterne skal være fuldt udredt og helst færdigbehandlet inden for en tre måneders periode. Det anbefales, at de første to måneder foregår i praksissektoren, og hvis patienten ikke herefter er i afgørende bedring, henvises til yderligere udredning i regionens rygcenter.

Der henvises vedrørende det konkrete forløb til forløbsprogrammets faglige del for en beskrivelse af det aftalte patientforløb for patienter med nyopståede rygsmerter.

¹⁴ Pincus et al (2002) A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 27(5) E109*E120
 Kent P, Keating J. Can we predict poor recovery from recent-onset nonspecific low back pain? A systematic review. Manual Therapy 13 (2008) 12*28

4. Stratificering og organisering af indsatsen for patienter med varige rygproblemer

Det er en udfordring at få skabt en sammenhængende indsats på kronikerområdet, så tilbuddene til den enkelte patient hænger sammen. Et sammenhængende patientforløb kræver høj grad af koordination og kommunikation mellem praksissektoren, kommuner og sygehuse. Målet er, at overgangene skal opleves sammenhængende af patienterne, uanset hvor i systemet de befinder sig.

Indsatsen for patienter med kronisk sygdom skal for størstedelen tilrettelægges og finde sted i praksissektoren og det kommunale sundhedsvæsen. I komplekse tilfælde vil der være behov for at inddrage den specialiserede ekspertise fra regionens rygcenter. Dette betyder, at patienter med kronisk sygdom kun skal henvises til rygcentret, når egen læge har fundet behov for at inddrage rygcentrets specialister i udredning og behandling, dvs. ved nyopståede lænderygsmerter eller ved akut forværring af eksisterende lænderygsmerter.

4.1 Kriterier for stratificering

De tre aktører – praksissektoren, kommuner og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Afgørelsen heraf tager udgangspunkt i en systematisk gruppering af patienterne – stratificeringen.

Stratificering foretages ved nydiagnosticering af den læge, der stiller diagnosen.

Patienterne kan overordnet stratificeres efter to dimensioner:

- 1) *Sygdomskompleksitet* – forstået som en sammenvejning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium, og
- 2) *Egenomsorgsevne* bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed, sammenholdt med patientens behov for sundhedsprofessionel støtte.

Nedenstående model er et forsimplet billede af virkeligheden og tjener derfor alene som illustration af, hvornår hvilke aktører skal på banen. Stratificeringen kan således anvendes som en støtte i tilrettelæggelsen af det individuelle behandlingsforløb for den enkelte patient.

Stratificering er ikke endelig. Patienter kan over tid bevæge sig mellem de fire kategorier i stratificeringsmodellen. Dette vil i givet fald ske på baggrund af en lægelig vurdering. Det anbefales, at der sker en stratificering af patienten igen, når han eller hun har gennemgået tre måneders forløbet. Metoden hertil er dog endnu ikke færdigudviklet, men det er afgørende, at lægen på dette tidspunkt gør sig overvejelser om, hvilke tilbud patienten skal have.

Figur 2: Stratificering og koordination af indsatsen for patienter med ryglidelser

<p>I. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lav risiko for kronificering - God egenomsorgsevne <p>→ egen læge + patient</p>	<p>II. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Høj risiko for kronificering og/eller comorbiditet - God egenomsorgsevne <p>→ egen læge + andre behandlere + patient + evt. koordination i rygcenter (midlertidigt)</p>
<p>III. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lav risiko for kronificering - Ringe egenomsorgsevne <p>→ egen læge + patient + kommunal koordination</p>	<p>IV. Særligt sårbare patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Høj risiko for kronificering og/eller comorbiditet - Ringe egenomsorgsevne <p>→ egen læge + andre behandlere + patient + koordination i kommune og evt. rygcenter (midlertidigt)</p>

4.1.1 Vurdering af risiko for udvikling af kronicitet

Patienter bør stratificeres med fokus på risikoprofilen for et kronificeret forløb. Således foreslås initialt i forløbet anvendt STarT-skemaet, jf. bilag 4. STarT-skemaet anvendes til at vurdere, om patienten er i lav, moderat eller høj risiko for at udvikle kronicitet. Derudover kan behandlerens særlige individuelle kendskab til og vurdering af patientens evne til egenomsorg have indflydelse på den konkrete risikoinddeling som beskrevet nedenfor.

4.1.2 Vurdering af egenomsorgsevne

Egenomsorg defineres af Sundhedsstyrelsen som den sundhedsaktivitet en patient eller anden borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed¹⁵. Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces¹⁶.

Egenomsorg handler derfor om flere ting. Det handler både om, at hver enkelt tager bedst mulig vare på sig selv og deltager aktivt i egen behandling ved bl.a. at indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedsprofessionelle. Men egenomsorg handler også om, at sundhedsprofessionelle inddrager patienten i behandlingen ved eksempelvis at tilføre og udstyre patienten med relevante kompetencer og viden. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for at udøve

¹⁵ Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2005

¹⁶ Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2008.

egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at nogle patienter er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde¹⁷.

Patienters evne til at udøve egenomsorg kan vurderes på baggrund af oplysninger om bl.a. alder, erhvervsuddannelse, socialt netværk¹⁸, comorbiditet, herunder psykisk sygdom, misbrug, økonomi, boligforhold, arbejdsforhold, relation til partner, relation til familie eller børn, tilstedeværelsen af sygdom i nær familie og etnisk baggrund.

Vurdering af kroniske rygpatienters egenomsorgsevne i almen praksis vil typisk også baseres på den praktiserende læges forudgående kendskab til patienten og erfaringer med compliance.

4.2 Opgavefordeling baseret på stratificering

- Patienter i lav risiko vil typisk kunne behandles af egen læge og med en høj grad af egenomsorg.
- Patienter i moderat risiko vil typisk kunne behandles af egen læge med inddragelse af andre behandlingstilbud i praksissektoren.
- Patienter med ringe egenomsorgsevne støttes gennem koordination i kommunen.
- Patienter i høj risiko vil typisk kræve en tværfaglig og tværsektoriel indsats. Patienter, der ikke er udredt i praksissektoren inden for 8 uger, henvises til Rygcenter Syddanmark.

Alle patienter gennemgår udrednings- og behandlingsforløbet som skitseret i forløbsprogrammets faglige del. Herefter vil en del patienter i den erhvervsaktive alder pga. fortsat sygemelding og/eller højrisikoprofil have behov for en tværfaglig koordineret indsats med henblik på arbejdsfastholdelse. Den tværfaglige koordinerede indsats danner grundlag for den efterfølgende rehabiliteringsindsats i kommunen jf. afsnit 10.

4.3 Almen praksis som tovholder

I såvel Sundhedsstyrelsens publikationer som strategien for kronisk sygdom i Region Syddanmark anbefales det, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op
- at planlægge patientforløbet
- at bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål.

Almen praksis skal i kronikerindsatsen, herunder i indsatsen for rygpatienter, fungere som tovholder for patienten.

4.4 Forløbskoordination i øvrigt

Nogle patienter kan have et særligt behov for støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af tovholderen, pårørende eller andre aktører, der er involveret i patientforløbet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at disse patienter tilbydes udvidet støtte til gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering via tilknytning af en forløbskoordinator. Formålet med forløbskoordination er at sikre støtte til patienter med særlige komplekse behov. Henvisning

¹⁷ "Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme", side 18. Sundhedsstyrelsen, 2006.

¹⁸ I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2007

foretages af tovholderen eller efter aftale med det team, der er ansvarligt for behandling af patienten¹⁹.

4.4.1 Den kommunale indsats

Den kommunale indsats til koordinering af patientforløb skal fokusere på hjælp og støtte til personer med ringe egenomsorgsevne og særligt sårbare patienter. De centrale opgaver, især i relation til patienter med ringe egenomsorgsevne, er beskrevet i programmets faglige del.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge, hvordan opgaverne med koordinering af forløb for personer med kronisk sygdom mest hensigtsmæssigt indpasses i den kommunale organisation.

4.4.2 Koordination i sygehus/rygcenterregi.

Patienterne med varige rygproblemer har efter udredningsforløbet sædvanligvis ingen kontakt med rygcentret. Tovholderen i praksissektoren kan dog genhenvise patienter i forbindelse med akutte forværringer i tilstanden. Endvidere kan patienten med varige rygproblemer have behov for sygehuskontakt i forbindelse med andre samtidige sygdomme (comorbiditet). I begge tilfælde kan der være behov for nærmere koordination af forløbet. Det enkelte sygehus kan koordinere arbejdet med patienter med kronisk sygdom gennem kontaktpersonordninger eller forløbskoordinerende funktioner.

Formålet med koordinering af forløbet i sygehusregi er nærmere beskrevet i den faglige del.

Koordineringen i sygehusregi skal primært beskæftige sig med patienterne, mens de opholder sig på sygehuset. Før og efter behandling i sygehusregi er det patienternes egen læge (tovholder), der koordinerer forløbet, evt. i samarbejde med kommunen.

Det er op til sygehusledelserne at beslutte, hvordan man organiserer sig bedst muligt på det enkelte sygehus – enten gennem oprettelse af nye funktioner eller gennem udvidelse af eksisterende ordninger²⁰.

4. 5 Kommunikation mellem behandlerne

For at forløbet kan blive effektivt og sammenhængende for patienten er det afgørende vigtigt, at der ikke er væsentlige ventetider, og at kommunikationen mellem de involverede parter fungerer gnidningsfrit. Det omfatter den skriftlige kommunikation, som der i de fleste tilfælde er standarder for, men også den mere uformelle kontakt, som den kan foregå f. eks. pr. telefon, korrespondancemodul eller sikker e-mail, er betydningsfuld. Erfaringsmæssigt kan især den uformelle kontakt volde problemer først og fremmest på grund af manglende tilgængelighed. I Rygcentret vil der være mulighed for telefonkontakt til vagthavende visitator, ligesom etableringen af en HOT-line planlægges, hvor det er muligt at afholde telefonkonference om høj-risikopatienter, hvor MR-scanning og udvidet rygundersøgelse foreligger.

¹⁹ "Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model", side 31. Sundhedsstyrelsen, 2008.

²⁰ "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark", 2008, side 31.

4.5.1. Henvisninger.

Al henvisning foregår elektronisk²¹.

Henvisning til fysioterapeut.:

Henvisningen til fysioterapeuten skal indeholde en redegørelse for diagnose/problemstilling, relevant sygehistorie, objektive fund, resultat af parakliniske undersøgelser samt aktuell medicin. Derudover skal det fremgå, hvorvidt der er behov for tolkebistand. Henvisningen skal derudover følge gældende regler²².

Såfremt der henvises til udvidet rygundersøgelse, skal det tydeligt fremgå af henvisningen.

Henvisning til kiropraktor (bilag 9):

Henvisningen til kiropraktor skal indeholde en redegørelse for diagnose/problemstilling, relevant sygehistorie, objektive fund, resultat af parakliniske undersøgelser samt aktuell medicin. Derudover skal det fremgå, hvorvidt der er behov for tolkebistand.

Såfremt der henvises til udvidet rygundersøgelse, skal det tydeligt fremgå af henvisningen.

Henvisning til MR-scanning:

Henvisningen skal indeholde årsag til henvisning, smertelokalisation og varighed samt vigtigste objektive fund. Endvidere skal det fremgå, at patienten er udspurgt om mulige kontraindikationer, og at disse ikke er fundet.

Derudover følges MR-afdelingens vanlige krav til henvisninger.²³

Henvisning til Rygcentret:

Henvisningen skal indeholde tentativ diagnose, oplysninger om smertelokalisation, -varighed og – intensitet, funktionsniveau, jobfunktion, sygemelding samt relevante objektive fund (ved rodpåvirkning som minimum +/- pareser, Strakt Benløft Test). Derudover skal den indeholde resultatet af eventuelle parakliniske undersøgelser samt en redegørelse for behandlingen til nu og resultatet heraf. Hvis patienten har været til udvidet rygundersøgelse skal epikrisen herfra vedlægges.

Derudover følges Rygcentrets vanlige krav til henvisninger²⁴.

Udfærdigelse af genoptræningsplan fra Rygcenter Syddanmark:

Elektronisk henvisningsblanket anvendes, således at henvisningen indeholder oplysninger om diagnose, tidligere og nuværende funktionsniveau, relevante kliniske oplysninger, genoptræningsbehov og behov for opfølgende kontrol.

²¹ <http://www.medcom.dk/wm109941> – guide til den gode henvisning

²² <http://www.medcom.dk/wm109941> – guide til den gode henvisning

²³ <http://visinfosyd.dk>

²⁴ <http://www.visinfosyd.dk/wm321159>

4.5.2. Epikriser/korrespondance²⁵

Alle epikriser/korrespondancer sendes elektronisk

Epikrise omhandlende udvidet rygundersøgelse (bilag 10)

Epikrisen skal omfatte henvisningsårsag, status, forslag til henviser, diagnose, vigtigste objektive fund, forslag til behandling, information og instruktion.

Epikrise fra Rygcetret

Epikrisen skal omfatte diagnose, vigtigste anamnesticke oplysninger, vigtigste objektive fund, resultat af parakliniske undersøgelser, samlet vurdering, plan, beskrivelse af behov for social intervention samt prognose.

4.5.3. Henvisning til kommunal sagsbehandling.

Attesten "Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling, LÆ 165" anvendes.

I forbindelse med kommunernes sagsbehandling kan følgende attester være relevante at rekvirere:

- Journaloplysninger fra sygehus LÆ 115
- Journaloplysninger fra kiropraktor KIR 115
- Journaloplysninger fra speciallægepraksis, LÆ 105
- Statusattest, LÆ 125 / KIR 125
- Fysioterapeutisk status
- Specifik helbredsattest, LÆ 135
- Generel helbredsattest, LÆ 145
- Speciallægeattest LÆ155
- Attest om mulighed for at varetage et arbejde, LÆ 255

4.6 Begrebsgrundlag for opgavefordelingen vedr. personer med kronisk sygdom

Forløbsprogrammerne i Region Syddanmark bygger på følgende nationale definitioner i forståelsen af opgaver der knytter sig til varetagelsen af personer med kronisk sygdom:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og viden baseret indsats."

Kilde: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Marselisborg Centret, 2004

"Genoptræning efter sundhedsloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset

²⁵ <http://www.medcom.dk/wm109941> - guide til den gode epikrise

samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.”
Kilde: Vejledning om træning i kommuner og regioner, december 2009

”Patientuddannelse defineres som undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom i en struktureret undervisning, individuel eller rettet til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den patientrettede forebyggelse.”

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom – selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog.

”Nogle patienter med kroniske sygdomme har behov for en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats...Indsatser, som indgår i en samlet rehabiliteringsindsats, er ofte patientrettet forebyggelse og genoptræning. Patientuddannelse er i denne sammenhæng en delmængde af en samlet rehabiliteringsindsats...Denne begrebsafklaring viser, at patientuddannelse og genoptræning skal ses som dele af en overordnet rehabiliteringsindsats.”

Kilde: Sundhedsstyrelsen: Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. 2009

Begrebsgrundlaget indebærer, at den bærende kommunale indsats i de tværsektorielle og tværfaglige patientforløbsprogrammer er patientrettet forebyggelse og rehabilitering med det formål, at borgeren/patienten, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Regionen varetager i forhold til personer med kronisk sygdom udrednings- og behandlingsopgaver. Endvidere varetager regionen rehabiliteringsopgaver i tilknytning til behandlingen primært under indlæggelsen.

Hvis der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus udarbejdes en genoptræningsplan. Genoptræningen skal rette sig mod, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

4.7 Principper for sygdomsspecifik rehabilitering af patienter med rygproblemer

I henhold til sundhedsaftalerne om forebyggelse og sundhedsfremme er sygehusene ansvarlige for at tilbyde specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse, mens kommunerne er ansvarlige for at tilbyde en fortsat patientuddannelse, der kan indeholde både sygdomsspecifikke og generelle elementer.

Sygehus og kommune har et fælles ansvar for at sikre kvalitetssikrede og sammenhængende patientuddannelses-/rehabiliteringsforløb. Det anbefales, at planlægning og kapacitetstilpasning af sammenhængende sygdomsspecifikke patientuddannelses-/rehabiliteringstilbud drøftes i fællesskab i regi af de lokale samordningsfora, hvor der forventes at deltage repræsentanter fra rygcentrets lokalteams.

Kommunerne kan tilbyde rygrehabilitering til borgere med varige rygproblemer, der er afsluttet i rygcenterregi. Henvielse til kommunale forebyggende og/eller rehabiliterende ydelser forudsætter, at kommunen har beskrevet og bekendtgjort tilbuddene på Visinfo.

Det overvejes i rygcentret at udvikle et behandlingstilbud i form af et 13 ugers smertehåndteringskursus, hvor patienten oplæres i selv at håndtere fremtidige rygproblemer og ved brug af copingstrategier undgår, at smerterne bliver altdominerende og begrænsende i hverdagen. Kurser

af denne art kendes allerede fra smerteklinikkerne i regionen, men kan med fordel gøres ensartede og således udgøre et målrettet tilbud alene for patienter med varige bevægeapparatsproblemer.

4.8 Genoptræning efter udskrivelse fra sygehus

Kommunerne tilbyder almen genoptræning til borgere udskrevet fra sygehus med genoptræningsplan.

Rygcentret eller anden sygehusafdeling har mulighed for i samarbejde med patienten at udfærdige individuel skriftlig genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for almen eller specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Almen genoptræning tilbydes i kommunerne, mens specialiseret genoptræning foregår på sygehuset.

Genoptræningsplanen udleveres til patienten og sendes efter aftale med patienten til dennes bopælskommune og alment praktiserende læge. I tilfælde af specialiseret genoptræning sendes genoptræningsplanen også til det valgte sygehus²⁶.

²⁶ Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus – BEK nr. 1266 af 05/12/2006

5. Monitorering af forløbsprogrammet på rygområdet

Det er en del af Region Syddanmarks beslutning om at udarbejde forløbsprogrammer på fire udvalgte områder, at disse forløbsprogrammer skal kvalitetsmonitoreres. Dvs. det er besluttet, at der skal foretages en monitorering af, i hvilken udstrækning indholdet i forløbsprogrammerne bliver implementeret, og om forløbsprogrammerne har den ønskede effekt på kvaliteten. Monitoreringen skal gøre det muligt at følge udviklingen over tid og foretage tværgående sammenligninger for en række kvalitetsindikatorer, således at kvaliteten af patientforløbene kan følges og evt. indsatsområder identificeres.

5.1 Diagnose og kontaktregistrering

Enhver part foretager kodning af henvisningsårsag eller diagnose i henhold til Sundhedsstyrelsens krav. Dette er samtidig en forudsætning for at skabe sammenhæng i forløbene imellem sektorerne, og en forudsætning for at man kan monitorere og kvalitetsudvikle patientforløbene.

Sygehusene anvender ICD-10 - diagnosekodning.

Almen praksis anvender ICPC – baseret både på henvendelsesårsager (symptomdiagnoser) og specifikke diagnoser:

- L02 - Symptom/klager fra ryg
- L03 - Symptom/klage fra lænd
- L84 - Rygsyndrom uden smerteudstråling
- L86 - Rygsyndrom med smerteudstråling.

Diagnose- og kontaktregistrering i den kommunale sektor

Af hensyn til kvalitetsmonitorering af de tværsektorielle patientforløb anbefales, at de eksisterende systemer til diagnose- og kontaktregistrering i kommunerne tilpasses, så de kan understøtte en systematisk opsamling af data, herunder identifikation af diagnoser og vurderinger af funktionsevne.

I sundhedsaftalerne 2008 er følgende fastlagt om opfølgning: "Kommunerne i Region Syddanmark vil etablere kvalitetsmonitorering med fokus på koordinering, kontinuitet, indhold og overdragelse. Kommunerne vil indgå i udviklingsarbejde med henblik på at fremme mulighederne for systematisk kvalitetsmonitorering af tværsektorielle patientforløb."

Det anbefales at journalnotater, funktionsevnevurderinger, afslutningsstatus mv. fremover baseres på ICF-terminologien, der er i overensstemmelse med Fællessprog 2. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) rummer et nyt paradigme, der anskuer funktionsevne i et bredt og dynamisk perspektiv. Det vil sige, ICF flytter fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet. Klassifikationen rummer en fælles begrebsramme til beskrivelse af menneskets funktionsevne og et standardiseret sprog (fagneutralt), der kan anvendes på tværs af faggrupper og sektorer. Begrebsrammen baserer sig på en bio-psyko-social tilgang, som gør det muligt at forstå samspillet mellem helbedsbetinget nedsættelse af funktionsevnen samt de personlige og omgivelsesmæssige ressourcer. Sundhedsstyrelsen godkendte klassifikationen i 2003 og tænkte da ICF som et supplement til lægernes diagnosebaserede sygdomsklassifikation International Classification of Diseases 10 edition (ICD-10).

5.2 Kvalitetsmonitorering af kronikerforløb

Monitorering skal kunne:

- Systematisk opsamle nøgledata for at følge den daglige kvalitet af indsatsen for herefter at kunne gribe ind og korrigere, hvis noget i det daglige arbejde ikke fungerer.
- Indsamle data til en videnskabelig analyse og konklusion for at sikre, at der genereres ny viden, så den fremtidige indsats kan blive endnu bedre end i dag.
- Indsamle ensartede data, der sikrer overblik og koordination af patientforløb på tværs af sektorer.

Der vil dels være tale om direkte patientrelaterede data, dels organisatoriske.

The Start Back Screening Tool (STarT-skemaet) anvendes til at graduere patientens risiko ved første henvendelse i primærsektoren.

I Rygcentret anvendes COBRA databasen.

- Registrering af sygdomsmeddelelse og ophør af denne registreres.
- For patienter der gennemgår udvidet rygundersøgelse registreres data fra denne.
- Registrering af MR-fund.
- Derudover bør ventetider både internt på hvert niveau og ved henvisning til "andre" på hvert niveau løbende monitoreres.
- Kvalitet og effektivitet af kommunikation mellem de forskellige aktører – f. eks. kontrol af kvaliteten i henvisninger, epikriser og attester.

Finansieret ved hjælp af midler bevilget til indsatsen mod kronisk sygdom påbegyndes et udviklingsarbejde, så de øvrige parter i primærsektoren, der er involveret i behandlingen af både akutte og kroniske ryglidelser (læger, speciallæger, kiropraktorer og fysioterapeuter) kan monitorere patientforløbene på rygområdet og på sigt samle disse data, så man kan få overblik over patientens samlede forløb over tid og sektorer.

For så vidt angår *samarbejde og kommunikation i patientforløbene* generelt fastlægger de regionale samarbejdsaftaler om tværsektorielle patientforløb, herunder retningslinjer for fælles udskrivningsplanlægning, indikatorer for monitorering af kommunikationen gennem datatræk og for samarbejdet i øvrigt gennem journalaudit. Der arbejdes med en operationalisering af disse muligheder.

For så vidt angår *den patientoplevede kvalitet* foreligger som kilde de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) hvor der vil kunne trækkes på udvalgte spørgsmål om overgange i forløb og samarbejdet mellem sygehus og primærsektor. Det er imidlertid ikke muligt at trække oplysninger på bestemte diagnosegrupper. Dette vil således kræve særlige undersøgelser, hvilket anbefales gennemført efter en ensartet fremgangsmåde på tværs af regionen.

Det *overordnede tværsektorielle perspektiv*, som forløbsprogrammet rummer, er udmøntet i en række særlige proceselementer, som det vil være relevant at monitorere på. Da størstedelen af ydelserne for langt de fleste patienter finder sted i almen praksis eller kommunalt regi, hvor den nuværende registrering er utilstrækkelig, betyder det at en screening på proceskvaliteten kun kan gennemføres ved auditering. Udvælgelse af auditeringsmålgruppe, -omfang og hyppighed bør som hovedregel ske ved en lokal prioritering i lokale samordningsfora. Initialt forventes opstillet nogle regionalt gældende minimumskrav.

6. Implementering

6.1. Implementering ifølge sundhedsaftalerne

Opbygningen af den indsats på rygområdet, der er beskrevet i dette forløbsprogram, vil kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til.

6.2 Implementeringen koordineres med de lokale samordningsfora

Implementeringen af de enkelte patientforløbsprogrammer koordineres mellem det enkelte sygehus og kommuner samt praksis i de lokale samordningsfora, hvor de lokale rygteams forventes at blive repræsenteret. Implementering af forløbsprogrammet på rygområdet sker i et samarbejde mellem de lokale samordningsfora og Rygcenter Syddanmark under Sygehus Lillebælt.

Det er bl.a. de lokale samordningsforas opgave at sikre gensidig information om opbygningen af tilbud i overensstemmelse med forløbsprogrammerne. Dertil er det deres opgave at tage initiativ til fælles kompetenceudvikling samt sørge for nærmere aftaler om samspillet om patientforløb mellem kommuner, sygehus og almen praksis som tovholder. Endvidere skal sygehusene aftale sammenhængende patientuddannelsesforløb med den enkelte kommune.

Derudover skal de lokale samordningsfora som led i de årlige afrapporteringer til Sundhedskoordinationsudvalget beskrive de aftaler og initiativer, der er indgået som led i implementeringen af patientforløbsprogrammerne.

De kommende års arbejde med implementering af forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme vil blive fulgt af Sundhedskoordinationsudvalget som led i udvalgets opfølgning på sundhedsaftalerne og sikring af sammenhængende patientforløb.

Udviklingen af samarbejdet vil i årene 2010-12 blive understøttet gennem Region Syddanmarks og kommunernes udmøntning af regeringens puljer til styrkelse af indsatsen for den kroniske patient i form af en række samarbejdsprojekter.

6.3 Implementeringsprojekter på rygområdet

Følgende projekter foreslås af koordineringsgruppen for rygprogrammet til at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet på ryg-området:

Regional database om rygsmerter og nakkesmerter for alle sektorer.

I rygcentrene i regionen har man mange års erfaring med anvendelse af kvalitetsdatabasen COBRA. På baggrund af erfaringerne herfra samt internationale anbefalinger er der i 2008 foretaget en opdatering og teknisk udvikling af COBRA, version 2.0. I denne database indsamles data via touch-screen og SMS-track teknologier, og programmet bygger på en helt opdateret softwareplatform. De spørgsmål, der indgår i databasen, er i udformning sikret koordineret med internationale databaser, og i øvrigt findes der fra starten sideløbende både en dansk og engelsksproget version af databasen. Udviklingsarbejdet er foregået i samarbejde med et australsk IT-firma og universitetsansatte i Melbourne, Australien.

Det er planen, at den nyudviklede database skal fungere som det centrale kvalitetssikrings-instrument i det nye rygcenter i Middelfart. Mindst 10.000 patienter vil årligt indgå i databasen i forbindelse med deres udrednings- og behandlingsforløb i rygcentret. Databasens opbygning og drift vil blive sikret koordineret med den danske kvalitetsmodel.

Det er ambitionen, at speciallæger, alment praktiserende læger, kiropraktorer og fysioterapeuter får opbygget faciliteter eller får videreudviklet allerede eksisterende faciliteter såsom datafangstmodulet for de alment praktiserende læger, så data om rygpatientens forløb hos disse behandlere kan monitoreres og opsamles. Det er endvidere ambitionen at kunne bringe rygcentrets database og de i primær sektoren indhentede data eller dele heraf sammen i en fælles database. Samtidig er det ambitionen at arbejde sammen med kommunerne om deres deltagelse i en sådan fælles dataindsamling.

Herved vil man kunne opbygge en løbende dataindsamling, som sikrer overblik på tværs af sektorer, når den enkelte patient går fra det ene system til det andet. I alt vil op imod 100.000 borgere herved blive inddraget i databasen, og alle aktører vil kunne hente nyttig viden om den daglige kvalitet om de behandlede rygpatienter.

STarT spørgeskema

På rygområdet er der behov for et brugbart redskab til at vurdere patienter med lænderygsmærter. I England er udviklet og valideret et skema til brug i primærsektoren kaldet STarT-skemaet. Skemaet fortæller både noget om prognose og behandling. Der pågår et arbejde med oversættelse og validering af dette skema. Skemaet har ni spørgsmål, som fortæller noget om hvor svære ryggenerne er og hvor svære de opleves.

Inden skemaet indføres i fuld skala, er det væsentligt, at skemaet testes i almen praksis. Desuden skal skemaet integreres i de elektroniske patientjournaler der bruges i almen praksis og kiropraktorpraksis. Skema vil blive vurderet på brugbarhed og brugervenlighed, samt det optimale tidspunkt for udfyldelse ved 1. konsultation. Under forudsætning af den initiale afprøvning er vellykket, skal det elektroniske skema integreres i mindst fem store lægesystemer og der skal være planer for udbredelse af skemaet. Disse planer skal ses i sammenhæng med implementeringsforslaget ovenfor om at etablere monitoreringsmuligheder for lænderygpatienter. Desuden skal udarbejdes en indberetningsskabelon (pop-up) til datafangstmodulet til indberetning til den almenmedicinske danske database.

Pilotprojekt om diagnosekodning hos praktiserende læger, kiropraktorer, fysioterapeuter samt kommuner.

Hverken hos fysioterapeuter, kiropraktorer eller i kommuner foretages der på nuværende tidspunkt kodning.

I dag registrerer sygehusene diagnoser ved anvendelse af ICD-10. Almen praksis registrerer i et vist omfang henvendelsesårsager ved anvendelse af ICPC. Fysioterapeuter, kiropraktorer og kommuner anvender i dag enten fagspecifikke klassifikationssystemer eller ingen systemer. Der forestår et udviklingsarbejde i at få alle parter til at bruge klassifikationssystemer og i at få disse klassifikationer bundet sammen med henblik på tidligere nævnte monitorering og dataopsamling. Det anbefales, at man i en implementeringsfase giver særlig mulighed for at trække på datakonsulentbistand og anden hjælp til at overkomme det ekstra tidsmæssige forbrug.

Patientens Plan

Som del af implementeringen af forløbsprogrammerne tager Region Syddanmark initiativ til at udvikle kommunikations- og støtteredskabet Patientens Plan. Patientens Plan skal have som primært formål at understøtte patientens egen medvirken og medansvar i patientforløbet ved at rumme den grundlæggende individuelle information og aftaler med lægen. Informationen skal være klart struktureret og pædagogisk tilrettelagt og indeholde bl.a. aftalte mål for behandlingen,

instrukser og vejledning, oplysning om henvisninger til andre sundhedstilbud mv. samt aftaler om opfølgning.

Det vil for de fleste patienter være en opgave for den praktiserende læge at udarbejde Patientens Plan og i den forbindelse henvise til forebyggende tilbud. Hvis sygehuset koordinerer patientforløbet, er det lægen på sygehuset, der laver planen. Det kan være praksissygeplejersken eller ambulatoriesygeplejersken, der foretager den endelige udfyldelse. Patientens Plan revideres normalt af den læge, der har udarbejdet den, medmindre ansvaret for forløbet i mellemtiden har skiftet regi.

Patientens Plan udleveres til patienten og opbevares i journalen. Patienten opfordres til at medbringe planen ved kontakt til andre sundhedsinstanser og –tilbud.

Øvrige implementeringsprojekter

Følgende projekter kan være med til at understøtte implementeringen af patientforløbsprogrammet på rygområdet:

- Formidling og understøttelse af patientforløbsprogrammet i almen praksis, herunder indgåelse af § 2-aftaler med relevante parter (praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer).
- Pilotprojekt om udvikling og implementering af rehabiliteringstilbud i kommunerne, herunder arbejdsfastholdelse, forløbskoordination samt sikring af livskvalitet.
- Udvikling af kliniske guidelines for kiropraktorer, fysioterapeuter m.fl.

Faglig del: Rammer for den sundhedsfaglige indsats

7. Fagligt grundlag

I denne del af forløbsprogrammet gives en kort introduktion til den ønskelige fremtidige sundhedsfaglige indsats i de tre sektorer.

Beskrivelsen skal opfattes som en indkredsning af best practice for kommunerne og som et tilrettelagt forløb for almen praksis og Rygcenter Syddanmark. Udgangspunktet for arbejdet med forløbsprogrammer i Region Syddanmark er, at best practice må anvendes i den udstrækning tilstrækkelig evidens ikke foreligger, og at målet om samme kvalitet godt kan opnås gennem forskellige tilbud.

Som nævnt i kapitel 6 om implementering vil initiativerne i opbygningen af den fremtidige indsats kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til. De lokale samordningsfora koordinerer den lokale udmøntning, herunder hvilke tiltag henholdsvis sygehuse, kommuner og almen praksis tager i opbygningsfasen.

7. 1. Patientforløb for patienter med nyopståede lænderygsmærter

Mere end halvdelen af befolkningen oplever lændesmerter på et eller andet tidspunkt i deres liv. På et givet tidspunkt rapporterer 15 %, at de har rygsymptomer lige nu²⁷. De fleste 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.

En hurtig, målrettet indsats så snart patienten henvender sig første gang med nyopståede rygggener, kan forhindre disse følger for en del af patienterne. Det er afgørende vigtigt så hurtigt som muligt at kunne udpege de patienter, som er i høj risiko for langvarige gener med sociale konsekvenser, at målrette en specifik indsats for disse, og samtidig have effektive, men mindre omfattende indsatser for de, som har lav risiko.

Til det formål er denne beskrivelse af forløbet for patienter med nyopståede lændesmerter udarbejdet.

Beskrivelsen omfatter de første 3 måneder af patientens forløb, dels i primærsektoren (afsnit 8), dels i Rygcentret (afsnit 9).

Med et sådant forløb vil man sikre, at

- patienten får rettidig behandling
- patienten får den bedst mulige behandling
- u hensigtsmæssige dobbeltforløb og overbehandling undgås

En vigtig betingelse for forløbets succes er, at der ikke forekommer væsentlige ventetider hos nogen af de involverede behandlere, ej heller på parakliniske undersøgelser.

²⁷ Ekholm, O.; Kjølner, M.; Davidsen, M.; Hesse, U.; Eriksen, L.; Christensen, A.I.; Grønbæk, M.: Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed 2006.

Beskrivelsen tager udgangspunkt i Region Syddanmarks strategi "Indsatsen for personer med kronisk sygdom", som er udarbejdet i et tværsektorielt samarbejde og godkendt af Regionsrådet d. 29. september 2008. Rygområdet er ét af fire indsatsområder.

8. Den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren

8.1. Målgruppe

Patientforløbet omhandler patienter, der henvender sig i primærsektoren med nyopståede lændesmerter med eller uden udstråling til ben. Der kan være tale om en førstegangsepisode, men også om recidiv af tidligere tilfælde eller opblussen/væsentlig ændring i en bestående tilstand.

Ved primærsektoren forstås her praktiserende læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og speciallæger, som arbejder under overenskomst med den offentlige sygesikring.

Der er opmærksomhed på, at en del patienter starter deres forløb med ryggener udenfor dette system, f.eks. på privathospitaler eller i virksomhedsordninger.

8.2. Diagnostik og udredning

Forløbet er opbygget med planlagt kontakt til faste tidspunkter: T = 0, T = 2 uger, T = 4 uger og T = 8 uger.

Ved T = 0 forstås det tidspunkt, hvor patienten første gang henvender sig til en behandler med sygesikringsoverenskomst. Såfremt patienten før dette har fået relevant udredning og behandling i privat regi, må behandleren vurdere, hvordan patienten skal indplaceres i forløbet.

Præcisering af T=0:

Kontakten ved T=0 kan være akut og der vil således ikke være tid til at gennemgå det fulde program. Ved denne foretages diagnoseregistrering og den nødvendige rådgivning/undersøgelse. Denne henvendelse kan være telefonisk eller i konsultationen. Dette gælder særligt for almen praksis.

Hvis forløbet fortsætter med en aftalt konsultation, vil det være ved denne konsultation, at det fulde undersøgelsesprogram med risikovurdering foretages.

T = 0 Første henvendelse hos alment praktiserende læge eller kiropraktor

Der optages anamnese, der som minimum omfatter varighed, smertelokalisation, smerteintensitet vurderet på numerisk rating scale (11-box) (bilag 2), forbrug af analgetika, funktionsniveau i forhold til almindelig daglig aktivitet, inkl. jobfunktion og evt. sygemelding.

Objektiv undersøgelse omfatter som minimum²⁸ inspektion, bevægetest, perkussionstest, grov neurologisk test (bilag 3).

Det vurderes om patienten er i lav, moderat, eller høj risiko for at udvikle kronicitet. Hertil anvendes The STarT Back Screening Tool^{29,30} (bilag 4).

²⁸ Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk selskab for almen medicin 2006

²⁹ Hill, J.C.; Dunn, K. M.; Main, C.J.;Hay, E. M.: Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. European Journal of Pain 2009. In press.
Stat

STarT Back Screening Tool er ikke færdigudviklet til danske forhold endnu. Indtil dette instrument er færdigudviklet foretages denne risikovurdering på baggrund af lægens eller kiropraktorens kendskab til patienten, om patienten er sygemeldt, om der er svær funktionsindskrænkning eller svære smerter. I lægens eller kiropraktorens vurdering tages desuden hensyn til sociale og økonomiske forhold, familiemæssig baggrund, psykiske forhold, misbrugsproblematikker eller andet, som anses betydningsfuldt.

På et hvert tidspunkt i patientforløbet, hvor STarT-skemaet er nævnt, foretages risikovurderingen på ovennævnte måde.

Såfremt der er mistanke om red flags (bilag 5), uddybes relevante punkter i anamnese og objektiv undersøgelse.

Der foretages diagnostisk triage mhp. at placere patienten i en af flg. grupper:

- **Red flags**/alarmsymptomer/anden ætiologi.
- **Rodpåvirkning**, dvs. lændesmerter med udstråling distalt for knæet, evt. ledsaget af dermatomale føleforstyrrelser, refleksudfald, parese eller positiv Strakt Benløft Test.
- **Lændesmerter uden udstråling distalt for knæet**

I nogle tilfælde kan patienten senere flyttes fra én gruppe til en anden, f.eks. patienten, hvor man mistænker rodpåvirkning ved første besøg, men hvor mistanken ikke kan opretholdes ved næste kontakt; eller patienten, der henvender sig med lændesmerter men i løbet af nogle uger udvikler rodpåvirkning.

OBS! Ved behov for dokumentation af sygemelding skal patientens praktiserende læge have set patienten mindst én gang i forløbet.

Red flags

I tilfælde af red flags³¹ (bilag 5) dvs. mistanke om fraktur, malign lidelse, infektion, inflammatorisk lidelse, refereret smerte fra andre organer: Relevant udredning startes.

Ved sphincterforstyrrelser eller svær parese henvises straks til Akut Modtageafdeling.

Rodpåvirkning

Rodpåvirkning, dvs. smerteudstråling distalt for knæet, evt. ledsaget af dermatomale føleforstyrrelser, refleksudfald, parese eller positiv Strakt Benløft Test.

T = 0

Alle patienter bør have grundig information om det sædvanligvis godartede forløb (bilag 6).

Ved let eller moderat funktionsnedsættelse vil man ikke rutinemæssigt tilråde sygemelding, men der kan være behov for skånefunktion i en periode.

³⁰ Hill, J.C.; Dunn, K. M.; Lewis, M.; Mullis, R.; Main, C.J.; Foster, N.E.; Hay, E.M.: A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment. Arthritis & Rheumatism. Vol. 59, No. 5, May 15, 2008, pp 632-641

³¹ Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk selskab for almen medicin 2006

Ved svær funktionsnedsættelse vil man tilråde sygemelding og aflastning i 1-2 uger. Aflastning i form af sengeleje vil normalt kun være nødvendigt ved de allersværest påvirkede patienter.

Der tages stilling til behov for smertestillende medicin, og til behov for anden behandling, som kan omfatte manuel behandling eller specifikke øvelser.

Der tages stilling til, om man selv varetager det videre forløb, eller om man vil henvise til supplerende undersøgelse og behandling hos anden behandler i primærsektoren.

Desuden tages stilling til, om der er behov for revurdering tidligere end efter 2 uger.

T = 2 uger

Det vurderes, om der er red flags i form af sphincterforstyrrelser eller svær parese. Hvis det er tilfældet, henvises straks til Akut Modtageafdeling.

Hvis patienten er i klar bedring, kan kontakten evt. foregå telefonisk/SMS/sikker e-mail: Det vurderes, om almindelige daglige funktioner, inkl. job, kan genoptages, evt. delvist og/eller med skånefunktion.

Hvis patienten har det uændret eller værre: Vurder smertelokalisation, smerteintensitet på numerisk rating scale (11-box) (bilag 2), forbrug af analgetika, funktionsniveau i forhold til almindelig daglig aktivitet, inkl. jobfunktion, sygemelding. Såfremt der ikke tidligere er sat anden behandling i gang (manuel behandling, specifikke øvelser), vurderes det, om det er relevant at starte dette, herunder om der skal henvises til anden behandler/behandling.

Ved helt unacceptable symptomer kan der henvises til Rygcentret.

Der tages stilling til, om der er behov for revurdering tidligere end efter yderligere 2 uger.

Hvis patienten er henvist til anden behandler, og forløbet ikke går som forventet, er det vigtigt, at der sker tilbagemelding til henviser.

Såfremt der ikke længere er tegn på rodpåvirkning, kan patienten flyttes til den del af forløbet, der omhandler lændesmerter uden udstråling distalt for knæet (afsnit vedr. Lændesmerter uden udstråling distalt for knæet, T=2). Dvs., at hvis der ikke er klar bedring, og hvis patienten ifølge The STarT Back Screening Tool er i høj risiko, kan der henvises til udvidet rygundersøgelse. For patienter i mellemriskogruppen, der er i risiko for at blive sygemeldt eller for fortsat sygemelding, og hvor det vurderes, at en henvisning til Udvidet Lænderygundersøgelse vil kunne bidrage til afklaring af diagnostikken, kan der henvises til en sådan.

T = 4 uger

Det vurderes, om der er red flags i form af sphincterforstyrrelser eller svær parese. Hvis det er tilfældet henvises straks til Akut Modtageafdeling.

Hvis patienten er i klar bedring: Det vurderes, om almindelige daglige funktioner, inkl. job, kan genoptages, evt. delvist og/eller med skånefunktion.

Hvis patienten har det uændret eller værre: Smertelokalisationen vurderes, smerteintensitet på numerisk rating scale (11-box) (bilag 1), forbrug af analgetika, funktionsniveau i forhold til almindelig daglig aktivitet, inkl. jobfunktion, sygemelding.

Hvis der er uacceptable smerter, parese og/eller svært nedsat funktionsniveau henvises patienten til Rygcentret.

T = 8 uger

Hvis patienten er i klar bedring: Det vurderes, om almindelige daglige funktioner, inkl. job, kan genoptages, evt. delvist og/eller med skånefunktion. Det vurderes endvidere, om der er behov for yderligere behandling, herunder træning.

Hvis der ikke er tilfredsstillende fremgang, henvises patienten til Rygcentret.

Lændesmerter uden udstråling distalt for knæet

Gruppen omhandler først og fremmest patienter med lændesmerter. Udstråling kan forekomme, men når kun til knæniveau. Der er ikke mistanke om red flags eller rodpåvirkning.

T = 0

Alle patienter bør have grundig information (bilag 5) om det sædvanligvis godartede forløb.

Der tages stilling til, om man selv varetager det videre forløb, eller om man vil henvise til supplerende undersøgelse og behandling hos anden behandler i primærsektoren.

Ved moderat eller let funktionsindskrænkning og smerteniveau bør sygemelding undgås. Evt. skånefunktion kan overvejes. Derudover vurderes det, om behandling med smertestillende medicin, kortvarig aflastning, manuel behandling eller specifik øvelsesterapi skal iværksættes. Der kan evt. suppleres med anden non-farmakologisk smertelindrende behandling³².

Ved svær funktionsindskrænkning og højt smerteniveau overvejes sygemelding. Derudover vurderes det, om behandling med smertestillende medicin, kortvarig aflastning, manuel behandling eller specifik øvelsesterapi skal iværksættes. Hvis relevant, kan der suppleres med anden non-farmakologisk smertelindrende behandling.

Aftale revurdering efter senest 2 uger, medmindre patienten i mellemtiden bliver rask og i fuldt omfang kan genoptage sine vanlige aktiviteter inkl. job.

T = 2 uger

Ved sikker bedring kan forløbet afsluttes.

Patienter, som *ikke* er i højrisikogruppe ifølge The STarT Back Screening Tool, og som ikke er i bedring: Information, råd om "lev som du plejer", så vidt muligt undgå sygemelding, patienten fortsætter eller der iværksættes relevant behandling med smertestillende medicin, manuel behandling, øvelsesterapi. Hvis det findes relevant, kan der suppleres med anden smertelindrende, non-farmakologisk behandling³³.

³² Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1)

³³ Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1)

Anmod patienten om at opsøge klinikken igen, hvis generne ikke er forsvundet efter 8 uger fra startdato (T=8 uger).

Patienter uden sikker bedring og i højriskogruppe ifølge The STarT Back Screening Tool kan af den alment praktiserende læge henvises til udvidet rygundersøgelse hos specialuddannet fysioterapeut eller kiropraktor³⁴ (bilag 6) (bilag 7).

Patienter i mellemrisikogruppen ifølge The StarT Back Screening Tool, som er i risiko for at blive sygemeldt eller for fortsat sygemelding, og hvor det vurderes, at en henvisning til Udvidet Lænderygundersøgelse vil kunne bidrage til afklaring af diagnostikken, kan henvises til en sådan.

T = 4 uger

Såfremt patienten ikke er i klar bedring og i højriskogruppe ifølge The STarT Back Screening Tool henvises til MR-scanning af enten alment praktiserende læge eller kiropraktor.

Når resultatet af MR skanningen foreligger, konkluderes der på baggrund af denne, forløbet indtil nu, og den udvidede rygundersøgelse såfremt denne er udført.

- Hvis der *ikke* er tale om svær patologi, lægges der en plan for det videre forløb, som altid omfatter grundig information om tilstanden og prognosen, og som desuden kan omfatte træning, manuel behandling og smertestillende farmakologisk eller non-farmakologisk behandling.
- Ved usikkerhed om diagnose og plan efter MR-scanning og eventuel udvidet rygundersøgelse, er foretaget kan tilfældet diskuteres med Rygcentrets telefon-HOTline^{35, 36}.
- Hvis patienten er sygemeldt, vurderes det, evt. i samarbejde med arbejdsplads og kommune, hvordan og på hvilke vilkår patienten kan genoptage arbejdet.
- Ved svær patologi henvises til Rygcentret.

Bilag 10 viser en grafisk oversigt over forløbet i primærsektoren.

T = 8 uger

Patienter, der er i bedring, men ikke umiddelbart kan vende tilbage til normal jobfunktion kan have behov for en mere intensiv indsats for arbejdsfastholdelse, f.eks. en KIA-lignende intervention (koordineret indsats for arbejdsfastholdelse - en tværfaglig rehabilitering for sygemeldte med det mål at vende tilbage til arbejde. Samarbejde mellem "behandlere" i bred forstand, kommuner og arbejdsplads).

Hvis patienten ikke er i klar bedring henvises til Rygcenter Syddanmark. Dette gælder for patienter både i lav-, mellem- og højriskogruppe.

³⁴ Rud, M.T.; Pedersen, F.: Protokol. Low Back Pain – forsøgsordning Vejle Amt. Udvidet lænderygundersøgelse – et kvalitetsudviklingsprojekt hos de praktiserende fysioterapeuter i Vejle Amt. August 2006

³⁵ Det forventes, at det samlede antal MR-scanninger ikke vil overstige 1.000 pr. år.

³⁶ Med dette forslag udvides kredsen, som kan henvise til MR-scanning. MR-svar kan være vanskelige at tolke, og informationen til patienten stiller særlige krav til at kunne vurdere og formidle, hvad der er relevant, hvad der har sammenhæng med patientens symptomer og hvad der er tilfældige og uvæsentlige fund.

8.4 Primærsektorens tilbud til patienter med varige rygproblemer

Tovholder

I såvel Sundhedsstyrelsens publikationer som strategien for kronisk sygdom i Region Syddanmark anbefales det, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op
- at planlægge patientforløbet
- at bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål.

Almen praksis skal i indsatsen overfor kronisk syge, herunder i indsatsen for rygpatienter, fungere som tovholder for patienten.

Praksissektoren har en række muligheder for opfølgende behandling af patienter med varige rygproblemer, herunder eksempelvis:

- lindrende behandling,
 - medikamentel behandling (smertestillende medicin gives mod rygsmerter i den akutte fase)
 - inddragelse af andre fagpersoner som fx fysioterapeuter og kiropraktorer
- rådgivning om arbejde, behandling og hjemmetræning
- ved tilbagefald er der mulighed for genhenvielse til regionens rygcenter (neurolog og ortopædkirurg) med henblik på fornyet vurdering
- henvisning til kommunal rehabilitering.

Individuel behandlingsplan

Patienter med varige rygproblemer har ofte behov for en bred vifte af forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører. Som udgangspunkt er det den praktiserende læges opgave at være tovholder for patientens samlede forløb.

I de tilfælde hvor patienter med varige rygproblemer indlægges og behandles på sygehuset, er det sygehusets opgave at varetage tovholderfunktionen. Ansvar overdrages til almen praksis, når patienten er udskrevet og et rehabiliteringsforløb er igangsat.

Tovholderfunktionen indebærer, at lægen i sin journal etablerer og vedligeholder en individuel behandlingsplan for den enkelte patient. Behandlingsplanen bør omfatte statusvurdering af egenomsorgsevne, sygdomskompleksitet og patientens pårørende og netværk. I samarbejde med patienten bør lægen fastlægge følgende fremadrettede punkter:

- Målsætning for indsatsen
- Hovedpunkter i behandlinger, herunder selvmonitorering, egenbehandling og kontroller med tidspunkter
- Henvisning til kommunale ydelser
- Henvisning til kommunal koordination ved behov.

Henvisning til kommunale indsatser

Ved identificering af personer med behov for intervention i forhold til livsstilsfaktorer kan almen praksis i henhold til sundhedsaftalerne ud fra en lægefaglig vurdering henvise patienten til livsstilsintervention i patientens hjemkommune, forudsat kommunen har bekendtgjort og beskrevet et tilbud på VisInfoSyd.

I forbindelse med henvisning til kommunale forebyggelsestilbud bør almen praksis orientere sig om indholdet i det kommunale tilbud, herunder eventuelle kriterier for deltagelse. Henvisning til

kommunen er generisk. Det betyder, at den henvisende part – her almen praksis – beskriver patientens problemstilling og behovet for forebyggende tilbud, hvorefter det er op til kommunen at visitere borgerens til et konkret tilbud³⁷.

Som henvisningsblanket anvendes indtil videre LÆ165 (forslag om socialmedicinsk sagsbehandling).

³⁷ Sundhedsaftale mellem Region Syddanmark og kommuner, 2008; Grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme, krav 2

9. Den sundhedsfaglige indsats på rygcentret

9.1 Udredningsforløbet i sekundærsektor (Rygcenter)

9.1.1 Patienter med rodpåvirkning.

Patienter med svære smerter, patienter med pareser, og patienter, der ikke er bedret under relevant behandling i primærsektoren undersøges klinisk, der foretages MR-scanning og tværfaglig vurdering.

Herefter tages stilling til, om der skal henvises til operation, eller om der fortsat kan være perspektiv i konservativ behandling.

Hvis der fortsat skal behandles konservativt, vurderes om det skal foregå i Rygcentret, eller om patienten kan behandles færdig i primærsektoren.

Når patienten er bedre, enten efter operation eller konservativ behandling henvises til kommunal genoptræning, hvis der er behov.

9.1.2. Patienter med svær patologi

Patienter med kendt svær patologi, smerter og funktionsindskrænkning undersøges klinisk og vurderes tværfagligt.

MR-scanning vil foreligge fra primærsektoren, og der tages stilling til behov for videre paraklinisk udredning. Der tages stilling til videre behandling, afhængigt af patientens tilstand og arten af patologi. Patienten får grundig information om diagnose og prognose.

Det vurderes, om patienten skal behandles kirurgisk eller konservativt, samt om der er behov for henvisning til anden afdeling. Ved konservativ behandling tages stilling til, om behandling, genoptræning eller rehabilitering skal startes i Rygcentret, eller om den kan startes i primærsektoren/kommunen.

Det vurderes om der er behov for en særlig psykologisk eller social intervention i forhold til at kunne genoptage tidligere funktioner inkl. job. Dette kan foregå i samarbejde med arbejdsplads og kommune.

9.1.3 Patienter uden svær patologi eller rodpåvirkning, men med manglende fremgang under behandling i primærsektoren.

Patienten undersøges klinisk og vurderes tværfagligt. Såfremt MR-scanning ikke foreligger, vil den blive foretaget, og der tages stilling til behov for anden paraklinisk udredning.

Der tages stilling til videre behandling, afhængigt af patientens tilstand.

Patienten får grundig information om diagnose og prognose. Hvis behandling er indiceret, vurderes om behandling, genoptræning eller rehabilitering skal startes i Rygcentret, eller om den kan startes i primærsektoren/kommunen.

Det vurderes om der er behov for en særlig psykologisk eller social intervention i forhold til at kunne genoptage tidligere funktioner inkl. job. Dette kan foregå i samarbejde med arbejdsplads og kommune.

9.2 Tilbud til patienter med varige og funktionsindskrænkende rygproblemer i Rygcenter Syddanmark

Specialiseret patientuddannelse

Der påtænkes i regionens rygcenter udviklet et behandlingstilbud i form af et 13 ugers smertehåndteringskursus, hvor patienten oplæres i selv at håndtere fremtidige rygproblemer og ved brug af copingstrategier undgår, at smerterne bliver altdominerende og begrænsende i hverdagen. Kurser af denne art kendes allerede fra smerteklinikkerne i regionen, men kan med fordel gøres ensartede og således udgøre et målrettet tilbud alene for patienter med varige bevægeapparatsproblemer.

Specialistrådgivning

Ofte har den enkelte aktør i kommunen eller primærsektoren brug for et fagligt telefonisk råd fra specialisterne i sekundærsektoren. Regionens rygcenter planlægger fremover at stille en sådan telefonisk faglig hotline-ekspertise til rådighed, når behovet opstår. Herved spares tid, og antallet af unødvendige viderehenvisninger reduceres.

I en del tilfælde vil der hos den enkelte patient recidivere rygproblemer af en art, så aktører i primærsektoren finder behov for at indhente en second opinion i sekundærsektoren. I sådanne tilfælde vil det være muligt at genhenvise patienten til regionens rygcenter med henblik på en ny tværfaglig vurdering og evt. supplerende billeddiagnostiske undersøgelser.

Udviklingstiltag, iværksættelse af fælles forskningsprojekter og nye kliniske vejledninger i regionen initieres i fremtiden af regionens rygcenter. Kompetenceudvikling og faglig udvikling af de enkelte aktører i såvel primær- som sekundærsektor samt kommunerne vil også naturligt ske i et tæt samarbejde mellem de enkelte sektorer og eksperter i rygcentret. Det er naturligt, at rygcentret på denne måde stiller sin samlede ekspertise til rådighed for at sikre den fortsatte generelle faglige udvikling på rygområdet i regionen.

Koordination i sygehusregi.

Det enkelte sygehus kan koordinere arbejdet med patienter med kronisk sygdom gennem kontaktpersonordninger eller forløbskoordinerende funktioner.

Formålet med koordinering af forløbet er at:

- understøtte koordineringen af indlæggelse og udskrivning af kronisk syge og svage patienter
- fungere som patientens kontaktperson i ambulante forløb
- medvirke til at understøtte disse patienters egenomsorgsevne
- støtte op om det gode patientforløb og sikre kontinuitet i indsatsen
- fungere som sygehuskontaktperson til almen praksis og kommunerne
- understøtte sygehusledelsen i at koordinere og effektivisere sygehusenes ydelser i indlæggelses- og behandlingsforløb.

Koordineringen i sygehusregi skal primært beskæftige sig med patienterne, mens de opholder sig på sygehuset. Før og efter behandling i sygehusregi er det patienternes egen læge (tovholder), der koordinerer forløbet, evt. i samarbejde med kommunen.

10. Den sundhedsfaglige indsats i kommunerne

Forebyggelse

Interventioner til understøttelse af livsstilsændringer er en kerneopgave i den kommunale opgaveportefølje. Livsstilsændringer kan bidrage til både at forebygge sygdomsopståen og til at forebygge forværring i sygdom.

Det kommunale sundhedspersonale kan i sin kontakt med borgere bidrage til en systematisk identificering af risikofaktorer for kronisk ryggsygdom. Kommunen kan identificere risikofaktorer og aktivt reagere på denne identificering ved at orientere om kommunale forebyggelsestilbud. Vurderer sundhedspersonalet, at der er behov for mere udbygget risikovurdering kan borgeren opfordres til at kontakte egen læge.

Kommunerne er i henhold til sundhedsaftalen fra 2008 vedr. forebyggelse og sundhedsfremme ansvarlige for at etablere gruppebaserede livsstilsinterventioner fx på KRAM-faktorerne, men det er den enkelte kommunes ansvar at fastlægge serviceniveauet for indsatsen, ud fra lokale forhold og prioriteringer³⁸.

Med afsæt i kapitel 3 er det væsentligt for den samlede indsats mod kronisk sygdom at kommunerne i Region Syddanmark kan stille gruppebaserede livsstilsinterventioner med udgangspunkt i KRAM-faktorerne til rådighed for personer med kronisk sygdom. Fastlæggelse af kapacitet og dimensionering vil fortsat bero på lokale prioriteringer.

Rehabilitering af ryg-patienter

Region og kommune har et fælles ansvar i at sikre et kvalitetssikret og sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Forløbet kan med fordel omfatte en individuel visitationssamtale med henblik på at afklare den enkelte borgers behov for rehabilitering og motivation. Visitationssamtalen bør udover fokus på helbredsforholdenes betydning for rehabiliteringsindsatsen også have fokus på borgerens livsstil og inddragelse af KRAM-faktorerne. Ved visitationssamtalen udarbejdes en skriftlig handleplan for det individuelle, målrettede og tidsbegrænsede rehabiliteringsforløb.

Kommunerne kan tilbyde en individuel vurdering af helbredsforhold og funktionsevne samt vejlede i aktivitet, genoptræning og vedligeholdende træning efter Serviceloven. Jævnfør Sundhedsloven skal sygehuset udarbejde en genoptræningsplan til almen ambulans genoptræning i kommunalt regi, hvis der er et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. Da de kommunale tilbud er tidsbegrænset, bør kommunerne informere borgerne om muligheden for selv at forsætte træningen eller tilmelde sig et privat eller et offentligt tilbud.

Kommunerne bør være opmærksomme på, at sårbare borgere ofte har behov for en særlig indsats f. eks i form af flere individuelle samtaler eller undervisning på mindre hold.

I forlængelse af et rehabiliteringsforløb kan kommunerne stille mere generelle tilbud om patientuddannelse/rehabilitering til rådighed, eksempelvis Stanford-konceptet Lær at leve med kronisk sygdom.

³⁸ Sundhedsaftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse mellem Region Syddanmark og regionens kommuner 2008

TTA – Tilbage Til arbejde

Udstødelse af arbejdsmarkedet på grund af langvarige rygsmerter er hyppigt forekommende og den mest omkostningstunge post på samfundets samlede "rygregnskab". Foruden KRAM-indsats og konkret rehabilitering er det kommunernes opgave i forhold til langtidssygemeldte at sikre genplaceringen af den ramte borger i en jobfunktion, som pågældende på realistisk måde fysisk kan klare.

Der er senest kommet megen fokus på såkaldte TTA- projekter, hvor den enkelte kommune - eller en ekstern aktør – gennem en planlagt koordination sikrer, at alle relevante oplysninger og forhold omkring patienten indhentes, syntetiseres og koordineres i en samlet "tilbage til arbejde" plan. Det er efterfølgende vigtigt løbende at monitorere den fastlagte plan og sikre, at den føres ud i livet. Det er også vigtigt, at alle involverede, f.eks. borgeren, kommunen, den rehabiliteringsansvarlige, arbejdspladsen, egen læge og hospitalet hver især på rette tid og sted udfører deres respektive del af den samlede indsats og får resultatet heraf rapporteret videre til de øvrige aktører på et forståeligt fælles "fagsprog".

Den centrale koordinerende opgave - TTA-koordinatoren – er en vigtig brik i den samlede proces. En del TTA-projekter er i gang forskellige steder i landet, og der foreligger dokumentation for, at veltilrettelagte TTA-indsatser kan reducere andelen af patienter, som udstødes permanent fra arbejdsmarkedet. Den gennemsnitlige sygemeldingsperiode reduceres samtidigt betragteligt.

Det er naturligt, at kommunerne, primær- og sygehussektoren i Region Syddanmark i fællesskab får defineret fremadrettede fælles TTA-indsatser for sammen at sikre koordinationen af de rygssygemeldtes tilbagevenden til jobbet. Projekterne kan både have karakter af forpligtende aftaler om opgavefordeling og afrapportering (fx fælles databasesystemer som sikrer udveksling af oplysninger) og deciderede udviklingsprojekter for at optimere den fremtidige indsats på området. Der findes en række puljer, hvor midler kan søges til udviklingsopgaver.

Opfølgning og fastholdelsestilbud

Kommunerne er i henhold til sundhedsaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme ansvarlige for at tilbyde opfølgende og fastholdende tilbud til patienter, der deltager i kommunale patientrettede forebyggelsesindsatser. Opgaven kan eventuelt udføres i samarbejde med frivillige organisationer m.m.

Med henblik på netværksdannelse og en fortsat rehabiliteringsindsats kan kommunerne være behjælpelig med information om private og kommunale/regionale aktivitets- og fritidstilbud, men også generelle tilbud i kommunen. Informationen kan f.eks. være i form af opslag, pjecer og links på kommunernes hjemmeside. Ved afslutning af det kommunale rehabiliteringsforløb evalueres forløbet af borgeren og den kommunale medarbejder og et afsluttende notat udarbejdes. Notatet indeholder blandt andet forslag til borgerens egen indsats efter afslutning. Evalueringen og slutstatus udleveres til borgeren og sendes, efter aftale med borgeren, tillige til dennes praktiserende læge.

Kommunal støtte og pleje

Har patienten/ borgeren behov for kommunal støtte og pleje i ændret omfang end før indlæggelse eller kontakt med almen praksis, henvender lægen eller sygehuset sig på vanlig vis ifølge den regionale samarbejdsaftale SAM:BO til kommunens myndighedsafdeling med anmodning om vurdering af borgerens behov for støtte og pleje.

Kommunens visitatorer vurderer derefter den enkelte borgers/patients behov, og der tildes støtte og pleje ud fra det politisk besluttede serviceniveau. Ydelserne og kriterier for tildeling er beskrevet i kommunens katalog over støtte og plejeydelser.

Forløbskoordinerende opgaver

Nogle borgere/patienter kan have et særligt behov for støtte til gennemførelse og fastholdelse af rehabilitering.

Følgende opgaver er centrale især i relation til patienter i stratificeringsgrupperne med ringe egenomsorg:

- koordinere ydelser fra flere kommunale social- og sundhedspersoner
- sikre støtte til evt. selvmonitorering og egenbehandling i hjemmet
- afdække patientens behov og formidle viden om muligheder for at deltage i kommunale tilbud som f.eks. generel patientuddannelse
- koordinere indsats og kommunikation med almen praksis, patientens tovholder
- visitere borgere til forebyggelsestilbud på baggrund af almen praksis' henvisning
- medvirke i udarbejdelsen af behandlingsplanen for patienter med behov for en udvidet indsats
- følge op på patientens arbejde med behandlingsplanen
- koordinere indsats og informationer med sygehuset, når kontakten ikke naturligt er koordineret via patientens tovholder
- inddrage pårørende og netværk.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge, hvordan opgaverne med koordinering af kronikerforløb mest hensigtsmæssigt indpasses i den kommunale organisation.

Kommunerne og regionen skal på www.VisInfoSyd.dk løbende opdatere en oversigt over deres rehabiliteringstilbud.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Kommunerne tilbyder almen genoptræning til borgere udskrevet fra sygehus med genoptræningsplan.

Rygcentret eller anden sygehusafdeling har mulighed for i samarbejde med patienten at udfærdige individuel skriftlig genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for almen eller specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Almen genoptræning tilbydes i kommunerne, mens specialiseret genoptræning foregår på sygehuset.

Genoptræningsplanen udleveres til patienten og sendes efter aftale med patienten til dennes bopælskommune og alment praktiserende læge.

Ifølge § 86 i lov om social service (Serviceloven) kan der tilbydes genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Jf. stk. 2 tilbydes 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. Henvendelsen til kommunen kan komme direkte fra borgeren selv, pårørende eller egen læge. Såfremt kommunen vurderer, at man med træning kan hjælpe en borger med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne til at bevare eller øge aktuelle funktionsevne/færdigheder, tilbydes borgen et træningsforløb.

I Serviceloven defineres *genoptræning* som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

I Serviceloven defineres *vedligeholdelsestræning* som målrettet træning for at forhindre funktionstab og for at fastholde det hidtidige funktionsniveau. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske færdigheder³⁹.

Kommunen sikrer, at genoptræningsindsatsen over for den enkelte borger bliver tilrettelagt i sammenhæng med kommunens andre tilbud på det samlede rehabiliteringsområde, så borgerne tilbydes koordinerede ydelser og sammenhængende forløb.

³⁹ "Vejledning om træning i kommuner og regioner", Indenrigs- og sundhedsministeriet, december 2006.

Bilag 1:

Medlemmer af arbejdsgruppen

- Formand - lægelig direktør Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt
- Medlem - afdelingslæge Inge Haahr Petersen, Rygcentret i Give, Sygehus Lillebælt
- Medlem – overlæge Claus Manniche, Rygcentret i Ringe, Sygehus Lillebælt
- Medlem – forsker Peter Kent, Rygcentret i Ringe, Sygehus Lillebælt
- Medlem - leder af sundhedscenter Jens Beck, Vejle Kommune
- Medlem - socialoverlæge Tine Boesen Larsen, Odense Kommune
- Medlem - teamleder Trine Gisselmann Andersen, Kerteminde Kommune
- Medlem – praktiserende læge Michael S. Schmidt, Kerteminde, almen praksis
- Medlem – praktiserende læge Paul P. Olsen, Lægerne Havnegade, Esbjerg, almen praksis
- Medlem – praksiskonsulent (fysioterapi) Morten Topholm, Praksisafdelingen, sundhedsstaben
- Medlem – praksiskonsulent (kiropraktor) Lisbeth Hartvigsen, Praksisafdelingen, sundhedsstaben
- Medlem – praksiskonsulent (almen praksis) John Banke, Praksisafdelingen, sundhedsstaben
- Medlem – chefkonsulent Birgitte Ebbe Mathiesen, Afdelingen for Kommunesamarbejde, sundhedsstaben
- Medlem – afdelingschef Frank Ingemann Jensen, Praksisafdelingen, sundhedsstaben
- Sekretær - konsulent Karina Andersen, Afdelingen for Kommunesamarbejde, sundhedsstaben
- Sekretær - specialkonsulent Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt
- Ressourceperson – afdelingslæge Bente Thomsen, Rygcentret i Ringe, Sygehus Lillebælt
- Ressourceperson – fysioterapeut, forsker Hanne Albert, Rygcentret i Ringe, Sygehus Lillebælt

Bilag 2

Smertescore

<p>I det følgende vurderes Ryg- og Bensmerter hver for sig Afkryds kun ét felt i hver linie, hvor "0" svarer til slet ingen smerter og "10" svarer til værst mulige smerter. "10" svarer til de værst mulige smerter, du kan forestille dig, - og altså ikke (nødvendigvis) til de stærkeste rygsmarter, du har oplevet.</p>	
<p>Hvordan vil du på en skala fra 0-10 karakterisere dine rygsmarter <i>netop nu</i>? (afkryds ét felt på linien)</p>	<p>Slet ingen smerter</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Hvordan vil du på en skala fra 0-10 karakterisere de sværeste rygsmarter, du har haft <i>inden for de sidste 14 dage</i>? (afkryds ét felt på linien)</p>	<p>Slet ingen smerter</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Hvordan vil du på en skala fra 0-10 karakterisere de gennemsnitlige rygsmarter, du har haft <i>inden for de sidste 14 dage</i>? (afkryds ét felt på linien)</p>	<p>Slet ingen smerter</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Hvordan vil du på en skala fra 0-10 karakterisere dine bensmerter <i>netop nu</i>? (afkryds ét felt på linien)</p>	<p>Slet ingen smerter</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Hvordan vil du på en skala fra 0-10 karakterisere de sværeste bensmerter, du har oplevet <i>inden for de sidste 14 dage</i>? (afkryds ét felt på linien)</p>	<p>Slet ingen smerter</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Hvordan vil du på en skala fra 0-10 karakterisere de gennemsnitlige bensmerter <i>inden for de sidste 14 dage</i>? (afkryds ét felt på linien)</p>	<p>Slet ingen smerter</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Bilag 3

Basal klinisk undersøgelse ved lændesmerter

Inspektion	Almentilstand Holdning Asymmetri af muskler
Bevægetest	Afværgeskoliose Foroverbøjning Bagoverbøjning Sidebøjning
Perkussionstest	På processus spinosi i det aktuelle område af lænderyggen
Grov neurologisk test	Strakt Benløft Test Reflekser Sensibilitetsundersøgelse Hæl- og tågang samt knæbøjning

Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk selskab for almen medicin 2006, p.17

Bilag 4

The STarT Back Screening Tool

Patient name: _____ Date: _____

Thinking about the **last 2 weeks** tick your response to the following questions:

	Disagree 0	Agree 1
1 My back pain has spread down my leg(s) in the last 2 weeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 I have had pain in the shoulder or neck at some time in the last 2 weeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 I have only walked short distances because of my back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 In the last 2 weeks, I have dressed more slowly than usual because of back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 It's not really safe for a person with a condition like mine to be physically active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 I feel that my back pain is terrible and it's never going to get any better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 In general I have not enjoyed all the things I used to enjoy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Overall, how **bothersome** has your back pain been in the **last 2 weeks**?

Not at all

0

Slightly

0

Moderately

0

Very much

1

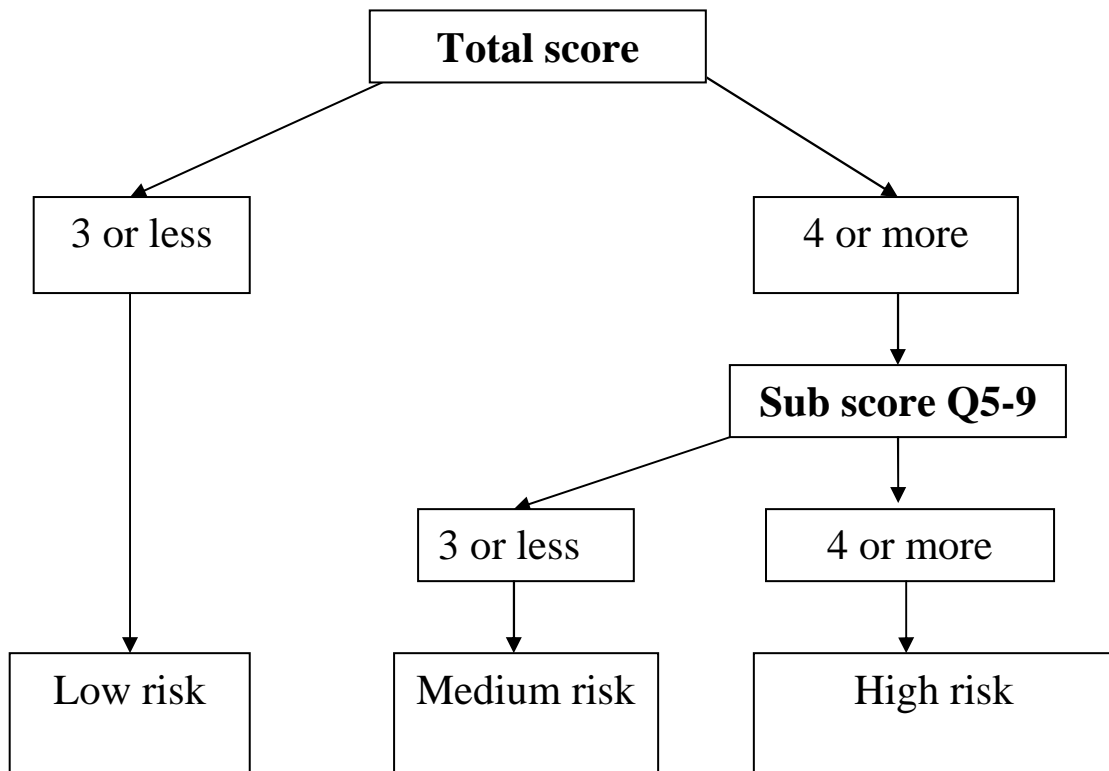
Extremely

1

Total score (all 9): _____

Sub Score (Q5-9): _____

The STarT Back Tool Scoring System



Bilag 5

Røde flag

	Fraktur	Cancer eller inflammation	Svært neurologisk udfald
Anamnese	Relevant traume Osteoporose	Alder > 50 år Cancerdiagnose Uforklarligt vægttab Natlige smerter Træthed Feber	Progredierende pareser Føleforstyrrelser i ridebukseområdet Flatusinkontinens Urinretention
Objektivt	Smerter ved perkussionstest	Morgenstivhed af > ½ times varighed Smerter ved perkussionstest Forhøjet CRP/SR Forhøjede basiske fosfater	Nedsat sphinctertonus Sensibilitetsændring i ridebukseområdet Svær eller progredierende parese

Frit efter: Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk selskab for almen medicin 2006, p.16

Bilag 6

Information

Uanset hvilken strategi, der vælges, informeres patienten om undersøgelsesfund, konklusion, forventet prognose og plan. Der bør informeres om smertemekanismer og smertehåndtering.

Informationen kan indeholde

- mulige sygdomsmekanismer og –hypoteser
- diagnostiske muligheder
- smerternes oftest godartede og selvbegrænsende karakter
- valgte behandlingsstrategi
- mål med hensyn til smertelindring, funktionsniveau og arbejdsførlighed
- varighed af behandling
- eventuelle risici ved behandlingen
- hvad patienten selv kan gøre, krav om aktiv deltagelse og samarbejde
- betydningen af egen indsats

- og specielt for patienter med rodpåvirkning

- forholdsregler ved sphincterforstyrrelser eller (progredierende) pareser

Det er vigtigt, at der løbende følges op på samtalen, og at de vigtigste punkter i strategien repeteres.

Informationens indhold og mængde skal i hver enkelt samtale tilpasses patientens aktuelle behov.

Bilag 7

Den udvidede rygundersøgelse hos fysioterapeut

Rygundersøgelsens indhold:

Praktiserende fysioterapeut foretager en første konsultation af en times varighed med en udvidet rygundersøgelse, der indeholder følgende standardiserede undersøgelses- og målemetoder:

- Ørebro spørgeskema, der screener for psykosociale faktorer
- Selvrapporteringsskema vedr. symptomer og smerteniveau (VAS)
- Roland Morris spørgeskema vedr. funktionsniveau
- Waddels skema vedr. sygdomsadfærd
- Evidensbaseret rygundersøgelsesskema anvendt i de amtslige rygprojekter (MD&T- skema)
- Information og vejledning til patienten om tilstanden
- Anbefaling af den videre intervention
- Accept fra patienten af information og handlingsplan.

Bilag 8

Udvidet rygundersøgelse hos kiropraktor

- STarT Back Screening Tool
- Smertescore
- Roland Morris spørgeskema vedr. funktionsniveau
- Standardiseret anamnese og objektiv undersøgelse
- Information og vejledning til patienten
- Anbefaling om videre forløb.

Bilag 9

Den elektroniske kommunikation mellem kiropraktorpraksis og almen lægepraksis

Der har indtil nu ikke foreligget nogen formaliseret udveksling af informationer mellem almen praksis og kiropraktorer, hverken i papirform eller elektronisk og hverken i form af henvisninger eller epikriser/udskrivningsbreve. Der har ikke været noget formelt krav, og informationen parterne imellem er som regel foregået mundtligt via patienten eller via korrespondancemodul.

Korrespondancemodulet:

Aktuelt kan mindst 90% af alle systemer hos kiropraktorer og alle systemer hos praktiserende læger håndtere det elektroniske korrespondancemodul

Henvisning fra praktiserende læge til kiropraktor:

Der mangler at blive udviklet en specifik henvisning. Speciallægehenvi-
sningen er brugbar og den er implementeret i alle lægesystemer og kan modtages af mange kiropraktorer. Ellers må korrespondancemodulet bruges.

Epikrise fra kiropraktor til praktiserende læge:

Der mangler at blive udviklet en specifik epikrise. Eneste mulighed er korrespondancemodulet.

Henvisning fra kiropraktor til praktiserende læge:

Indtil der konstrueres en egentlig henvisning for brug af kiropraktorer må korrespondancemodulet bruges.

Epikrise fra praktiserende læge til kiropraktor:

Da antallet af epikriser ikke vil være stort, kan korrespondancemodulet tænkes anvendt. Alternativet er udvikling af specifik epikrise.

Aktuel status:

Med de aktuelle etablerede medcomstandarder kan kommunikation mellem alment praktiserende læger og kiropraktorer etableres med de nuværende systemer.

	Fra almen praksis Til kiropraktor	Til almen praksis Fra kiropraktor	Fra kiropraktor Til almen praksis	Til kiropraktor Fra almen praksis
Type	Henvisning	Epikrise	Henvisning	Epikrise
Medcom eksisterende	Speciallæge henvisning	Korrespondance	Korrespondance	Korrespondance

Udvikling af specifikke dokumenttyper kræver involvering af Medcom og de involverede faglige organisationer.

Bilag 10

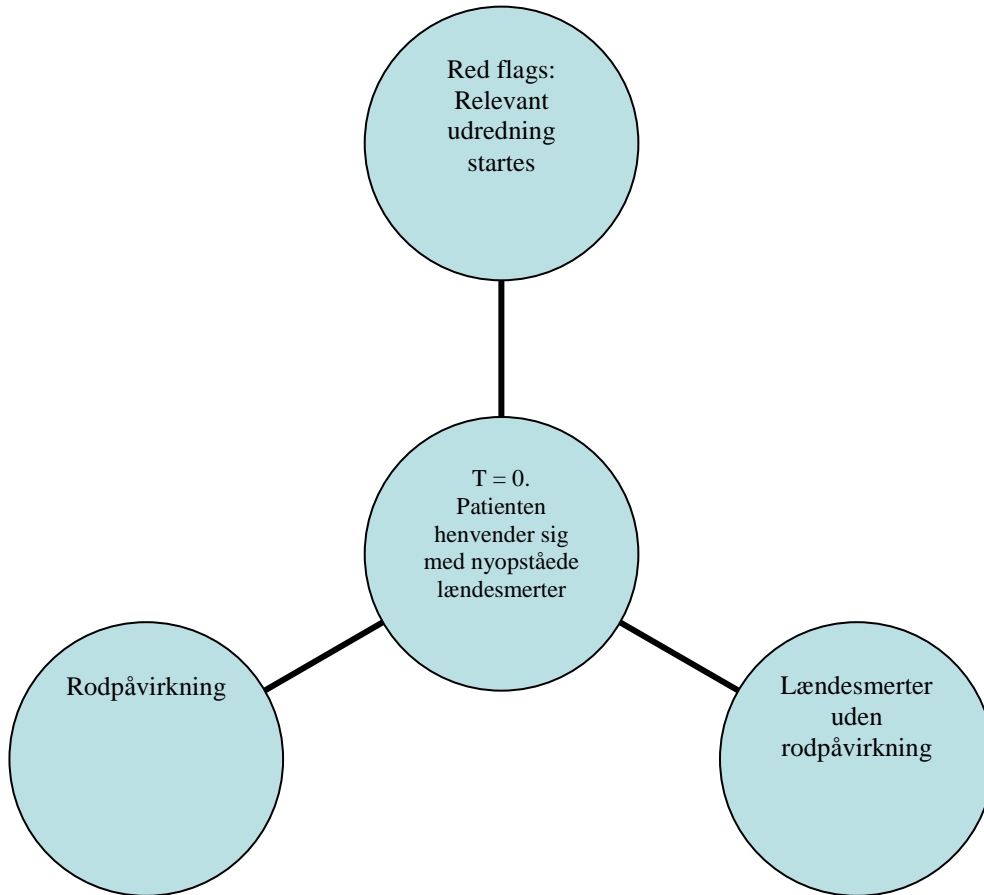
Den gode fysioterapiepikrise

Det anbefales fysioterapeuten at udfylde epikrisen på baggrund af denne guide:

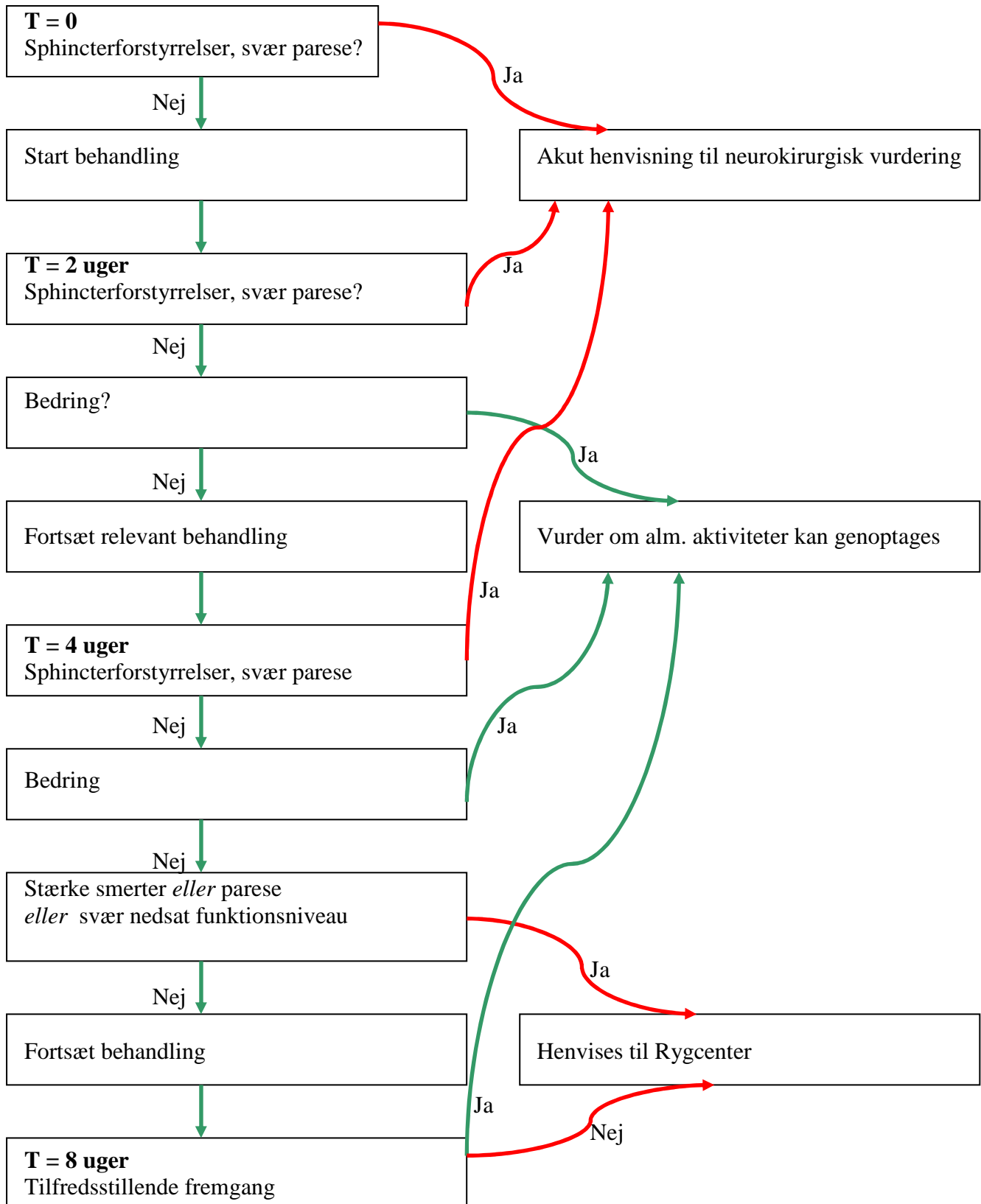
- **Henvisningsårsag.**
 - Problemorienteret fremfor eksakte diagnoser
- **Status**
 - Patientens funktionelle status ved behandlingens ophør og ændringer i forhold til behandlingens start beskrives så objektivt som muligt. Patientens egen oplevelse af behandlingseffekten, smertefri?/ændringer i daglige funktioner i fritid og på arbejde.
- **Forslag til henvisende læge**
 - Udfyldes kun ved konkrete handlingsforslag til lægen, f. eks. forslag til andre undersøgelser/behandlinger, evt. henvisning til speciallæge/andre instanser.
- **Fysioterapeutisk diagnose / vigtigste undersøgelsesfund**
 - Den funktionelle diagnose. Ved manglende årsagssammenhæng beskrives de objektive fund, der ikke ventes kendt hos egen læge. Negatives fund undlades, men medtages, hvis overraskende eller hvis diagnosebekræftende eller -afkræftende
- **Forslag til behandling**
 - Anvendte eller modificerede behandlingsmetoder. Beskrives på dansk. De strukturer/problemer, behandlingsmetoderne retter sig imod angives.
- **Information / instruktion**
 - Informeret om/i hvad, forebyggende/vedligeholdende aktiviteter/træning. Råd til patienten ved eksposition for provokerende faktorer under arbejde/fritid.

Bilag 11

Oversigt over forløbet i primærsektoren



Rodpåvirkning



Ikke rodpåvirkning

