

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for menne- sker med kroniske lænderygsmarter

HØRINGSUDKAST 14. DECEMBER 2016

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

Høringsudkast 14. december 2016

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: Kroniske lænderygsmarter, tværsektorielt forløb, behandling, forebyggelse, rehabilitering

Sprog: Dansk

Version: Høringsversion

Versionsdato: 14.12.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
(december 2016).

Høringsudkast

Indhold

1	Introduktion	6
1.1	Formål	6
1.2	Vidensgrundlag	6
1.3	Anvendte begreber	7
2	Population	9
2.1	Forekomst	9
2.2	Målgruppe	9
3	Udredning i primær sektor	12
3.1	Indledende vurdering	12
3.2	Vurdering af patientens samlede funktionsevne ud fra ICF	12
3.3	Samlet vurdering	13
4	Indsatser til patienter med kroniske lænderygsmarter	14
4.1	Planlægning af forløb	14
4.2	Sygdomsmestring	15
4.3	Fysisk træning	17
4.4	Træning i hverdagsaktiviteter	19
4.5	Manuel behandling	19
4.6	Farmakologisk smertebehandling	20
4.7	Operation	21
5	Arbejdsmarkedstilknytning	22
5.1	Indhold i indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning	22
6	Opfølgning	24
6.1	Opfølgning på undersøgelser og behandling	24
6.2	Opfølgning i kommune	25
7	Organisering	26
7.1	Arbejdsdeling og ansvar	26
7.2	Henvisning	27
7.3	Kommunikation mellem aktører	29
8	Referencer	31
9	Bilagsfortegnelse	33
	Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium	34
	Bilag 2: Medlemsliste for arbejdsgruppen	37

Høringsudkast

1 Introduktion

1.1 Formål

Hermed udgiver Sundhedsstyrelsen ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter”.

Anbefalingerne skal medvirke til at øge kvaliteten i udredning, behandling og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud samt opfølgning på forløbet i forhold til mennesker med kroniske lænderygsmærter.

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

1.2 Vidensgrundlag

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

Anbefalingerne bygger således på eksisterende danske kliniske retningslinjer fra de faglige selskaber og Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger samt nationale kliniske retningslinjer og faglig konsensus. Endvidere indgår videnskabelige undersøgelser, ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden i udformningen af anbefalingerne.

Kapitlet om udredning bygger på ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden, da danske retningslinjer, vejledninger mv. primært har haft fokus på akut opståede lænderygsmærter eller generelle smerter i bevægeapparatet.

Kapitlet om indsatser beskriver især non-farmakologisk behandling og rehabilitering. Anbefalingerne for forebyggelses- og rehabiliteringstilbud er primært baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2016). Anbefalingerne vedrørende indhold og intensitet af de beskrevne forebyggelses- og rehabiliteringstilbud er hovedsageligt baseret på ekspertvurdering. (Sundhedsstyrelsen 2016). Farmakologisk behandling beskrives med henvisning til gældende nationale retningslinjer.

Kapitlerne om henvisning samt arbejdsdeling og ansvar bygger på den nuværende arbejdsdeling mellem regioner, kommuner og primærsektoren og som fremgår af sundhedsloven, forløbsprogrammer og sundhedsaftalerne under hensyn til den generelle udvikling i sundhedsvæsenet med øget specialisering på sygehuse og flere komplekse opgaver, der varetages i kommunen. Anbefalingerne er præciseret i forhold til de enkelte aktørers opgave i forhold til at medvirke til et sammenhængende forløb af høj kvalitet, hvilket primært er baseret på ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden.

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

1.3 Anvendte begreber

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

Kroniske lænderygsmarter

Kroniske lænderygsmarter defineres i disse anbefalinger som:

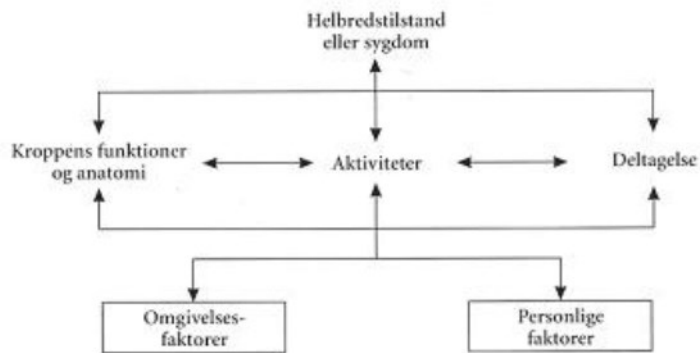
Vedvarende lænderygsmarter af over tre måneders varighed eller recidiverende lænderygsmarter med en samlet varighed over tre måneder gennem det sidste år, som medfører betydelig selvoplevet funktionsevnebegrænsning i et sådant omfang, at patienten ikke kan udføre eller deltage i ønskede aktiviteter.

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.



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.

Mennesker, patienter og borgere

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

2 Population

2.1 Forekomst

Lænderygsmarter er en hyppigt forekommende tilstand, der kan medføre bekymring og begrænset funktionsevneniveau, og som kan have stor betydning for den enkeltes deltagelse i sociale aktiviteter og på arbejdsmarkedet. Udover de store omkostninger for den enkelte, er der store samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med lænderygsmarter. Det estimeres, at de samlede omkostninger til behandling af lænderygsmarter udgør 1,8 mia. kr., ligesom der er store udgifter forbundet med sygefravær. Det estimeres, at sygefravær på grund af rygsmarter udgør 20 pct. af det samlede sygefravær, og produktionstab på grund af rygsmarter udgør 4.8 mia. kr. (Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed 2015).

Omkring 800.000 danskere oplever hvert år rygsmarter (Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed 2015). Sundhedsstyrelsen vurderer ud fra tal i 'Sygdomsbyrden i Danmark', at halvdelen af denne gruppe søger kontakt til egen læge eller kiropraktor, mens cirka 100.000 mennesker henvises til yderligere undersøgelse i speciallægepraksis eller på sygehusafdeling (Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed 2015). Yderligere vurderes det, at 45.000 mennesker henvises til MR-scanning, 100.000 til praktiserende fysioterapeut, mens cirka 10.000 mennesker opereres for et rygproblem (Landspatientregistret, FysioDB).

Andelen af mennesker med akutte eller subakutte lænderygsmarter, som udvikler kroniske smarter kendes ikke med sikkerhed, men estimerer tyder på, at omkring 10 pct. med lænderygsmarter udvikler kroniske og funktionshæmmende smarter (Schjøttz-Christensen et al. 1999; Gurcay et al. 2009).

2.2 Målgruppe

Anbefalingerne omhandler mennesker med kroniske lænderygsmarter. 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 smarter i lænderyg 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.

Karakteristika

Mennesker med kroniske lænderygsmarter er karakteriseret ved at være en inhomogen gruppe med varierende forløb. Nogle oplever varierende smerteintensitet, mens andre oplever tilbagevendende smerteepisoder. Dertil opleves den dertilhørende funktionsevnebegrænsning og kompleksitet af smarter forskelligt og påvirkes af psykiske faktorer som angst og depression og sociale faktorer som socialt netværk. Målgruppen karakteriseres således 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. Fx forventes det at mennesker med smarter, lettere funktionsevnebegrænsning og god egenomsorg har behov for en anden indsats end de, der har flere samtidige udfordringer som komorbiditet, lav egenomsorg og som er i risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kendte prädiktorer for et langvarigt forløb er blandt andet intensitet af smerte og grad af generaliserede smarter, socioøkonomisk status, social støtte, sygemelding af mere end 12 ugers va-

righed, 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, hjælpeløshed, pessimisme samt mestringsstrategier betydning for forløbet.

Endvidere har mennesker med kroniske lænderygsmarter ofte et stort forbrug af smertestillende medicin, og 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).

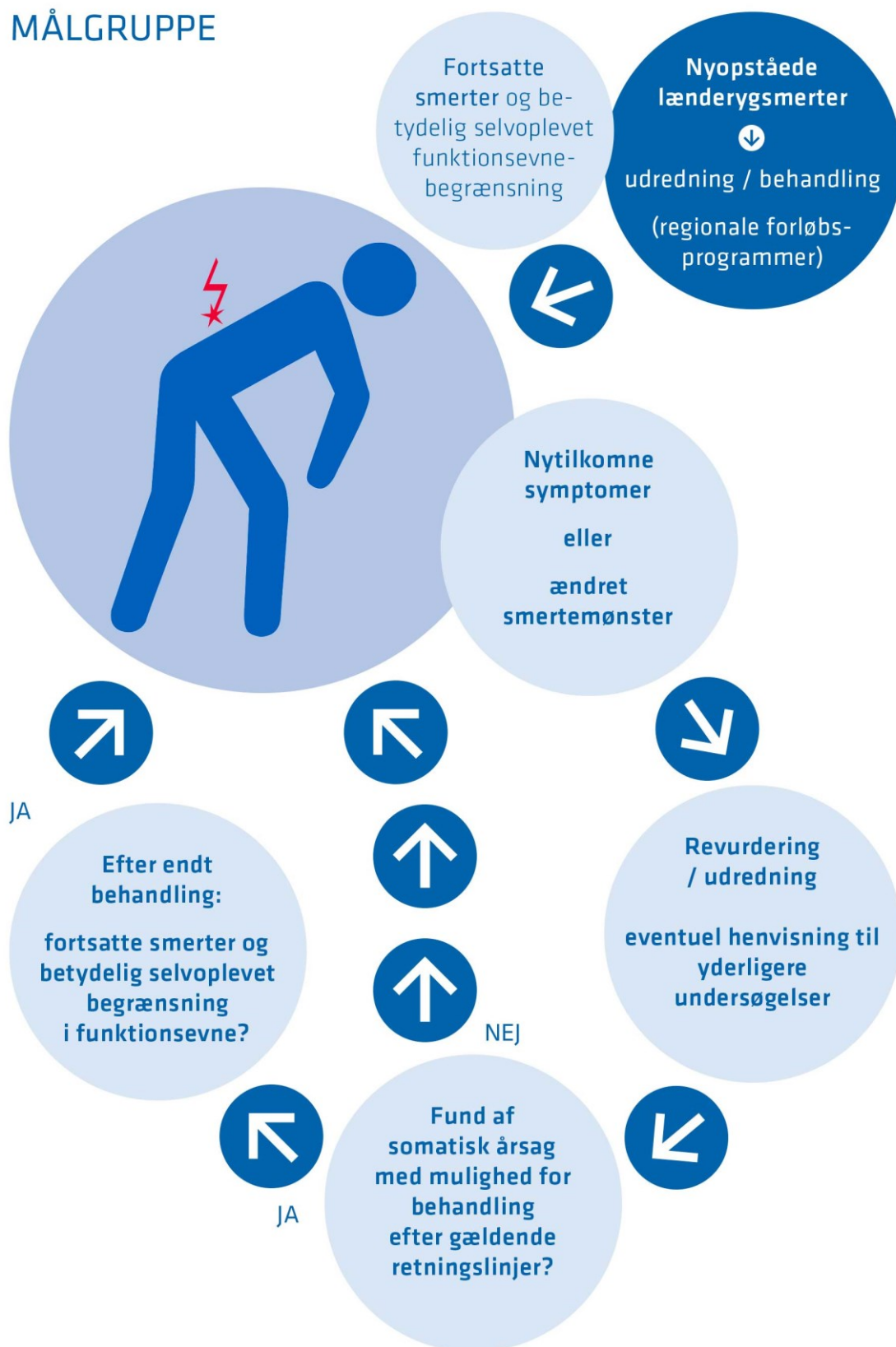
Målgruppen kan overordnet inddeles i to subgrupper med forløb, der har følgende kendetegn:

- Recidiverende forløb, der er kendetegnet ved tilbagevendende episoder med smerteforværring gennem det seneste år, der medfører funktionsevnebegrænsning. I de mellemliggende perioder er funktionsevnen helt eller delvist upåvirket.
- Kroniske forløb, der er præget af vedvarende smerter og funktionsevnetab.

Patienter i målgruppen, der udvikler nyttilkomne symptomer eller får et væsentligt 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.

Figur 2: Målgruppe

MÅLGRUPPE



3 Udredning i primær sektor

3.1 Indledende vurdering

Patienter med kroniske lænderygsmærter bør have været igennem en udredning omfattende anamnese og objektiv undersøgelse, herunder en basal neurologisk undersøgelse hos den praktiserende læge eller en praktiserende reumatolog, inden de bliver en del af målgruppen. For en del af patienterne er dele af udredningen foregået hos kiropraktor. 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 skal tilbydes for enten at lindre lænderygsmærterne, forbedre funktionsevnen eller bidrage til en højere grad af evne til at mestre smærterne 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.

3.2 Vurdering af patientens samlede funktionsevne ud fra ICF

ICF-forståelsesrammen indeholder elementerne 'kroppens funktioner og anatomi', 'aktivitet', 'deltagelse', 'omgivelser' og 'personlighedsfaktorer'¹. Denne ramme kan være med til at give praktiserende læge/kiropraktor/fysioterapeut et overblik over patientens situation og ressourcer.

Kroppens funktioner og anatomi

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

Den objektive undersøgelse bør indeholde aktiv og passiv bevægelse af patienten samt basal neurologisk undersøgelse².

Findes en nyttilkommen somatisk årsag til smærterne, der kræver yderligere undersøgelse og specialiseret behandling, henvises patienten til dette. Årsagerne kan være:

- Mistanke om alvorlig rygpatologi
- Nyttilkomne eller vedvarende smærter med udstråling til et eller begge ben, hvor der ikke er tilstrækkeligt effekt af smertestillende medicin, manuel behandling og/eller retnings-specifikke øvelser
- Gangbesvær tydende på spinalstenose
- Inflammatoriske smærter tydende på immungigt sygdom

¹ I bilag 4 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.

² 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

- Betydelig skoliose.

Aktiviteter

Ved aktiviteter vurderes hvad patienten kan udføre af aktiviteter, hvilket omfatter blandt andet ADL³-funktioner, fx løfte/bære kapacitet, almindelig husarbejde, gangfunktion og personlig hygiejne. Aktivitetsniveauet beskrives primært ved patientens selvoplevede aktivitetsbegrænsning og barrierer herfor. Herefter vurderes det, om der med udgangspunkt i de somatiske fund, patientens psykiske og sociale situation er potentiale for forbedring. Til vurdering af patientens aktivitetsniveau anbefales det at anvende fysiske test og/eller selvrapporterede mål for aktivitetsniveau.

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 rygsmærter, men kan også skyldes andre faktorer, der med fordel kan undersøges. Deltagelse beskrives primært ved patientens egen oplevelse af begrænsning og barrierer for ændring.

Omgivelsesfaktorer

Omgivelsesfaktorerne beskrives ved tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder eventuelt varighed og omfang af sygemelding, mulighed for aflastning på arbejdspladsen og støtte i hjemmet. Andre omgivelsesfaktorer, der har betydning for patientens situation beskrives også, eksempelvis i relation til transport, øvrige familiære situation, andre kommunale indsatser, eller indsatser rettet mod andre komorbiditeter, samt erstatningssager.

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 køn, alder, socioøkonomisk status, livserfaring, civilstatus mv. samt eventuel anden psykisk eller somatisk komorbiditet, har betydning for den enkeltes evne til at håndtere den aktuelle situation, fx depression, angst, overvægt, hjerte- eller lungesygdom (Marselisborgcentret & Region Midtjylland, 2011).

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 lænderygsmærter på baggrund af komorbiditet.

Der bør løbende ske opfølgning med vurdering ud fra ICF-rammen, især når patienten 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 – ledende spørgsmål'.

³ ADL står for Activities of Daily Living og oversættes til 'Almindelig Daglig Livsførelse'.

4 Indsatser til patienter med kroniske lænderygsmærter

4.1 Planlægning af forløb

Planlægningen af indsatser for den enkelte patient skal altid tage udgangspunkt i patientens behov og ressourcer, herunder patientens sociale situation. Det betyder, at ikke alle patienter 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.

Det vil ofte være hensigtsmæssigt at kombinere flere tilbud, men det kan også bestå af enkeltstående tilbud. For patienter med et ukompliceret forløb bør forløbet foregå i almen praksis/hos kiropraktor. Almen praksis kan eventuelt henvise til fysioterapeut. Der bør være kommunikation om behandlingsforløbet mellem de involverede aktører i primær sektor. For patienter med et kompliceret sygdomsbillede med flere samtidige problemstillinger, vil der ofte være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats med løbende kommunikation mellem de inddragede aktører.

Motivation, inddragelse af patienten og pårørende samt fastholdelse af opnåede kompetencer og adfærdændringer er vigtige elementer i forløbet.

Indsatsen for patienter med kroniske lænderygsmærter 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.

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
- arbejdsfastholdelse.

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

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

Som udgangspunkt bør følgende indsatser altid overvejes til patienter med kroniske lænderygsmærter:

- Sygdomsmestring (se kapitel 4.2)
- Fysisk træning (se kapitel 4.3 og 4.4)
- Træning i hverdagsaktiviteter (se kapitel 4.5)
- Manuel behandling (se kapitel 4.6)
- Farmakologisk smertebehandling (se kapitel 4.7)
- Operation (se kapitel 4.8).

De enkelte indsatser er beskrevet i de følgende afsnit og indgår som elementer i figur 3, der illustrerer et samlet overblik over indsatser og aktører i patientforløbet.

Figur 3. Oversigt over indsatser og aktører

INDSATSER



4.2 Sygdomsmestring

Tilbud om sygdomsmestring har generelt til formål at styrke borgeres 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 med udgangspunkt i en afklarende samtale bibringe borgerne viden om og forståelse af deres tilstand, hvilken betydning håndtering af smerterne har for hverdagslivet, herunder betydningen af indøvning 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, herunder 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).

Indsatsen kan ses i sammenhæng med anvendelsen af en kognitiv behandlingsindsats med henblik på at understøtte smertehåndtering og aktiviteter i øvrigt.

Indhold i tilbud om sygdomsmestring

Tilbuddet tilrettelægges struktureret og kan foregå individuelt eller i grupper af borgere, eventuelt med inddragelse af pårørende. Den individuelle undervisning kan bestå af 2-4 lektioner af

cirka 30 minutters varighed, mens holdundervisning kan bestå af 4-8 lektioner af en times varighed (Sundhedsstyrelsen 2016).

Der bør foreligge en beskrivelse af det teoretiske grundlag for indsatsen, herunder evidens, og af den pædagogiske praksis og sammenhængen mellem dem. Tilbuddet skal inkludere pædagogiske strategier, der ikke kun handler om at overføre viden til deltagerne.

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, søvn, stress mv. Dialog om hvordan borgeren selv, og ved hjælp 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.
- Arbejdsfastholdelse: 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 medicinen⁴.
- 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 net-

⁴ Som understøttelse af den information lægen har givet

værk. Tilbud fra hjemmepleje og plejecenter. Kendskab til kommunens tilbud om madudbringning eller hjælp til madlavning i eget hjem mv.

Tilbuddet om sygdomsmestring/smertemestring 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 'Læring og mestrings-kurser', som ikke kan erstatte et tilbud om sygdomsmestring, men kan indgå som et supplement⁵.

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 har ofte effekt på smerter for borgere med kroniske lænderygsmarter og kan alene eller i kombination med andre tiltag bidrage til en reduktion i smerter.

Fysisk træning har ikke kun til formål at reducere smerter, men også at forebygge inaktivitet, livsstilssygdomme og øge funktionsevnen i hverdagen. Det anbefales, at patienter med generaliserende smerter er aktive og kontinuerligt udfører fysisk træning (Sundhedsstyrelsen 2011).

Træning kan foregå i kommunen, hos praktiserende fysioterapeut, kiropraktor på § 79 sygehuse eller patienten kan selv håndtere træning efter opfordring hertil.

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 det kommunale tilbud 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. Borgeren 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

⁵ Underviserne på 'Lær at tackle'- kurserne er peers, hvis uddannelse kvalitetssikres af kommunen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning⁵. På lærings- og mestringskurserne underviser både sundhedsprofessionelle og peers

sædvanlige smerter/gener. 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 handlingskompetencer. 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).

Den individuelt tilrettelagte superviserede fysiske træning kan bestå af ét eller flere af følgende elementer (Sundhedsstyrelsen 2016, Højgaard 2015):

- Aerob træning (konditionstræning, fx cykling, gang/intervalgang, vandtræning eller roing)
- Styrketræning, fx brug af maskiner, egen kropsvægt, frie vægte eller elastikker
- Core stabilitets træning
- Øvelser med motor kontrol træning
- Strækøvelser.

Fysisk træning bør foregå 2-3 gange ugentlig á 30-90 minutter i minimum 6-12 uger, eventuelt med mulighed for efterfølgende selvtræning⁶. Træning bør gennemføres med moderat til høj intensitet, hvor det, ud fra en individuel og patientsikkerhedsmæssig vurdering, er muligt (Sundhedsstyrelsen 2016). I starten af forløbet kan der for borgere med særligt behov, tages udgangspunkt i såkaldt gradueret træning, hvor fysisk træning afprøves ud fra borgerens oplevede muligheder for at gennemføre træningen.

Træningen kan foregå individuelt eller i grupper, men bør være tilpasset til den enkelte borgers smerteniveau, varighed af smerter og generelle forløb.

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. Borgere 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.

Kompetencer

Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og supervisere træningen og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borger. Derudover bør den sundhedsprofessionelle kunne rådgive borgeren om sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen, instruere og rådgive borgeren på en måde, der understøtter fortsat træ-

⁶ Selvtræning er træning der gennemføres af borgeren selv uden supervision, når tilbuddet er afsluttet fx i regi af en idrætsforening eller i et fitnesscenter eller i borgerens eget hjem.

ning 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 af hverdagsaktiviteter 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.

Indhold i tilbud om træning af 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. Ud fra disse mål vejledes og instrueres borgeren i relevante kompenserende arbejdsmetoder og eventuelt fear-avoidance adfærd. Disse består af prioritering af betydningsfulde aktiviteter, planlægning af hverdagen, fokus på tempo, varighed af aktiviteten, indlagte pauser samt hensigtsmæssige arbejdsstillinger.

Kompetencer

For at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede hverdagsaktiviteter til borgere med kroniske lænderygsmarter under hensyn til borgerens funktionsevne, skal den sundhedsprofessionelle have kendskab til og kunne anvende standardiserede redskaber og observationer til vurdering af borgerens funktionsevne og smerteregistrering 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 lænderygsmarter 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 primært som en kortvarig smertelindrende indsats ved opblussen i kendte symptomer. I håndteringen af den stabile, kroniske situation anbefales manuelle teknik-

ker kun som supplement til den øvrige behandlingsindsats, som omfatter patientinformation, sygdomsmestring og i kombination med trænings- eller øvelsesterapi.

Kompetencer

Manipulation af rygsøjleled kan jf. 'Forslag til lov om ændring af 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. Autoriserede sundhedspersoner, der opfylder de krav der stilles til registrerede alternative behandlere samt de krav, der stilles inden for manuel behandling, har tillige ret til at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen⁷. Manipulation af kroppens perifere led, ledmobilisering af ryggen og kroppens perifere led samt bløddelsbehandling kan jf. loven udføres af alle.

Det er Sundhedsstyrelsen opfattelse, at omend risikoen er lille, er der en risiko forbundet med manipulationsbehandling af halsrygsøjlen. Efter Sundhedsstyrelsens vurdering er der således behov for at stille krav til behandlerens faglige kvalifikationer, herunder kompetencer til at vurdere indikationer og kontraindikationer. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at manipulation af nakke og rygsøjle foretages af sundhedspersoner med relevant uddannelse og erfaring. Dette opfyldes som udgangspunkt af læger med relevant erfaring, af kiropraktorer og af fysioterapeuter med efteruddannelse i manipulationsbehandling.

4.6 Farmakologisk smertebehandling

Målet for den medicinske smertebehandling skal være bedst mulig smertelindring (og ikke nødvendigvis smertefrihed, som sjældent opnås), og en for patienten acceptabel balance mellem virkning og bivirkninger. Som udgangspunkt bør patienten kun være i kortvarig farmakologisk smertebehandling. Afhængig af de anvendte lægemidler kan der - udover aftagende virkning - også ses afhængighed og risiko for alvorlige bivirkninger hos mennesker i længerevarende smertebehandling.

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 ordination. Opfølgning kan understøttes af redskaber som smertedagbog og PainDetect, hvor formålet er at identificere smertetyper og til at vurdere effekten af behandling⁸ (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. Indsatsen 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. Rådgivningen skal medvirke til, at patienten undgår provokerende faktorer og holder sig aktiv, da smerteintensitet og tilbagevendingsfrekvens oftest afhænger heraf.

⁷Lovforslaget er endnu ikke vedtaget, men til behandling i Folketinget.

⁸ Et eksempel på smertedagbog findes på DSAM's hjemmeside vejledninger.dsam.dk/media/files/10/funkt-lidelser-bilag4.pdf.

Kroniske lænderygsmarter varierer ofte i intensitet trods igangsat farmakologisk behandling. De gode og dårlige perioder kan være af kortere (timer/dage) eller længere (uger/måneder) varighed. Det er vigtigt at være opmærksom på, i forhold til den farmakologiske behandling, da udsving i den kroniske smertetilstand oftest ikke skal medføre ændringer i den farmakologiske behandling, mens det kan være tilfældet ved akut smerte i den kroniske smertetilstand. Der kan være kroniske smertetilstande med tilbagevendende akutte smerter oven i den konstante kroniske smerte, fx osteoporose med sammenfald af ryghvirvler, hvor der kan være behov for at kombinere principperne for behandling af de kroniske og de akutte smerter.

Den medicinske behandling af kroniske smerter består ofte af en kombination af forskellige orale smertestillende præparater, og omfatter også blokader.

Medicinsk behandling bør til enhver tid foregå i henhold til gældende retningslinjer. Det anbefales, at der i behandlingen vælges det præparat, der har bedst effekt og færrest mulige bivirkninger.

Der findes ikke en national behandlingsvejledning for smertepatienter med et bredt fokus på smertebehandling, herunder både non-farmakologisk og farmakologisk behandling (første- og andet valg af lægemidler og brug af opioider), men der eksisterer en række nationale og regionale anbefalinger vedrørende smertebehandling⁹.

4.7 Operation

Patienter, der har kroniske lænderygsmarter på baggrund af strukturelle forandringer, som fx skoliose, kyfose, spondylolistese, svære degenerative forandringer, spinalstenose eller fraktursequelae, bør vurderes kirurgisk med henblik på relevant operativt tilbud.

Patienter med strukturelle forandringer kan have behov for følgende operationer:

- Fusionskirurgi med eller uden korrektion af eventuel deformitet
- Dekompressions kirurgi med eller uden fusion
- Vertebro/kyfoplastik eller anden operativ frakturbehandling.

Ved operation er det vigtigt at informere om tobaksafvænnings betydning for resultatet af operationen til de patienter, som ryger tobak.

⁹ National Rekommandationsliste (2011), Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), Månedssblad fra IRF (2011): Irrationelt brug af stærke opioider, Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje: Udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, MTV: Smerter – en MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter (2014), To smertemanualer udviklet af henholdsvis Region Midtjylland (2010) og Region Nordjylland (2013).

5 Arbejdsmarkedstilknytning

5.1 Indhold i indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning

Patienter med kroniske lænderygmerter kan være truet på deres evne til at forblive på arbejdsmarkedet på grund af deres symptomer og den deraf afledte funktionsevnededsættelse. For de patienter, 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 patienter med kroniske lænderygmerter, og at det sker i et tværfagligt samarbejde.

Før sygemelding og under 8 ugers sygemelding

Det anbefales, at praktiserende læge initierer igangsættelse af indsatser i forhold til arbejdsfastholdelse for patienter i arbejde, hvor det af patient eller praktiserende læge vurderes at være behov for ekstra støtte, og for patienter med sygemelding under 8 uger, hvor der ikke er igangsat en arbejdsmarkedsindsats i kommunen.

Indsatsen bør igangsættes umiddelbart efter patienten henvender sig og bør udover udredning ud fra ICF bestå af at afdække patientens arbejdssituation – fysisk og psykisk. De fysiske aspekter indebærer bl.a. arbejdsområde, arbejdsmængde, indflydelse på pauser, eventuelt ændrede arbejdsprocedurer. 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.

Med baggrund i viden om patientens arbejdsforhold, lænderygtilstand, barrierer for- og erfaring med fysisk aktivitet bør den praktiserende læge i samtale med patienten, og eventuelt med inddragelse af arbejdspladsen, herefter lave en konkret plan for arbejdsfastholdelse/tilbagevenden til arbejde. Planen bør indeholde initiativer til reduktion af barrierer på arbejdet og en konkret og realistisk plan for, hvordan patienten kan være fysisk aktiv. I perioden frem til opfølgning bør patienten undersøge, hvilke opgaver der kan udføres på arbejdet, og hvilken form for fysisk aktivitet der kan lade sig gøre.

Hvis patienten har ekstraordinært tungt arbejde, der ikke kan modificeres i kortere eller længere perioder, anbefales henvisning til arbejdsmedicinsk klinik med henblik på rådgivning. Det anbefales, at patienter med erhvervsevnetab og anerkendt arbejdsskadesag henvises til rådgivning på Arbejdsmedicinsk Klinik med henblik på videreuddannelse. For flygtninge og migranter med kroniske lænderygmerter 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 hjemmeside¹⁰.

Den praktiserende læge har mulighed for at henvise til jobkonsulent i jobcenter allerede ved truet sygemelding med henblik på at kunne tilbyde støtte og vejledning tidligt i forløbet.

¹⁰ <http://ufm.dk/publikationer/2015/har-du-udenlandsk>

Kommunen kan henvise til Klinisk Funktion¹¹, såfremt der ønskes en afklaring af en borgers arbejdsevne. Ved afklaringen vurderes det, om der er tale om en uafklaret og kompliceret problematik, der kræver tværfaglig tilgang. Med udgangspunkt i udredningen afklares det, om der samtidig bør igangsættes samtaler med borgeren med henblik på at motivere og aktivere borgeren. Kommunen bør inddrages i samtaler med borgeren.

Ved længerevarende sygemelding

Den praktiserende læge bør afklare årsager til sygemelding hos patienten og henvise til kommunal jobkonsulent/jobcenter med henblik på, at patienten vender tilbage til job med eller uden støtteforanstaltninger.

I jobcenteret er forløbet forskelligt, afhængigt af forløbets kompleksitet. I de mest enkle sager kan sagsbehandleren hjælpe patienten i arbejde uden videre foranstaltninger. Sagsbehandleren afklarer senest efter otte ugers sygemelding, om der kan forventes hurtig raskmelding uden yderligere kommunal indsats.

I de mere komplekse sager vurderer sagsbehandleren borgerens tilstand og mulighed for tilbagevenden til arbejde. Efter 22 uger vurderer sagsbehandleren, om borgerens sygedagpenge skal forlænges. Hvis sygedagpengeperioden ikke forlænges, overgår borgeren efter 26 ugers sygemelding til et jobafklaringsforløb og henvises til et rehabiliteringsteam møde. Teamet, der består af socialrådgiver, læge og kommunalt ansat sundhedsfaglig medarbejder, afklarer, om patienten er tilstrækkeligt udredt og eventuelt skal tilbydes andre indsatser for at kunne genoptage arbejdet.

Såfremt patientens tilstand er tilstrækkeligt udredt, vil mødet munde ud i en vurdering af patientens muligheder og skånebehov, som jobcentret bruger i den videre behandling af sagen, med henblik på at få patienten i arbejde. Efter grundig udredning af patientens funktionsevneniveau i forhold til arbejdsmarkedet kan borgeren få tilkendt flexjob eller førtidspension.

I tilfælde, hvor patienten vurderes ikke at være fuldstændig udredt, kan denne henvises til Klinisk Funktion til vurdering. Såfremt der findes somatisk årsag med muligt behandlingstilbud henvises patienten til dette og vil dermed ikke længere være en del af målgruppen i denne anbefaling. Såfremt patienten er afklaret uden fund af mulige behandlingstilbud, vil skånebehov dokumenteres og sagsbehandlingen vil fortsætte i jobcentret.

¹¹ Klinisk Funktion foretager ved første undersøgelse en grundig, men dog fokuseret gennemgang af social- og arbejds historie, tidligere og aktuelle ressourcer, familiære forhold, misbrugsproblematik mv. Det afklares om der er behov for yderligere indhentning af akter, som i givet fald indhentes. Ved anden undersøgelse fokuseres især lægeligt på borgerens helbred og sygehistorie med inddragelse af de oplysninger, der er indhentet ved første undersøgelse. Der foretages en relevant klinisk undersøgelse. Anden undersøgelse er altid lægelig. Der kan blive gennemført yderligere undersøgelser med brug af afdelingens øvrige fagkompetencer hvis det skønnes relevant.

6 Opfølgning

6.1 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 der følges løbende op ud fra patientens behov, og at der følges hyppigere op for særligt sårbare patienter og patienter, der er sygemeldte/i risiko for sygemelding.

Ved opfølgning anbefales det, at der lægges en plan for patientens videre forløb, herunder opfølgning ud fra den enkelte patients behov og eventuel viderehenvielse 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.

Opfølgning kan foretages af enten praktiserende læge, kiropraktor eller fysioterapeut. Nedenfor er beskrevet særligt gældende omstændigheder for de tre faggrupper.

Opfølgning i almen praksis

Patienter, der modtager receptpligtig smertemedicin, bør ses ved receptfornyelse med henblik på at revurdere den samlede indsats. Med henblik på 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 er arbejdsruede/sygemeldt mere end 8 uger, og hvor praktiserende læge har lavet en plan for arbejdsfastholdelse, bør der være regelmæssig opfølgning. Formålet med opfølgningen er at evaluere forløbet med henblik på at styrke patientens tilknytning til arbejdsmarkedet.

Opfølgning hos kiropraktor og fysioterapeut

Opfølgning hos kiropraktor og fysioterapeut bør foregå løbende, samt 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.

Der kan hensigtsmæssigt opstilles en tilbagefaldsstrategi.

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 primærsektoren, eller der bør viderehenvises til sekundærsektoren eller kommunalt tilbud.

6.2 Opfølgning i kommune

Når en borger har afsluttet et forebyggelse- og rehabiliteringstilbud eller et 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 opmærksom på, at der ikke udestår konkrete opfølgingsbehov, 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 opfølgingsbehov med borgeren, de pårørende, almen praksis og sygehus, 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, men ikke til det henvisende sygehus. Der bør altid ske en tilbagemelding, uanset om forløbet fuldføres eller ej.

7 Organisering

7.1 Arbejdsdeling og ansvar

Disse anbefalinger er baseret på den generelle opgavedeling mellem sygehus, almen praksis og kommune, som blandt andet fremgår af sundhedsloven og sundhedsaftalerne. Det betyder, at der kan være forskelle mellem regionerne 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. Endvidere reduceres den organisatoriske variation af hensyn til aktørernes overblik og arbejdsrutiner.

Hvis patientgrundlaget 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 lænderygsmærter, 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:

Almen praksis

Udredning, herunder undersøgelse for komplikationer, henvisning til relevante undersøgelser som en del af udredningen.

Behandling af patienter med kroniske lænderygsmærter med ukomplicerede forløb. Vurderingen af kompleksitet bør være en dynamisk proces, hvor den praktiserende læge i samtale med patienten finder ud af, hvilke indsatser patienten skal tilbydes.

Henvisning til øvrig praksissektor, kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, og regionale smertecentre, rygcentre, rygambulatorier samt § 79 privatsygehuse efter behov.

Den praktiserende læge fungerer som tovholder for patientens forløb.

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 arbejdsmarkedsfastholdelse for de erhvervsaktive.

Sygehuse

Undersøgelser og eventuel (kirurgisk) behandling efter henvisning fra almen praksis i forbindelse med udredning, smertebehandling på smertecenter for patienten med svære smerter. Rehabilitering på § 79 privatsygehuse. Henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, fysioterapeut og kiropraktor efter behov.

Kiropraktor

Udredning, herunder undersøgelse for komplikationer, differentialdiagnostik og henvisning til relevante undersøgelser som en del af udredningen. Behandling af patienter med kroniske lænderygsmarter og eller symptomforværring, herunder sygdomsmestring, træning og eventuel manuel behandling.

Fysioterapeut

Undersøgelse og behandling af patienter med kroniske lænderygsmarter og eller symptomforværring, herunder sygdomsmestring, træning og eventuel manuel behandling.

Praktiserende reumatologer

Udredning, behandling, manuel terapi og vejledning om arbejdsmæssige forhold.

7.2 Henvisning

Hvorvidt og hvornår der bør ske henvisning af patienter med kroniske lænderygsmarter til øvrige sundhedsfaglige- og arbejdsfastholdelsesindsatser i sundhedsvæsenet/kommunen beror på en vurdering af den enkelte patient.

Hvilke henvisningsmuligheder hver af aktørerne i behandlingen af kroniske lænderygsmarter har, fremgår af nedenstående:

Henvisning fra almen praksis

Henvisning til yderligere undersøgelser, behandling, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser bør overvejes både i forbindelse med en indledende udredning og i forbindelse med opfølgning i almen praksis.

Henvisning til kommunale tilbud

Der bør være henvisning til en afklarende samtale i kommunen om relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, 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 aktuell risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet for de erhvervsaktive bør give anledning til overvejelse om henvisning.

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. Indsats i jobcenter kan også indskrives i den kommunale henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Henvisningen bør også beskrive, på hvilken baggrund henvisning til jobcenter sker.

Henvisning til øvrig praksissektor

Almen praksis kan afhængig af egne kompetencer henvise til fysioterapeut eller kiropraktor med henblik på manuel behandling. Henvisning kan overvejes ved langvarige smerter eller ved forværring af smerter hos patienter med et ukompliceret forløb. Herudover kan henvisning overvejes, 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.

I nogle områder af landet kan almen praksis henvise til praktiserende speciallæger i reumatologi.

Reumatologen kan varetage udredning, farmakologisk behandling, herunder blokader, manuel terapi og vejledning om arbejdsmæssige forhold.

For patienter med komorbiditet i form af depression, kan henvises til privatpraktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling¹².

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 behandlingstilbud (Sundhedsstyrelsen 2015).

Henvisning til rygkirurgisk vurdering af patienter med kroniske lænderygsmarter kan overvejes med henblik på stivgørende operation, hvis patienten med kroniske lænderygsmarter:

- 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.

Hvorvidt patienten skal henvises til rygkirurgisk undersøgelse er en individuel vurdering af niveauet for patientens funktionsevnedesættelse, samt hvor meget smertestillende medicin den enkelte skal tage med henblik på at få en sammenhængende hverdag.

¹² 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.

Henvisning til øvrige

Patienter, der er diagnosticerede og færdigudredte med et samtidigt behov for et intensivt tværfagligt rehabiliteringsforløb, kan henvises til § 79 privatsygehuse ud fra visse kriterier.

Henvisning fra kiropraktor

Henvisning til yderligere undersøgelser, behandling, forebyggelse- og rehabiliteringsindsatser bør overvejes både i forbindelse med en indledende udredning og i forbindelse med opfølgning i kiropraktorpraksis.

Henvisning til sygehus

Kiropraktorer har i nogle regioner mulighed for at henvise til MR-scanning eller CT-scanning i forbindelse med udredning af patienter, hvis det vurderes, at der er behov for yderligere billeddiagnostik i udredningen. Kiropraktor kan også i nogle regioner henvise til tværfagligt rygcenter med henblik på yderligere udredning og tværfaglig behandling.

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). Supplerende hertil bør patienter, der skal have foretaget en stivgørende operation, henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud om tobaksafvænnning, hvis de ryger tobak.

7.3 Kommunikation mellem aktører

Samarbejde, herunder kommunikation, mellem de involverede aktører, er essentielt for et godt og sammenhængende forløb for patienter med kroniske lænderygsmærter.

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

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.

Kiropraktor har selvstændig overenskomst med sygesikringen, og patienten kan selv henvende sig til kiropraktoren. Hvis egen læge vurderer, at patienten har behov for kiropraktorbehandling for at bedre funktionsevnen, bør egen læge sende en henvisning til kiropraktor, hvor der orienteres om problemstillingen, og at der er tale om kroniske/langvarige smerter.

Kiropraktor og fysioterapeut

Hvis kiropraktor eller fysioterapeut mistænker patologi, som fx cauda equina eller cancer, eller patienten udviser kliniske tegn på progredierende neurokompression eller depression, bør patienten anbefales at søge egen læge for herigennem at blive henvist til udredning/behandling på sygehus. Patienter som, trods en indsats hos fysioterapeut eller kiropraktor, ikke har effekt, eller patienten er uafklaret om egen tilstand bør også anbefales at søge egen læge. Det anbefales at kiropraktor og fysioterapeut samtidig med patientens samtykke informerer patientens egen læge om fundene.

Vurderer kiropraktor eller fysioterapeut, at patienten har behov for en kommunal forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats, meldes tilbage til egen læge med henblik på en henvisning. Vurderingen bygger på patientens fysiske, psykiske og sociale situation, jf. kapitel 6.1 om henvisning fra almen praksis.

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. Henvisning 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, når patienten er henvist fra den praktiserende læge. 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. 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 anbefales endvidere at orientere praktiserende læge om eventuel henvisning til billeddiagnostik på sygehus.

Sygehuse

Efter indsats på rygcenter, smertecenter eller § 79 privatsygehuse sendes en epikrise til almen praksis. Hvis patienten får foretaget et operativt indgreb meldes ligeledes tilbage til egen læge via en epikrise.

Kommuner

Almen praksis bør altid modtage en tilbagemelding fra kommunen – også for patienter, der henvises af sygehus eller selv henvender sig til kommunen. Der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard.

8 Referencer

- Dansk Selskab for Almen Medicin 2006. Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis.
- Deyo RA, Korff, MV, Duhkoop D 2015. Opioids for low back pain *BMJ* 2015;350:g6380
- Gurcay E, Bal A, Eksioglu E, Hasturk AE, Gurcay AG, Cakci A. Acute low back pain: clinical course and prognostic factors. *Disability Rehabilitation*, 31(10):840-5.
- 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.
- 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. Non-specific low back pain sciatica: NICE guideline short version DRAFT (March 2016)
- Saragiotto BT, Machado GC, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. 2016: Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Systwatic 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.
- Styrelsen for Patientsikkerhed & Sundhedsstyrelsen 2016. Manuel behandling og kiropraktorers forbeholdte virksomhedsområde.
- 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 2015. National Klinisk Retningslinje - Udredning og behandling/-rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

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.

Høringsudkast

9 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 – ledende spørgsmål**

Høringsudkast

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 funktionsevnedssættende 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 lænderygsmærter. Anbefalingerne skal udgøre det faglige grundlag for indholdet i retningslinjen for forløbsplaner til mennesker med kroniske lænderygsmærter.

I forbindelse med udarbejdelsen af anbefalinger og retningslinje for forløbsplaner for kronisk lænderygsmærter 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 lænderygsmærter, 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 lænderygsmærter.

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 lænderygsmærter

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 Stockendahl (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

Ekstern konsulent for Sundhedsstyrelsen

Berit Schiøttz-Christensen

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion

Høringsudvalget

Bilag 3: Eksempel på systematisk vurdering med henblik på at afklare status og tidspunkt for planlægning af tiltag – ledende spørgsmål¹³

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: Quebeq
- Hjertekarstatus: ASA
- Metaboliske sygdomme
- Overvægt

Aktivitet

- Fastholde kropsstilling:
 - Kan sidde, stå
- Løfte/bære:
 - Kan løfte
 - Kan bære
- Ændre kropsstilling
 - 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

¹³ Bilag 4 bygger på Sundhedsstyrelsens rapport ICF – Den danske vejledning og eksempler fra praksis (2005)

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