



SUNDHEDSSTYRELSEN

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

2017



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: kroniske lænderygsmarter, tværsektoriel, behandling, forebyggelse og rehabilitering, arbejdsmarkedsfastholdelse, organisering

Sprog: Dansk

Version: 1,1

Versionsdato: 08.06.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2017.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-878-0

Indhold

1	Introduktion	4
1.1	Formål og baggrund	4
1.2	Vidensgrundlag	4
1.3	Anvendte begreber	6
2	Population	7
2.1	Målgruppe	7
2.2	Karakteristika	7
3	Udredning i primær sektor	9
3.1	Indledende vurdering	9
3.2	Vurdering af patientens samlede funktionsevne ud fra ICF	9
3.3	Samlet vurdering	11
4	Indsatser til mennesker med kroniske lænderygmerter	12
4.1	Planlægning af forløb	12
4.2	Sygdomsmestring	13
4.3	Fysisk træning	15
4.4	Træning i hverdagsaktiviteter	17
4.5	Manuel behandling	18
4.6	Farmakologisk behandling	18
4.7	Operation	19
4.8	Indsatser med henblik på arbejdsmarkedstilknytning	20
4.9	Henvisning og kommunikation	22
5	Opfølgning	25
5.1	Opfølgning på undersøgelser og behandling	25
5.2	Opfølgning i kommune	25
6	Organisering	27
6.1	Arbejdsdeling og ansvar	27
7	Referencer	29
8	Bilagsfortegnelse	31

1 Introduktion

1.1 Formål og baggrund

Hermed udgiver Sundhedsstyrelsen ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter”. Anbefalingerne skal medvirke til at øge kvaliteten i udredning, behandling og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud samt i opfølgning på forløbet i forhold til mennesker med kroniske lænderygsmarter. Anbefalingerne oplister indsatser som bør overvejes til mennesker med kroniske lænderygsmarter.

Anbefalingerne er henvendt til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale, der beskæftiger sig med mennesker med kroniske lænderygsmarter på sygehusene, i praksissektoren samt i kommunerne.

Anbefalingerne er udarbejdet på baggrund af økonomiaftalen for 2016 med Danske Regioner og KL, hvor det fremgår, at der skal udarbejdes forløbsplaner for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme.

Forløbsplaner er individuelle patientplaner, der tydeliggør, hvilke tilbud og hvilket forløb en patient, der har en given kronisk sygdom, kan forvente. Planen udarbejdes af den praktiserende læge i samarbejde med den enkelte patient¹.

Anbefalingerne skal udgøre det faglige grundlag for patientens plan.

Det forventes derudover, at de regionale forløbsprogrammer revideres i henhold til anbefalingerne.

1.2 Vidensgrundlag

Anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter er baseret på den aktuelt bedste viden med henblik på at skabe kvalitet i behandling, forebyggelse og rehabilitering samt opfølgning.

I dansk kontekst er faglige vejledninger, retningslinjer mv. primært målrettet mennesker med akutte lænderygsmarter, generaliserede smerter i bevægeapparatet og specifikke ryg sygdomme. Disse målgrupper adskiller sig fra målgruppen for de aktuelle anbefalinger². Anbefalingerne bygger på den foreliggende og overførbare viden fra de danske retningslinjer og fra den nyligt udkomne retningslinje fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som er publiceret i revideret udgave i 2016.

¹ Yderligere information om forløbsplaner findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk).

² Vejledninger på rygområdet, der ikke retter sig mod mennesker med kroniske lænderygsmarter er fx Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer ’Udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet’, ’Ikke kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati) og ’Behandling af nyopståede lænderygsmarter’ samt Sundhedsstyrelsens MTV ’Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering’.

Anbefalingerne bygger således hovedsageligt på ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden, men har, i det omfang det er muligt, inddraget viden fra øvrige faglige anbefalinger, kliniske retningslinjer og videnskabelige undersøgelser.

Kapitlet om udredning bygger på ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden. Kapitlet om indsatser bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2016), Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om diagnostik og behandling af lændesmerter (Dansk Selskab for Almen Medicin 2006), NICE Guideline (2016).

Kapitlerne om henvisning samt arbejdsdeling og ansvar tager udgangspunkt i den nuværende arbejdsdeling mellem regioner, kommuner og primærsektoren under hensyn til den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, hvor en stadig større del af rehabiliteringen varetages af kommunerne. Anbefalingerne er præciseret i forhold til de enkelte aktørers opgave i forhold til at medvirke til et sammenhængende forløb af høj kvalitet.

Anbefalingerne er blevet kvalificeret af en arbejdsgruppe, som Sundhedsstyrelsen har haft nedsat. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Boks 1.

Omkring 800.000 danskere oplever hvert år rygmerter (Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed 2015). Udover de store omkostninger for den enkelte, er der store samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med lænderygmerter. Det estimeres, at de samlede omkostninger til behandling af lænderygmerter udgør 1,8 mia. kr. årligt, ligesom der er store udgifter forbundet med sygefravær. Det estimeres, at sygefravær på grund af rygmerter udgør 20 pct. af det samlede sygefravær, og produktionstab på grund af rygmerter udgør 4.8 mia. kr. (Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed 2015).

Andelen af mennesker med akutte eller subakutte lænderygmerter, som udvikler kroniske smerter kendes ikke med sikkerhed, men estimerer tyder på, at omkring 10 pct. af de patienter, der henvender sig hos egen læge med lænderygmerter, udvikler kroniske og funktionshæmmende smerter (Schiøttz-Christensen et al. 1999, Gurcay et al. 2009). Andre studier viser, at størstedelen af patienter med lænderygmerter vil opleve vedvarende gener og 71 pct. rapporterer smerter efter 1 år (Itz et al. 2013).

1.3 Anvendte begreber

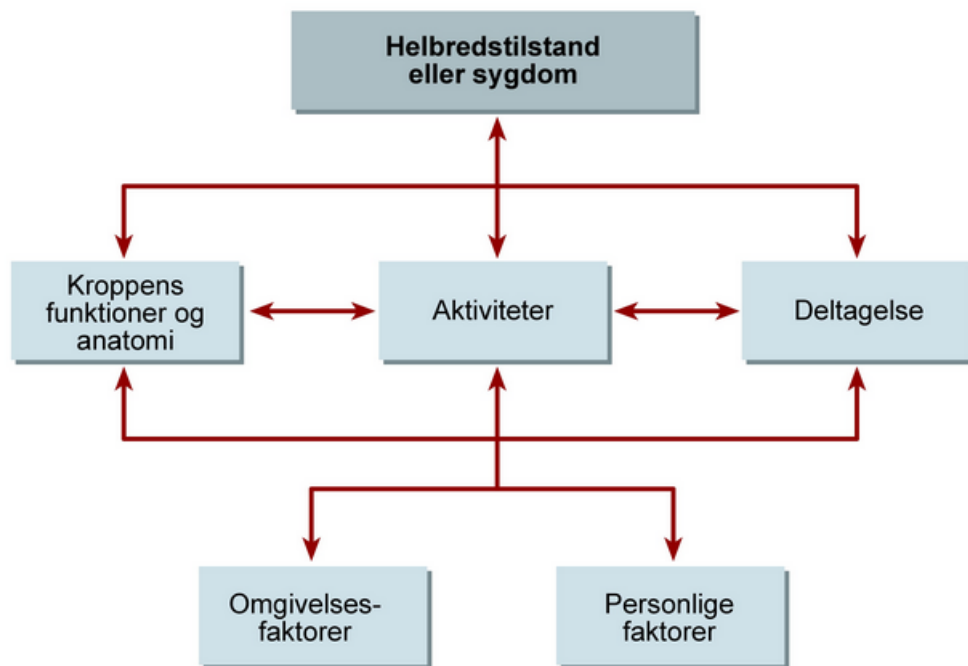
Nedenfor beskrives nogle af de centrale begreber, der anvendes i anbefalingerne.

1.3.1 Funktionsevne og funktionsevnebegrænsning

'Funktionsevne' anvendes, jf. WHO's model for 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)', som forståelsesramme for rehabilitering. Modellen beskriver faktorer, der har betydning for det samlede helbred. Funktionsevnen, som det centrale i modellen, indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer).

Funktionsevnen omfatter tre komponenter: *kroppens funktioner og anatomi*, *aktiviteter* samt *deltagelse*. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af *omgivelsesfaktorer*, *personlige faktorer* og *helbredsmæssige forhold*. Se ICF-modellen (figur 1).

Figur 1. Samspillet mellem komponenterne i ICF.



© Brigitte Lerche-Barlach 2010

Funktionsevnebegrænsning defineres ud fra ICF som:

Selvoplevet nedsat aktivitet, hel eller delvis reduceret deltagelse i sociale funktioner i familien, i sociale sammenhænge og/eller på arbejdspladsen.

1.3.2 Patienter og borgere

Målgruppen for anbefalingerne benævnes igennem anbefalingerne forskelligt afhængig af sammenhængen. Betegnelsen 'mennesker'/'personer' benyttes, når der refereres til målgruppen på populationsniveau, 'patienter' benyttes i beskrivelsen af regionale indsatser og indsatser i praksissektoren, mens betegnelsen 'borger' benyttes i beskrivelsen af kommunale indsatser.

2 Population

2.1 Målgruppe

Anbefalingerne omhandler mennesker med kroniske lænderygsmarter. Målgruppen omfatter følgende subgrupper:

- Mennesker med recidiverende smerter, med en samlet varighed over tre måneder gennem det sidste år, der medfører selvoplevet funktionsevnebegrænsning i et sådant omfang, at personen ikke kan udføre eller deltage i ønskede aktiviteter.
- Mennesker, der har vedvarende smerter og betydeligt funktionsevnetab i mere end tre måneder.

Målgruppen adskiller sig dermed fra de fem regionale forløbsprogrammer for akut opståede lænderygsmarter ved at komme med anbefalinger for det efterfølgende forløb hos mennesker, der fortsat oplever smerter i lænderyggen og har betydende funktionsevnebegrænsning, som defineret i kapitel 1.3. Det forventes, at de fleste mennesker i målgruppen har været igennem et forløb beskrevet i de regionale forløbsprogrammer inklusiv relevante billeddiagnostiske undersøgelser.

2.2 Karakteristika

Mennesker med kroniske lænderygsmarter er karakteriseret ved at være en heterogen gruppe mennesker med og uden kendt rygdiagnose som årsag til lænderygsmarterne. Der foreligger ikke et kurativt behandlingstilbud og forløbene kan være meget varierende. Nogle oplever kroniske og vedvarende rygsmerter med varierende smerteintensitet, mens andre oplever tilbagevendende smerteepisoder. Derved opleves funktionsevnebegrænsningen og kompleksiteten af smerter forskelligt personerne imellem og påvirkes af psykiske faktorer som angst og depression samt sociale faktorer. Målgruppen karakteriseres ved, at der er multifaktorielle barrierer for forbedret funktionsevne, og mennesker med kroniske lænderygsmarter har derfor behov for behandlings-, forebyggelses- og rehabiliteringstiltag, der er individuelt tilrettelagt. For eksempel forventes det, at mennesker med smerter, lettere funktionsevnebegrænsning og god egenomsorg har behov for en anden indsats end dem, der har flere samtidige udfordringer som komorbiditet, lav egenomsorg og som er i risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kendte prædiktorer for et langvarigt forløb er blandt andet intensitet af smerte og grad af generaliserede smerter og/eller ømhed, socioøkonomisk status, svagt socialt netværk, sygemelding af mere end 12 ugers varighed, komorbiditet og bevægeangst (Lötters & Burdorf 2006; Jensen, Nielsen & Stengaard-Pedersen 2010; Jensen et al. 2011). Desuden har patientens sygdomsforståelse, forventninger og accept af tilstanden, graden af bekymring over helbredstilstanden, hjælpeløshed, pessimisme samt mestringsstrategier betydning for forløbet.

Endvidere har nogle mennesker med kroniske lænderygsmarter ofte et stort forbrug af smertestillende medicin, og de er i risiko for udvikling af tolerance over for den smertestillende medicin og for at få en lang række bivirkninger (Saragiotto 2016; Deyo et al. 2015; Martell et al. 2007).

Patienter i målgruppen, der udvikler nyttilkomne symptomer eller får et ændret smertemønster, bør til enhver tid revurderes med henblik på yderligere udredning og/eller behandling i henhold

til enhver tid gældende retningslinjer. Det gælder både ved mistanke om tilstande, der kræver hurtig intervention, som fx cauda equina syndrom, og ved mistanke om anden ryg sygdom. Patienter, der henvises til yderligere udredning/behandling vil falde uden for målgruppen for disse anbefalinger, men kan ved fortsatte smerter efter endt udredning og/eller intervention blive en del af målgruppen igen. Med andre ord kan det være relevant at revurdere patienternes behov for indsatser jf. disse anbefalinger.

3 Udredning i primær sektor

3.1 Indledende vurdering

Patienter med kroniske lænderygsmærter bør have været igennem en udredning omfattende anamnese og objektiv undersøgelse hos den praktiserende læge, inden de bliver en del af målgruppen. For en del af patienterne vil udredningen, eller dele af udredningen, have foregået hos kiropraktor eller fysioterapeut. Da der sjældent findes en kurativ eller specifikt lindrende behandling, er formålet med den videre udredning at vurdere patientens samlede funktionsevne ud fra den enkeltes individuelle fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige kontekst. Dette skal ske med henblik på at lægge en plan for, hvilke indsatser patienten bør tilbydes for enten at lindre lænderygsmærterne, forbedre funktionsevnen eller bidrage til en højere grad af evne til at mestre smerterne i det daglige. Udredningen foretages derfor med udgangspunkt i komponenterne fra ICF.

Det er den praktiserende læge, der er tovholder for patientens forløb, men det gælder for alle aktører, der er involveret i forløbet, at der bør være en opmærksomhed på den enkelte patients samlede forløb. Der bør generelt være opmærksomhed på at afdække, hvilke tilbud patienten tidligere har fået, og om der er behov for fornyet tilbud. Det kan ved behov indskrives i en individuel tilpasset plan for forløbet, som udarbejdes i almen praksis sammen med patienten.

3.2 Vurdering af patientens samlede funktionsevne ud fra ICF

ICF-forståelsesrammen indeholder elementerne 'kroppens funktioner og anatomi', 'aktivitet', 'deltagelse', 'omgivelser' og 'personlighedsfaktorer'³. Denne ramme kan være med til at give praktiserende læge/kiropraktor/fysioterapeut et overblik over patientens situation og ressourcer.

3.2.1 *Kroppens funktioner og anatomi*

I vurderingen af kroppens funktioner og anatomi indgår anamnese, inklusiv tidligere behandlingserfaringer, og objektiv undersøgelse. Anamnese bør indeholde information om varighed, intensitet og lokalisering af smerterne. Patientens opfattelse af smerterne, herunder årsager, bør kortlægges. Endvidere kan der spørges til det generelle aktivitetsniveau både på arbejde og i fritiden, energiniveau, søvn og komorbiditet.

Den objektive undersøgelse bør indeholde aktiv og passiv bevægelse samt basal neurologisk undersøgelse⁴.

Findes en nyttilkommen somatisk årsag til smerterne, der kræver yderligere undersøgelse og specialiseret behandling, henvises patienten til dette. Det anbefales, at der kun henvises til yderligere billeddiagnostik ved mistanke om alvorlig sygdom, eller hvor billeddiagnostiske undersøgelser muligvis vil ændre diagnosen og/eller behandlingstilbuddet (NICE 2016). Årsagerne kan fx være:

³ I bilag 3 findes en gennemgang af spørgsmål baseret på de enkelte elementer i ICF, som kan benyttes ved hver undersøgelse med henblik på en systematisk vurdering af patientens funktionsevnebegrænsning samt barrierer herfor.

⁴ For yderligere information henvises til ICF Core Set for low back pain: https://www.icf-research-branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive_and_Brief_ICF_Core_Sets_Low_Back_Pain.pdf

- Mistanke om alvorlig rygpatologi⁵
- Nytilkomne eller vedvarende smerter med udstråling til et eller begge ben, hvor der ikke er tilstrækkeligt effekt af smertestillende medicin, manuel behandling og/eller specifikke øvelser
- Gangbesvær tydende på spinalstenose, hvor kirurgi overvejes
- Inflammatorisk gigtsygdom
- Betydelig skoliose
- Mistanke om nytilkommen sammenfald af ryghvirvler
- Traume.

3.2.2 *Aktiviteter*

Ved aktiviteter vurderes hvad patienten fysisk kan udføre, hvilket blandt andet omfatter ADL⁶-funktioner, fx løfte/bære kapacitet, almindelig husarbejde, gangfunktion og personlig hygiejne. Aktivitetsniveauet beskrives primært ved patientens selvoplevede aktivitetsbegrænsning og barrierer herfor. Herefter vurderes om der med udgangspunkt i de somatiske fund, patientens psykiske og sociale situation er potentiale for forbedring. Til vurdering af patientens aktivitetsniveau kan fysiske test og/eller selvrapporterede mål for aktivitetsniveau anvendes.

3.2.3 *Deltagelse*

Vurdering af patientens evne til at håndtere den aktuelle situation, deltagelse i arbejdslivet, fritidsinteresser, sociale sammenhænge mv. Begrænset deltagelse kan skyldes manglende overskud, der relateres til de aktuelle rygsmerter, men kan også skyldes andre faktorer, der med fordel kan vurderes og inddrages. Deltagelse beskrives primært ved patientens egen oplevelse af begrænsning og barrierer for ændring.

3.2.4 *Omgivelsesfaktorer*

Omgivelsesfaktorerne beskrives ved tilknytning til arbejdsmarkedet og sociale relationer samt økonomi. Der er specifikt fokus på varighed og omfang af eventuel sygemelding, mulighed for aflastning på arbejdspladsen og støtte i hjemmet. Andre omgivelsesfaktorer, der har betydning, er adgang til transport, andre kommunale indsatser og erstatningssager.

3.2.5 *Personlige faktorer*

Vurdering af patientens ressourcer i forhold til at mestre den arbejdsmæssige og sociale situation trods smerter, på baggrund af en vurdering af de personlige faktorer, som eventuel psykisk komorbiditet og risikofaktorer, der kan have betydning for den enkeltes evne til at håndtere den aktuelle situation, fx depression, angst, overvægt, hjerte- eller lungesygdom (Marselisborgcentret & Region Midtjylland, 2011).

⁵ Ved mistanke om akut tilstand, som fx cauda equina syndrom eller cancer, hvor patienten udviser kliniske tegn på neurokompression, skal patienten straks have foretaget en neurokirurgisk/reumatologisk vurdering, idet prognosen er afhængig af tidsfaktoren.

⁶ ADL står for Activities of Daily Living og oversættes til 'Almindelig Daglig Livsførelse'.

3.3 Samlet vurdering

Vurderingen af hvert element samles med henblik på at identificere betydende faktorer for forbedring eller forværring, ressourcer, behandlingsmuligheder, brug af hjælpemidler, justeringer på arbejdspladsen, indsatser i forhold til eventuel komorbiditet eller modifikation af behandling af lænderygsmarter på baggrund af komorbiditet.

Der bør løbende ske opfølgning med vurdering ud fra ICF-rammen, især hvis personen ikke opnår effekt af indsatser ud fra fastlagte mål. Der bør være fokus på samspillet mellem smerten og patientens sygdomsforståelse, forventninger og psykosociale tilstand. Denne vurdering kan foretages ved hjælp af en struktureret beskrivelse af patientens samlede situation og funktionsevne, jf. bilag 3 'Eksempel på systematisk vurdering med henblik på at afklare status og tidspunkt for planlægning af tiltag – vejledende spørgsmål'.

4 Indsatser til mennesker med kroniske lænderygsmarter

4.1 Planlægning af forløb

Planlægningen af indsatser for den enkelte skal altid tage udgangspunkt i dennes mål, behov og ressourcer, herunder fysisk, psykisk og social formåen, og skal ske i et tæt samarbejde med den enkelte og gerne med inddragelse af pårørende. Det betyder, at ikke alle har behov for alle indsatser, at indsatser kan ske på forskellige tidspunkter i forløbet og at flere indsatser i nogle forløb hensigtsmæssigt kan ligge i samme periode. Der er sparsom viden om effekt af specifikke behandlinger og indsatser, og det er derfor vigtigt, at forventningerne til indsatserne afstemmes. Indsatsernes formål er ofte smertelindring, og det at lære at leve med lænderygsmarterne frem for smertefrihed.

Det vil ofte være hensigtsmæssigt at kombinere flere tilbud, men der kan også være tale om enkeltstående tilbud. Borgere/patienter med et ukompliceret forløb kan ofte varetages i praksissektoren hos praktiserende læge, kiropraktor eller fysioterapeut. Der bør være kommunikation om behandlingsforløbet mellem de involverede aktører i praksis sektor. For borgere/patienter med et kompliceret sygdomsbillede med flere samtidige problemstillinger, vil der ofte være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats med løbende kommunikation mellem aktørerne.

Motivation, inddragelse af borgeren/patienten og pårørende samt fastholdelse af opnåede kompetencer og adfærdændringer er vigtige elementer i forløbet. Det anbefales, at alle tilbud og kontakten til den enkelte tilrettelægges ud fra en sundhedspædagogisk tilgang, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2016 (Sundhedsstyrelsen 2016).

Indsatsen for borgere/patienter med kroniske lænderygsmarter bør indeholde både behandling samt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Der er ikke en skarp skelnen mellem disse indsatser, da der er overlap i forhold til indholdet af indsatserne. Indsatsen bør således også ske i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem de involverede aktører og i henhold til gældende lovgivning.

Forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser som beskrevet i kapitel 4.9.2-4.9.4 er som udgangspunkt kommunale tilbud, men kan også indgå som en del af indsatsen på § 79 sygehus. Hos praktiserende læge, kiropraktor og fysioterapeut består den fysiske træning af træningsvejledning, der, som de øvrige indsatser, varetages ud fra en sundhedspædagogisk tilgang.

Overordnet sigter indsatserne mod, at der opnås bedst muligt samlet helbred, herunder:

- forbedring eller fastholdelse af funktionsevne
- sygdoms- og smertemestring for at opnå forbedret livskvalitet
- arbejdsmarkedstilknytning.

Den farmakologiske behandling varetages af en læge, og de øvrige indsatser kan varetages flere steder i sundhedsvæsenet afhængigt af faktorer som kompleksitet af patientforløb, den praktiserende læges kompetencer inden for fx manuel terapi, tilbud i kommunen, den enkeltes motivation og tilknytning i forhold til fx en træningsindsats hos fysioterapeut mv.

Hos borgere/patienter med en usikker tilknytning til arbejdsmarkedet er der behov for en særlig opmærksomhed på forebyggende foranstaltninger med henblik på fastholdelse til arbejdsmarkedet.

Der bør være opmærksomhed på, at nogle borgere/patienter kan have behov for en supplerende psykologisk indsats.

De enkelte indsatser er beskrevet i de følgende afsnit og indgår som elementer i figur 2, der illustrerer et samlet overblik over indsatser og aktører i patientforløbet.

Figur 2. Oversigt over indsatser og aktører

INDSATSER



4.2 Sygdomsmestring

Tilbud om sygdomsmestring er et kommunalt tilbud og har generelt til formål at styrke borgernes egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre borgere i stand til, på bedst mulig måde, at leve livet med en kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2016). Når det drejer sig om kroniske lænderygmerter skal indsatsen bibringe borgerne viden om og forståelse af deres tilstand, hvilken betydning håndtering af smerterne har for hverdagslivet, herunder betydningen af indøvelse af teknikker, træning og vedligeholdelse af nødvendige og opnåede færdigheder. Der er tale om en kontinuerlig proces og en integreret del af den øvrige behandling, her-

under også forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, som foregår i et aktivt samspil mellem borger og sundhedsprofessionelle. Indsatsen skal på denne måde styrke patientens handlekompetence og livskvalitet (Sundhedsstyrelsen 2016).

4.2.1 Indhold i tilbud om sygdomsmestring

Tilbuddet tilrettelægges struktureret og kan foregå individuelt eller i grupper af borgere, eventuelt med inddragelse af pårørende. En nærmere beskrivelse af varighed og frekvens af undervisningen fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2016).

Der skal være fokus på inddragelse af borgeren i håndteringen af smertetilstanden med henblik på at øge borgerens egenomsorg, ligesom der skal arbejdes med borgeres tro på sig selv og egne ressourcer (self-efficacy) og evne til at mestre sygdommen, fx i forbindelse med anvendelse af handleplaner (Komiteen for Sundhedsoplysning).

Følgende elementer bør indgå i tilbuddet med det udgangspunkt, at borgerne kan anvende den viden, de får, handlingsrettet:

- Sygdommen/tilstanden: Gennemgang af smertetilstanden, herunder prognose, varighed og udvikling af tilstanden, inklusiv indflydelse på funktionsevne. Tilpasset information om smertemekanismer/smertefysiologi med henblik på at give borgeren en opdateret viden om egen tilstand og at rette eventuelle misforståede årsagssammenhænge. Dialog om eventuelle psykiske konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2015; Sundhedsstyrelsen 2016).
- Sygdomsforværringer: Faktorer der kan medføre forværring eller bedring af smerter, fx ergonomiske forhold i hjemmet og eventuelt på arbejdspladsen, tilbagefaldshåndtering, hjælpemidler, livsstil, søvnmangel, håndtering af træthed/prioritering af energi, stress mv. Dialog om hvordan borgeren selv, og ved brug af hjælpemidler, kan medvirke til at forebygge forværringer af tilstanden og eventuelt, efter aftale med lægen, selv kan justere sin eventuelle smertebehandling.
- Psyko-sociale forhold: Herunder hvordan borgeren mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer. Gennemgang af mulige psyko-sociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder også facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv., som kan medvirke til at fastholde de livsstilsændringer og færdigheder, der er opnået. Inddragelse af socialrådgiver i forhold til aktuelle behov i relation til familie, uddannelse og beskæftigelse.
- Arbejdsmarkedstilknytning: Information til borgere i den erhvervsaktive alder om vigtigheden af fastholdelse af tilknytningen til arbejdsmarkedet og støtte hertil, eventuelt med inddragelse af jobcenter.
- Medicin: Brug af medicin og information om, hvordan den virker. Hvad er bivirkningerne? Hvornår og hvordan anvendes medicinen⁷.

⁷ Som understøttelse af den information lægen har givet.

- Betydningen af andre tilbud: Betydningen og vigtigheden af at fortsætte daglige aktiviteter, fysisk aktivitet og træning i øvrigt, herunder træning i hverdagsaktiviteter.
- Sygdommen/tilstanden i hverdagen: Egne erfaringer og visioner for fremtiden. Håndtering af smerter og psykiske konsekvenser. Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig. Information om patientforeninger og sociale netværk. Tilbud fra hjemmepleje og plejecenter. Kendskab til kommunens tilbud om madudbringning eller hjælp til madlavning i eget hjem mv. (Sundhedsstyrelsen 2016).

Tilbuddet om sygdomsmestring bør kunne gives gradvist og på differentierede niveauer tilpasset den enkelte borgers viden, erfaring, motivation og intellektuelle formåen.

I tilrettelæggelsen af indsatsen bør der tages højde for, at borgere i arbejde kan have svært ved at deltage i aktiviteter, der finder sted i dagtimer i hverdagen (Sundhedsstyrelsen 2016).

Flere kommuner har i forvejen specifikke kurser om 'Lær at tackle kroniske smerter' og/eller kurser i 'Læring og Mestring', som er peer-to-peer undervisning, og derfor ikke kan erstatte et tilbud om sygdomsmestring⁸. Kurserne kan imidlertid indgå som et supplement.

Det anbefales, at tilbuddet systematisk kvalitetssikres, for derved at kunne tilbyde borgerne de bedst mulige indsatser til fremme af funktionsevne og med størst muligt udbytte. Det kan være for alle borgere som led i den daglige virksomhed, eller det kan være tilbagevendende og målrettet.

Det anbefales, at registreringen sker ensartet på tværs af kommuner, således at der er mulighed for at få fælles viden på området. Det bør ske ved at indberette og anvende nationale databaser i det omfang, de eksisterer, således at sammenligninger mellem forskellige dele af landet muliggøres (Sundhedsstyrelsen 2016).

4.2.2 Kompetencer

Undervisningen bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse) med specialviden om kroniske smerter og smertemestring erhvervet ved kompetenceudvikling. Den sundhedsprofessionelle bør udover denne viden også have de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagerens behov og forudsætninger (Sundhedsstyrelsen 2016).

4.3 Fysisk træning

Fysisk træning kan have positiv effekt i forhold til smerteintensitet, fysisk funktion og livskvalitet for borgere med kroniske lænderygsmarter (Geneen et al. 2017).

Fysisk træning har ikke kun til formål at reducere smerter, men også at forebygge inaktivitet, livsstilssygdomme og øge funktionsevnen i hverdagen. For borgere der selv kan håndtere træning, kan den foregå i borgerens nærmiljø, fx svømning eller gymnastik, eller selvtræning med

⁸ Underviserne på 'Lær at tackle'- kurserne er peers, hvis uddannelse kvalitetssikres af kommunen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning.

supervision. Træning kan derudover foregå i kommunen, hos praktiserende fysioterapeut og kiropraktor samt på § 79 sygehuse⁹. Træning omfatter således både fysisk træning i kommunalt regi og på § 79 sygehuse, og træningsvejledning hos øvrige aktører.

4.3.1 Indhold i tilbud om fysisk træning

Tilbuddet om fysisk træning skal tage udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens behov, forventninger og træningsmål.

Tilbuddet bør endvidere tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen, også efter tilbuddet er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livslang. Borgeren bør opnå og anvende viden om fysisk aktivitet som middel til at behandle og/eller forebygge følger og forværring, og endelig bør træningen give borgeren en oplevelse af egen fysisk formåen og tryghed ved at være fysisk aktiv (Sundhedsstyrelsen 2016).

Fysisk træning kan for nogle borgere forårsage forværring af smerter, hvorfor nogle borgere kan opfatte træning som direkte skadeligt, hvilket kan medvirke til fear-avoidance adfærd. Borgere, hvor det vurderes relevant, bør derfor informeres om, at der gerne må være smerter/gener før/under/efter træning, men at træningen i sig selv ikke bør forværre borgerens sædvanlige smerter/gener på længere sigt. Samtalen med borgeren bør i første omgang rette sig mod at undgå inaktivitet, dernæst mod forslag om træningsformer (Sundhedsstyrelsen 2011).

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer borgeren til at træne og samtidig tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlekompetencer. Dette skal ske via en samtale med borgeren eller ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud. Hvis det er til fordel for borgeren, kan der inkluderes en test ved start og afslutning af tilbuddet for at vurdere, om målet er nået (Sundhedsstyrelsen 2016).

Træning bør være individuelt tilrettelagt og superviseret og kan bestå af ét eller flere elementer, fx aerob træning (cykling, gang/intervalgang, vandtræning eller roning) eller styrketræning (brug af maskiner, egen kropsvægt, frie vægte eller elastikker) (Sundhedsstyrelsen 2016, Højgaard 2015):

Frekvens, intensitet og varighed af den fysiske træning bør foregå som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2016).

Træningen kan foregå individuelt eller i grupper, men bør være tilpasset til den enkelte borgers smerteniveau, varighed af smerter og generelle forløb. I starten af forløbet kan der for borgere med særligt behov, tages udgangspunkt i såkaldt graderet træning, hvor fysisk træning afprøves ud fra borgerens oplevede muligheder for at gennemføre træningen.

Gennemførelse af tilbud i hold kan være en fordel, fordi det giver mulighed for erfaringsudveksling blandt deltagerne, og det kan styrke motivationen hos den enkelte samt være med til at skabe netværk mellem borgerne. Der bør være seks til otte deltagere pr. instruktør på et hold. Bor-

⁹ I henhold til Sundhedslovens § 79 stk. 2 yder regionsrådet sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, til en række private specialsygehuse, herunder SANO- Gigtforeningens behandlingscenter med afdelinger i Middelfart, Aarhus og Skælskør.

gere med forskellige behov for superviseret individuel træning kan deltage på samme hold (Sundhedsstyrelsen 2016).

Borgeren bør oplyses om det hensigtsmæssige i fortsat træning. Der bør udleveres skriftligt informations- og øvelsesmateriale om træningen. Den fysiske træning bør have som mål at borgeren uddannes og trænes til selv at varetage træningen.

Det anbefales, at tilbuddet dokumenteres og monitoreres systematisk med henblik på løbende forbedringer, herunder at få viden om hvorvidt de rette borgere tilbydes den rette rehabilitering, samt om de gennemfører. Det kan være for alle borgere som led i den daglige virksomhed, eller det kan være tilbagevendende og målrettet. Det anbefales, at der sker en ensartet registrering på tværs af kommunerne gennem indberetning til nationale databaser i det omfang, de eksisterer.

4.3.2 Kompetencer

Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og supervisere træningen og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borgers situation. Derudover bør den sundhedsprofessionelle kunne rådgive borgeren om sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen, instruere og rådgive borgeren på en måde, der understøtter fortsat træning efter tilbuddets ophør. Den sundhedsprofessionelle bør have adgang til jævnlig sparring med anden kollega, der har viden om og erfaring med patientrettet superviseret individuel fysisk træning (Sundhedsstyrelsen 2016).

4.4 Træning i hverdagsaktiviteter

Træning i hverdagsaktiviteter er en del af den kommunale hjemmepleje, og det er kommunen, der henviser og visiterer til indsatsen. Indsatsen har til formål at øge den enkeltes mestring af og deltagelse i daglige aktiviteter.

Ved kroniske lænderygsmarter kan udførelse af almindelige daglige aktiviteter, fx rengøring og deltagelse i sociale aktiviteter, være begrænset på grund af smerter. Træning af hverdagsaktiviteter kan derfor være relevant med henblik på at opretholde det aktivitetsniveau i dagligdagen, som den enkelte borger ønsker.

4.4.1 Indhold i tilbud om træning i hverdagsaktiviteter

Det anbefales, at borgere med kroniske lænderygsmarter opretholder vanlig aktivitet frem for aflastning, herunder sengeleje. Borgeren bør informeres om de gavnlige effekter af at holde sig aktiv, og de mulige skadevirkninger ved aflastning og opfordres til gradvist at øge deres aktivitetsniveau. Formålet er at gøre borgeren i stand til at gennemføre betydningsfulde aktiviteter i hverdagen og dermed modvirke inaktivitet og yderligere tab af funktionsevne.

Borgerens funktionsevne vurderes ud fra standardiserede redskaber samt ud fra den enkeltes egen oplevelse.

Sammen med borgeren fastsættes der mål for interventionen og barrierer for gennemførelse identificeres. Ud fra disse mål vejledes og instrueres borgeren i relevante kompenserende arbejdsmetoder. Disse består af prioritering af betydningsfulde aktiviteter, planlægning af hverdagen, fokus på tempo, varighed af aktiviteten, indlagte pauser samt hensigtsmæssige arbejdsstillinger.

Der bør ske en systematisk kvalitetssikring af tilbuddet med henblik på at optimere indsatsen. Det kan ske gennem anvendelse af nationale databaser, i det omfang de eksisterer.

4.4.2 Kompetencer

For at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede hverdagsaktiviteter til borgere med kroniske lænderygmerter under hensyn til borgerens funktionsevne, skal den sundhedsprofessionelle have kendskab til og kunne anvende standardiserede redskaber og observationer til vurdering af borgerens funktionsevne og smertere registrering med henblik på at kunne sammensætte individuelt tilpassede aktivitetstilbud af høj kvalitet.

Den sundhedsprofessionelle skal tillige have kendskab til sygdoms-/smerteudvikling, symptomer og behandlingsprincipper ved kroniske lænderygmerter for at kunne håndtere de udfordringer, der ofte optræder hos borgerne, herunder psykiske faktorer. Kompetencerne bør løbende vedligeholdes.

4.5 Manuel behandling

Manuel behandling består af manipulation og mobilisering af led mellem ryghvirvlerne i lænden og i bækkenet, forskellige former for bløddelsbehandling af muskulatur og senevæv. Ofte bliver manuel behandling udført som en kombination af flere teknikker. Formålet med manuel behandling er at forbedre bevægelse og funktion af led og muskler samt lindre smerter.

Manuelle teknikker anbefales kun som en kortvarig smertelindrende indsats ved opblussen i kendte symptomer og som supplement til den øvrige behandlingsindsats (Dansk Selskab for Almen Medicin 2006; NICE 2016).

4.5.1 Kompetencer

Manipulation af rygsøjleled kan, jf. Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere, udføres af kiropraktor, fysioterapeut og praktiserende læger samt registrerede alternative behandlere med minimum 250 timers uddannelse inden for manuel behandling. Farmakologisk smertebehandling

4.6 Farmakologisk behandling

Læger bør være forbeholdne ved ordination af farmakologisk smertebehandling til patienter med kroniske lænderygmerter, og der bør især udvises tilbageholdenhed i forhold til langvarigt brug. Det skyldes, at der ved langvarig brug af smertestillende lægemidler kan opstå alvorlige bivirkninger, og ved visse lægemidler kan der udvikles afhængighed og brug for større dosis efter længere tid (tolerance). Farmakologisk smertebehandling skal aldrig stå alene, og bør kun spille en mindre rolle i den samlede indsats for patienter med kroniske lænderygmerter.

Ordineres farmakologisk smertebehandling, skal målet for den enkelte patient være bedst mulig smertelindring (og ikke nødvendigvis smertefrihed, som sjældent opnås) og færrest mulig bivirkninger, og en for patienten acceptabel balance mellem virkning og bivirkninger. Løbende opfølgning på ordinationer af smertelindrende lægemidler er væsentlig for at evaluere effekten og opnå målet for behandlingen samt undgå unødigt medicinering. Det anbefales, at der senest følges op på effekt og bivirkninger tre til fire uger efter en ny ordination, og at omlægning og/eller afslutning af ordinationer løbende overvejes. Opfølgning kan understøttes af redskaber som smertedagbog og PainDetect, hvor formålet er at identificere smertetyper og til at vurdere

effekten af behandling¹⁰ (Hüllemann et al. 2016). Farmakologisk behandling varetages af en læge, ofte i almen praksis, men kan også foregå hos praktiserende reumatologer og i ryg- og smertecentre. Den farmakologiske indsats består grundlæggende af relevant analgetisk behandling, information om forventet effekt og mulige bivirkninger samt rådgivning om smerterne og faktorer, der kan påvirke smerterne i positiv såvel som negativ retning. Patienten bør endvidere modtage information om forløbet, prognose og varighed samt opfordres til at være aktiv og fortsætte de daglige aktiviteter, i det omfang det er muligt. Rådgivningen skal medvirke til, at patienten undgår provokerende faktorer og holder sig aktiv, da smerteintensitet og tilbagevendingsfrekvens oftest afhænger heraf.

Den farmakologiske behandling af kroniske smerter kan bestå af forskellige smertestillende præparater og bør til enhver tid foregå i henhold til gældende retningslinjer og vejledninger. Som et generelt princip for al farmakologisk behandling bør der vælges det eller de præparater, der har bedst effekt og færrest mulige bivirkninger.

Der findes ikke en samlet national behandlingsvejledning for smertepatienter generelt eller for patienter med kroniske lænderygsmarter med fokus på både non-farmakologisk og farmakologisk smertebehandling (første- og andet valg af lægemidler og brug af opioider mv.), men der eksisterer regionale anbefalinger vedrørende general smertebehandling samt udgivelser fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) omhandlende farmakologisk smertebehandling¹¹.

4.7 Operation

En gruppe af patienter, der har kroniske lænderygsmarter på baggrund af strukturelle forandringer, som fx skoliose, kyfose, spondylolistese, svære degenerative forandringer, spinalstenose eller fraktursequelae, kan have gavn af operation.

Hvorvidt patienten skal henvises til rygkirurgisk undersøgelse med henblik på operation er en individuel vurdering, hvor niveauet for patientens funktionsevnedssættelse og behovet/brugen af smertestillende medicin indgår.

Da der er meget varierende årsager til kroniske rygsmarter, er det vigtigt at den enkelte patient bedømmes individuelt af en rygkirurg for at vurdere, om der er et muligt operativt tilbud. Det er vigtigt at informere rygere, der skal opereres, om tobaksafvænnings betydning for resultatet af operationen.

Det kan overvejes at henvise til rygkirurgisk vurdering af patienter med kroniske lænderygsmarter med henblik på eventuel operation, hvis patienten med kroniske lænderygsmarter:

¹⁰ Et eksempel på smertedagbog findes på Dansk Selskab for Almen Medicin's hjemmeside vejledning-ger.dsam.dk/media/files/10/funkt-lidelser-bilag4.pdf.

¹¹ National Rekommandationsliste (2011), Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), Månedsblad fra IRF (2011): Irrationelt brug af stærke opioider, Sundhedsstyrelsen. To smertemanualer udviklet af henholdsvis Region Midtjylland (2010) og Region Nordjylland (2013).

- har tegn på strukturelle forandringer fra MR-scanning med mulig årsagssammenhæng til lændesmerterne, fx i form af spondylolistese, arcolyse eller svære degenerative forandringer.
- trods konservativ behandling i form af træning efter seks måneder fortsat ikke oplever bedring, hvilket medfører fast daglig receptpligtig analgetika, eller en betydende begrænsning i daglige aktiviteter, herunder at patienten er jobtruet eller sygemeldt.

4.8 Indsatser med henblik på arbejdsmarkedstilknytning

Borgere med kroniske lænderygsmærter kan være truet på deres evne til at forblive på arbejdsmarkedet på grund af deres symptomer og den deraf afledte funktionsevnedesættelse. For de borgere, der er sygemeldte, er der ligeledes en risiko for ikke at komme tilbage i arbejde. Det er derfor vigtigt, at arbejdsmarkedstilknytning er en integreret del af indsatsen for borgere med kroniske lænderygsmærter. Det er et fælles sundhedsfagligt ansvar at have fokus på dette.

Indsatsen bør bestå af at afdække borgerens arbejdssituation – både fysisk og psykisk. De fysiske aspekter indebærer bl.a. arbejdsområde, arbejdsområde, arbejdsområde, indflydelse på pauser, eventuelt ændrede arbejdsprocedurer, ændret arbejdspladsindretning, hjælpemidler og personlig assistance. De psykologiske aspekter er fx forhold til ledelse og kollegaer, lederens indstilling, angst for forværring af symptomer eller en angst for en skade i ryggen. Ligeledes bør det undersøges, om der er muligheder for arbejdstilpasning, fx tidsbegrænsede ændringer i fysisk tyngde af arbejdet og mere skånsomme arbejdsstillinger med henblik på arbejdsfastholdelse.

Det er vigtigt at formidle til borgeren, at arbejde sjældent er skadeligt for patienten, og at det tværtimod oftest er gavnligt for patientens sygdom og funktionsevne generelt at forblive i arbejde.

4.8.1 Før sygemelding og under 8 ugers sygemelding

Praktiserende læge bør tidligt i patientforløbet indtænke en vurdering af behov for indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning. En del af vurderingen bør foregå som en naturlig del af konsultationen, mens andre dele kan foregå i kommunalt regi eller på en arbejdsmedicinsk klinik. Mulighedserklæringen¹² kan anvendes, også inden patienten er sygemeldt, hvis patienten tidligere har været sygemeldt gentagne gange, og hvor patientens arbejdsmarkedstilknytning vurderes truet. Mulighedserklæringen udarbejdes på opfordring fra arbejdsgiver, og betales også af denne.

I tilfælde, hvor der forventes mere end otte ugers sygemelding, kan muligheden for ekstraordinær tidlig indsats fra kommunen være relevant – en såkaldt fast-track løsning. Her kan borgeren eller arbejdsgiveren anmode kommunen om en tidlig indsats, og med borgerens accept kan lægen henvise til en vurdering ved brug af attestens 'Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling'

¹² Hvis arbejdsgiver og den sygemeldte er i tvivl om, hvilke arbejdsfunktioner den sygemeldte kan udføre, kan de anvende Mulighedserklæringen, der kan bruges ved den ansattes kortvarige, gentagne eller længerevarende sygefravær. I princippet altså fra første sygedag. Arbejdsgiver betaler erklæringen. I Mulighedserklæringens del 1 beskriver arbejdsgiver og sygemeldte funktionsnedsættelsen, de påvirkede jobfunktioner og eventuelle aftalte skånehensyn. Lægen, der udfylder del 2, vurderer på baggrund af samtale med sygemeldte og beskrivelsen i del 1, skåneinitiativer og forventet varighed med helt eller delvist fravær eller tilpasning til jobbet.

(LÆ 165.). Kommunen vil indkalde til en samtale senest to uger efter, at de har modtaget anmodningen, og vil herefter vurdere, hvilken indsats der kan gives.

Endvidere kan praktiserende læge henvise til en arbejdsmedicinsk klinik med henblik på vurdering af om arbejdet eller tidligere arbejde har betydning for lænderygproblematikken. Hvis der er mistanke om, at borgerens aktuelle arbejde har en betydning, kan den arbejdsmedicinske klinik rådgive konkret ift. dette. Denne mulighed vil blandt andet være relevant ved behov for uddannelse, revalidering eller jobskifte, der medfører lønnedgang. Et sådant forløb vil være uafhængigt af den eventuelle kommunale sagsbehandling og i mange tilfælde være økonomisk tættere på den indtægt, man har haft tidligere. For flygtninge og migranter med kroniske lænderygsmerter bør der være opmærksomhed på, at mange har kvalifikationer, der med fordel kan inddrages i processen med at finde et arbejde uden rygbelastning. Disse kvalifikationer, beskrevet i kvalifikationspapirer fra hjemlandet, kan vurderes via Uddannelses- og Forskningsministeriets hjemmeside¹³.

4.8.2 Ved længerevarende sygemelding

Sygemeldte borgere, der modtager sygedagpenge, indkaldes til opfølgningssamtale i jobcenteret senest i 8. fraværsuge. Til brug for jobcenterets opfølgning udarbejder praktiserende læge en attest vedrørende sygedagpengeopfølgning (LÆ 285) med vurdering af sygemeldtes behov for at vende tilbage til arbejde og eventuelle skånehensyn.

I jobcenteret er forløbet forskelligt, afhængigt af forløbets kompleksitet. Sygemeldte, der vurderes at have behov for en tværfaglig indsats, skal til møde i kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam om, hvilken indsats der skal iværksættes for at understøtte tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Teamet består som minimum af socialrådgiver, læge og kommunalt ansat sundhedsfaglig medarbejder. I den forbindelse kan praktiserende læge blive anmodet af kommunen om at udfylde en attest til rehabiliteringsteam (LÆ 265).

Kommunen vurderer 22. uger efter sygedagpengeperioden er påbegyndt, om den sygemeldte opfylder betingelserne for at få forlænget retten til sygedagpenge. Hvis der ikke kan ske forlængelse, overgår borgeren til jobafklaringsforløb og vil i den forbindelse indkaldes til et møde i det tværfaglige rehabiliteringsteam, hvis der ikke tidligere har været afholdt et. Det kommunale jobcenter kan i særligt komplicerede tilfælde henvise til Klinisk Funktion¹⁴ som led i at afklare borgerens arbejdsevne. Efter grundig udredning af borgerens funktionsevneniveau i forhold til arbejdsmarkedet, munder rehabiliteringsmødet ud i en indstilling til, hvilke tiltag der med fordel

¹³ <http://ufm.dk/publikationer/2015/har-du-udenlandsk>

¹⁴ Klinisk funktion afgiver vurderingen i form af en speciallægeattest på baggrund af oplysninger modtaget fra kommunen samt en konsultation med borgeren. Som led i vurderingen kan klinisk funktion i særlige tilfælde foretage billeddiagnostik, blodprøver eller funktionsundersøgelser, når det er nødvendigt for vurderingen af borgerens helbredsforhold. Speciallægeattester fra klinisk funktion skal med udgangspunkt i kommunens konkrete anmodning indeholde en vurdering af borgerens helbredsmæssige situation i forhold til arbejde og uddannelse med oplysninger om resultatet af den objektive undersøgelse. Hvis resultatet af klinisk funktions vurdering er, at der er behov for yderligere vurdering af borgerens helbredssituation i forhold til at kunne arbejde, skal lægeattesten indeholde en beskrivelse af, hvilke yderligere vurderinger der skal foretages for, at borgerens helbredsmæssige situation i forhold til arbejde og uddannelse kan afklares.

kan iværksættes i forhold til borgerens fremtidige forsørgelsesgrundlag, herunder muligheden for at få tilkendt fleksjob eller førtidspension, såfremt betingelserne herfor er opfyldt.

4.9 Henvisning og kommunikation

4.9.1 *Henvisning fra almen praksis*

Praktiserende læge bør overveje henvisning til yderligere undersøgelser, behandling, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i forbindelse med både den indledende udredning og i forbindelse med opfølgning i almen praksis.

4.9.1.1 *Henvisning til kommunale tilbud*

Henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker som en henvisning til en afklarende samtale i kommunen, når den praktiserende læge vurderer, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et/flere forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (Sundhedsstyrelsen 2016). I vurderingen bør patientens fysiske, psykiske og sociale situation, ressourcer, herunder egenomsorg, motivation og præferencer medtænkes, ligesom aktuel risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet for de erhvervsaktive bør give anledning til overvejelse om henvisning. Henvisningen sendes elektronisk via en REF 01.

Almen praksis kan henvise til kommunal jobkonsulent/fastholdelsesterapeut i jobcenter for patienter i den erhvervsaktive alder, hvor det vurderes, om der er risiko for at miste arbejdstilknytning. Henvisningen bør også beskrive, på hvilken baggrund henvisning til jobcenter sker. Henvisningen sendes elektronisk på attesten 'Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling' (LÆ 165).

Det anbefales, at det fremgår af begge henvisninger, hvis der er henvist til andet kommunalt tilbud om henholdsvis jobkonsulent/fastholdelsesterapeut eller forebyggelses- og rehabiliteringstilbud med henblik på koordinering af de kommunale indsatser.

4.9.1.2 *Henvisning til øvrig praksissektor*

Almen praksis kan henvise til fysioterapeut eller kiropraktor med henblik på manuel behandling og træningsvejledning. Henvisning bør overvejes ved forværring af smerter, og hvis patienten har tilbagefald, som patienten ikke kan håndtere, er uafklaret om egen tilstand og har brug for opsamling, har behov for støtte til at forblive i aktivitet og på arbejdsmarkedet, eller er ophørt med at være fysisk aktiv og dermed har behov for vejledning og motivation til at genoptage systematisk træning. Henvisning anbefales at være skriftlig.

Almen praksis kan henvise til praktiserende speciallæger i reumatologi, som kan varetage udredning, farmakologisk behandling, manuel behandling og vejledning om arbejdsmæssige forhold.

For patienter med komorbiditet i form af depression, kan patienten henvises til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling¹⁵.

¹⁵ De persongrupper, som er omfattet af tilskud til psykologbehandling efter sundhedsloven, fremgår af Bekendtgørelse nr. 663 af 25/06/2012 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper.

4.9.1.3 Henvisning til sygehus

Almen praksis kan henvise patienter, der oplever kroniske, intensive og komplekse smerter, hvor der ikke er vist effekt af tidligere forsøg på smertelindring, til ryg- eller smertecentre med henblik på multifacetteret udrednings- og eventuelt behandlingstilbud. Patienter, der er diagnosticerede og færdigudredte med et samtidigt behov for et intensivt tværfagligt rehabiliteringsforløb, kan henvises til § 79 sygehuse¹⁶.

4.9.2 Henvisning fra praktiserende kiropraktor

4.9.2.1 Henvisning til sygehus

Kiropraktorer har som led i udredning mulighed for henvisning til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehus¹⁷. Henvisningen kan ske som led i udredning af smertetilstanden, eller i forbindelse med opfølgning ved fravær af forventet effekt af igangsat behandling. Henvisningen skal ske ud fra konkrete faglige retningslinjer.

Kiropraktorer kan i nogle regioner henvise til tværfagligt rygcenter med henblik på yderligere udredning og tværfaglig behandling.

4.9.3 Henvisning fra sygehus

Der bør ske en henvisning til en afklarende samtale i kommunen om relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, når den behandlingsansvarlige læge vurderer, at patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et/flere forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (Sundhedsstyrelsen 2016). Henvisningen sendes elektronisk via REF 01. Supplerende hertil bør patienter, der skal have foretaget operation, henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud om tobaksafvænnning, hvis de ryger tobak.

4.9.4 Kommunikation mellem aktører

Samarbejde, herunder kommunikation, mellem de involverede aktører, er essentielt for et godt og sammenhængende forløb for patienter med kroniske lænderygsmarter. Kommunikation mellem de involverede aktører er betinget af patientens samtykke.

Det anbefales, at kommunikation primært sker elektronisk, og at følgende opmærksomhedspunkter giver anledning til informationsdeling.

4.9.4.1 Almen praksis

Almen praksis er det centrale omdrejningspunkt for patientens forløb. Fra almen praksis fremsendes henvisning til fysioterapeut, tværfagligt rygcenter, speciallæge, smerteklinik, psykolog og kommune.

Hvis egen læge vurderer, at patienten har behov for kiropraktor- eller fysioterapibehandling for at bedre funktionsevnen, bør egen læge sende en skriftlig henvisning til kiropraktor/fysioterapeut, hvor der orienteres om problemstillingen, og at der er tale om kroniske/langvarige smerter.

¹⁶ For henvisningskriterierne til SANO – Gigtforeningens behandlingscenter (§ 79 sygehus) henvises til hjemmesiden www.sanocenter.dk. Behandling på § 79 sygehuse reguleres ud fra fritvalgsrammen.

¹⁷ BEK nr. 167 af 14/02/2017 Bekendtgørelse om praktiserende kiropraktors mulighed for henvisning til billeddiagnostiske undersøgelser.

4.9.4.2 Praktiserende kiropraktor og fysioterapeut

Vurderer kiropraktor eller fysioterapeut, at patienten har behov for en kommunal forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats, kan det enten formidles til patientens praktiserende læge eller patienten kan opfordres til at kontakte kommunens visitation. Vurderingen bygger på patientens fysiske, psykiske og sociale situation, jf. kapitel 4.9.1 om henvisning fra almen praksis. Opfordres borgeren til selv at søge kommunen om indsatser, bør fysioterapeut/kiropraktor informere borgerens praktiserende læge efter samtykke fra patienten.

Hvis kiropraktor eller fysioterapeut vurderer, at patienter i den erhvervsaktive alder er i risiko for at miste arbejdstilknytning, bør patienten opfordres til at opsøge kommunal jobkonsulent i jobcenter. Opfordringen bør ske med orientering til praktiserende læge.

Der bør være en tilbagemelding til patientens egen læge efter igangsættelse af en indsats hos fysioterapeut og kiropraktor. Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder en beskrivelse af indsatser og status for forløbet, som den praktiserende læge kan medtænke i den samlede plan for patienten. Gensidig information mellem aktørerne er særlig vigtigt, hvis patienten i længere tid har parallelle forløb. Det anbefales, at det af epikrisen fremgår, om patientens tilstand vurderes at kunne håndteres hos fysioterapeut/kiropraktor, eller om egen læge bør følge op på forløbet.

Kiropraktorer skal endvidere, som et led i gældende overenskomst, orientere praktiserende læge ved henvisning til billeddiagnostik på sygehus.

4.9.4.3 Sygehus

Efter indsats på rygcenter, smertecenter eller § 79 sygehuse sendes en epikrise til almen praksis. Hvis patienten får foretaget et operativt indgreb sender sygehus ligeledes en epikrise til egen læge.

4.9.4.4 Kommuner

Kommunen bør altid sende en tilbagemelding til almen praksis – også for patienter, der henvises af sygehus eller selv henvender sig til kommunen. Der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard. Der skal være en opmærksomhed på, at der sker en koordinering af indsatser i og på tværs af de kommunale forvaltninger.

5 Opfølgning

5.1 Opfølgning på undersøgelser og behandling

Opfølgning på undersøgelser og behandling af patienter med kroniske lænderygsmarter bør bero på en individuel vurdering, da patientgruppen er heterogen med forskellige behov for opfølgning. Det anbefales, at opfølgningen planlægges ud fra patientens behov, og at særligt sårbare patienter og patienter, der er sygemeldte/i risiko for sygemelding, følges tæt.

Ved opfølgning anbefales det, at der lægges en plan for patientens videre forløb, herunder opfølgning ud fra den enkelte patients behov og eventuel viderehenvisning til tilbud i andre sektorer. Patienter skal også informeres om, at de bør henvende sig ved ændringer i deres tilstand, som eksempelvis forværringer i form af smerter. Der kan hensigtsmæssigt opstilles en tilbagefaldsstrategi. Opfølgning kan foretages af enten praktiserende læge, kiropraktor eller fysioterapeut. Nedenfor er beskrevet særligt gældende omstændigheder for opfølgning i praksissektoren.

5.1.1 *Opfølgning i almen praksis*

Ved receptfornyelse af smertemedicin bør praktiserende læge se patienten, med henblik på at revurdere den samlede indsats. For at undgå unødvendig polyfarmaci bør revurderingen foretages med opmærksomhed på, om der er lægemidler, der hensigtsmæssigt kan seponeres.

Der bør være en særlig opmærksomhed på opfølgning hos særligt sårbare patienter, som fx patienter med nedsat egenomsorg, psykiske problemer som angst og depression, ligesom patienter med sociale problemer kan have behov for en hyppigere kontrol.

Det bør tillige løbende vurderes, om patienten bør henvises til et kommunalt forebyggelse- og rehabiliteringsstilbud.

For patienter, der har truet tilknytning til arbejdsmarkedet eller er sygemeldt mere end otte uger, og hvor praktiserende læge har lavet en plan for arbejdsmarkedstilknytning, bør der være regelmæssig opfølgning. Formålet med opfølgningen er at evaluere forløbet med henblik på at styrke patientens tilknytning til arbejdsmarkedet.

5.1.2 *Opfølgning hos kiropraktor og fysioterapeut*

Opfølgning hos kiropraktor og fysioterapeut bør foregå efter en individuel vurdering fx, hvis patienten oplever tilbagefald eller forværring, som patienten ikke kan håndtere uden støtte. Opfølgningen består af undersøgelse og samtale samt eventuel instruktion i øvelsestræning, manuel behandling og generel vejledning i fysisk aktivitet. Patienter som, trods en indsats hos fysioterapeut eller kiropraktor, ikke har effekt af indsatsen, eller patienter, som er uafklaret om egen tilstand, bør anbefales at søge egen læge. Der bør løbende være kommunikation mellem kiropraktor, fysioterapeut og patientens praktiserende læge, blandt andet med henblik på en vurdering af om patienten med lænderygsmarter fortsat kan håndteres i praksissektoren, eller der bør viderehenvises til sygehus eller kommunalt tilbud.

5.2 Opfølgning i kommune

Når en borger har afsluttet et forebyggelse- og rehabiliteringstilbud eller et samlet forløb i kommunen, bør behovet for opfølgning vurderes og planlægges. En plan for det videre forløb skal være koordineret og kommunikeret til både borgeren og eventuelt andre involverede aktører og særligt almen praksis, der har tovholderfunktionen. Endvidere er det relevant at være op-

mærksom på, at der ikke udestår konkrete opfølgningsbehov, som hverken håndteres i kommunen eller hos øvrige aktører.

Derfor bør kommunen vurdere alle procedurer, kommunikationsveje og videnoverleveringer med henblik på, at alle forløb afsluttes hensigtsmæssigt, og at der samles systematisk op på opfølgningsbehov hos borgeren, som er afdækket i løbet af det kommunale forløb (Sundhedsstyrelsen 2016).

Det anbefales, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen efter afslutning af forløb for alle borgere, der er henvist til et kommunalt forebyggelsestilbud af almen praksis. Henvises en borger fra sygehus eller selv henvender sig, sender kommunen også en elektronisk tilbagemelding til almen praksis. Der bør altid ske en tilbagemelding, uanset om forløbet fuldføres eller ej.

6 Organisering

6.1 Arbejdsdeling og ansvar

Disse anbefalinger er baseret på den generelle opgavedeling mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som blandt andet fremgår af sundhedsloven og sundhedsaftalerne samt gældende snitflader og samarbejde med den øvrige praksissektor. Det betyder, at der kan være forskelle regionerne imellem og internt i regionerne og kommunerne.

Siden kommunalreformen har kommunerne haft ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og dele af den patientrettede forebyggelse og genoptræning, hvilket har betydet, at en større og større del af den sundhedsfaglige rehabilitering varetages i kommunalt regi. Dette følger samtidig den generelle udvikling i sundhedsvæsenet med en øget specialisering på sygehusene, kortere indlæggelsestider og nye og mere komplekse opgaver, der varetages i kommunalt regi, herunder den sundhedsfaglige rehabilitering.

Denne udvikling vurderes generelt at være hensigtsmæssig, da en forankring af den sundhedsfaglige rehabilitering i kommunalt regi muliggør en bedre sammenhæng til andre kommunale rehabiliteringsindsatser, herunder ydelser fra forskellige forvaltningsområder, fx på sundheds- og socialområdet.

Hvis borgergrundlaget i den enkelte kommune ikke er tilstrækkeligt stort til, at det er muligt at varetage rehabiliteringsindsatser på det anbefalede niveau og på relevante områder, anbefales det, at indsatsen eller dele heraf varetages i et tværkommunalt samarbejde. Dette kan fx ske ved henvisning til tilbud i en samarbejdskommune eller et løbende samarbejde om faglig sparring, kvalitetssikring, kompetenceudvikling mv. flere kommuner imellem.

På den baggrund anbefales det samlet set, at opgavefordelingen med hensyn til den sundhedsfaglige forebyggelses- og rehabiliteringsindsats til mennesker med kroniske lænderygsmarter, herunder tilbud om sygdomsmestring og fysisk træning, fortsat følger den øvrige udvikling på sundhedsområdet, således at indsatsen i stadig højere grad varetages i kommunalt regi. Der kan dog være særlige lokale forhold, som taler for en anden organisatorisk forankring, fx kommune-størrelse, afstand til sygehus og kompetencer.

Udviklingen bør ske styret og den løbende ændrede opgavefordeling skal aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne.

Det aftales således lokalt i regi af sundhedsaftalerne, hvem der varetager de forskellige dele af behandlingen og rehabiliteringen. Udgangspunktet er:

6.1.1 *Almen praksis*

Praktiserende læge er tovholder for patientens forløb. Den praktiserende læge er ansvarlig for udredning, herunder undersøgelse for komplikationer og komorbiditet, som har betydning for forløbet.

Praktiserende læge varetager eventuel farmakologisk behandling samt manuel behandling og vejledning om træning, arbejdsmæssige forhold og prognose. Vurderingen af kompleksitet er en dynamisk proces, hvor den praktiserende læge i samarbejde med patienten planlægger relevante indsatser.

Den praktiserende læge kan ved behov henvise til øvrige aktører i sundhedsvæsenet, jf. kapitel 5.1.

6.1.2 Praktiserende kiropraktor

Kiropraktorerne kan varetage diagnostik samt henvise til udvalgte billeddiagnostiske undersøgelser på sygehus. Kiropraktor behandler patienter med kroniske lænderygsmærter og/eller symptomforværring, herunder tilbyder træningsvejledning, manuel behandling og vejledning om arbejdsmæssige forhold. Varetagelse af ovenstående indsatser følger autorisationslovens bestemmelser.

Praktiserende kiropraktorer har overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), og patienter kan selv henvende sig til kiropraktor. Der ydes tilskud til behandling uagtet henvisning fra praktiserende læge.

6.1.3 Praktiserende fysioterapeuter

Praktiserende fysioterapeut kan varetage udredning eller dele heraf og udfører behandling af patienter med kroniske lænderygsmærter og/eller symptomforværring, herunder træningsvejledning og manuel behandling. Varetagelse af ovenstående indsatser følger autorisationslovens bestemmelser.

Praktiserende fysioterapeuter har overenskomst med RLTN. Skal patienter opnå tilskud til behandlingen, skal de henvises fra praktiserende læge. Fysioterapeuten har selvstændigt behandlingsansvar og kan tilbyde behandling uden sygesikringstilskud.

6.1.4 Praktiserende reumatologer

Praktiserende speciallæger i reumatologi forestår udredning, eventuelt farmakologisk behandling, manuel behandling og vejledning om arbejdsmæssige forhold.

6.1.5 Sygehuse

I sygehusregi varetages udvidet undersøgelse og eventuel kirurgisk behandling og kan henvise til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Smertecentrene forestår multidisciplinær smertebehandling for patienter med svære smerter. § 79 sygehuse varetager specialiseret rehabilitering.

6.1.6 Kommuner

Kommunerne varetager forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom. Forebyggelses- og rehabiliteringstilbud bør samtænkes med øvrige tilbud i kommunen, herunder træning af hverdagsaktiviteter og brug af hjælpemidler samt arbejdsrettet indsats i jobcenter med henblik på tilknytning til arbejdsmarkedet (for erhvervsaktive borgere).

7 Referencer

- Dansk Selskab for Almen Medicin 2006. Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis.
- Deyo RA, Korff MV, Duhrkoop D. 2015. Opioids for low back pain *BMJ* 2015;350:g6380
- Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. 2017. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst, Rev.*
- Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. 2012. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine*. ;37(11):E668-77.
- Gurcay E, Bal A, Eksioglu E, Hasturk AE, Gurcay AG, Cakci A. 2009. Acute low back pain: clinical course and prognostic factors. *Disability Rehabilitation*, 31(10):840-5.
- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C et al. 2014. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*; 73(6):968-74
- Hüllemann P, Keller T, Kabelitz M, Freynhagen R, Tölle T, Baron R. 2016. Pain Drawings Improve Subgrouping of Low Back Pain Patients. *Pain Pract.* 2016 Jun 23. doi: 10.1111/papr.12470.
- Højgaard B. 2015, KORA. Træning i forebyggelse, behandling og rehabilitering. 2. udgave.
- Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. 2013. Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *European journal of pain (London, England)*, 17(1):5-15.
- Jensen LD, Frost P, Schiøttz-Christensen B, Maribo T, Christensen MV, Svendsen SW. 2011. Predictors of vocational prognosis after herniated lumbar disc: a two-year follow-up study of 2039 patients diagnosed at hospital. *Spine (Phila Pa 1976)* 36 (12): E791-7.
- Jensen OK, Nielsen CV, Stengaard-Pedersen K. 2010. One-year prognosis in sick-listed low back pain patients with and without radiculopathy. Prognostic factors influencing pain and disability. *Spine J.*, 10(8):659-75.
- Komiteen for Sundhedsoplysning. Lær at tackle kroniske smerter (findes på sundhed.dk)
- Lötters F. & Burdorf A. 2006. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain*.Feb;22(2):212-21.
- Marselisborgcentret & Region Midtjylland, 2011. ICF og ICF-CY – en dansk vejledning til brug i praksis.
- Martell BA, O' Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, Fiellin DA. 2007. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med*.2007 Jan 16; 146(2):116-27.

NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (November 2016) Saragiotto BT, Machado GC, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. 2016: Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Systematic Review.

Schiøttz-Christensen B, Nielsen GL, Hansen VK, Schødt T, Sørensen HT, Olesen F. 1999. Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective follow-up study. *Family Practise* 16 (3): 223-232.

Stynes S, Konstantinou K, Dunn KM. 2016: Classification of patients with low back-related leg pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disorder*, 23;17:226.

Sundhedsstyrelsen 2011. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.

Sundhedsstyrelsen 2016. Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed 2015. Sygdomsbyrden i Danmark.

World Health Organization & the World Bank, 2011. World Report on Disability, 2011.

8 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: **Arbejdsgruppens kommissorium**

Bilag 2: **Medlemsliste for arbejdsgruppen**

Bilag 3: **Eksempel på systematisk vurdering med henblik på at afklare status og tidspunkt for planlægning af tiltag – vejledende spørgsmål**

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

Kommissorium for Arbejdsgruppe vedrørende forløbsplaner for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Baggrund

Der er i økonomiaftalen for 2016 med Danske Regioner og KL aftalt, at der skal udvikles forløbsplaner for patienter med kronisk sygdom. Der udarbejdes en forløbsplan for henholdsvis KOL og type 2-diabetes, der skal implementeres i 2016 og for kroniske lænderygsmærter, der skal implementeres fra 2017.

Kroniske lænderygsmærter er hyppigst blandt kvinder og blandt voksne i aldersgruppen 40-80 år. Det anslås, at ca. en fjerdedel af den voksne befolkning har oplevet funktionsevnedættende lænderygsmærter indenfor den seneste måned. Hertil kommer, at de samfundsøkonomiske omkostninger relateret til kroniske lænderygsmærter er betydelige.

Forbedringer på området forudsætter, at kroniske lænderygsmærter diagnosticeres og udredes hurtigst muligt, at der hurtigt iværksættes optimal behandling, herunder forebyggelses- og/eller rehabiliteringstilbud, samt at der sker en systematisk opfølgning og kontrol.

Forløbsplaner

Forløbsplaner er individuelle planer, som tydeliggør, hvilke tilbud og hvilket forløb en patient, der har en given kronisk sygdom, kan forvente. Forløbsplanen udarbejdes i samarbejde med den enkelte patient i almen praksis og skal tilpasses den enkeltes behov, ressourcer og præferencer.

Forløbsplanerne har til formål at give patienter, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom, et overblik over relevante dele af forløbet, der kan klæde patienten bedre på til at håndtere sin sygdom. Planen designes og udfyldes med relevante oplysninger, der understøtter patienten i at have en mere aktiv rolle omkring sin sygdom.

Forløbsplanerne skal også understøtte en mere ensartet praksis ved bl.a. at opdatere de faglige retningslinjer for behandling af KOL, diabetes og kroniske lænderygsmærter (særlig i almen praksis og kommunerne), samt at udarbejde anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at udarbejde retningslinjer for forløbsplaner for udvalgte kroniske sygdomme, herunder for kroniske lænderygsmærter. Retningslinjen er diagnosespecifik og indeholder en vejledning til almen praksis i forhold til udarbejdelsen af den individuelle forløbsplan til mennesker med kroniske lænderygsmærter. Retningslinjen indeholder fx de typiske behandlings- og rehabiliteringsindsatser, som mennesker med kroniske lænderygsmærter kan tilbydes.

Sundhedsstyrelsen udarbejder ligeledes faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter. Anbefalingerne skal udgøre det faglige grundlag for indholdet i retningslinjen for forløbsplaner til mennesker med kroniske lænderygmerter.

I forbindelse med udarbejdelsen af anbefalinger og retningslinje for forløbsplaner for kronisk lænderygmerter etablerer Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen ved at kvalificere og drøfte oplæg i udarbejdelsen af anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med kroniske lænderygmerter, som forventes at indeholde følgende elementer:

- Præcisering af målgruppe, herunder stratificering
- Sundhedsfagligt indhold i forløbsplanen
- Ansvars- og rollefordeling
- Monitorering

Derudover skal arbejdsgruppen rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af Retningslinje for forløbsplan for kroniske lænderygmerter.

Der tilknyttes en ekstern faglig konsulent til at foretage en litteraturgennemgang, der med arbejdsgruppens kvalificering kan bruges som grundlag for indholdet af anbefalinger og retningslinjen.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens sammensætning skal tilgodese, at der samlet set er den fornødne faglige ekspertise, og at der kan opnås opbakning til den organisatoriske forankring af indsatserne.

Arbejdsgruppen er repræsenteret ved følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Dansk Neurokirurgisk Selskab (1)
- Dansk Neurologisk Selskab (1)
- Dansk Ortopædisk Selskab (1)
- Dansk Reumatologisk Selskab (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2)
- Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)

- Danske Patienter (1)
- Danske Regioner/regioner (1 + 2)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- KL/kommuner (1 + 2)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Praktiserende Lægers Organisation (1) (observatør)

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege de regionale og kommunale repræsentanter.

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer. Efter arbejdsgruppens møder udarbejder Sundhedsstyrelsen et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse. Tidsplan for arbejdsgruppens møder fremgår af det fremsendte udpegningsbrev.

Bilag 2: Medlemsliste for arbejdsgruppen

Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. forløbsplaner for mennesker med kroniske lænderygmerter

Dansk Neurokirurgisk Selskab

Overlæge, ph.d. Rachid Bech-Azeddine

Dansk Neurologisk Selskab

Overlæge, MD, ph.d. Helge Kasch (Regionshospitalet Viborg)

Dansk Ortopædisk Selskab

Mikkel Østerheden Andersen (Sygehus Lillebælt, Middelfart)

Dansk Reumatologisk Selskab

Overlæge Finn Hjorth Madsen (Aarhus Universitetshospital)
Gilles Fournier

Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Charlotte Voglhofer
Praktiserende læge Peter Silbye

Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin

Lone Donbæk Jensen

Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut, praksiskonsulent Nils-Bo de Vos Andersen (Region Midtjylland, Regionshuset Viborg)

Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Seniorforsker, kiropraktor Mette Jensen Stochkendahl (Syddansk Universitet)

Dansk Sygepleje Selskab

Ph.d.-studerende Janni Strøm (Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg)

Danske Patienter

Fysioterapeut, Master i Rehabilitering og projektleder Lene Mandrup Thomsen (Gigtforeningen)

Danske Regioner

Konsulent Anne Cederlund Rytter, *fra september 2016*

Konsulent Rikke Gravlev Poulsen, *til september 2016*

Ergoterapifaglige Selskaber

Ergoterapeut, formand for Ergoterapifagligt Selskab Ergoterapeuter i Arbejdsliv Per Stegler Markussen (Professionshøjskolen Metropol)

KL

Konsulent Lone Vinhard

Kommunal repræsentant

Københavns Kommune: Ledende kiropraktor Jan Nordsteen

Regionale repræsentanter

Region Hovedstaden: Funktionsansvarlig overlæge Jesper Nørregaard (Nordsjællands Hospital)

Region Syddanmark: Afdelingschef Frank Ingemann Jensen (Region Syddanmark)

Sundheds- og Ældreministeriet

Fuldmægtig Louise Steiner Bruun til december 2016

Fuldmægtig Anne-Sofie Fanø fra januar 2017

Ekstern konsulent for Sundhedsstyrelsen

Berit Schiøttz-Christensen

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion

Bilag 3: Eksempel på systematisk vurdering med henblik på at afklare status og tidspunkt for planlægning af tiltag – vejledende spørgsmål¹⁸

Den systematiske vurdering baseres på ICF og bør foretages ved hver undersøgelse

Kroppens funktioner

- Smertelokalisation:
 - Lokaliseret vs. generel
 - Udstrålende smerte i dermatom vs. uspecifik
- Neurologisk påvirkning: Quebec
- Hjertekarstatus: ASA
- Metaboliske sygdomme
- Overvægt

Aktivitet

- Fastholde kroppsstilling:
 - Kan sidde, stå
- Løfte/bære:
 - Kan løfte
 - Kan bære
- Ændre kroppsstilling
 - Kan rejse sig fra stol
 - Kan stå ud af seng
- Gå
 - Kan gå over længere afstande
- Lave husligt arbejde:
 - Kan udføre lette huslige arbejdsfunktioner
 - Kan udføre tungere huslige funktioner
- Klarer personligt toilette
 - Klarer selv af og påklædning/
- Gå på toilettet
 - Klarer eget toilette

Deltagelse

- Har lønnet beskæftigelse
- Kan finde/fastholde job
- Kan skabe familiære relationer

¹⁸ Bilag 3 bygger på Sundhedsstyrelsens rapport ICF – Den danske vejledning og eksempler fra praksis (2005)
<https://www.sst.dk/publ/publ2005/sesi/ICFvejl/ICFvejl.aspx?show=meta>

Omgivelser

- Har erhvervsarbejde
- Kan komme til og fra arbejde
- Arbejdspladsen kan tilpasses ved belastningsjustering eller antal arbejdstimer
- Er sygemeldt

Personlighedsfaktorer

- Depression:
 - velbehandlet
 - ikke velbehandlet
- Coping strategi:
 - klarer stress og andre psykologiske krav
 - klarer ikke stress og andre psykologiske krav