

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Lene Sønderup Olesen
Sendt: 16. december 2016 12:47
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: VS: Tip til anbefalinger

Fra: Eva Ahrensburg [<mailto:eahr@regionsjaelland.dk>]

Sendt: 15. december 2016 09:06
Til: Lene Sønderup Olesen
Emne: Tip til anbefalinger

Kære Lene,

Jeg har netop skimmet anbefalingerne til forløbsprogrammerne igennem. Umiddelbart tænker jeg, at motivation, erkendelse, relationer og 'tag udgangspunkt i borgerens hverdag' er forudsætninger for at opnå forandring. Og derfor bør stå allerførst.

Jeg vil ydmygt gøre opmærksom på, at på sundhed.dk under apps ligger et værktøj fra Region Sjælland, der er så simpelt og generisk, at det kan anvendes i et- hvert forløb. Både som planlægning/overblik-, dialog- og empowermentværktøj. Findes også i hæfteform – og indtil videre viser test at borgere foretrækker hæftet. Skønheden ligger i det simple og at det tager udgangspunkt i den individuelle borgers behov.

Venlig hilsen

Eva Ahrensburg
Innovationskonsulent

Kvalitet og Udvikling
Alleen 15
4180 Sorø

Mobil +45 93566965

Personlig e-post eahr@regionsjaelland.dk
www.regionsjaelland.dk



Hørringsvar til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter"

Målgruppen er kroniske smertepatienter, men man har valgt en arbejdsgruppe uden personer med særlig viden om smertehåndtering/behandling.

Der tages udgangspunkt i at patienterne/borgerne har været igennem forløbsprogram for akutte lænderygsmarter uden den store effekt, men man anbefaler alligevel sammen behandling f.eks. ved kiropraktor eller fysioterapeut med manuel behandling, på trods af at evidensen herfor er meget sparsom. Det er yderligere nævnt at det drejer sig om en kortvarig effekt. Dette kan dog være svært at forstå når vi snakker om kroniske smertepatienter.

De anbefalinger som der er kommet frem bygger ikke på en gennemgang af litteraturen, men på ekspertviden og praksiserfaring, men med væsentligt mangel på input fra sundhedspersonale som dagligt arbejder med mestring/håndtering af kroniske smerter.

Psykologisk behandling/mestring er kun nævnt meget kort og har ikke et selvstændigt punkt i indsats-afsnittet.

Umiddelbart er det beskrevet at praktiserende læge både skal forestå initial TTA indsats, supervisering af træning samt mestring. Det virker urealistisk at praktiserende læge har mulighed for dette i hverdagen.

I forhold til anbefalingerne for sygdoms mestring/patientuddannelse virker 2-4 lektioner á 30 min (individuel) samt 4-8 lektioner á 1 time (hold), som taget ud af ingenting.

Umiddelbart virker det meget kortvarigt når man tænker på hvor komplekse mange at disse patienter/borgere er. Så hvordan er man kommet frem til denne anbefaling??

I forhold til fysisk træning som et selvstændigt tilbud virker det fint nok.

I forhold til TTA burde man påpege at det er et fælles sundhedsfagligt ansvar at have fokus på TTA-indsatsen. Herunder at gøre forløbene så korte som muligt og støtte patienten/borgeren i at vende tilbage til arbejde med smerter, fordi alternativet er værre.

Beskrivelsen af anbefalingen lyder for mig at se for "nem" i forhold til hvordan det ser ud i virkeligheden. Da patienter/borgere også her ofte er meget komplekse.

Kontaktperson:
Anne Juel Rasmussen
amr@holb.dk
7236 6333

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Christian Møller <christianmartinmoller@gmail.com>
Sendt: 6. januar 2017 16:57
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Cc: Jens Chr.Hedemann Sørensen
Emne: Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter - Frist d. 18/1-17

Kære Janni Stauersbøll Kramer

Tak for det fremsendte.

Vi har i DNKS kun enkelte forslag til ændringer.

På side 29 beskrives et cauda equina syndrom blot som "cauda equina" hvilket ikke er den rette betegnelse.

I samme afsnit står det os ikke klart hvad der menes med neurodepression eller depression. Vi mener at dette udtryk kan fjernes uden at det giver anledning til misforståelser, ligesom vi mener at alle motoriske neurologiske udfald bør vurderes af en læge.

"eller patienten udviser kliniske tegn på progredierende neurokompression eller depression mm"

kan ændres til

"eller patienten udviser kliniske tegn på neurokompression, bør anbefales at søge læge"

Mvh
Chr. Møller
DNKS rygudvalg
CC: Jens Chr. H. Sørensen

Sundhedsstyrelsen

9. januar 2017

Hørings svar på "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter"

Silkeborg Kommune vurderer, at høringsudkastet på Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kronisk lænderygsmærter* indeholder velbeskrevne og fagligt velbegrundede anbefalinger, der fint supplerer *Forløbsprogram for lænderygsmærter*, der blev vedtaget i Region Midtjylland i 2012 og er målrettet forebyggelse af kroniske lænderygsmærter.

Vi finder, der er en hensigtsmæssig systematik i udredningen, som foretages med udgangspunkt i ICF og sikrer, at man kommer godt omkring den enkeltes problematikker. Ligeledes er skitseret en række indsatser, som altid skal overvejes ud fra fundene i udredningen. Disse indsatser sammenholdt med eventuel arbejdsmarkedstilknytning er alle elementer, som kan indgå i den enkelte, unikke persons behov for indsats.

Anbefalingerne beskriver desuden henvisningsveje, som er relevante. Som kommune laver vi altid en elektronisk tilbagemelding til egen læge ved afslutning af et forløb og til hospitalerne, når de er involveret i behandlingen.

Venlig hilsen

Birthe Thoft Knudsen
Specialkonsulent

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Helle Skovgaard <HellesH@faxekommune.dk>
Sendt: 10. januar 2017 13:09
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: høring på anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter

Faxe Kommunes kommentarer til anbefalingerne er, at det er et godt gennembearbejdet materiale, som kommer "godt rundt om borgeren"

Venlig hilsen

Helle Skovgaard
Ledende ergoterapeut
Direkte tlf.: 56202661
Mobil tlf.: 30843309

FAXE KOMMUNE 

Center for Sundhed & Pleje

Træning & Aktivitet
Præstøvej 78
4640 Faxe

Telefon: 56203000
www.faxekommune.dk



Postadresse: Faxe Kommune, Frederiksgade 9, 4690 Haslev

Høringssvar vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Herning Kommunes høringssvar fremgår af dette notat.

Anbefalingerne består af gode faglige overvejelser og forbedringsmuligheder til gavn for borgere i målgruppen. Det bemærkes positivt, at den praktiserende læges rolle samt kiropraktors rolle nævnes flere gange.

Det bemærkes at kommunens "Læring og mestringstilbud" ikke anses som gyldigt tilbud om sygdomsmestring. Der gøres opmærksom på at "Læring og Mestring" er en metode og ikke et tilbud. Vi er derfor ikke enige i den konklusion.

Anbefalingerne er selvfølgelig ikke konkretiseret tilstrækkeligt i forhold til at vurdere de økonomiske meromkostninger, der for kommunen er forbundet med opgaven i implementeringen af anbefalingerne.

Det efterlader kommunen i en svær situation i forhold til den lokale implementering.

Herning Kommune foreslår derfor, at de økonomiske konsekvenser for kommunerne i forbindelse med implementeringen af anbefalingerne i det regionale forløbsprogram beregnes, så der kan medfølge finansiering til kommunens ekstra opgaver.

Med venlig hilsen Louise Theilgaard Nikolajsen, Herning Kommune



TØNDER KOMMUNE

Sundhedsstyrelsen
Planlægning

Kirsten Hansen

Sundhed

Direkte tlf.: +4574929436
Mail: rt1@toender.dk
Sags id.:
29.30.04-P00-1-15

10-01-2017

Hørings svar - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske rygsmerter.

Tønder Kommune har med interesse modtaget Sundhedsstyrelsens Anbefaling for tværsektorielle forløb med rygsmerter til høring.

Tønder Kommune anerkender særligt det gennemgående fokus på at inddrage borgere/patienter i forløbet samt opmærksomheden på at samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet.

Generelt:

Fagligt er anbefalingerne gode, dog savnes der anbefalinger dels om mekaniske undersøgelser og dels behandling/terapi.

Kravene til den kommunale indsats er meget detaljerede (f.eks. på s. 15 nederst), ligeledes er kravene til personalet udførlige, f.eks. at man bør have uddannelse i smertehåndtering og voksenpædagogiske principper.

Omvendt er den praktiserende læges og sygehusets rolle samt indsats mindre detaljeret beskrevet, hvilket kan undre, idet det er her, den primære forebyggelse kan medvirke til at patientens/borgerens sygdomstilstand ikke yderligere forværres.

Ordene "kan", "bør", "skal" nævnes i flæng. Det er svært at vurdere, hvad der er lovgivning (skal), og hvad der er arbejdsgruppens vurdering (kan/bør). Arbejdsdelingen bliver uklar, og dermed bliver det svært at implementere.

Specifikke kommentarer:

S. 12: Dele af udredningen kan også foregå hos fysioterapeuter.

S. 14, 2'nden afsnit: For patienter med et ukompliceret forløb bør forløbet foregå i almen praksis, kiropraktor eller hos en privatpraktiserende fysioterapeut.

S. 20, 3'dje afsnit vedr. manipulationsbehandling: Det er uforståeligt at Sundhedsstyrelsen kun "anbefaler" at den der udfører manipulationsbehandling har en relevant uddannelse, dette bør være et krav. Selvom risikoen kan være lille, kan konsekvenserne være fatale.

Venlig hilsen
Rupatharany Tharmakulasingam
Sundhedskonsulent



Høringssvar, anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter

Høje-Taastrup Kommune tilslutter sig anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter. Vi finder det yderst hensigtsmæssigt, at anbefalingerne bygger på en meget grundig, systematisk og helhedsorienteret tilgang til den store gruppe af borgere, som lever med kroniske lænderygmerter.

Det store fokus på, at borgeren lærer at mestre deres egen sygdom, er meget relevant. Ligeledes finder vi det positivt, at der er stor opmærksomhed på at sikre borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det giver rigtig god mening, at borgere med depression har mulighed for at blive henvist til psykolog via tilskudsordningen. Det er en mulighed, som vi ikke i forvejen havde kendskab til.

Sundhedsstyrelsen

jkr@sst.dk

16. januar 2016

DSAM's hørings svar vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

DSAM takker for muligheden for at få lov til at kommentere på ovenstående udkast.

Overordnet finder DSAM, at problemstillingen omkring patienter med kroniske lænderygsmærter er godt beskrevet. Der lægges vægt på, at det ofte drejer sig om en mange-facetteret og kompleks problemstilling, hvor der er et stort behov for en individuel tilgang. DSAM finder det også vigtigt, at det understreges, at planlægning af forløb skal ske i tæt samarbejde med patient og pårørende og ud fra en samlet vurdering af den fysiske, psykiske og sociale formåen og set i den arbejdsmæssige kontekst.

Det fastslås, at det er praktiserende læge, der er tovholder, hvilket vi finder helt rigtigt og naturligt, specielt fordi det handler om komplekse problemstillinger, der kræver en bred samlet vurdering og en personcentret tilgang, hvilket er almenmedicinske kernekompetencer.

DSAM finder det også positivt med en grundig gennemgang af de forskellige indsatser, der kan tilbydes patienter med kroniske lænderygsmærter.

Imidlertid er der to vigtige områder med relevans for almen praksis, der er uklart formuleret. Det drejer sig om opfølgningen omkring medicinering og receptfornyelse samt praktiserende lægers indsats i forhold til arbejdsfastholdelse. Hørings svaret vil derfor koncentrere sig om disse to forhold, udover nogle enkelte andre kommentarer til sidst.

Opfølgning omkring medicin

Da det drejer sig om patienter med kroniske rygsmerter, som allerede forventes at være udredt iht. regionale forløbsprogrammer vedrørende akutte rygsmerter, er det en patientgruppe som hyppigt får smertestillende medicin, også i lange perioder (år).

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Der lægges i udkastet op til en løbende opfølgning – hvilket er yderst relevant – men der nævnes en tidsangivelse på opfølgning 3-4 uger efter en ordination. Dette bør omformuleres til at gælde i tilfælde af ordination af et nyt lægemiddel. I øvrigt bør den løbende opfølgning være efter behov og tilrettelægges (ligesom de øvrige indsatser) i samarbejde med patienten, ud fra dennes specifikke behov.

Der nævnes også omkring receptordination, at patienter bør ses ved receptfornyelse. Hvis det betyder, at patienten skal fremmøde til konsultation, hver gang der skal skrives en recept, kan det hurtigt blive et unødvendigt overforbrug af ydelser. I stedet bør der stå, at vurderingen skal ske efter behov. Ved behovsvurderingen indgår såvel patientforhold, fx behovet for smertelindring og patientens resurser, og forhold omkring medicinen, fx hvor meget der gives, og hvor stor risikoen er for bivirkninger.

Plan for arbejdsfastholdelse

Der lægges i udkastet op til, at det primært er praktiserende læger, der er ansvarlige for at lave en plan for tilknytning til arbejdsmarkedet ud fra en detaljeret gennemgang af arbejdspladsforholdene, faktisk allerede før en sygemelding.

Den praktiserende læge/klinikken vil typisk have et godt kendskab til patienter med kroniske lændesmerter og gennem mange og sædvanligvis korte konsultationer have fået en overordnet forståelse for patients begrænsninger i funktioner, dels daglige funktioner i hjemmet og problemer i relation til arbejdet.

Dette beskrives i udkastet som, at lægen skal bruge elementer fra ICF i vurderingen, hvilket umiddelbart ligger i forlængelse af praktiserende lægers forståelse af problemerne ud fra biologiske, psykologiske og sociale forhold. Men det skal understreges, at det ikke må forstås som et krav om en konkret skemamæssig gennemgang, men en tilgang, hvor lægen har kendskab eller spørger ind til forhold omkring funktionsevne, og lader det indgå i den individuelle vurdering.

DSAM er bekymret for afsnittet omkring arbejdsfastholdelse, fordi der lægges op til en meget detaljeret og konkret vurdering af funktionsevne og barrierer inden og under sygemelding. Her vil vi i stedet pege på behovet for at styrke samarbejde med andre fagpersoner, fx ergoterapeut, fysioterapeut, jobkonsulent og ikke mindst muligheden for henvisning til arbejdsmedicinsk afdeling, hvis man ønsker en så detaljeret funktionsbeskrivelse. Hele samarbejdet med arbejdsmedicinsk afdeling mangler i øvrigt en grundig beskrivelse i relation til de tværsektorielle forløb.

Der nævnes, at den praktiserende læge bør gennemgå en lang række konkrete forhold fx arbejdsmængde, indflydelse på pauser, mulighed for ændrede arbejdsprocedurer, forhold til ledelse og kollegaer, muligheder for tidsbegrænsede ændringer i fysisk tyngde af arbejde og vurdering af skånsomme arbejdsstillinger. Det kan være relevant, at lægen kommer ind på disse forhold i NOGLE konkrete situationer, ikke mindst i forbindelse med at der skrives attester omkring sygemelding eller andre attester som led i det lægelige-kommunale arbejde, samt i forbindelse med mulighedserklæringen, som netop lægger op til, at arbejdstager og arbejdsgiver taler muligheder og begrænsninger igennem, men det kan dog IKKE være et fast krav hos ALLE patienter før sygemelding og under 8 ugers sygemelding, som der lægges op til.

Dels kan en så fast og skematisk fremgangsmåde ikke tilpasses de almindelige korterevarende konsultationer hos den praktiserende læge, dels skønnes den detaljerede gennemgang af arbejdsfunktionerne at være fejlplaceret hos egen læge, fordi de funktionsevnebedømmelser, der kræves, er langt bedre varetaget af andre fagpersoner.

Det foreslås derfor, at lægen ved behov kan henvise til en konkret gennemgang af arbejdsforholdene og mulige begrænsninger på en arbejdsmedicinsk afdeling eller i kommunalt regi, fx hos en fysio- eller ergoterapeut eller evt. jobkonsulent med afsæt fx i jobcenteret. Dette forudsætter dog, at der beskrives entydige henvisningsmuligheder, og at lægen får en tilbagemelding fra kommunen til anvendelse i evt. senere attestarbejde og patientrådgivning. Lægen skal selvfølgelig bidrage med sit overordnede kendskab til problemstillingen og de barrierer, der måtte være.

Øvrige kommentarer

Tilbage melding fra kiropraktorer

Der bør være krav om, at kiropraktorer skal give en tilbage melding til praktiserende læger ved behandlingsafslutning, og især bør der være krav om oplysninger om billeddiagnostiske undersøgelser, når kiropraktorer har mulighed for at bestille disse. I udkastet lægges det kun op til, at det 'anbefales'.

Tilbage melding er imidlertid en nødvendighed, hvis egen læge skal være tovholder, og det er afgørende for at undgå dobbeltundersøgelser, resursepild og fragmentering af forløbene.

Krav til kommunale funktioner

Det ville være ønskeligt, at der var en beskrivelse af hvilke funktioner, der som minimum SKAL være tilgængelige i en kommune, og som praktiserende læger skal kunne henvise til. Fx tilbud om rygskoler, der underviser i mestringskompetencer, trænings-tilbud osv. I mange kommuner er disse forhold heldigvis på plads, men det fremstår som noget kommunerne KAN tilbyde, og som skal forhandles lokalt. Det skal endvidere anbefales at tage afsæt i erfaringer fra de forløbsprogrammer for lænderyg, der aktuelt pågår i de forskellige regioner mhp. at styrke evidensgrundlaget for indsatserne, herunder at have særligt øje for, at disse ikke medvirker til ulighed i sundhed, som fx beskrevet i foreløbige erfaringer fra Region H (se sundhed.dk - [Idékatalog mod større lighed i sundhed](#) punkt 6).

Med venlig hilsen



Anders Beich

Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Signe Schertiger <ssc@star.dk>
Sendt: 16. januar 2017 13:02
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: VS: Høring vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter - Frist d. 18/1-17

Kære Janni

Vi har i Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering faldet over, at beskrivelserne af jobcenterets rolle i afsnit 5, s.22-23 er lidt upræcise, og har derfor indsat en række bemærkninger med forslag til en alternativ måde at skrive det. Herudover har vi ingen yderligere bemærkninger.

Mvh Signe

Signe Schertiger

Fuldmægtig
Arbejdsmarkedsfastholdelse

Direkte telefon: 7221 7442
E-mail: ssc@star.dk



**Styrelsen for
Arbejdsmarked og Rekruttering**
Njalsgade 72 A
2300 København S.
Tlf.: +45 7221 7400
Sikker e-mail: star@star.dk
Hjemmeside: www.star.dk

**Danish Agency for
Labour Market and Recruitment**
Njalsgade 72 A
2300 København S.
Phone: +45 7221 7400
Secure e-mail: star@star.dk
Website: www.star.dk

 Pas på miljøet - udskriv kun denne e-mail, hvis det er nødvendigt

Fra: Janni Stauersbøll Kramer [<mailto:JKR@SST.DK>]

Sendt: 14. december 2016 11:52

Til: Børne- og Socialministeriet; Dansk Neurokirurgisk Selskab; Dansk Neurologisk Selskab; Dansk Reumatologisk Selskab; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik; Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Ergoterapeutforeningen; Ergoterapifaglige Selskaber; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Giftforeningen; KL; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Socialstyrelsen; Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; albertslund@albertslund.dk; assens@assens.dk; balkom@balk.dk; brondby@brondby.dk; dragoer@dragoer.dk; epost@frederikssund.dk; favrskov@favrskov.dk; fmk@faaborgmidtfyn.dk; fredensborg@fredensborg.dk; Fredericia Kommune (kommunen@fredericia.dk); furesoe@furesoe.dk; gentofte@gentofte.dk; glostrup.kommune@glostrup.dk; gribskov@gribskov.dk; Halsnæs Kommune (mail@halsnaes.dk); herlev@herlev.dk; hillerod@hillerod.dk; hjoerring@hjoerring.dk; Holbæk Kommune (post@holb.dk); horsens.kommune@horsens.dk; hvidovre@hvidovre.dk;

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 funktionsevnedssættelse. 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 forbindelse med

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 sygdom Den praktiserende læge bør afklare årsager til sygdom 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 sygdom, 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 sygdom til et jobafklaringsforløb og henvises til et rehabiliteringsteam. 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 oplysninger, 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.



Hørings svar fra Region Nordjylland vedrørende ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter”

Der er generelt ros til de nye anbefalinger, som kommer rigtig godt omkring involvering af de forskellige aktører, og udtrykker en rehabiliterende / helhedsorienteret tilgang gennem bl.a. at benytte ICF som udgangspunkt. Der er således kun enkelte kommentarer til høringsmaterialet

Generelle kommentarer

Det står dog ikke umiddelbart klart, om almen praksis har et grundlæggende kendskab til ICF, idet det er et begreb, som i højere grad har været benyttet indenfor andre faggrupper, som især terapeuter?

Det er omfattende og komplekse problemstillinger, der her laves anbefalinger for. Kommunerne har et meget stort arbejde, og det vil givetvis kræve en del ekstrauddannelse til dem, der skal undervise kroniske smertepatienter. Kan denne opgave løftes i dette regi?

Monitorering - der er i høringsudkastet ikke nævnt noget om, hvordan indsatserne monitoreres og evalueres?

Tekstnære kommentarer

S. 12 øv. Omkring den indledende vurdering; Er det overvejet, om de praktiserende fysioterapeuter kan have andel i dette, fx gennem den udvidede lænderygundersøgelse?

Det vurderes helt rimeligt med udredning og opfølgning i primær sektoren, og at praktiserende læge er tovholder. Dog er under afsnit 3, "udredning i primær sektor" beskrevet en omfattende og meget tidskrævende vurdering af patientens samlede funktionsevne. Det fremgår ikke i teksten, men det forventes næppe at dette foregår ved almindelig konsultationer, men i en attest til Kommunen?

S. 13 under "aktiviteter"

Hvilke test kunne eksempelvis anvendes til vurdering af patientens aktivitetsniveau?



Figuren side 15 giver et godt billede på de indsatser der kan relatere sig til patienter med kroniske lænderygssmerter, men der er et par steder i teksten, hvor man tænker, at der mangler noget; Fx på s. 17 i andet sidste afsnit, hvor der står ...også efter det kommunale tilbud er afsluttet... - ovenfor har der lige stået, at fysisk træning kunne foregå flere steder, og så lyder det her, som om der er tale om et kommunalt tilbud?

Det nævnes under pkt.4.4 træning i hverdagsaktiviteter, at de sundhedsprofessionelle skal kunne håndtere psykiske faktorer – hvorfor er det ikke nævnt under fysisk træning? Tænker det nok er en generel kompetence blandt de sundhedsprofessionelle, der arbejder med denne målgruppe?

s. 20 Farmakologisk smertebehandling;

Godt at der lægges op til at patienten kun bør være kortvarigt i smertebehandling, og løbende opfølgning herpå. Det er vigtigt for den enkelte patient, at have en strategi for behandling af smerter, som både inddrager det farmakologiske, mens også den non-farmakologiske smertebehandling.

s. 24 sidste afsnit;

Det kommer til at fremstå, som om det kommunale tilbud ikke er en del af tilbuddene i primærsektoren.

s. 28 øv. "Indsats i Jobcenter kan indskrives i den kommunale henvisning.."

Er der her tale om en ny praksis, som skal implementeres i almen praksis? Tror ikke det har været praksis, at gøre det på den måde her i Region Nordjylland.

s.29 midt, Henvisning fra sygehus

Henvisning fra sygehus kan også ske i form af en genoptræningsplan, hvis det vurderes, at patienten har en funktionsnedsættelse (uanset om der er tale om operation eller ej skal lægen vurdere et muligt genoptræningsbehov). En henvisning til genoptræning kan sagtens suppleres med de rehabiliterende tilbud / forebyggelsestilbud der i øvrigt findes i kommunerne.

På Region Nordjyllands vegne

Med venlig hilsen

Lars Lejbølle
Konsulent

Træning og Rehabilitering
Langgade 57
4780 Stege
Tlf. 55 36 28 75
Fax 55 36 28 73
traening@vordingborg.dk
www.vordingborg.dk

Trine Nordentoft
Træning og Rehabilitering
Mobil 29 46 19 78
tnor@vordingborg.dk

Hørings svar fra Vordingborg Kommune

Anbefalingerne omhandler mennesker med kroniske lænderygsmarter, defineret som smerter udover 3 månederne eller 3 måneder i alt gennem 1 år, med betydelige funktionsevnebegrænsninger og som udgangspunkt må forventes, at have været gennem et forløbsprogram.

16. januar 2017

3 måneder synes ikke af meget dels i betragtning af sygdommens kompleksitet, men også med den forventede varighed af forløbsprogrammerne in mente.

Det synes umiddelbart tvivlsomt, at en patient har været hele vejen gennem et forløbsprogram fra symptomerne er opstået og 3 måneder frem.

Og da forløbsprogrammer, på trods af de regionale forskelle, skal spille tæt sammen med disse anbefalinger, ville en endnu tydeligere sammenhæng/gensidighed være ønskelig. Desuden bør det overvejes yderligere om det at hensyn til selvforståelse/stigmatisering er hensigtsmæssigt at benævne tilstanden som kronisk allerede efter 3 måneder.

Det fremgår af arbejdsgruppens kommissorium, at de skal præcisere målgruppe, herunder stratificering.

Der savnes i den forbindelse en lidt mere klar beskrivelse af, hvornår der skal henvises til privat praktiserende fysioterapeut eller kiropraktor og hvornår der henvises til kommunes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Ordet "kompleksitet" er anvendt, men ikke defineret yderligere, men det er vel sjældent, at det er ukompliceret at have haft ondt i ryggen i mindst 3 måneder eller tilbagevendende i et funktionsbegrænsende omfang.

Oplevelse fra en kommunal synsvinkel er, at en indikator for et kommunalt tilbud kan være patientens villighed til at betale for egen behandling - økonomi kan altså i praksis være en begrænsende motivationsfaktor for at modtage sin behandling i privatpraksis og henvises derfor i stedet til et kommunalt tilbud.

Med venlig hilsen

Trine Nordentoft
Leder af Træning og Rehabilitering

NOTAT

Den 16. januar 2017

Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

Skive Kommune ønsker at afgive høringssvar angående Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter.

Indledningsvist skal det bemærkes, at anbefalingerne generelt er anvendelige og klart beskrevet.

Monitorering

Der nævnes i anbefalingerne ingen retningslinjer for monitorering. Da der i det hele taget ikke er udgivet anbefalinger der vedrører monitorering af borgere der behandles for kroniske lænderygsmarter, mangler også lokalt overordnede retningslinjer for effektmåling. Der er mange forskellige faktorer der spiller ind i forløbet for denne gruppe af borgeres vedkommende og idet der ikke laves statistik på årsager og virkninger, mangler der viden om effekten af indsatsen.

Henvisninger til forløb

Lokalt er erfaringen, at der primært henvises til det kommunale forløb for borgere med lænderygsmarter fra praktiserende læger. De få henvisninger, der kommer fra sygehuset, vedrører § 140 (genoptræningsplan) og beskriver behovet for træning og altså ikke en multifacetteret indsats med fokus på hverdagsaktiviteter, arbejdsmarked, smertehåndtering og psykolog.

Koordinering

I kommunalt regi anvendes både forløbsprogrammer og anbefalinger som retningslinje for indsatsen, det er derfor vigtigt, at retningslinjer og anbefalinger koordineres.

**Social og
arbejdsmarkedsforvaltningen**
Sundhedsafdelingen

Torvegade 10
7800 Skive
Tlf: 9915 5500
Fax:
CVR-nr.: 29189579
sk@skivekommune.dk
www.skive.dk

Reference.: 779-2015-38868

Henvendelse til:
Ellen Christensen
Direkte tlf. 99156667
ELCH@skivekommune.dk

Notat

Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning
Kopi til KL
Fra Gerda Jakobsen
Sagsnr./Dok.nr. 2016-073619 / 2016-073619-9

Sundhedsstrategisk Team
Sundheds- og Kulturforvaltningen
Danmarksgade 17
9000 Aalborg
Init.: GJ

17-01-2017

Aalborg Kommunes hørings svar vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Generelt er det en meget gennemarbejdet og relevant beskrivelse af anbefalinger af indsats målrettet borgere med kroniske lændesmerter. Anbefalingerne og fokuspunkterne har et særdeles relevant indhold, og vil helt klart kunne bidrage til at løfte kvaliteten i udredning, behandling, forebyggelse og rehabilitering samt opfølgning.

Der lægges i beskrivelsen stor vægt på en velfungerende kommunikation mellem aktørerne ved overlevering og ved afslutning. Det brede samarbejde mellem aktørerne og fokus på borgers hverdagsliv, herunder indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning er en styrke i beskrivelsen, godt understøttet af ICF som vurderingsredskab.

Anbefalingerne lægger vægt på hyppigere opfølgning hos de særligt sårbare borgere. På den måde vil anbefalingerne understøtte en højere grad af lighed i sundhed, og skabe fokus på, at indsatser gives til de borgere med størst behov. Derfor er det godt, at der er givet et eksempel på en systematisk vurdering ud fra ICF gennem bilag 3 (i noten bilag 4). Dette bilag vil blive et vigtigt notat til udbredelse af anvendelsen af ICF som forståelsesramme til borgere med kroniske lændesmerter. Derfor anbefales, at bilaget bliver mere udtømmende og gennemarbejdet med flere spørgsmål, der kunne afdække ressourcer og barrierer inden for alle elementer i ICF vurderingen - kroppens funktioner, aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. På denne måde bliver den mest sårbare gruppe identificeret gennem beskrivelse af comorbiditet, netværk, handlingskompetencer til egenomsorg mv.

Desuden må det være en misforståelse, når der i bilaget står **personlighedsfaktorer** og ikke **personlige** faktorer.

Vedrørende forebyggelses- og rehabiliteringstilbud er det godt, at se sammenhængen over til de generelle anbefalingerne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. I denne beskrivelse er fremhævet rygestopindsats for at fremme resultatet af operationer. Man kan med fordel spørge ind til både ryge- og alkoholvaner, ligesom der bliver spurgt ind til overvægt, fysisk aktivitet, stress og depression. En beskrivelse af de generelle livsstilsfaktors betydning for kroniske lænderygsmærter kunne derfor uddybes mere i anbefalingerne om den helhedsorienterede indsats.

Borgerne kunne sideløbende med anden indsats henvises til, eller selv rette henvendelse til, Et kommunalt sundhedscenter. Det ville være godt at fremhæve denne mulighed for de private aktører i anbefalingerne.

Det er en lægeligvurdering, om der skal henvises til rygkirurgisk undersøgelse. Dog er der generelt i tiden et stort fokus på mere træning frem for operation. Mange med kroniske lændesmerter har fortsat ondt efter en operation. Dog kan mange borgere være meget optaget af, at få tilbudt en operation. Derfor vil det være godt, om der stod lidt mere i anbefalingerne om denne problematik.

Anbefalingerne giver i afsnittet om opfølgning et særligt ansvar til kommunerne om at systematisk at vurdere opsamlingsbehov med borgeren, de pårørende, almen praksis og sygehuset, som er afdækket i løbet af det kommunale forløb.

Anbefalingerne beskriver konkrete anbefalinger for individuelt tilrettelagt superviseret fysisk træning i 2-3 gange om ugen i 30 - 90 min i 6-12 uger, samt at den anbefalede holdstørrelse er på 6 – 8 uger. Det er godt med klare anbefalinger, så der opnås den ønskede effekt af indsatsen. Det skal dog bemærkes, at forebyggelsestilbud jf. sundhedslovens § 119 ikke er en "skal" opgave for kommunerne og at kommunerne selv sætter serviceniveauet for rehabiliteringsindsatser efter Servicelovens § 86. Det gøres således opmærksom på, at tilførsel af ekstra midler via DUT, er en forudsætning for fuld implementering af disse anbefalinger om systematisk opfølgning og en systematisk indsats for borgere med kroniske lændesmerter.

Nedenstående er forslag til konkrete rettelser og tilføjelser i skrivelsen:

- Udvidet beskrivelse af funktioner fx Klinisk Funktion og § 79 hospital/sygehus og flere henvisninger til lovgrundlag.
- S. 14. Hvordan sikrer vi bedre samarbejde med øvrige aktører? Eventuelle forslag: Se adgang i hinandens journalsystemer, muliggør/effektuer Advis/edifact ml sygehus/kommune/privat leverandører etc.
- S.15 Kommunale tilbud indeholder i den grad også Manuel terapi. Kommunale tilbud bør også figurere under boblen "Manuel Terapi" i figur 3.
- S. 25 Hvordan sikres tilbagemeldingen til almen praksis samt andre aktører, som er et kommunalt myndigheds ansvar nu. Ønsker almen praksis/sygehus tilsendt journal samt status for forløbet? Eller bør Journalen/status i stedet gøres offentlig for de involverede parter evt. i form af se adgang i hinandens journalsystemer.
- S. 27 Under punktet "Kommuner" bør der tilføjes: "Undersøgelse og behandling af patienter med kroniske lænderygsmerter og eller symptomforværring, herunder sygdomsmestring, træning og eventuel manuel behandling".
- S. 27 under punktet "Henvisning til kommunale tilbud", bør der også fremgå de punkter der er beskrevet s. 28 under punktet "Henvisning til øvrig praksissektor". Dette er arbejdsområder, der også leveres i de kommunale tilbud.
- S. 28 nederst bør også (som på s. 29) fremgå at patienten bør henvises til rygkirurgisk vurdering evt. via læge, såfremt patienten viser tegn på patologi, som fx cauda equina eller cancer, eller hvis patienten udviser kliniske tegn på progredierende neurokompression eller depression.
- S. 30 øverst. Borger kan også på egen hånd søge om et kommunalt træningstilbud via visitationen i myndighed.



Sundhedsstyrelsen
jkr@sst.dk

KL's høringsvar vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske længerygsmærter

KL fremsender hermed bemærkninger til udkast vedrørende anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter, som Sundhedsstyrelsen har sendt i høring den 14. december 2016.

KL hilser anbefalinger velkommen og vurderer, det er et værktøj, som kan være til nytte blandt de sundhedsprofessionelle og andre i kommunerne, som er i kontakt med borgere med denne tilstand, anbefalingerne bidrager til at tegne en retning for den fremtidige udvikling, hvor kommunerne forventes at få en større rolle i forhold til den rehabiliterende og forebyggende indsats.

KL anerkender, at det er en svær opgave at udarbejde faglige anbefalinger til en subgruppe af borgere med lænderygsmærter, som årligt generer store samfundsmæssige omkostninger til behandling og sygefravær. Det har derfor også stor relevans, at anbefalingerne sammenfatter eksisterende kliniske retningslinjer suppleret med faglig konsensus og ekspertskøn.

Rapporten har foretaget en afgrænsning af målgruppen, således at den omfatter mennesker med kroniske lænderygsmærter, som bl.a. er karakteriseret ved at være en inhomogen gruppe med varierende forløb og behov og multifaktorielle barrierer for at opnå forbedret funktionsevne. Rapporten afgrænser ikke målgruppens størrelse og dermed kommer rapporten heller ikke med et estimat for, hvor mange borgere som vil kunne forventes at skulle modtage et konkret forløb herunder en kommunal indsats, hvilket gør det vanskeligt for kommunerne at foreholde sig til opgavens omfang.

Overordnet savner KL, at anbefalingerne i højere grad kommer med konkrete løsningsforslag til, hvordan udfordringerne med effektiv kommunikation og koordination kan håndteres på tværs af aktører. Dette er en særlig udfordring, da borgere med kroniske længerygsmærter har forskellige indgange til sundhedssystemet og flere aktører samarbejder ofte om borgerens forløb.

Dato: 11. januar 2017

Sags ID: SAG-2016-01985
Dok. ID: 2297516

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



Dokumentets anbefalingerne indeholder gode beskrivelser af indsatserne, med undtagelse af operation. Konkret i forhold til anbefalingerne om forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunerne, er de primært baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. KL støtter overordnet op om de anbefalinger, men der er brug for at tilføje, at målgruppen adskiller sig afgørende fra de andre kroniske sygdomme, idet smerterne er omdrejningspunktet for patienternes funktionsnedsættelser og sygdomsmestring, hvilket ikke er tilfældet for patienter med KOL og diabetes. Det bør derfor fremgå, at anbefalingerne for forebyggelsestilbuddene kan have en begrænset overførbare til denne målgruppe.

KL kan ikke sikre en implementering af anbefalingerne i landets 98 kommuner, da det er en "kan opgave" i kommunerne jf. Sundhedsloven § 119. For at sikre en varetagelse af opgaven vil der også være behov for og der tilføres yderligere økonomi end de 183 mio. kr., der er afsat til forbedring/kvalitetsudvikling af de eksisterende forløb for diabetes og KOL.

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak
Kontorchef

Dato: 11. januar 2017

Sags ID: SAG-2016-01985
Dok. ID: 2297516

E-mail: LVI@kl.dk
Direkte: 3370 3563

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Glostrup Kommune – Høringssvar vedr. anbefalinger for tværasektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

16. januar 2016

Side	Glostrup Kommunes kommentarer
Generelle kommentarer	<p>Anbefalingerne er et rigtig godt og længe savnet supplement til "Forløbsprogrammet for lænderyglidelser", der primært henvender sig til borgere med akut opståede lænderygsymptomer.</p> <p>Anbefalingerne henvender sig en gruppe af borgere, som der hidtil har manglet målrettede tilbud til. Det vil derfor i Glostrup Kommune forårsage en udvidelse af nuværende og gældende kvalitetsstandard – og dermed øge udgifterne til især træningsområdet – men med en forhåbentlig samlet besparelse samlet set og på den lange bane.</p>
3.1 Side 12 – afsnit 2 4.1 Side 14 – afsnit 2	<p><i>"Det er den praktiserende læge, der er tovholder for patientens forløb, men det gælder for alle aktører at der bør være en opmærksom på den enkelte patients samlede forløb"</i></p> <p><i>"For patienter med flere samtidige problemstillinger, vil der ofte være behov for en tværfaglig og tværasektoriel indsats med løbende kommunikation mellem de inddragende aktører"</i></p> <p>For at sikre konstant inddragelse af borgeren og kommunikationen internt i kommune og eksternt til sekundær sektor/ private sundhedstilbud, efterlyses mere konkrete bud og forslag til planlægning og organisering af forløbene. Praktiserende læge kan henvise til alle relevante indsatser og aktører men det <u>samlede forløb</u> kalder i høj grad på nye samarbejdsformer på kryds og tværs for at undgå, at borger/patient føler sig alene om overblikket for det samlede forløb.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tværfaglige/sektorielle teams??• Kommunal tovholder/koordinatorfunktion?• Sagsbehandling på tværs især i forhold til fastholdelse af tilknytning til arbejdsmarkedet???• Videokonferencer??



Til Sundhedsstyrelsen

Dato: 17-01-2017
Sagsnr.: 29.00.09-K04-2-16
Henv. til: Ole Muff Andersen
Ledelsessekretariatet
Direkte tlf.: 9611 4106
Afdeling tlf.: 9611 7585
Kultur.Sundhed@Holstebro.dk
www.holstebro.dk

Holstebro Kommunes hørings svar vedr. ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lændesmerter”

Holstebro Kommune vil gerne generelt anerkende det fine arbejde, som er udarbejdet i anbefalingerne.

I nedenstående fremgår kommentarer til enkelte passager i materialet

Angående sygdomsmestring

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 supplement (s. 17)

– Kan være en ”farlig” formulering eftersom indholdet i de specifikke kurser kan have samme indhold, som det anbefalede.

Fysisk træning

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). (s. 19)

–Det kan virke umiddelbart virke underligt at dette fremhæves specifikt i forhold til den fysiske træning og ikke ser det nødvendigt ex. I forhold til kurserne med fokus på sygdomsmestring.

Træning i hverdagsaktiviteter

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.(s. 19)

- Er det kun disse kompetencer der løbende skal vedligeholdes – hvad med ex. de kompetencer, man som underviser på mestringsforløbene, eller som tilrettelægger af fysisk træning skal besidde.

Opfølgning

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 pati-



entens behov, og at der følges hyppigere op for særligt sårbare patienter og patienter, der er sygemeldte/i risiko for sygemelding (s.24)

– Hvordan definerer man i denne sammenhæng sårbare patienter

Der bør være henvisning til en afklarende samtale i kommunen om relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, når den praktiserende.....(s. 24) samt Henvisning fra sygehus. Der bør ske en henvisning til en afklarende samtale i kommunen om relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, når den behandlingsansvarlige læge...(s.29)

– inkluderer det fokus på KRAM-faktorerne – eller skal det udspecificeres? Er henvisning det rette ord i disse to sammenhænge?

Kommunikation mellem aktører

Almen praksis bør altid modtage en tilbagemelding fra kommunen – også for patienter, der hen-vises af sygehus eller selv henvender sig til kommunen. Der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard.(s.30)

– Måske bør indholdet af tilbagemeldingen defineres?

Med venlig hilsen

Steffen Barstad
Konst. sundhedschef
Holstebro Kommune

Sundhedsstyrelsen
Att: Lene Sønderup Olesen
lsol@sst.dk

Høringssvar vedrørende *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter*

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter. Danske Patienter finder det vigtigt og relevant, at der nu kommer anbefalinger målrettet mennesker med kroniske lænderygsmærter.

Overordnet finder Danske Patienter de udsendte anbefalinger gode og dækkende for området. Det er positivt, at der mange steder i anbefalingerne præciseres, at der i forbindelse med behandling og rehabilitering også skal være fokus på arbejdsmarkedstilknytningen.

Generelt kunne det være ønskeligt, at det i Vejledningen blev understreget, at netop de tværfaglige indsatser er vigtige for denne målgruppe med kroniske rygsmerter, og en uddybning af lovgivning og aktører på det sociale område kunne være ønskelig med henblik på at facilitere samarbejdet på tværs af sundheds- og social området.

Danske Patienter bakker op om, at anbefalingerne primært har afsæt i vurdering af menneskers funktionsevnetab og smerter frem for specifikke diagnoser. Men vi vil gerne benytte lejligheden til at gøre opmærksom på sammenfald af ryghvirvler, som en hyppig - men desværre ofte overset - årsag til kroniske lænderygsmærter. Det betyder, at nogle patienter ikke får den relevante forebyggende indsat og opfølgende behandling.

I dag registreres omkring 3000 forekomster af rygsammenfald i LPR, men blandt eksperter er der konsensus om, at tallet mere realistisk ligger omkring 17.000 -20.000. Danske Patienter anbefaler på denne baggrund, at osteoporose skrives tydeligere frem i anbefalingerne, som årsag til kroniske længerygsmærter, for at understøtte et stærkere fokus på lidelsen i praksis. Forslag til hvor osteoporose kan fremhæves fremgår af de tekstenære kommentarer neden for.

Dato:
18. januar 2017

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K.

Telefon: 33 41 47 60
E -mail: aw@dankepatienter.dk

www.danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Tekstnære kommentarer

Side 6. Introduktion

1.1 Formål

Næstsidste afsnit om arbejdsdeling. Her bør også nævnes de privat og foreningsdrevne sygehuse under Sundhedsloven § 79.

Side 2/2

Side 9. Målgruppe

Det bør præciseres, hvilke målgrupper der er omfattet af de 5 forløbsprogrammer, idet disse er forskellige i de 5 regioner. Desuden foreslås en præcisering af, at også patienter, der har kroniske rygsmerter pga. sammenfald i forbindelse med osteoporose, er omfattet af målgruppen.

Side 12. Udredning i primær sektor

3.2. Indledende vurdering

Nederst bør tilføjes "*sammenfald pga. osteoporose*"

Side 15. Indsatser

Figur. Under "*Træning i hverdagsaktiviteter*" bør tilføjes *§ 79 private og foreningsdrevne sygehuse*. Evt. en nærmere forklaring med en *.

Side 24, 6.1. Opfølgning på undersøgelser og behandling

Midt på siden under "*Opfølgning i almen praksis*": ...særligt sårbare patienter.. ...bør henvises til et kommunalt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud tilføjes: *eller et tilbud på et af de private og foreningsdrevne sygehuse jf. SL §79.*

Samme tilføjelse nederst på siden eller der bør tilføjes et *nyt afsnit 6.2 Opfølgning fra private og foreningsdrevne sygehuse.*

Side 27. 7.2. Henvisning

Når det gælder henvisning til forskellige tilbud inden for træning og rehabilitering, kunne det være relevant, at Vejledningen bliver skarpere i forhold til at anvende de 4 niveauer herfor, som er beskrevet i "*Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner*", se side 5. De bør præsenteres og anvendes tidligt i teksten, så de indgår i det samlede overblik over, hvor der kan henvises til hertil.

Desuden bør sygehusenes ansvar i forhold til at tage medansvar for det videre forløb efter udredning og diagnostik præciseres.

Med venlig hilsen



Direktør
Danske Patienter

Sundhedsstyrelsen
Islandsbrygge 67
2300 København S

København, den 18. januar 2017

Høringssvar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter

Dansk Psykolog Forening er blevet gjort opmærksom på nærværende høring og har fundet det relevant at afgive høringssvar, da Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger ikke vurderes at være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens egne nationale kliniske retningslinjer for generaliserede smerter¹ og evidens på området.

Dansk Psykolog Forening anser det for positivt, at anbefalingerne styrker fokus på tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter, men finder det nødvendigt at påpege væsentlige faglige mangler i anbefalingerne.

Dansk Psykolog Forening ønsker endvidere at påpege det påfaldende i, at der i arbejdsgruppen for anbefalingerne ikke er repræsentanter fra alle relevante faggrupper inden for smertebehandling, herunder smertepsykologer. Det smertepsykologiske speciale har fået selvstændig plads i den tværfaglige smertebehandling på baggrund af videnskabelig evidens præsenteret i de nationale kliniske retningslinjer¹.

Nationale kliniske retningslinjer for generaliserede smerter og evidens for tværfaglig smertebehandling

I Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for generaliserede smerter er der klare anbefalinger for at arbejde ud fra en bio-psyko-social tilgang, hvor anvendelse af psykologer i udredning og behandling af patienter med kroniske smerter står centralt. Der er eksempelvis evidens for gode effekter af psykologisk kognitiv terapi for mennesker med kroniske smerter. Ligeledes er der for mennesker med kroniske lænderygmerter evidens for, at en tværfaglig bio-psyko-social rehabiliteringsindsats medfører et større fald i smerteniveau og en højere grad af arbejdsfastholdelse sammenlignet med behandling ved praktiserende læge eller monofaglig behandling². I anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter er psykologfaglig udredning og behandling imidlertid ikke inkluderet. Dansk Psykolog Forening ser det som en væsentlig mangel, at anbefalingerne ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens egne nationale retningslinjer og den videnskabelige evidens på området.

I anbefalingerne er det beskrevet, at patienters samlede funktionsevne skal vurderes ud fra den enkeltes fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige kontekst, og at der skal ske en vurdering af patientens ressourcer i forhold til at mestre den arbejdsmæssige og sociale situation, herunder psykisk komorbiditet som fx angst og depression. I kapitel 4.2 er der tilmed specifik omtale af anvendelsen af en kognitiv indsats for at styrke smertehåndtering. De psykologiske faktorer og indsatser indgår således som en central del i anbefalingerne, hvilket ifølge de nationale retningslinjer er et psykologfagligt arbejdsområde. Dansk Psykolog Forening er derfor forundrede over, at anbefalingerne på intet tidspunkt henviser til det smertepsykologiske speciale.

¹ Sundhedsstyrelsen, National Klinisk Retningslinje - Udredning og behandling/-rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet; 2015

² Se fx Kamper et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*; 2015, og Hoffman et al. Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Health Psychology*; 2007.



I forlængelse heraf ønsker Dansk Psykolog Forening at påpege, at der i anbefalingerne sidst i kapitel 4.2 henvises til kurset "Lær at tackle kroniske smerter", hvilket er kendt for at have meget ringe virkning i sig selv³. Dette kursus er et "peer-kursus" med andre smertepatienter som undervisere, og bør indgå i sammenhæng med andre psykologfaglige indsatser for sikre faglig kvalitet og effekt. At sådanne overvejelser ikke indgår i anbefalingerne ser Dansk Psykolog Forening som udtryk for fraværet af psykologfaglig kompetence i arbejdsgruppen for anbefalingerne.

Dansk Psykolog Forenings forslag til anbefalingerne

Der er som nævnt i anbefalingerne tale om en heterogen patientgruppe, der skal modtage behandling på differentierede niveauer, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nationale retningslinjer. I Dansk Psykolog Forening anerkendes det, at visse patienter muligvis kan have gavn af en ikke-psykologfaglig uddannelse i "Sygdomsmestring" (som beskrevet i anbefalingerne), mens andre patienter vil have behov for egentlige psykologfaglige tilbud jf. de nationale kliniske retningslinjer. Dansk Psykolog Forening ser tilmed behov for at forbedre den tidlige psykologfaglige indsats i patientforløbet i lyset af lange ventelister til behandling i Tværfaglige Smertecentre. Som nævnt i anbefalingerne er der hos mange mennesker med kroniske smerter psykologiske faktorer på spil og en risiko for at udvikle komorbid depression og angst, hvilket kan foregribes ved tidlig psykologisk intervention.

Psykologisk ekspertise kunne med fordel integreres i hele forløbet fra udredning til behandling i primærsektoren – en mulighed kunne være at oprette et yderligere henvisningskriterie i psykologordningen til smertepsykologisk behandling. Det tværsektorielle patientforløb kunne således styrkes ved, at mennesker med kroniske lænderygssmerter bliver mødt med relevant psykologisk kompetence hurtigt i forløbet, sådan at nogen af dem kan undgå at udvikle komorbide psykiske lidelser og/eller blive patienter på ventelister til behandling i Tværfaglige Smertecentre.

Opsummerende foreslår Dansk Psykolog Forening:

- At der i arbejdsgrupper vedrørende kroniske smerter bør være repræsentanter fra alle relevante faggrupper inden for smerteområdet, herunder psykologer, i henhold til at sikre at nye anbefalinger er i overensstemmelse med gældende viden og retningslinjer på området.
- At der i det tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygssmerter bør det anbefales, at der tilbydes psykologfaglig udredning og behandling i overensstemmelse med gældende retningslinjer og evidens på smerteområdet.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

Eva Secher Mathiasen, Formand

³ Mehlsen M et al. A prospective evaluation of the Chronic Pain Self-Management Programme in a Danish population of chronic pain patients. Patient Education and Counseling; 2015.





Høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 17. januar 2017
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringssvar vedrørende ovennævnte forløbsbeskrivelse.

Ergoterapeutforeningen er generelt positiv overfor et fokus på konsekvenser og indsatser til mennesker med kroniske lænderygsmærter.

Vi finder imidlertid, at der allerede i introduktionen bør fokuseres på, at borgere med *kroniske* lænderygsmærter er i potentiel risiko for at miste deres arbejdsmarkedstilknytning, såfremt der ikke foretages ergonomiske interventioner på arbejdspladsen eller iværksættes andre forebyggelse- og fastholdelsesindsatser.

Fint at indlede med ICF. Men ICF er en ramme og det bør fremgå, hvordan ICF elementerne operationaliseres. Fx kan redskabet COPM 5.0 bruges til at borgeren sætter egne mål i indsatserne.

I udkastet gøres der også efter vores mening for lidt ud af den nødvendige kobling mellem sektorer også indenfor kommunen:

- Det er fx jobcenteret som tilkøber ydelser i genoptræningscenteret og derved styrker helhedsindsatser og minimerer klientgørelse.
- Det er terapeuter i rehabiliteringsteams i kommunernes jobcentre som kan iværksætte sundhedsfaglige indsatser og derved styrker beskæftigelsessituationen for den enkelte borger.

Sygefravær

Det er væsentligt at se på, at omkring halvdelen af det længerevarende sygefravær kan relateres til muskelskeletgener. Længerevarende sygefravær begrænser mulighederne for tilbagevenden til arbejde og øger risikoen for udstødning fra arbejdsmarkedet. Paradigmeskiftet fra en biomedicinsk tilgang til en helhedsorienteret indsats (ICF) hvor ikke kun den enkelte sygemeldte er i fokus, - og godt det samme, men hvordan arbejdsmiljøforhold, sundheds- og sociale vilkår spiller sammen i forhold til kronisk sygdom, er efter Ergoterapeutforeningens opfattelse afgørende og desværre nedtonet i udkastet. Ergonomiske evalueringer og jobtilpasning med tværfaglige og tværsektorielle interventioner er ofte afgørende for at bryde en negativ sygefraværsspiral. Her er fastholdelseskonsulenter på jobcentre (som fx er ergoterapeuter af uddannelsesbaggrund) og medarbejdere i re

habiliteringsteams på jobcentrene (som fx er ergoterapeuter) blandt andet centrale.

Kompetencer og erfaringer:

Ergoterapeuter er desværre ikke en del af praksissektoren, og man kan få den tanke, at det spiller en rolle for de anbefalinger til henvisninger, som skal udgå fra praktiserende læge. Det er ærgerligt, at strukturelle organisatoriske forhold bliver hæmmende for at se bredt på de faglige indsatser. Hertil kommer, at **der er** privatpraktiserende ergoterapeuter, som praktiserer uden ydernummer og at der også er ergoterapeuter ansat i private firmaer, som varetager blandt andet ergonomiske vurderinger på arbejdspladserne. Erfaringerne er der og bør indgå på lige fod med andre faggrupper og ergoterapeuter bør nævnes som faggruppe i dokumentet.

Derfor anbefaler Ergoterapeutforeningen, at der under afsnit 7. Organisering, bliver et afsnit om ergoterapeuter (s.27):

”Ergoterapeuter

Borgerens mål ud fra COPM samt funktionsevneundersøgelse og -vurdering af ADL i hverdagen herunder kompensationsstrategier”

Træning i hverdagsaktiviteter (s. 19):

Ergoterapeutforeningen foreslår konkret at ADL aktiviteter nævnes som en del af funktionsevnevurderingen. Desuden kunne det overvejes konkret at anbefale redskabet AMPS (Assessment of Motor and Process Skills), som er et standardiseret redskab, som netop kan anvendes systematisk til måling af ADL og også bruges til monitorering. Ca. en tredjedel af danske ergoterapeuter er kalibrerede til at anvende redskabet. Se i øvrigt mere information om AMPS på <http://www.amps-danmark.dk/>

AMPS vurderinger bliver efter vores kendskab anvendt en hel del i kommunalt og privat regi som end del af funktionsevnevurderingerne til borgere med kroniske lidelser og i arbejdsrehabiliteringsinterventionerne.

Arbejdsmarkedstilknytning (s. 22)

Indsatserne bør igangsættes umiddelbart efter patienten/borgeren henvender sig og bør udover udredning (efter ICF-ramme) også inkludere henvisning til kommunalt jobcenter med henblik på at der tidligt tages hånd om borgerens beskæftigelsessituation.

Kommunikation mellem aktører (s. 29)

I afsnittet bør der indgå tekst om, at det er afgørende, at aktørerne arbejder efter samme værdigrundlag – her ICF. Desuden bør der gøres mere ud af, hvordan det sygdomsmæssige og de socialfaglige indsatser samarbejder. Samtidig kan



Ergoterapeutforeningen kun beklage, at ergoterapeuter ikke er nævnt som faggruppe i afsnittet.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringsvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen

København d. 10. januar 2017

Til Sundhedsstyrelsen, Planlægning

Høringssvar vedr.: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Hermed fremsendes fra Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik høringssvar vedr. ovennævnte anbefalinger.

På Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekaniks vegne, takker vi for lejligheden til at kommentere og afgive høringssvar på det fremsendte udkast til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter". DSKKB vil gerne udtrykke anerkendelse for valget og dermed prioriteringen af emnet og vil lykønske arbejdsgruppen med det kompetente og grundige arbejde, der ligger bag rapporten. Nedenfor findes kommentarer med henvisning til afsnit og sidetal.

2.2 Målgruppe (s. 9). Rapporten kommer med anbefalinger for det efterfølgende forløb, hvor de regionale forløbsprogrammer er afprøvet. Er der undersøgt om der er regionale forskelle der kan have betydning for brugen af aktuelle anbefalinger?

3.2 Vurdering af patientens samlede funktionsevne ud fra ICF; Kroppens funktioner og anatomi (s. 12). Der kan overvejes at uddybe hvilke områder anamnesen bør indeholde, herunder afklaring af personlige faktorer som nævnt senere i afsnittet.

4.1 Planlægning af forløb (s. 14). Der støttes op om anbefalingerne angående kommunikation omkring behandlingsforløbet, mellem de involverede aktører, men der savnes konkrete forslag til praksis.

4.2 Sygdomsmestring samt Figur 3 (s. 15). Som nævnt i **7.1. Organisering; Arbejdsdeling og ansvar (s. 27)**, forventes kiropraktorer og fysioterapeuter at kunne påtage sig en rolle ift. sygdomsmestring, fx. som en integreret del af et klinisk behandlingsforløb. Videre bør man overveje psykologernes rolle ift. sygdomsmestring og arbejdsfastholdelse. Da det vurderes at disse faggrupper besidder påkrævede kompetencer, ville en stærkere involvering kunne aflaste øvrige involverede aktører. Dette bør indgå i Figur 3, hvor der i udkastet blot står kommune, praktiserende læge og hospital.

4.3 Fysisk træning (s. 18). Der savnes et punkt dækkende over træning rettet mod mobilitet, hvilket kan være essentielt for at normalisere maladaptive bevægemønstre, f.eks. ved patienter med høj grad af bevægeangst. Man kan f.eks. kalde det sidste punkt "Mobilitet og strækøvelser"

4.5 Manuel behandling; Kompetencer (s. 20). Det anbefales at teksten suppleres med information om det lovpligtige krav, vedrørende særlig patientforsikring for registrerede alternative behandlere, der ønsker at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen.

6.1 Opfølgning; Opfølgning på undersøgelser og behandling (s. 24). Man bør også her være mere konkret ift. hvordan kommunikationen mellem involverede faggrupper kan/bør foregå, herunder henvisningsveje.

7.1 Arbejdsdeling og ansvar; Almen praksis (s. 26). I andet afsnit, under beskrivelsen af *vurdering af kompleksitet*, kan man overveje at tilføje at vurderingsprocessen kan inkludere input fra andre faggrupper eller aktører.

7.2 Henvisning (s. 27-29). Vi mener, det her er på sin plads at anbefale mere ensrettede forhold i Regionerne ift. henvisningsret til bl.a. billeddiagnostik og speciallæger for de berørte faggrupper.

7.3 Kommunikation mellem aktører; Kiropraktor og fysioterapeut (s. 29). Nogle af de tilstande der bliver nævnt (cauda equina-påvirkning, kliniske tegn på progredierende neurokompression) er akutte tilstande, der kræver hurtig videre udredning og evt. behandling. Derfor skal disse patienter henvises direkte til relevant instans, og ikke henvises videre via egen læge med risiko for at forsinke processen.

Generelt. Helt overordnet savnes der en plan for, hvordan de aktuelle anbefalinger skal implementeres.

Til sidst ønsker vi at kreditere arbejdsgruppen for at der lægges vægt ved at *"motivation, inddragelse af patienten og pårørende samt fastholdelse af opnåede kompetencer og adfærdssændringer er vigtige elementer i forløbet"* under afsnit **4.1 Planlægning af forløb**.

Yderligere bifalder vi, at der anbefales en tilbagefaldsstrategi som nævnt under afsnit **6.1**

Opfølgning på undersøgelser og behandling. Ligeledes påskønnes inddragelsen af psykologernes kompetencer, som nævnt under afsnit **7.2 Henvisning; Henvisning fra almen praksis**, med henblik på den potentielt ringere prognose for patienter med samtidig lænderygsmærter og depression.

På vegne af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik,

Kiropraktor Cecilie Deleurang Testern, DSKKB
Kiropraktor, Ph.d.-studerende, Melker Johansson, DSKKB



Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik
www.DSKKB.dk



Høringsvar fra Kommuneklynge Midt vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter"

Træningscenter Fortunen

Dato: 18-01-2017

Kommuneklynge Midt fremsender hermed bemærkninger til høringsmaterialet vedr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb med mennesker med kroniske lænderygsmærter af 14. dec. 2016.

Vi vurderer overordnet, at anbefalingerne er fyldestgørende ud fra den eksisterende viden på området. Det er ligeledes godt, at der er opmærksomhed på muligheden for at få tilskud til psykologbehandling efter sundhedsloven (jf. bekendtgørelse nr. 663) til borgere med komorbiditet f.eks i form af depression, da vi ikke tænker at det er almen viden i den kommunale praksis.

Vi har følgende opmærksomhedspunkter til anbefalingen:

- Det ville være ønskeligt at anbefalingerne havde en tydeligere præcisering af opgavedeling/arbejdsdeling og ansvar i borgerens forløb og i særdeleshed i fht. den arbejdsrettede indsats. Vi vurderer at denne tydelighed i stor udstrækning vil kunne tilgodeses i den endnu ikke udkomne retningslinje for forløbsplaner for kroniske lænderygsmærter.
- Det vil være hensigtsmæssigt at forløbsplanen kan differentiere mellem målgruppens behov for forskellige indsats, så det bliver tydeligt for almen praksis, hvilket tilbud der er det mest relevante i forhold til kompleksiteten i borgerens situation og derved hvem borger har behov for at blive henvist til (praktiserende fysioterapeut, kiropraktor og kommunalt tilbud).
- Der skal være opmærksomhed på, at de kommende sundhedsaftaler får inddraget den beskrevne opgavefordeling i anbefalingen.
- Det er vigtigt, at den enkelte kommune er opmærksom på, at der er behov for at udarbejde arbejdsgange for, hvordan man vil inddrage jobcenter/socialrådgiver i forløbet, da dette samarbejde udfordres af, at det skal foregå mellem to forvaltninger/centre.
- Der skal være fokus på, at den enkelte kommunes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud bør samtænkes og koordineres med hinanden og med kommunens andre tilbud.
- For at optimere kvaliteten af den individuelle tilpassede træning på hold, vurderer vi, at der bør være 5-6 deltagere pr. terapeut på et hold.

Venlig hilsen Kommuneklynge Midt

Træningscenter Fortunen
Bauneporten 20
2800 Kgs. Lyngby

Tlf. 45 97 64 00

traeningsenheden@ltk.dk
www.gc.ltk.dk

**Center for
Sundhed og Omsorg**



KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsudvalget og Socialudvalget
Borgmestrene

Til Sundhedsstyrelsen

18-01-2017

Sagsnr.
2016-0451468

Dokumentnr.
2016-0451468-1

Svar på høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Vi takker for muligheden for at komme med kommentarer til ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter”.

Sundhedsstyrelsens (SST) anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter 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.

Københavns Kommune har været repræsenteret i gruppen, der har udarbejdet ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter”. Vi finder, efter at have modtaget Sundhedsstyrelsens høringsudkast, anledning til at komme med en række bemærkninger. Københavns Kommunes bemærkninger har også været fremført af Københavns Kommunes repræsentant i forbindelse med udarbejdelsen af anbefalingerne. Vi har forståelse for, at ikke alle ønsker kan blive imødekommet i forbindelse med udarbejdelse af generelle anbefalinger, men vi finder dog fortsat, at der er grundlag for at give de samme bemærkninger igen.

Overordnede bemærkninger

Vi sætter stor pris på, at SST nu har rettet opmærksomheden på dette omkostningstunge område med opdaterede anbefalinger.

Vi noterer os, at anbefalingerne er lavet på baggrund af allerede publicerede kliniske retningslinjer, andre retningsgivende dokumenter og ekspertudsagn. Vi foreslår Sundhedsstyrelsen at overveje, når der sendes materiale i høring, at der skrives en sammenfatning af anbefalingerne, da det ville lette læsningen af anbefalingerne

**Sundheds- og
Omsorgsborgmesteren**

Socialborgmesteren

Rådhuset
1599 København V

Telefon
3366 3366

E-mail
borgmesteren@suf.kk.dk.

EAN nummer
5798009290304
www.kk.dk

Af ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter” fremgår det, at der er en række ”bør” og ”kan” anbefalinger til indsatserne. Det er desværre ikke muligt at finde retningslinjer for vægtning eller prioritering af indsatserne. Der savnes ligeledes et afsnit om implementeringsovervejelser for disse anbefalinger.

Vi vil foreslå Sundhedsstyrelsen at præcisere anbefalingerne, sådan der er paragrafhenvvisninger til de kommunale indsatser i anbefalingerne - både til serviceloven, sundhedsloven og beskæftigelsesloven. Det ville hjælpe overskueligheden i anbefalingerne. De manglende paragrafhenvvisninger gør det desværre også svært at gennemskue, hvilke dele af kommunen der har ansvar for samarbejde med almen praksis, herunder hvem der skal modtage henvisninger fra almen praksis, og hvem der skal sende status/tilbage melding til almen praksis. Det vurderes, at det er de dele af kommunen, der har ansvaret for sundhedslovens §§ 119 og 140, det fremgår dog ikke eksplicit af anbefalingerne. Det anbefaler vi Sundhedsstyrelsen skrives eksplicit i anbefalingerne.

Vi forudser en fortsat stor udfordring at få etableret en effektiv kommunikation og koordination mellem de forskellige aktører vedr. denne målgruppe. Det ville være hensigtsmæssigt, om anbefalingerne havde medtaget konkrete løsninger på denne problematik.

Venlig hilsen



Ninna Thomsen
Sundheds- og omsorgsborgmester



Jesper Christensen
Socialborgmester

Fra: Morten Alberg <mahv@vesthimmerland.dk>
Sendt: 18. januar 2017 13:22
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Kommentarer - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Til rette vedkommende

Hermed fremsendes kommentarer til **"Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter"**

I kraft af mit virke indenfor beskæftigelsesindsatsen, omhandler min kommentarer den arbejdsmarkedsrettede del af anbefalingen. Baggrunden for nedenstående kommentarer, er at sikre en forventningsafstemning mellem den sundhedsfaglige "verden", som anbefalingen er målrettet, og den "verden" som borgeren er en del af når de er en del af beskæftigelsesindsatsen. Herunder et sygedagpengeforløb. Dette for at sikre patienten/borgeren den bedst mulige vejledning.

- Ift. Figur 3. Oversigt over indsatser og aktører, mener jeg at jobcentrene bør fremgå som en relevant aktør ift arbejdsfastholdelse. Både grundet de lovmæssige (nationale) og lokale indsatser som kan tilbydes derfra.

De følgende kommentarer omhandler alle afsnit 5 vedr. Arbejdsmarkedstilknytning

- Det anbefales at egen læge initierer igangsættelse af indsatser i forhold til arbejdsfastholdelse for patienter i arbejde. Kan det evt. uddybes hvordan egen læge i den forbindelse sikrer at de anbefalinger han kommer med også følger patienten ud på arbejdspladsen?
- Det står beskrevet at egen læge kan henvise patienten til rådgivning på Arbejdsmedicinsk Klinik mhp videreuddannelse. Er der i den forbindelse tale om uddannelse på egen hånd, via revalidering eller begge dele? Såfremt der er tale om revalidering, mener jeg, at det bør fremgå at mulighederne herfor beror på en konkret vurdering af en række forhold (helbred, erhvervs erfaring, uddannelse, motivation m.m.), således at det ikke skaber en uhensigtsmæssig forventning hos de sundhedsfaglige personer som rådgiver patienten/borgeren og dermed de patienter/borgere som vejledes ift ny uddannelse.
- Der står at egen læge kan henvise til en jobkonsulent i jobcenteret (det er ligeledes nævnt i afsnit 7.2). Mener der her at lægen kan tage uformel kontakt til jobcenteret eller at der kan laves en officiel henvisning? Sidstnævnte er jeg ikke bekendt med, og ift førstnævnte tænker jeg, at der i praksis ofte vil være tale om at lægen opfordrer borgeren til at kontakte jobcenteret, samt følger op herpå, fremfor at det er lægen selv der står for kontakten på borgerens vegne. En sådan henvendelse vil dog selvfølgelig være velkommen.
- Det er beskrevet at kommunen kan henvise til Klinisk Funktion såfremt der ønskes en afklaring af en borgers arbejdsevne. I den forbindelse mener jeg, at det kun er borgere på Jobafklaringsforløb, i Ressourceforløb, eller sygedagpengeborgere som er kategoriseret som "kategori 3", som kan foreligges Klinisk Funktion. Dette kan evt. med fordel uddybes, således at de største grupper af sygedagpengemodtagere (kategori 1 og 2), ikke tænkes ind ift denne mulighed. Igen ift at sikre bedst mulige forventningsafstemning.
- I forlængelse af ovenstående står det beskrevet, at Klinisk Funktion afklarer borgerens arbejdsevne. Uden at jeg kan redegøre fuldt ud for Klinisk Funktions virke, da jeg ikke er en del heraf, mener jeg at de i højere grad afklarer de helbredsmæssige og sociale forhold som har betydning for borgerens samlede situation i forhold til arbejdsmarkedet. Selve afklaringen af arbejdsevnen, mener jeg vil finde sted via en konkret afprøvning i de tilfælde hvor det er muligt.
- Det står beskrevet, at der efter 22 uger foretages en vurdering af mulighederne for forlængelse af borgerens sygedagpenge. Det kan i den forbindelse evt. være relevant at præcisere, at de 22 uger er fra sygedagpengeperioden påbegyndes, og ikke fra selve datoen for sygemeldingen. Mht de nævnte 26 uger for overgangen til et Jobafklaringsforløb, er min erfaring, at det præcise ugetal kan variere afhængigt af revurteringsdato og tilgængelige læge oplysninger m.m. En mulighed kunne derfor være at udelade dette tal og holde fast i at man overgår til JAF hvis ens sygedagpenge ikke kan forlænges. Også fordi at dette kan ske efter betydeligt flere uger såfremt man ikke længere opfylder betingelsen for at modtage sygedagpenge,

- Ift beskrivelsen af rehavteamet kan det evt. nævnes at der også kan deltage andre personer udover de angivne. Dette afhænger af den enkelte kommune.
- Ift at rehavmødet vil munde ud i en vurdering af patientens muligheder og skånebehov, kan det evt. præciseres at det munder ud i en indstilling til hvilke tiltag der med fordel kan iværksættes for at understøtte borgerens videre forløb.
- Der står i andet sidste afsnit, at der efter en grundig udredning af patientens funktionsevneniveau kan tilkendes et fleksjob eller en førtidspension. Her mener jeg at det er yderst relevant at fremhæve, at muligheden herfor afhænger af hvad udredningen viser, således at der ikke foretages en sundhedsfaglig vurdering af, at en grundig udredning er det samme som at borgeren er berettiget til et fleksjob eller en førtidspension.
- Generelt kan det evt. være relevant at beskrive et sygedagpengeforløb nærmere, for borgere hvis sygedagpenge forlænges efter revurderingstidspunktet, da en stor del af borgerene med længevarende lænderygproblemer, også vil være at finde der.

Skulle der være spørgsmål e.l. til ovenstående, er de selvfølgelig velkomne.

God dag.

Med venlig hilsen

Morten Alberg

Fysioterapeut og Sundhedsfaglig Koordinator
Sygedagpengeteam

Børne- og Arbejdsmarkedsforvaltning
Direkte telefon
Mobiltelefon 2475 8098
E-mail mahv@vesthimmerland.dk

Vesthimmerlands Kommune
Vestre Boulevard 7
9600 Aars
Telefon 9966 7000

www.vesthimmerland.dk



Til: Sundhedsstyrelsen, Planlægning



Høringssvar på anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at give høringssvar på de tværsektorielle anbefalinger.

Foreningen støtter intentionen om at øge kvaliteten i udredning, behandling, forebyggelse- og rehabiliteringstilbud til mennesker med kroniske lænderygsmarter med henvisning til de store konsekvenser kroniske lænderygsmarter har – såvel i forhold til den enkelte som i et samfundsøkonomisk perspektiv. Danske Fysioterapeuter har imidlertid en række indholdsmæssige kritikpunkter, som vil blive uddybet nedenfor.

Dato:
13-01-2017

-0-

Hvad angår målgruppen for anbefalingerne og definitionen af kroniske lænderygsmarter, er der en forskel, som ikke redegøres for tilstrækkeligt i høringsudkastet.

Kroniske lænderygsmarter er defineret som vedvarende lænderygsmarter af over tre måneders varighed eller recidiverende forløb af over tre måneders varighed, med betydelige selvoplevede funktionsbegrænsninger. Samtidig fremgår det af udkastet, at målgruppen for anbefalingerne også omfatter de patienter, som oplever at have recidiverende forløb, hvor perioder med smerter og funktionsnedsættelser afløses af perioder *uden* symptomer.

Danske Fysioterapeuter ser, at denne udvidelse i definitionen og målgruppebeskrivelsen er uhensigtsmæssig, og giver anledning til flere uklarheder senere i teksten. Foreningen mener, at de tværsektorielle anbefalinger bør være målrettet patientgruppen svarende til definitionen af kroniske lænderygsmarter.

-0-

Danske Fysioterapeuter ønsker at rette en kritik af formuleringen i afsnit "3.1 Indledende udredning". Her står, at den indledende vurdering foregår hos praktiserende læge eller hos praktiserende reumatolog samt at "... *For en del af patienterne er dele af udredningen foregået hos kiropraktor*". Denne formulering stiller Danske Fysioterapeuter sig meget undrende overfor og ønsker teksten ændret, så der i stedet står: "*For en del patienter er dele af udredningen foregået hos kiropraktor eller fysioterapeut*".

Ofte vil de praktiserende læger henvise patienter med gentagne eller kroniske rygsmarter til fysioterapeut i primærsektoren for udredning, ligesom det er Danske Fysioterapeuters erfaring, at et stigende antal patienter henvender sig direkte til praktiserende fysioterapeut for at blive undersøgt og vurderet.

Typisk vil patienterne have erfaringer med fysioterapeutisk behandling fra tidligere episoder med lænderygsmærter og derfor ønske at gentage denne behandlingsform.

Denne praksis er så veletableret, at den er formaliseret i såkaldte §2 aftaler om Udvidet Lænderygundersøgelse hos praktiserende fysioterapeuter i henholdsvis Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark¹. Disse aftaler fastsætter, at fysioterapeuterne følger en evidensbaseret undersøgelsesstandard for udredning af patienter med uspecifikke lænderygsymptomer i den subakutte og kroniske fase.

Danske Fysioterapeuter finder samtidig anledning til at fremhæve, at fysioterapeuter har fuld autonomi, under autorisationslovens bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed, og er kompetente i diagnostik og differentialdiagnostik i forhold til den aktuelle patientgruppe.

Endvidere finder foreningen det yderligere bemærkelsesværdigt, når der i afsnit "6.1 Opfølgning" ses en god balance i beskrivelsen af de tre professioner (praktiserende læge, kiropraktor og fysioterapeut).

På den baggrund er Danske Fysioterapeuter meget uforstående overfor, at fysioterapeuter er udeladt som profession i forhold til at kunne forestå dele af den indledende vurdering. Foreningen vil have tilføjet, at dele af udredningen kan foregå hos fysioterapeuter såvel som hos kiropraktor i de endelige anbefalinger.

-0-

Danske Fysioterapeuter vil også gøre indsigelser overfor beskrivelsen af indsatser, specifikt afsnit "4.1 Planlægning af forløb". Heraf fremgår, at forløbet for patienter med et ukompliceret forløb bør foregå "*i almen praksis/hos kiropraktor*".

Det er Danske Fysioterapeuter holdning, at denne sætning skal ændres, så der i stedet står, at de ukomplicerede forløb kan foregå "*i almen praksis, hos kiropraktor eller hos praktiserende fysioterapeut*". Denne formulering vil samtidig kunne erstatte formuleringen om, at praktiserede læge kan henvise til praktiserende fysioterapeut, idet indsatser hos praktiserende fysioterapeuter også sker uden henvisning jf. ovenfor.

Dog vil Danske Fysioterapeuter stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt ukomplicerede forløb overhovedet er relevante i denne sammenhæng med henvisning til definition af kroniske lænderygsmærter, som tidligere anført.

-0-

For så vidt angår afsnit "7 Organisering", vil Danske Fysioterapeuter argumentere, at beskrivelsen af, hvilke dele af behandlingen og rehabiliteringen fysioterapeuter varetager, er for snæver.

Med den nuværende formulering fremstår det, som om kun kiropraktorer kan udrede, undersøge for komplikationer og differentialdiagnosticere patienterne. Denne forskel er efter Danske Fysioterapeuters klare overbevisning ikke

¹ Forsøgsordninger er afprøvet i de resterende to regioner.

holdbar, og derfor bør fysioterapeuters kompetencer i diagnostik og differentialdiagnostik ligeledes fremgå af teksten.

Længere nede i samme afsnit, under "7.3 Kommunikation mellem aktører", skal teksten ændres, så den afspejler gældende virkelighed. Næmlig, at både kiropraktorer og fysioterapeuter har selvstændigt overenskomst med sygesikringen, og at patienten selv kan henvende sig uden lægehenvi-
sning til begge fagprofessioner.

-0-

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for uddybning af høringssvaret. Desuden henviser foreningen til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht
Formand



Til

Sundhedsstyrelsen

Høring om udkast til anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter.

Brøndby Kommune takker for muligheden for at give svar på høring om udkast til *anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter*.

Overordnede kommentarer til anbefalingerne

Helt generelt kunne vi ønske os, at der blev skabt større overblik i anbefalingerne ved at indsatserne blev opdelt og beskrevet i forhold til de to under-subgrupper, der bliver præsenteret i afsnit 4.1 *Planlægning af forløb*:

- Patienter med ukompliceret forløb, hvor det anbefales, at forløbet foregår i almen praksis/hos kiropraktor.
- Patienter med et kompliceret sygdomsbillede med flere samtidige problemstillinger, hvor anbefalinger er, at der ofte vil være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Det er vores vurdering, at der er så stor forskel på forløbene for disse to under-subgrupper, at en fælles beskrivelse af anbefalingerne på dette område, bliver meget overordnede. Og/eller at anbefalingerne i nogle tilfælde har mere fokus på at beskrive indsatserne for den sidste under-subgruppe til trods for, at det er om en anbefaling, som skal dække målgruppen bredt.

Derudover undrer vi os over den manglende repræsentation af Dansk Psykologi Forening enten i arbejdsgruppen eller i høringen, når målgruppen som det fremgår af anbefalingerne, ofte har en co-morbiditet af psykiske faktorer såsom angst og depression.

Kommentarer til konkrete afsnit i anbefalingen

1.3 anvendte begreber

Vi undrer os over, at man i anbefalingen vælger at anvende begrebet funktionsevnebegrænsning, når den danske oversættelse af verdenssundhedsorganisationens klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand – ICF, benytter begrebet funktionsevnenedsættelse. Vi opfordrer til, at anbefalingen gør brug af sidstnævnte begreb, for derved at mindske risikoen for begrebsforvirring. I tråd med det, må vi bemærke, at funktionsevnenedsættelse, jf. ICF, ikke er defineret som *selvoplevet*, hvilket fremgår af anbefalingen. Er der tale om arbejdsgruppens

egen definition af begrebet funktionsevnedssættelse, bør dette fremgå meget tydeligt.

2.2. Målgruppe

I anbefalingen inddeler I først målgruppen i to subgrupper:

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

Men i afsnit 4.1 *Planlægning af forløb* forstås det af anbefalingen, at målgruppen opdeles yderligere, nemlig i:

- Patienter med ukompliceret forløb, hvor det anbefales at forløbet foregår i almen praksis/hos kiropraktor.
- Patienter med et kompliceret sygdomsbillede med flere samtidige problemstillinger, hvor anbefalinger er, at der ofte vil være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Det vil efter vores vurdering, skabe mere overblik, at denne underopdeling bliver præsenteret i afsnit 2.2 *Målgruppe*.

4.1 Planlægning af forløb

I forhold til manuel terapi, fremgår en kommunal indsats ikke her, hvilket vi undrer os meget over, og som bør indgå.

En kommunal fysioterapeut bruger også manuel terapi når det er relevant, og som en del af forløbet. Dette understøtter et sammenhængende forløb for borger, når denne også har brug for nogle af de andre indsatser som kan foregå i kommunalt regi.

Fysioterapeuterne i kommunen er fuldt ud fagligt kompetente og på linje med de privatpraktiserende fysioterapeuter.

4.3 Fysisk træning

Det er vores erfaring, at man med denne gruppe af borgere med kroniske rygsmerter, netop ikke bør tænke træningen som et redskab til smertereduktion. Det vedholder blot borgeren i en stræben efter smertefrihed/helbredelse, som ofte er en væsentlig barriere for accept og bedre livskvalitet med sine smerter. Mange af de kroniske rygborgere/patienter som vi møder i vores dagligdag i kommunen, har afprøvet træning mange gange uden lindring.

Det er vores overbevisning at gruppen med kroniske smerter ikke skal tilbydes konventionel fysisk træning fordi det i mange tilfælde forøger deres smerter.

4.5 Manuel behandling

Det er det tankevækkende, at der anbefales at overveje manuel behandling i så stort et omfang.

Det er vores erfaring, at denne målgruppe i langt de fleste tilfælde tidligere i forløbet har fået manuel behandling uden nævneværdig effekt, og derfor bør benyttes i meget lille omfang.

Vi undrer os over det manglende fokus på indsatser som TENS og akupunktur, der mange steder bruges som smertelindring.

5.1 Indhold i indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning

Der er behov for en klar definition af begrebet *ekstraordinært tungt arbejde*.

7.1 arbejdsdeling og ansvar

Vi glæder os over ekspliciteringen af den praktiserende læge som tovholder for forløbene for mennesker med kroniske lænderygsmarter. Et behov der særligt må forventes at gøre sig gældende for patienter med et kompliceret sygdomsbillede med flere samtidige problemstillinger, hvor anbefalinger er, at der ofte vil være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Dog kan der stilles spørgsmålstejn ved, om lægens tovholderfunktion i alle henseender vil opveje det reelle behov for koordinering af de forskellige indsatser med henblik på at opnå et effektivt og helhedsorienteret forløb for den enkelte patient/borger. Her vil den koordinerende indsats række ud over indsatsområderne for almen praksis og videre ind over både kommunens forvaltningsområder og sygehusenes indsatsområder.

Der ligger en stor udfordring i at undgå, at borgeren, i visse tilfælde, kan blive tilbudt indsatser fra såvel almen praksis, kommune (herunder jobcenter, forebyggelsesområdet og genoptræningsområdet) og sekundær sektoren, uden en mere synlig koordinatorfunktion. Her tænker vi både i forhold til borgerens egne ressourcer, men også i forhold til at få indsatserne til at understøtte hinanden i stedet for at modarbejde hinanden.

Brøndby Kommune står naturligvis til rådighed for uddybende bemærkninger.

Med venlig hilsen

Ulla Frausing
Centerleder



Aalborg 18. januar 2017

Høringssvar fra Dansk Smerteforum angående anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

Dansk Smerteforum sender hermed et høringssvar for Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter. Disse anbefalinger har til formål at understøtte, at mennesker med kroniske lænderygsmarter får udredning, behandling og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud samt opfølgning på deres forløb af høj, ensartet kvalitet. Dansk Smerteforum repræsenterer forskere samt sundhedsfaglige personer med tæt tilknytning til klinisk praksis hvorfor disse anbefalinger er relevante for Dansk Smerteforum og dets medlemmer.

I Dansk Smerteforum undrer vi os over, at der tilsyneladende i anbefalingen ikke skelnes konsekvent mellem akutte og kroniske smertetilstande. På trods af at det er kroniske smerter der adresseres i titlen på anbefalingen, er flere af de anbefalede behandlinger forbeholdt patienter med akutte eller subakutte smerter. For eksempel er blokadebehandling ikke anbefalet til patienter med årlange smerteproblematikker (side 21).

Tilbud om regelmæssig opfølgning hos den praktiserende læge af patienter med kroniske smerter synes fornuftig og parallelt med hvad man tilbyder andre patienter med kroniske lidelser, men det betimelige i regelmæssig opfølgning og vurdering hos fysioterapeut og/eller kiropraktor findes ikke (side 24).

Dansk Smerteforum hæfter sig endvidere ved, at arbejdsgruppen ikke har forholdt sig systematisk til evidensen, der foreligger for de anbefalede tiltag. Man må forvente, både for at sikre ensartet kvalitet i systemet og af hensyn til patientens ret til ordentlig information, at de konkrete anbefalede tiltag og anbefalinger fra SST beskriver evidensniveau, forventede effekt og bivirkninger ved indsatsen.

I den henseende er tilgangen i udkastet meget ujævn, hvor man flere steder overhovedet ikke forholder sig til evidens og interventionens forventede effektstørrelse. Eksempler på dette er:

- På side 17 skriver man at '*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.*' Endvidere er der nogle steder ret præcist beskrevet, hvad der skal gøres (fx side 15-16 hvor man beskriver indsats af 30 min. varighed, 4-8 lektioner osv.) samtidig med at man skriver, at der bør foreligge en beskrivelse af det teoretiske grundlag, evidens mm. Det ville være mere naturligt at beskrive teori og evidens og herudfra beskrive omfang og indhold i indsatsen.
- Flere steder i dokumentet bliver det fremhævet hvilke muligheder der er til henvisninger af patienter til medicinsk billeddiagnostik. Dette giver indtryk af at nemmere tilgang til scanning vil gavne patientens forløb, som er i modsætning til de nyere retningslinjer (eksempelvis NICE guidelines fra 2016) på området, som opfordrer til alene at benytte billeddiagnostik, når dette muligvis vil kunne ændre diagnosen og/eller behandlingstilbuddet.
- I anbefalingens introduktion står der: "*Kapitlet om udredning bygger på ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden, da danske retningslinjer, vejledninger mv. primært har haft fokus på akut opståede lænderygsmarter eller generelle smerter i bevægeapparatet*". Det er underligt, at man i dette afsnit vælger at se bort fra internationale retningslinjer på lænderygområdet, som findes og er tilgængelige i lande, som uden tvivl kan sammenlignes med danske forhold.

Den mangelfulde redegørelse, der ligger til grund for de konkrete anbefalinger, svækker væsentlig muligheden for at klinisk praksis kan ensarte udredningsforløbet, hvor patienten kan inddrages i behandlingsvalg på et velinformeret grundlag. Desuden fremstår forløbsbeskrivelsen ikke som et evidensbaseret dokument, hvilket gør det umuligt at konkludere, at patientforløbet bliver af høj, ensartet kvalitet, som det er lagt op til indledningsvis. Manglerne og uklarhederne i anbefalingen er af en sådan karakter og et sådant omfang, at det bør overvejes at revurdere hele arbejdet inden endelig offentliggørelse.

Sundhedsstyrelsen
Islandsbrygge 67
2300 København S



18. januar 2017

Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Dansk Kiropraktor Forening finder det prisværdigt, at der udarbejdes anbefalinger for tværsektorielle forløb for et så vigtigt område som personer med kroniske lænderygsmærter.

DKF skal anbefale, at indholdet i de afsnit, der specifikt knytter sig til lovgivning opdateres, således, at vedtagne ændringer i gældende lovgivning skrives ind i stedet for at henvise til lovforslag.

Det kan oplyses, at praktiserende kiropraktorer i alle regioner pr. 1. februar 2017 får mulighed for at henvise til billeddiagnostiske undersøgelser i sygehusvæsenet.

Afslutningsvis skal DKF bemærke, at kiropraktorer, henset til den rolle de allerede i dag varetager i forhold til udredning og behandling af patienter med kroniske lændesmerter, med fordel fremadrettet kan varetage en mere koordinerende rolle end forløbsplanerne umiddelbart lægger op til.

Venlig Hilsen

Peter Christian Madsen
Konsulent hos Dansk Kiropraktor Forening

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: Camille Larsson <camille.larsson@svendborg.dk>
Sendt: 18. januar 2017 16:04
Til: Janni Stauersbøll Kramer
Emne: Høringssvar "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter"

Kære Janni,

Hermed høringssvar vedrørende "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter" fra Svendborg Kommune.

Vi ser materialet som et godt og velbeskrevet forløbsprogram med gode anbefalinger til mennesker med kroniske lænderygsmarter.

Hertil har vi følgende specifikke bemærkninger.

- På side 14, under indsatser står angivet at sygdomsmestring og træning i hverdagsaktiviteter skal foregå i kommunalt regi. Her vil vi henlede opmærksomheden på at det er væsentligt at følge de etablerede henvisningsveje til kommunale ydelser.
- På side 17 (afsnit 4), fremgår det at specifikke kurser i kommunalt regi som "lær at tackle kroniske smerter" og "Lærings og mestrings-kurser" ikke kan erstatte et tilbud om sygdomsmestring. Her vil vi gøre opmærksom på at lærings og mestringskurser, kan opbygges meget forskelligt og dermed også kan indeholde sygdomsmestring. Vi undre os derfor over den meget entydige skelnen mellem kursusformerne. Man kunne med fordel i stedet rette fokus mod det sygdomsperspektiv der bør være og tilbydes borgeren.
- På side 25 (sidste 2 linje), står der "Der bør altid ske en tilbagemelding uanset om forløbet fuldføres eller ej". Her vil vi gerne have afklaret hvorledes vi forholder os til borgerens samtykke om videregivelse af oplysninger, såfremt borgeren end ikke møder op til første træning, der ikke opnås kontakt o.lign.
- På side 12 i note 1 nederst på siden henvises der til bilag 4... Der er ikke noget bilag 4 i materialet.

Venlig hilsen

Camille Larsson
Leder af Træningsafdelingen

Svendborg Kommune
Træning

Svinget 14
5700 Svendborg

Tlf: +4562234040
Email: camille.larsson@svendborg.dk

Aabenraa Kommunes hørings svar vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

Indledningsvis vil vi gerne takke for muligheden for at komme med input til dette høringsudkast. Vi mener, at det kan være gavnligt at involvere praksisnære repræsentanter, så der sker en kobling mellem teori og praksis, hvilket øger anbefalingernes anvendelsesmuligheder. På medlemslisten fremgår den kommunale repræsentation alene at være af en konsulent fra KL og af en Ledende Kiropraktor fra en kommune. Dette finder vi foruroligende, da en stor del af anbefalingerne omfatter kommunale indsatser, herunder indsatser fra jobcenteret, jf. bilag 2. På den baggrund er vi glade for muligheden for at blive involveret og dermed repræsentere det praksisnære felt.

Vi bemærker med tilfredshed, at de praktiserende læger opfordres til at henvise til en afklarende samtale i kommunen i forhold til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Vi vil også gerne udtrykke stor tilfredshed med Sundhedsstyrelsens anvendelse af ICF som forståelsesramme, så der er fokus på det hele menneske. Det er dog bekymrende, at ICF ikke anvendes kontinuerligt gennem hele høringsudkastet, da det har resulteret i, at fysisk helbred undervejs tillægges en betydelig større værdi end de øvrige parametre i ICF-tankegangen, hvilket er beklageligt, idet disse parametre omfavner vigtige aspekter af den enkelte borgers liv. Vi foreslår derfor, at ICF-tankegangen benyttes mere. Ydermere anbefaler vi en mere stringent anvendelse af termerne *patienter*, *borgere* og *mennesker*, så der ikke opstår uklarhed om hvilken instans (region, kommune mv.) hver enkelt anbefaling vedrører, samt hvorledes samarbejdet og kommunikationen mellem instanserne kan foregå. Samtidig efterspørges det, at der inddrages økonomiske overvejelser i udkastet, da der på nuværende tidspunkt blot henvises til de gældende sundhedsaftaler. Endvidere undrer vi os over, at borgerens eget ansvar og medvirken ikke fremgår tydeligere og mere eksplicit.

Idet anbefalingerne omfatter flere fagområder, vurderer vi, at det er nødvendigt med en begrebsafklaring, så de forskellige fagtermer forstås på samme måde. Vi mener eksempelvis ikke, at forebyggelsestilbud og rehabiliteringstilbud er sammenlignelige, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt at adskille disse. I udkastet kan det desuden tydeliggøres, hvornår der er tale om en kommunalansat eller privatpraktiserende fysioterapeut samt hvilken rolle vedkommende har i forhold til forebyggelse og rehabilitering.

I forlængelse af dette gøres opmærksom på, at det af figur 3 'Oversigt over indsatser og aktører' fremgår, at eksempelvis 'sygdomsmestring' og 'fysisk træning' varetages af flere forskellige aktører – sygdomsmestring af kommunale tilbud, praktiserende læge og smertecenter på § 79-sygehus, og fysisk træning af borgeren selv som selvtræning, kommunale tilbud, ved fysioterapeut, ved kiropraktor og på § 79-hospital. Det ville styrke anbefalingerne, hvis snitfladerne mellem de forskellige aktører var nærmere beskrevet.

Generelt kan det overvejes, hvorvidt anbefalingerne er tiltænkt som retningslinjer eller styringsredskab. Anbefalingerne vedrørende fysisk træning er yderst detaljeorienterede og fremhæver flere gange hvorledes en indsats **bør** i stedet for **kan** konstrueres. Dette medfører, at høringsudkastet virker detailstyret og fremsætter høje forventninger til opgaveløsningen, herunder krav til særlige pædagogiske og faglige kompetencer, som eksempelvis ses i afsnittet omkring fysisk træning (se side 18). Til sammenligning beskrives kompetenceniveauet mindre detaljeret i afsnittet omkring træning i hverdagsaktiviteter (se side 19), hvilket mere tydeligt er formuleret som en anbefaling. I forlængelse heraf kan det undre, at hele genoptræningsområdet ikke nævnes og inkluderes i udkastet, da det formodes, at borgere med lænderygsmærter i nogle tilfælde henvises hertil, - eller hvordan der skelnes mellem genoptræning og rehabilitering.

Vedrørende afsnit 5. Arbejdsmarkedstilknytning

I forhold til anbefalingen om 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 sygdomsmelding under 8 uger, hvor der ikke er igangsat en arbejdsmarkedsindsats i kommunen'* anbefaler vi, at der gøres opmærksom på Fasttrack-ordningen (se vedlagt faktaark), hvor enten arbejdsgiver, læge eller den sygemeldte selv kan anmode Jobcentret om tidlig opfølgning ved sygdom (afkrydsning i oplysningseskema).

'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, arbejdsområde, 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.'

I forhold til denne anbefaling foreslår vi, at der også gøres opmærksom på muligheder for mindre arbejdspladsindretninger, hjælpemidler og personlig assistance.

'Den praktiserende læge har mulighed for at henvise til jobkonsulent i jobcenter allerede ved truet sygdomsmelding med henblik på at kunne tilbyde støtte og vejledning tidligt i forløbet' – også her bør der henvises til Fasttrack-ordningen.

'Kommunen kan henvise til Klinisk Funktion, 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.'

I forhold til ovenstående gør vi opmærksom på, at der er nogle kriterier, som **skal opfyldes**, før kommunen **kan** henvise til Klinisk Funktion:

- Egen læge (efter dialog) finder ikke indikation for yderligere undersøgelse/udredning og/eller behandling.
- Der foreligger modstridende oplysninger om behandlingsmuligheder.
- Der foreligger modstridende lægelige oplysninger om helbredsforholdenes betydning for funktionsevne (eks. funktionsevne beskrives nedsat til ubetydelighed evt. med øget selvmordsrisiko eller sygdomsforværring ved forsøg på at udvikle funktionsevne, mens andre lægelige oplysninger ikke understøtter dette.)

Kommunen kan således ikke når som helst, den måtte ønske en afklaring af en borgers arbejdsevne, henvise til Klinisk Funktion.

'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 funktionsevniveau i forhold til arbejdsmarkedet kan borgeren få tilkendt flexjob eller førtidspension'.

Vi bemærker i den forbindelse: Såfremt patientens tilstand er tilstrækkeligt udredt, og behandlingsmulighederne er udtømte, igangsættes der en afklaring af patientens arbejdsevne. Afklaringen indeholder en vurdering af patientens muligheder og skånebehov og afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag, herunder ordinært arbejde med skånehensyn. Der bør ikke stå, at patienten kan få et fleksjob eller en førtidspension.

Afslutningsvis vil vi gerne rette fokus på den mangelfulde litteraturhenvisning, hvor det ikke tydeligt fremgår hvilken videnskabelig evidens anbefalingerne udspringer fra. Dette gør sig særligt gældende de steder i udkastet, hvor der angives udførlige retningslinjer, herunder træningshyppighed, varighed og holdstørrelse (se side 18). Generelt er litteraturhenvisningen uklar og udetaljeret, hvorfor det er svært at gennemskue på hvilken baggrund Sundhedsstyrelsen har udarbejdet de specifikke anbefalinger. Ydermere efterspørges flere paragrafhenvvisninger, så det bliver tydeligt hvilken lovgivning anbefalingerne omhandler.

Vi håber meget på, at disse kommentarer tages til efterretning.

Fast-track - tidligere opfølgning på din sygemelding

Stress, ulykke eller alvorlig diagnose. Oftest har både du og din arbejdsgiver en tydelig fornemmelse af, om du står over for en sygemelding, der risikerer at vare i mere end 8 uger.

I de tilfælde kan du eller din arbejdsgiver med fordel anmode om **Fast track-behandling af din sygemelding**. Så får du automatisk den første opfølgningssamtale med jobcentret senest 2 uger efter anmodningen. Det giver en unik mulighed for at sætte hurtigere ind med relevant støtte og konkrete redskaber i en svær situation. Ofte kan det bremse en uheldig udvikling og mindske både de menneskelige og økonomiske omkostninger ved sygemeldingen.

Opfølgning
efter senest
2 uger

HVEM GÆLDER DET?

Du kan anmode om Fast track, hvis du bliver sygemeldt fra et arbejde. Både som almindelig lønmodtager og som selvstændig.

Hvis det er din arbejdsgiver, der anmoder om Fast track, får du automatisk besked og mulighed for at takke ja eller nej til den hurtige behandling.

Betingelser

- Fast track er en frivillig ordning. Hvis din arbejdsgiver anmoder om Fast track, er du ikke forpligtet til at tage imod den tidlige indsats
- Du skal konsultere din egen læge inden jobcentrets opfølgning

Hvis du selv anmoder om Fast track eller takker ja til din arbejdsgivers anmodning, bliver du indkaldt til en opfølgningssamtale i jobcentret senest 2 uger efter anmodningen. Jobcentret vil bede dig om at konsultere din egen læge inden samtalen.

SÅDAN GØR DU

Som medarbejder kan du enten selv henvende dig i dit jobcenter og bede om Fast track, eller også kan din arbejdsgiver anmode om Fast track via NemRefusion på www.virk.dk. I begge tilfælde skal det ske inden for de første 5 uger af din sygemelding. Ved anmodningen skal din arbejdsgiver svare på tre spørgsmål om din sygdom:

- Hvilke jobfunktioner påvirker sygdommen?
- Hvor længe har sygdommen påvirket jobbet?
- Har I forsøgt at tilpasse jobbet til din tilstand?

Din læge modtager automatisk svarene på de tre spørgsmål om din sygdoms påvirkning af jobbet (se ovenfor) og giver efter jeres samtale sin vurdering af dine muligheder for at vende tilbage til arbejdet.

På baggrund af alle oplysningerne og opfølgningssamtalen planlægger du i samarbejde med jobcentret og din arbejdsgiver indsatsen for at fastholde dig i jobbet.



Sygedagpenge forløb og opfølgning

Når du ved din sygemelding oplyser, at du forventer at være sygemeldt i mere end otte uger, har dit jobcenter pligt til at følge op på din sygemelding senest otte uger fra din første sygedag. Sammen skal I lægge en plan for, hvordan du kan fastholde dit job eller igen komme til at stå til rådighed for arbejdsmarkedet.

Få overblik
over forløbet og
forbered dig bedst
muligt

FORLØBET

Inden opfølgningssamtalen i jobcentret er det et krav, at du skal konsultere din egen læge med henblik på at få udarbejdet "attest til sygedagpengeopfølgning". I denne attest vurderer lægen din sygdom i forhold til at arbejde, dine muligheder for at arbejde med skånehensyn samt angiver et tidspunkt for, hvornår du kan forvente at genoptage arbejdet/stå til rådighed for arbejdsmarkedet. Hvis du er sygemeldt fra et arbejde, har din arbejdsgiver ved anmeldelsen af fraværet også fået mulighed for at svare på tre spørgsmål om din sygdom, som kan lette jobcentrets opfølgning.

Opfølgningssamtale i jobcentret

På baggrund af oplysningerne fra dig selv, din arbejdsgiver og din læge, indkalder jobcentret dig til en opfølgningssamtale senest otte uger fra din første fraværsdag. Her skal I sammen lægge en plan for, hvordan du hurtigst kan komme tilbage i arbejde/eller igen stå til rådighed for arbejdsmarkedet. Måske kan du starte på nedsat tid (se ark om delvis raskmelding) eller måske er der behov for en aktivitet internt i jobcentret eller hos anden aktør. Inden samtalen kan det være en fordel at gøre dig dine egne tanker omkring, hvordan du hurtigst kan komme tilbage i jobbet/stå til rådighed for arbejdsmarkedet.

Samtalen skal munde ud i en plan om dit videre forløb, og jobcentret vil herefter følge op på dit sygeforløb hver 4. uge. Det er vigtigt, at du er så åben omkring din situation som muligt og aktivt tager del i at finde de løsninger, der kan få dig tilbage i arbejde.

Revurdering efter fem måneder

I følge sygedagpengeloven skal alle sygedagpengesager revurderes efter fem måneder. Hvis jobcentret ikke kan forlænge dine sygedagpenge efter de gældende regler, vil du blive tilbudt et jobafklaringsforløb på en nedsat ydelse/nedsat refusion til din arbejdsgiver (se separat faktaark). Derfor skal du sammen med jobcentret bruge tiden fornuftigt og hurtigst muligt komme i gang med at finde holdbare løsninger, der kan fastholde dig i jobbet eller igen få dig til at stå til rådighed for arbejdsmarkedet.

Betingelser

Alle har pligt til at deltage i jobcentrets sygedagpengeopfølgning. Det kan have økonomiske konsekvenser for dig selv eller din arbejdsgiver, hvis du ikke deltager.

Økonomi

- Hvis du normalt får løn under sygdom, vil din arbejdsgiver modtage sygedagpengerefusion fra kommunen efter de første 30 kalenderdage af din sygemelding.
- Hvis du ikke får løn under sygdom, vil du selv modtage sygedagpenge fra kommunen.

SÅDAN GØR DU

Når du sygemelder dig hos din a-kasse eller din arbejdsgiver, får kommunen automatisk besked og sender dig herefter et oplysningsskema, hvor du skal angive, hvor lang tid du forventer at være sygemeldt. Hvis du oplyser, at du forventer at være sygemeldt mere end otte uger, vil jobcentret sende dig et brev med en anmodning om at konsultere din egen læge og herefter indkalde dig til en opfølgningssamtale i jobcentret.

Fast track - hurtig opfølgning

Husk, at du inden for de første fem ugers fravær også har mulighed for at anmode jobcentret om Fast track behandling af din sygemelding (opfølgning efter maksimalt to uger - se separat faktaark). Det kan være en god ide, hvis du allerede på et tidligt tidspunkt kan se, at du står foran en svær og/eller langvarig sygemelding. Kontakt jobcentret eller bed din arbejdsgiver om at anmode om Fast track ved anmeldelsen af dit fravær.

Raskmelding

Når du igen er klar til at arbejde/stå til rådighed for arbejdsmarkedet, skal du raskmelde dig hos din arbejdsgiver/a-kasse og i jobcentret. Hvis du er ledig og ikke forsikret i en a-kasse, skal du raskmelde dig i jobcentret.



Sundhedsstyrelsen

Mail: jkr@sst.dk

16. januar 2017

Side 1 af 3

Høringssvar: Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

SUNDHED OG OMSORG

Sundhedsudvikling
Aarhus Kommune

Aarhus Kommune har bemærkninger vedrørende

1. Borgerens samlede forløb
2. De praktiserende lægers rolle
3. Sammenhæng til mental sundhed, fællesskaber og ensomhed – Herunder samarbejdet med civilsamfundet
4. Fokus social ulighed i sundhed
5. Specifikke bemærkninger til de enkelte sider

Sundhedsstrategisk Stab

Rådhuset
Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C.

Ad 1. Borgerens samlede forløb

Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen har samlet den nyeste viden i forhold til at skabe kvalitet i behandling, forebyggelse og rehabilitering og opfølgning. Ikke mindst at der er skrevet et afsnit ind om arbejdsmarkedstilknytning.

Telefon: 89 40 20 00

Direkte telefon: 89 40 40 09

Direkte e-mail:
hlin@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Det vil være brugbart med et samlet flowchart over borgerens forløb. Det vil gøre det mere enkelt at overskue – både for borgeren og de forskellige fagprofessionelle/sektorer, der er involveret i disse – ofte komplekse forløb.

Sagsbehandler:
Hanne Linnemann

Det noteres, at hovedparten af målgruppen for anbefalingerne har været igennem de forskellige regionale forløbsprogrammer vedr. akut opståede lænderygsmærter". Et flowchart (som efterlyst ovenfor) kunne medvirke til at synliggøre, hvordan målgrupperne/indsatserne "hænger sammen", så vi skaber og synliggør et samlet sundhedsvæsen for borgerne.

Ad 2. De praktiserende lægers rolle

Flere steder i programmet fremgår det, at den praktiserende læges funktion er at være tovholder/omdrejningspunkt for forløbene. Det er uddybet for den del, der omhandler arbejdstilknytning. Desværre gælder det ikke for de dele, der omhandler udredning og behandling. Det skal uddybes, så det bliver helt tydeligt hvad, der ligger i funktionen.

Ad 3. Sammenhæng til mental sundhed, fællesskaber og ensomhed – Herunder samarbejdet med civilsamfundet

Oversigten over indsatser og aktører (figur 3) mangler en overskrift "Fremme af sundhed og trivsel". Et af elementerne heri kunne være mental sundhed; herunder forebyggelse af ensomhed.



16. januar 2017
Side 2 af 3

Der kunne også sikres sammenhæng til de øvrige tilbud, kommunerne har, med henblik på at opretholde en sund og aktiv livsstil. Herunder også samarbejdet med civilsamfundet, hvor fastholdelsen i forhold til en sundere livsstil også ofte skal forankres.

Ad 4. Fokus på social ulighed i sundhed

Det fremgår spredt i teksten, at der skal tages afsæt i borgeren og der, hvor han/hun er. Der kunne med fordel skrives "differentierede indsatser" og "reducere social ulighed i sundhed". Her kunne den viden, der eksisterer om differentierede indsatser, med fordel inddrages.

Arbejdet med sundhedskompetencer; både borgerens, medarbejdernes og systemets bør nævnes her. Fokus på sundhedskompetencer er afgørende for, at alle får lige adgang til - og udbytte af de faglige indsatser.

Ad 5. Specifikke bemærkninger:

- Figur 2, side 11 er svær at forstå. Den er lidt for "grov" i sin illustration, og der mangler forklaringer til pilene
- Side 7, definitionen af kroniske rygsmerter. Spørgsmålet er, om ikke tidsperspektivet (3 måneder) ved recidiverende smerter er uinteressant. Det er funktionstab, der er interessant. F.eks. hyppige sygemeldinger grundet recidiverende lænderygsmerter.
- På side 12, anamnesen, her mangler "tidligere behandlingserfaringer"
- Side 16, under sygdomsforværringer. Her mangler emner som "fornuftig forvaltning af ressourcer/energi, håndtering af træthed, kognitive vanskeligheder, stress, angst, vanskelige følelser, sorg og tab.
- Side 19 om manuel behandling ved kroniske smerter. Brug af manuel behandling bør ses i sammenhæng med risikoen for passivisering af borgeren. Det er ikke helt klart hvilken evidens, der ligger bag brug af manuel behandling.
- På side 23 nævnes, at patienten kan henvises til Klinisk Funktion. Desværre er begrebet "klinisk funktion" ikke nærmere defineret. Det vil være hensigtsmæssigt at få det uddybet. Det ligger f.eks. ikke klart, om det er en regional funktion, der er tale om.



16. januar 2017
Side 3 af 3

- På side 24 – vedrørende opfølgning på undersøgelser og behandling. Det fremgår, at opfølgningen kan ske flere steder; egen læge, kiropraktor eller fysioterapeut. Det vil være hensigtsmæssigt at få noteret, at egen læge er tovholder. Som teksten er formuleret nu, virker ansvaret lidt tilfældigt.
- På side 29 (henvisning fra sygehus). Det fremgår, at patienter, der skal have foretaget en stivgørende operation skal henvises til kommunalt forebyggelsestilbud om tobaksafvænning.

Aarhus Kommune ser en fordel i, at alle rygpatienter, der ryger, henvises til tobaksafvænning.

Med venlig hilsen

Annemarie Zacho-Broe
Sundhedschef

Odense Kommunes høringssvar på Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter

Hermed fremsendes Odense Kommunes høringssvar vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter

Høringssvaret indeholder dels generelle kommentarer og dels nogle specifikke kommentarer til de enkelte afsnit.

Generelle bemærkninger

Odense Kommune finder, at anbefalingerne er relevante og velskrevet. Det er positivt, at der kan ses en ensartethed i begreber og sammenhæng til de andre anbefalinger, der kommer fra Sundhedsstyrelsen.

I anbefalingerne tages primært udgangspunkt i den raske borger, der måske er på vej til en sygemelding eller sygemeldt. Odense Kommune anbefaler, at anbefalingerne gennemskrives med henblik på at bruge begrebet arbejdsmarkedstilknnytning fremfor begrebet arbejdsfastholdelse, ellers møntrer anbefalingerne sig kun på borgere der allerede er i arbejde. I Odense Kommune ses mange borgere på kontanthjælp og på sygedagpenge med kroniske lænderygmerter, hvor en helhedsorienteret indsats er nødvendig.

Det er ikke kun varigheden (de 3 måneder) der skal afgøre, om almen praksis kan henvise borgeren til kommunen. Det er vigtigt, at borgeren har fulgt akutforløbet og har betydelige funktionsevnebegrænsninger, det bør præciseres.

Der er mange kommunikationsveje ift. patienternes problemer. Forskellige blanketter: Behovsvurdering, afklarende samtale, genoptræningsplan osv. At sygehuset skal udfylde flere forskellige blanketter er problematisk.

Det er iøjefaldende, at der ikke er anbefalinger ift. kost og ernæring, da mange i målgruppen er overvægtige og ernæring er et fokus for Sundhedsstyrelsen ift. andre målgrupper med kronisk sygdom.

Ved flere af indsatserne er det vanskeligt at gennemskue, hvilken aktør der er ansvarlig for at afholde indsatsen. Det kunne med fordel præciseres.

Specifikke bemærkninger

s. 7

- 3 måneder er en kort tidsperiode ift. at blive defineret som kronisk syg – det betyder, at mange helt unødvendigt bliver gjort til "kronikere".
- Ønskede aktiviteter bør skiftes ud med hverdagsaktiviteter/beskæftigelse/uddannelse – det er på linje med intentionen i ICF.

s. 11

- Figuren med målgruppen er svær at forstå som et flowdiagram. Der skal arbejdes lidt med grafikken.

s. 14

- Der mangler en dot omkring "arbejdsmarkedstilknøtning". Den er på tegningen.

s. 15

- Figur over indsatser. Byt ordet "Arbejdsfastholdelse" ud med "Arbejdsmarkedstilknøtning". Jf. de specifikke bemærkninger omkring kommunal lægekonsulent til side 23 anbefales det, at der i figuren under "Arbejdsmarkedstilknøtning" står klinisk funktion/kommunal lægekonsulent i stedet for blot klinisk funktion.

s. 18

- Borgerens eget ansvar for træning skal præciseres, borgerens egen træning skal begynde samtidig med den kommunale træning. Borgeren skal træne mere end 30 min to gange om ugen

s. 19

- Borgerens funktionsevne vurderes ud fra standardiserede redskaber. Hvilke redskaber? Kunne SST give eksempler på redskaber? Det vil fx også være relevant ift. kompetenceudvikling.

s. 22

- For lidt fokus på kontanthjælpsmodtagere og borgere aktuelt uden tilknøtning til arbejdsmarkedet.
- I vejledningen anbefales det, at patienter med erhvervsevnetab og anerkendt arbejdsskadesag henvises til rådgivning på Arbejdsmedicinsk Klinik med henblik på videreuddannelse. I disse sager vil der være tale om oplagte varige skånebehov, og derfor vil skånehensyn allerede være beskrevet af anden sundhedsfaglig person. Rådgivning fra Arbejdsmedicinsk Klinik kan evt. fremgå som en mulighed, men det synes unødvendigt og sagsforlængende, at afvente rådgivning fra Arbejdsmedicinsk Klinik i alle sager.

s. 23

- I vejledningen anbefales det, at kommunen henviser til Klinik Funktion, såfremt der ønskes en afklaring af en borgers arbejdsevne. Forud for 22 ugers sygemelding, samt i sager med kontanthjælpsmodtagere, vil sagen med fordel kunne drøftes med den kommunale lægekonsulent, fremfor at afvente rådgivning fra Klinik Funktion.
I Region Syddanmark vil Klinik Funktion ikke blive brugt til at vurdere arbejdsevne. Det vil være kommunernes lægekonsulenter der varetager denne opgave.

- I dette afsnit bruges patient i stedet for borger, selvom det er i en kommunal kontekst. På side 8 fremgår det at betegnelsen "borger" bruges i beskrivelsen af kommunale indsatser.

S. 24

- Overskifter skal være med fed i afsnittet om opfølgning, så vil afsnittet være lettere at læse

S. 25

- Der bør være fokus på dialog mellem kommune og almen praksis og ikke kun, som beskrevet, at der skal ske kommunikation fra kommune til almen praksis under forløbet. Det er erfaringen, at kommunen sjældent får en tilbagemelding på samtalerne i almen praksis i den periode, hvor borgeren benytter sig af kommunens rehabiliterings- og genoptræningstilbud.

s. 27

- Det skal være meget tydeligt, at lægen kun kan henvise til kommunale tilbud som fremgår af Sundhed.dk, for at undgå henvisninger til målgrupper, som kommunen ikke har tilbud til. Det bør endvidere fremgå at en patients dårlige økonomiske forhold ikke er henvisningsgrundlag til et kommunalt tilbud.

s. 29

- Alle borgere, der skal opereres bør opfordres og henvises til rygestop og ikke kun dem, der skal have en stivgørende operation.

s. 30

- I andet afsnit på side 30 er der en uklar sætning omkring henvisning fra kiropraktor eller fysioterapeut til kommunal jobkonsulent i jobcenter. Er det borgerens egen henvendelse eller kan kiropraktor eller fysioterapeut henvise til jobcenter?

Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter" og takker for muligheden for at afgive høringsvar.

DSF har samlet et høringsvar med input fra:

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi, DSMF
- Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi, DSMDT
- Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi, DSAF
- Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi, DSSMF
- Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringsvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den nationale kliniske retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

Der henvises endvidere til selskabernes selvstændige høringsvar, der er vedhæftet sidst i dette dokument.

Generelle bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for et sæt anbefalinger, der i udgangspunktet anerkender, at arbejdet med patienter med uspecifikke kroniske rygsmerter er yderst komplekst.

Vi anerkender, at man tilstræber at komme med forslag til behandlingen af de patienter, der ikke er blevet hjulpet af de indsatser, der anbefales i de to Nationale Kliniske Retningslinjer for hhv. Nyopståede lænderygsmærter og for Ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning samt i de regionale forløbsprogrammer.

Dansk Selskab for Fysioterapi mener dog, at disse anbefalinger metodemæssigt bygger på et alt for lavt evidensniveau. Der står i introduktionen, at anbefalingerne bygger på eksisterende danske kliniske retningslinjer, men der findes ikke danske retningslinjer for den kroniske lænderygpatient. Derfor burde anbefalingerne i højere grad have været baseret på international litteratur og retningslinjer. Nærværende høringsudkast er primært baseret på ekspertviden, som svarer til det laveste evidensniveau i Oxford Levels of Evidence.

Der burde, efter vores mening, have været udarbejdet et mere grundigt og systematisk arbejde i en National Klinisk Retningslinje for kronisk lænderygbesvær, hvor anbefalinger baseres på vurdering af den foreliggende evidens efter GRADE-principperne. Ikke mindst taget i betragtning at denne patientgruppe er stor og særdeles bekostelig for samfundet i form af udgifter til behandling, sygefravær og førtidspension.

Der er international konsensus indenfor rygforskningen om, at mennesker med kroniske lænderygsmærter skal udredes og behandles med en tværfaglig tilgang efter den bio-psyko-soziale model, hvor både de biologiske, psykologiske og sociale problemer identificeres og adresseres i behandlingsplanen. Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder, at man i disse anbefalinger italesætter håndteringen af kroniske smertepatienter ud fra ICF-forståelsesrammen. Dette afspejles desværre ikke i de tiltag, der foreslås, som primært retter sig mod biomekaniske faktorer og ikke følger den tværfaglige tilgang hvor fx også smertehåndtering, tiltag vedrørende arbejdsfastholdelse (eller tilbage-til-arbejde for sygemeldte) og tilpasset aktivitetsniveau indgår.

I forlængelse heraf undres vi over, at arbejdsgruppen har været sammensat uden deltagelse af smertespecialister og psykologer.

Der henvises til de enkelte selskabers høringssvar for flere detaljer, eksempler og referencer på dette.

Vi mener således, det er kritisabelt, at anbefalingerne er skrevet på et så tvivlsomt evidensfundament og at de derfor ikke bør implementeres i klinisk praksis uden en omfattende revidering.

Specifikke kommentarer

Dansk Selskab for Fysioterapi henviser til de fem enkelte faglige selskabers vedhæftede høringssvar for de mere specifikke kommentarer, men ønsker dog at fremhæve følgende gennemgående træk:

Der fremstår i anbefalingerne en inkonsekvens i hvornår specifikke faggrupper fremhæves. Bl.a. fremhæves kiropraktorer flere steder frem for fysioterapeuter, hvilket under Dansk Selskab for Fysioterapi noget. Se venligst de vedhæftede høringssvar for de konkrete eksempler og forslag til ændringer i teksten.

Manipulation og anden manuel behandling nævnes som et behandlingstiltag, men anbefales normalt ikke til denne patientgruppe, der ofte har fået rigeligt med manuel behandling tidligere i forløbet. For uddybning og referencer se venligst høringssvarene fra de fem selskaber nedenfor.

Der nævnes flere gange henvisning til MR/CT-scanning. Disse parakliniske undersøgelser anbefales ikke til denne patientgruppe hverken i egne NKR for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning og for behandling af nyopståede lændrygsmærter eller internationalt.

Flere specifikke kommentarer er uddybet i de enkelte selskabers høringssvar nedenfor.

Helt grundlæggende kan Dansk Selskab for Fysioterapi derfor ikke støtte op om, at denne anbefaling i sin nuværende form implementeres. Der bør foretages et omfattende metode-mæssigt arbejde for at den bliver evidensbaseret på et højere niveau og fremkommer med troværdige og anvendelige anbefalinger.

Dansk Selskab for Fysioterapi står naturligvis til rådighed såfremt der er spørgsmål til eller behov for uddybning af dette høringssvar.

På vegne af

Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

www.danskselskabforfysioterapi.dk



Bilag:

1. Høringssvar fra Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi, DSMF
2. Høringssvar fra Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi, DSMDT
3. Høringssvar fra Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi, DSAF
4. Høringssvar fra Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi, DSMMF
5. Høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG

SST: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Overordnede kommentarer

Det er prisværdigt at Sundhedsstyrelsen (SST) sætter fokus på kronisk rygbesvær, som er en af de mest udbredte, omkostningstunge og aktivitetsbegrænsende lidelser i Danmark. Samtidig er det forstemmende, at man udarbejder et forløbsprogram, før det videnskabelige grundlag er systematisk kortlagt f.eks. i en national klinisk retningslinje for netop den patientgruppe.

Indledningsvis postulerer høringsversionen: *"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."*

Men et hurtigt gennemsyn af de 21 referencer afslører udelukkende én relevant dansk og én relevant engelsk klinisk retningslinje, samt tre relevante systematiske oversigtsartikler om medicinsk behandling, 4 studier om prognose og en række rapporter fra med varierende relevans for personer med kronisk rygbesvær.

På den måde bliver anbefalinger for tværsektorielle forløb formentlig i udstrakt grad styret af præferencer hos de personer, der sidder i arbejdsgruppen. Dermed er den faglige sammensætning af arbejdsgruppen vigtig, og det fremgår ikke tydeligt, i hvilken grad forskellige professioner og forskere har været præsenteret, men umiddelbart savnes psykologer.

Det er uheldigt, at SST ikke prioriterer en logisk rækkefølge i sin opgaveløsning, hvor den videnskabelige evidens kortlægges før der udarbejdes et forløbsprogram, som i en årrække vil få afgørende betydning for håndteringen af rygbesvær i Danmark.

Specifikke kommentarer

Side 8: Man ved udmærket, hvor mange der udvikler kronisk besvær. Hvorfor bruge en næsten 20 år gammel reference, når der findes nyere studier f.eks. (1-6).

s. 12 (3.1 indledende vurdering primærsektor): Den indledende undersøgelse kan lige så vel være foretaget hos en fysioterapeut, herunder neurologisk undersøgelse. Det må være en forglemmelse kun at nævne kiropraktor ud over læge/reumatolog. Målgruppen er stor og udredes i vid udstrækning også hos fysioterapeut med eller uden lægehenvielse i primærsektoren.

"effekt af smertestillende medicin, manuel behandling og/eller retnings-specifikke øvelser" er ikke tidligere defineret – ved alle hvad det er?

Hele udredningen er banal og overfladisk. Der er ikke angivet specifikke metoder til at kortlægge f.eks. søvn, depression, motionsvaner, fysisk aktivitet,

S 14

"For patienter med et ukompliceret forløb bør forløbet foregå i almen praksis/hos kiropraktor. Almen praksis kan eventuelt henvise til fysioterapeut".

Denne formulering virker mærkelig. Hvad skulle begrundelsen være for, at behandlingen bør foregå hos kiropraktor og eventuelt hos fysioterapeut. Er der nogen dokumentation for at den ene faggruppe er bedre end den anden? Den praktiserende læge vil yderst sjældent forestå den egentlige behandling, men kan fint være tovholder. Sætningen bør omformuleres til noget i retning af, at den alment praktiserende læge er tovholder og varetager den medicinske behandling mens manuel behandling, træning og vejledning varetages af fysioterapeuter og kiropraktorer.

Det skal for forståelsens skyld måske præciseres, at patienter kan henvende sig direkte hos fysioterapeut eller henvises fra lægepraksis. "Praksis" dækker også fysioterapipraksis i primærsektoren. En mere korrekt formulering hvis man ønsker ovenstående formulering bør derfor være noget i retning af "For patienter med et ukompliceret forløb bør forløbet foregå i primærsektoren hos læge, fysioterapeut eller kiropraktor. Der må her være tale om en åbenlys "forglemmelse" som det er tilfældet side 12 afsnit 3.1.

Nederst: Hvad er evidensen for, at patienter med kroniske lænderygsmærter skal have manuel behandling? Manuel behandling anbefales sjældent som enkeltstående modalitet men kan primært overvejes i kombination med andre behandlingsformer (såsom øvelser og evt. psykologisk/kognitiv tilgang). Eks. Seneste NICE guidelines 2016 (7).

Side 19: *"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"*

Hvorfor snakker man om halsrygsøjlen her – det er kronisk lænderygsbesvær, det handler om og autorisationsloven og hvem der må, hører ikke hjemme her – det burde komme senere fordi det ikke for de andre behandlinger er nævnt, hvem der skal gøre det.

Side 20 *"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 smertebehandling"*

Det er en mærkelig modsigende formulering – der findes jo vejledninger for brug af alle præparater fra institut for rationel farmakologi, som angivet nedenfor.

Side 28: "Henvisning til yderligere undersøgelser, behandling, forebyggelse- og rehabiliteringsindsatser bør overvejes både i forbindelse med en indledende udredning og i forbindelse med opfølgning i kiropraktorpraksis." Disse linjer giver ikke mening. Uanset faggruppe/praksis (læge, fysioterapeut eller kiropraktor) bør evt. yderligere udredninger (herunder parakliniske) og multimodale samt evt. tværfaglige tilgange overvejes efter behov.

Tekniske kommentarer

Referencerne er ikke alle korrekte, nogle mangler årstal, uensartet layout, stavfejl.

Figur 1 har meget dårlig opløsning, er vanskelig at forstå og ikke forklaret i teksten (s. 7).

Figur 2. Er ikke forklaret og giver ingen mening uden forklaring. Den indikerer at nyopståede lænderygsmertter skal indgå i et regionalt forløbsprogram og denne rapport handler vel ikke om nyopståede (s 11).

Det er ikke angivet, hvem den eksterne konsulent er – hvem har sammenfattet rapporten?

Der er ingen rapportering af habilitet hos arbejdsgruppens medlemmer.

Kommentarer udarbejdet af

Per Kjær, Lektor, ph.d. og

Martin Josefsen, PT, DipMPT

På vegne af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

Rererencer

- 1.Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37(11):E668-77.
- 2.Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain*. 2013;17(1):5-15.
- 3.Tamcan O, Mannion AF, Eisenring C, Horisberger B, Elfering A, Muller U. The course of chronic and recurrent low back pain in the general population. *Pain*. 2010;150(3):451-7.
- 4.Juniper M, Le TK, Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2009;10(16):2581-92.
- 5.Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
- 6.Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):251-8.
7. NICE guideline (NG59) 2016, Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, NICE 2016, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>.



Indledning

På vegne af Dansk Selskab for MDT fremsender vi hermed følgende bidrag til høringssvar vedr. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter", Høringsudkast af 14. december 2016.

Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi (MDT), er et fagligt selskab under Dansk Selskab for Fysioterapi, som har sit virke indenfor det Muskuloskeletale specialeområde. Formålet med selskabet er at udbrede kendskabet til Mekanisk Diagnostik og Terapi og forbedre fysioterapeuters, lægers og kiropraktorers kliniske evner til at håndtere muskuloskeletale patientgrupper, bl.a. indenfor diagnosticering, udredning- og behandling af patienter med kroniske lænderygsmærter.

Vi vil gerne starte med at rose, at man har taget hul på dette svære og komplekse område, som indebærer den sværeste og dyreste gruppe rygpatienter, og måske af alle patienter, for samfundet.

Metodeanvendelse ved udarbejdelse af anbefaling

Når det er sagt vil vi indledningsvis gerne luften om tilgangen til emnet. Sundhedsstyrelsen har igennem mange år stået som tovholder for NKR, hvor man har anvendt GRADE metoden. NKR egner sig ganske vist ikke godt til at vurdere forløb, men omkring selve den evidensmæssige del, udformning af spørgsmål hertil, samt at komme ud over laveste evidenshierarki, har metodeanvendelsen været tiltrængt. Derfor undrer det, at man i denne type arbejde omkring "anbefalinger for..." afviger fra en grundig evidensmæssig gennemgang, samt den kritiske tilgang som ex. høring blandt relevante parter i kommissorium/fokuserede spørgsmål giver. Det kan nævnes, at flere meget relevante parter ikke er blevet hørt i denne proces, blandt andet "Dansk Smerte Forum", som består af smerteforskere fra Aalborg Universitet, samt Smerteklinikkerne rundt omkring i Regionerne. Dette må siges at være en fejl, og undskyldes ikke med at dette efter produktet er færdigt er i en åben høring. De spørgsmål og det kommissorium, der skal belyses bedst, stadfæstes igennem denne indledende høringsrunde, ikke til sidst.

Delkonklusion

Vi foreslår som følge heraf, at man fremadrettet skal ændre metodeanvendelse, og for denne anbefaling enten lade den gå om, eller lave væsentlige revisionsændringer. Vi vil nedenfor påpege nogle af de mangler, som vi vurderer er i anbefalingen, samt faktuelle unøjagtigheder.

Målgruppe og definition på Kroniske Lændesmerter

Allerede her i indledningen er en diskrepans imellem definitionen på Kroniske Lændesmerter og Målgruppe Karakteristika, som er uforenelige.



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.

&

2.2 Målgruppe

.....

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.

Under anvendte begreber er der tale om det, som man kan betragte som kroniske rygpatienter. De, som enten har kroniske rygsmarter eller er så funktions- og/eller arbejdsruede, er relevante for en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Målgruppen ved beskrivelsen af recidiverende forløb, nævner man en gruppe der i perioder har ingen smerter og normal funktionsevne. Denne gruppe vil ingen definere som kroniske rygpatienter, men derimod som recidiverende rygpatienter med flare-ups. Det er vidt forskellige grupper, der skal gribes meget forskelligt an.

Delkonklusion

Man bør holde fast på en definition af kroniske rygpatienter, som svarer til anvendte begreber, ikke som under målgruppe.

Evidensniveauet på anbefalingerne

1.2 Vidensgrundlag

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

I afsnittet henviser man til eksisterende danske kliniske retningslinjer mv, men ikke til international evidens og praksis på området.

Det kan derfor undre, at man ikke hverken følger den bedste viden/evidens, eller egne NKR på afgørende punkter, eksempelvis på følgende.



Manuel Behandling

Der er ingen/sparsom evidens for manuel behandling til denne kroniske grupper af patienter med rygsmerte. Det man ved er, at gruppen af kroniske rygpatienter ofte har prøvet så rigeligt med manuel behandling hos diverse Manuel Medicinske Læger, Fysioterapeuter, Osteopater, Kiropraktorer, og alternative behandlere. Alligevel fremhæver man gentagne gange muligheden for manuel behandling, manipulation, og henvisning hertil.

Den behandling, som der er valid dokumentation for, nemlig en tværfaglig tilgang med fokus på TTA, smertehåndtering, tilpasset aktivitetsniveau og træning, medicinsk tilgang mv. nævnes, men i kraft af de mange gentagelser vedr. manuel behandling/manipulation, samt de henvisningsmæssige muligheder til MR/CT, fremstår et rodet billede, og vi kan være bekymret for, at målgruppen af sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale kan sortere heri.

Anvendelse af MR/CT

Man fremhæver gentagne gange henvisning til MR/CT, og dermed implicit at anvendelse har relevans for denne patientgruppe, på trods af at både NKR og internationale retningslinjer kun peger på henvisning til MR som eksklusion til alvorlig sygdom, eller som forundersøgelse ved kirurgi. Som der står i NKR af 2016 under det fokuserede spørgsmål 8, MR-skanning i: "National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (Lumbal radikulopati):

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Patienter bør have grundig information om, at MR-skanning ikke er nødvendig for at stille den kliniske diagnose, at fund ved MR-skanning ikke altid kan forklare patientens symptomer og at nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning har en god prognose. MR-skanning er kun påkrævet i tilfælde, hvor der er mistanke om alvorlig patologi (cancer, fraktur, afklemning af nerveplexus – cauda equina), persisterende medicin/morfika resistente smerter, alvorlig symptomforværring, og hvor henvisning til kirurgisk vurdering og operation overvejes. Har patienten på eget initiativ fået foretaget MR-skanning, bør information om skanningens resultater gives i en tryghedsskabende form, der afdramatiserer betydningen af almindeligt forekommende degenerative fund.

Den sundhedsprofessionelle skal have indsigt i fund ved MR-skanning og disses sammenhæng og mangel på samme i forhold til ryg- og bensmerter for at kunne formidle skanningens resultater på en tryghedsskabende måde.

Hvis kirurgisk vurdering overvejes bør, der altid foreligge en MR-skanning, jf. det fokuserede spørgsmål om kirurgisk vurdering (Kapitel 10).

8.8 Rationale for anbefaling

Der blev ved anbefalingen lagt vægt på, at information om MR-skanning ikke ser ud til at influere patientens, smerter, funktion og frygt for bevægelse samt de mulige uønskede konsekvenser af MR-skanning i form af sygeliggørelse og unødigt kirurgi eller anden behandling.



Det samme finder man i NKR af 2016 under det fokuserede spørgsmål 4, Rutinemæssig billeddiagnostisk udredning med MR scanning eller røntgenundersøgelse i: "National Klinisk retningslinje for BEHANDLING AF NYOPSTÅEDE LÆNDESMERTER".

4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter. Der ses ingen umiddelbar gavnlig effekt af rutinemæssig billeddiagnostik med MR scanning eller røntgenundersøgelse. Ved en standard røntgenundersøgelse af lænderyggen udsættes patienten for en relativt lille dosis ioniserende stråling. Tidlig billeddiagnostik kan potentielt have skadelige effekter for prognose (sygeliggørelse og unødigt frygt hos patienten), hvis alderssvarende strukturelle forandringer tolkes som patologiske. Særligt fund ved en MR scanning kan være misvisende i forhold til at forklare patientens symptomer og lede til overbehandling.

Patientpræferencer vil ofte gerne have foretaget billeddiagnostisk udredning for at vide, hvad de fejler og dermed mindske usikkerheden for en alvorlig tilstand.

Vel vidende at der er tale om nyopståede lændesmerter, så er den videnskabelige referencelitteratur i denne NKR rettet mod generelt anvendelse af MR (og røntgen).

Den internationale litteratur omkring anvendelse af MR/CT til rygpatienter er meget mere kontant, og anbefaler det i meget mindre grad, end vi anvender det i Danmark til rygpatienter. Her ligger der udelukkende op til, at MR er for at ekskludere alvorlig sygdom, ved tegn på Cauda Equina og/eller progredierende pareser, og som forundersøgelse til evt. kirurgisk indgreb. Ser man på Sundhedsstyrelsen egen skabelon for kronisk sygdom og hvor alle regionerne i dag på Sundhedsstyrelsen opdrag i 2011, har I udarbejdet et forløbsprogram for patienter med rygproblemer:

https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloebprogrammer/~/_media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCF19.ashx

Så finder man her, at patienterne skal igennem 8 ugers (manuel)behandling og træning, hvorefter de henvises til Rygcenter/Rygklinik alt efter hvilken region, som man bor i. Man må derfor antage, at patienterne har modtaget manuelbehandling, træning og en grundig udredning på rygcenter/rygklinik, som for de fleste regioners vedkommende ved relevans har indeholdt en MR/CT Scanning. Dette fremgår også i følgende:

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 smerter i lænderyg og har betydende funktionsevnebegrænsning, som defineret i kapitel 1.3. Det for-



ventes, at de fleste mennesker i målgruppen har været igennem et forløb beskrevet i de regionale forløbsprogrammer inklusiv relevante billeddiagnostiske undersøgelser.

Delkonklusion:

Derfor undrer det, at man har bragt så megen fokus på henvisningsmuligheder og anvendelse af MR/CT, som forvirrer billedet af, hvad der er vigtigt, og hvad der er kontraindiceret i undersøgelses øjemed til kroniske rygpatienter. Ligeledes at man fremhæver manuel behandling/manipulationsbehandling flere gange, samt henvisningsmulighederne hertil.

Vi vil foreslå, at man fjerner så meget som muligt af henvisningsmulighederne og anvendelse af manuelbehandling/manipulation og MR/CT, samt nedtoner anvendelsen af disse behandlings- og undersøgelsesmodaliteter, og anvender mere plads til smertehåndteringstilgangen og kognitiv intervention, som evidensen bakker op om.

Det fremgår, at denne gruppe mennesker med kroniske lændesmerter har været igennem forløbsprogrammet og heraf hvis relevans MR scannet, hvad skal en ny henvisning til MR/CT gøre for patienten i så fald?

Korrektionsforslag & præciseringer

Til sidst vil vi gerne fremhæve nogle punkter i rapporten, som understøtter hyppigheden/anvendelsen af manuelbehandling/manipulation og MR/CT scanninger for udredning, samt nogle unøjagtigheder generelt.

3. Udredning i primær sektor

3.1 Indledende vurdering

Patienter med kroniske lænderygsmarter 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.

Her står "For en del af patienterne er dele af udredning foregået hos kiropraktor (bør der også stå) eller fysioterapeut.

Mange læger henviser til fysioterapeutisk praksis for udredning, ligesom et stigende antal patienter kommer direkte til fysioterapeut uden henvisning. Skal anbefalingen reflektere det reelle billede, så skal fysioterapeut medskrives her. Fysioterapeuternes autorisation og uddannelse berettiger fuldt til diagnosticering af patienter, som det ses af følgende:

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=180536>

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=183809>

<http://www.ft.dk/samling/20051/lovforslag/l111/spm/7/svar/227660/247702.pdf>



Som stadfæster, at Fysio- (og ergo)terapeuter har diagnosticeringsmæssige kompetencer, og differentialdiagnostiske kundskaber.

IKAS er ved at prøveakkreditere fysioterapipraksis, og heri indgår også diagnosticering på ICPC-2 niveau, ligesom fysioterapeuter på hospital er med i udarbejdelsen af ICD diagnoser på bl.a. rygcentre/rygklinikker i hele landet.

<http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/fysioterapeut/ddkm-for-fysioterapeuter>

Senere i anbefalingen, under pkt. 6 opfølgning, ser man en fin afbalancering imellem de tre faggrupper, læge, kiropraktor og fysioterapeut. Heri ligger jo også implicit en vurdering, ny diagnosticering af behandleren, når pt. kommer til opfølgning, så det er vigtigt, at det fremgår klart af materialet, at fysioterapeuten også vurderer, udreder og diagnosticerer.

Der henvises senere tilbage til dette afsnit, da der er flere lignende udeladelser vedr. fysioterapeuters diagnosekompetencer.

4. Indsatser til patienter med kroniske lændesmerter

4.1 Planlægning af forløb

.... 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.

Nu omhandler anbefalingen de kroniske rygpatienter, så virker det mærkeligt at man vil fremhæve de ukomplicerede forløb, da disse kroniske forløb netop er, som definitionen fastslår, af en vis kompleksitet. En sådan signalforvirring ligger op til overbehandling.

Var dette relevant, burde der stå ... almen praksis, praktiserende kiropraktor eller praktiserende fysioterapeut.

At der er en henvisning med i samarbejdet eller ej forekommer ikke relevant, men som sagt bør den stryges.

4.3 Fysisk træning

....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 sædvanlige smerter/gener. Samtalen med borgeren bør i første omgang rette sig mod at undgå inaktivitet, dernæst mod forslag om træningsformer

Denne sætning bør ændres til: "Borgere, hvor det vurderes relevant, bør informeres om....." da der for nogen patienter ikke er grund til, at de træner med smerter (under/efter træning) idet dette ofte kan reduceres eller helt fjernes ved at tilpasse træningsprogrammet ift. valg af øvelser



samt intensitet. Det sker ofte i klinisk praksis, at man møder patienter, der vedligeholder deres smerter ved at udfører de øvelser, de har fået af læge/kiropraktor/fysioterapeut, og for disse vil det jo netop være en modificering af deres program, der får dem bedre og ikke budskabet om at det er ok., at det gør ondt.

”core stabilitets træning” bør fjernes fra listen over hvad en fysisk træning kan bestå af. Dette af flere årsager, hvoraf den ene er, at dette vil være dækket ind under både ”øvelser med motorisk kontrol træning” samt ”styrketræning”, men mere vigtigt er, at der er ikke evidens for at dette skulle være bedre end andre former for træning, og at det faktisk er i strid med megen af den litteratur, der kommer ud i disse år. Tilsvarende kan man undre sig over, hvorfor man har sat strækøvelser på som et selvstændigt punkt.

4.5 Manuel behandling

....Manuelle teknikker anbefales primært som en kortvarig smertelindrende indsats ved oplussen i kendte symptomer. I håndteringen af den stabile, kroniske situation anbefales manuelle teknikker kun som supplement til den øvrige behandlingsindsats, som omfatter patientinformation, sygdomsmestring og i kombination med trænings- eller øvelsesterapi.

Det virker meget modstridende, at man ønsker fokus skal være på at gøre patienterne selvstændige, kunne mestre deres situation samt varetage egen træning, og samtidig anbefaler en passiv ”manuel” tilgang i tillæg til anden behandling. Man vil gerne gøre patienterne selvstændige, men siger samtidig, at det er ok., at de får passiv behandling. Det er helt ok. at manuel terapi bruges til at smertelindre med, men det giver ikke mening, at dette skulle være en del af et længere rehabiliteringsforløb.

Kompetencer

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.

Anbefalingen omfatter tværsektorielle forløb for mennesker med lænderygsmerter, hvorfor det er uklart, hvorfor den skal udtale sig om behandling af nakken. Vi foreslår at den udgår.

7. Organisering

7.1 Arbejdsdeling og ansvar

.....

Kiropraktor



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

Fysioterapeut

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

Det virker underligt, jf. tidligere henvisning til fysioterapeuters diagnosticeringsmæssige kompetencer og differentialdiagnostiske kundskaber, at der er så stor diskrepans på kiropraktor og fysioterapeut. Hvis man ser på de fleste undersøgelsesmodaliteter, ex. henvisning til kirurgisk vurdering, blodprøvesvar eller ønsket om at pt. skal ses i en kræftpakke, så er begge faggrupper nødt til at gå igennem egen læge for henvisning, og aktion på undersøgelsesfund uanset. Ingen af faggrupperne praktiserende fysioterapeut/kiropraktor kan uden praktiserende læge og dennes undersøgelsesfund, ex. blodprøver, reelt differentialdiagnosticere helt, men vurdere, hvad der ikke hører til i fysioterapeutisk/kiropraktisk praksis). Desuden er det ikke hensigtsmæssigt at praktiserende læge omgås jf. dennes tovholderrolle i sundhedsvæsenet.

Vi vil foreslå en fælles formulering:

Praktiserende (skal skrives praktiserende, da der arbejder fysioterapeuter og kiropraktorer i andre sektorer end praksissektoren, men her henleder man til denne gruppe) Kiropraktor og Fysioterapeut:

Udredning, diagnosticering og differentialdiagnostiske overvejelser og henvisning via praktiserende læge til relevante undersøgelser som en del af udredningen. Behandling af patienter med kroniske lænderygsmærter og/eller symptomforværring, herunder sygdomsmestring og træning (og evt. manuel behandling bortfalder jf. evidens for gruppen).

7.2 Henvisning

....

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.

Igen bør henvisningsmulighederne til de relevante tilbud for mennesker med kroniske lænderygsmærter indgå. De relevante henvisningstilbud er ofte via praktiserende læge, ex. til undersøgelser i egen praksis, henvisning til sygehus, henvisning til smerteklinik mv. Drejer det sig om kommunens §119 tilbud, så er der ingen henvisning som sådan, og alle faggrupper kan derfor henvise hertil i samarbejde med borgeren, til ex. "lær at leve med... kurser, og smertehåndteringstilbud"

Derfor kunne en fællesformulering lyde:



Henvielse fra Fysioterapeut og Kiropraktor:

Henvielse til yderligere undersøgelse, behandling, forebyggelse- og rehabiliteringsmæssige indsatser bør overvejes, både i forbindelse med indledende udredning og i forbindelse med opfølgning i fysioterapeutisk- og kiropraktisk praksis.

Her kan henvises via praktiserende læge til relevante undersøgelser og behandling, som ex. smerteklinik, og direkte til kommunale §119 tilbud som "lær at leve med smerte" kurser. Det anbefales at praktiserende læge altid informeres om henvisninger.

.....

Henvielse 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.

Dette signalerer en skævvridning i forhold til målgruppen og den generelle konsensus, der er om brug af billeddiagnostik for denne patientgruppe. I afsnit 2.2. står der at *"Det forventes, at de fleste mennesker i målgruppen har været igennem et forløb beskrevet i de regionale forløbsprogrammer inklusiv relevante billeddiagnostiske undersøgelser"*. Dette giver et uklart budskab i retningslinjerne dersom dette signalerer, at en del af problemet er manglen af billeddiagnostisk udredning og manglen af henvisninger dertil. Alle nyere retningslinjer på området anbefaler i mod rutinemæssig brug af billeddiagnostik fx NICE guidelines, som blev opdateret for nylig (November 2016);

- Do not routinely offer imaging in a non-specialist setting for people with low back pain with or without sciatica
- Explain to people with low back pain with or without sciatica that if they are being referred for specialist opinion, they may not need imaging
- Consider imaging in specialist settings of care (for example, a musculoskeletal interface clinic or hospital) for people with low back pain with or without sciatica only if the result is likely to change management

Det er derfor uklart hvorfor man føler at det er nødvendigt at fremhæve at kiropraktorer kan henvise til billeddiagnostisk udredning.

7.3 Kommunikation mellem aktører

...

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.



Der fremhæves, at en faggruppe har selvstændig overenskomst. I så fald skal alle relevante faglige parter, der arbejder med patientgruppen, vel nævnes:

Fysioterapeuterne har selvstændig overenskomst, og via autorisationsloven diagnosticeringsmæssige kompetencer, som gør, at patienter direkte kan henvende sig til Fysioterapeuten. Patienterne kan via overenskomsten med en henvisning fra egen læge henvende sig til fysioterapeuten, hvis egen læge vurderer, at patienten har behov for fysioterapeutisk behandling, hvor der orienteres om problemstillingen, og at der er tale om kroniske/langvarige smerter.

Og så kunne man vel også nævne, kommunerne, psykologerne, reumatolog'erne etc. på samme måde. Enten skal man beskrive alle faggrupper på denne måde, ellers bør man stryge afsnittet om "kiropraktor har selvstændig overenskomst med sygesikringen.....", det er en selvfølge, at de har.

.....

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.

Jf. dette afsnit vedr. udredning, diagnosticering og praktiserende læge som den reelle tovholder, fremstår dette afsnit meget klart i, at praktiserende fysioterapeut og kiropraktor i akuttillælde, diagnosticering og differentiell diagnostisk vurdering, skal henvise via praktiserende læge, og kan henvise til kommunalt tilbud, og at praktiserende læge bør informeres. Afsnittets indhold kan bruges til at rette i ovenstående, hvor dette billede ikke fremstår tydeligt.



Konklusion

Vi synes generelt at niveauet for en anbefaling, som for patienternes skyld, skal flytte området fremad, ikke er opnået.

Den metodiske tilgang til emnet følger ikke, som ex. NKR, en høj metodisk tilgang til udvælgelse af fokuserede spørgsmål/kommissorium, samt høring hos relevante interessenter. Kommissoriet og bearbejdningen af anbefalingen, og som følge heraf evidensniveauet fremstår mere som GOBSAT, (Good Old Boys Sat Around a Table), og derved laveste evidens niveau, nemlig såkaldt ekspertvurdering.

Dette afspejler sig tydeligt i indholdet, som ikke får fremhævet en helhedsorienteret tilgang, men derimod kommer til at anbefale ex. manuelbehandling/manipulation som behandling, samt MR/CT som (hyppig)undersøgelsesform til denne gruppe af mennesker med kroniske lændesmerter, hvilket er i strid med gældende evidens på området.

Der er mange faktuelle fejl i anbefalingen, og ex. anbefalinger vedr. nakketilgang i en lænderyganbefaling, eller man nævner tilgang til akutpatienten, som ingen relevans har i et kronisk forløb, som også definitionen for kroniske lændesmerter burde afvise.

Der mangler ligeledes i behandlingen af struktur, en stillingtagen til, om man fremadrettet vil anvende forløbsprogrammerne på rygområdet, og dermed 8 ugers forløbet i praksissektoren (Læge, Kiropraktor og Fysioterapeut), med efterfølgende henvisning til rygcenter/rygklinik, eller dette med denne anbefaling skal bortfalde.

Skal det ikke bortfalde, bør forløbsprogrammerne i højere grad femhæves.

Vi kan på det eksisterende grundlag ikke anbefale fysioterapeuter, eller øvrigt sundhedspersonale i Danmark, som arbejder med kroniske rygpatienter, at følge denne anbefaling, da vi mener, at den vil give ringere patientbehandling end i dag, hvis ikke der kommer væsentlige ændringer i de kritikpunkter, som vi her har fremført.

Som anbefalingen foreligger, vil vi anbefale en ny proces på emnet grebet an med bedre metodisk tilgang fra starten, og klarere definition af begrebet kroniske lændesmerter.

Man bør overveje helt at lade processen gå om på et højere metodisk niveau, samt heri medinddrage den internationale evidens på området og egne NKR's anbefalinger i arbejdet, som ex. på MR anvendelsesområdet.

Med venlig hilsen

Mathias Holmquist
Formand Dansk Selskab for MDT
På vegne af Dansk Selskab for MDT



På vegne af DSAF fremsendes hermed hørings svar til Sundhedsstyrelsens offentlige høring om: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter.

Dansk Selskab for Akupunktur er en del af det muskuloskeletale speciale, hvor diagnostik, forebyggelse og rehabilitering af borgere og patienter er i fokus.

Det fremsendte høringsudkast berører et vigtigt område og bør derfor leve op til relevante krav om kvalitetssikring af klinisk praksis. Det glæder os, at der er elementer i dette høringsudkast, som har fokus på sygdoms- og smertemestring, ICF-modellen, arbejdstilknytning og tværsektorielle samarbejds muligheder.

Det er dog problematisk, at høringsudkastet overeksponerer og italesætter gentagne udredninger, billeddiagnostiske undersøgelser og passive manuelle behandlinger, som evidensmæssigt ikke hører hjemme til denne målgruppe. Evidens har i årevis talt for, at irrelevant billeddiagnostik og passive behandlinger til patienter med kroniske lænderygmerter skal reduceres eller undgås. Disse patienter har netop været igennem et utal af diagnostiske forløb.

Metode- og kvalitetsmæssig er dette høringsudkast kritisabelt og bør omfattende revideres. Det er kritisabelt, da vægtningen af indholdet ikke i tilstrækkelig grad beror på velargumenteret videnskabelighed og samtidig har en svag metodetilgang. Emnet er for vigtig til, at det må være styret af "ekspertinteresser". DSAF vil ikke støtte udkastet i nuværende form.

Nedenfor er der kommentarer til afsnittene i høringsudkastet:

I Sundhedsstyrelsens brev (14. december 2016) fremgår det, at disse anbefalinger bl.a. bygger på eksisterende Nationale kliniske retningslinjer - men det fremgår ikke hvilke. Her må der være tale om en udtalt fejl, da der ikke eksisterer retningslinjer om kroniske lænderygmerter. Dette fremgår også på side 6/39, hvilket dermed er i modstrid med teksten introduktionsbrevet.

Disse informationer er vildledende.

Ad 1.2

Det skal bemærkes, at der ikke på nogen måde kan være tale om "aktuel bedste viden", da disse anbefalingers metodegrundlag hører til i nederst i fx Oxfords Levels of Evidence. **Anbefalingens styrke bør fremgå.**

Ad 2.1

Der står i 2. afsnit, at disse patienter søger kontakt til læge eller kiropraktor. Denne sætning er unuanceret, da patienterne ligeledes søger kontakt til fysioterapeut. Til orientering, så kræver det ingen henvisning at søge diagnostik og behandling hos fysioterapeut (autorisationsloven, 2007). **Fysioterapi skal tilføjes.**

På side 10/39 nævnes det, at patienter der henvises til yderligere udredning falder uden for målgruppen for disse anbefalinger. Her er det værd at bemærke, at fysioterapeuter netop har de kliniske kompetencer der skal til for at vurdere om disse patienter har brug for lægefaglig udredning ved mulig alvorlig patologi.



Figuren på side 11/39 er rodet og uklar. Den indikerer ligeledes at løft eller det at bruge ryggen er negativt. **Der sendes et uhensigtsmæssigt signal om, at det er smertefuldt at bruge ryggen.**

Der er rodet med begreberne "inhomogen og heterogen" (side 9 og 24). Der mangler kildehenvisning på patientkarakteristika. Det nævnes at bevægeangst er prædiktor for et langvarigt forløb, hvorfor skal der så ikke undersøges for dette - jævnfør bilag 3? Der mangler helt konkret en vurdering af, at der i 80-90% af tilfældene ikke findes en biomekanisk strukturel årsag til smerterne, og derfor må betegnes om uspecifikke/non-maligne kroniske rygsmerter. **Rod og inkonsistens i teksten.**

Ad 3

Første afsnit: I dette afsnit må ordet "fysioterapeut" være faldet ud?

Patienterne udredes også differentialdiagnostisk hos fysioterapeuter og får samtidig en udredning af funktionsevnen, da ICF er en fysioterapeutisk kernekompetence. Udredning eller indkredsning af problemstillingen kan i lige så høj grad ske hos en fysioterapeut, da der er mange fysioterapeuter, som er specialiserede inden rygområdet. **Fysioterapi skal tilføjes ifm udredning, diagnostik og differentialdiagnostik.**

Nederst på side 12/39 burde der tilføjes "eksempelvis", da de nævnte årsager ikke er en komplet liste. I forbindelse med billeddiagnostik, så negligeres kiropraktorernes overforbrug af billeddiagnostik. Bevægeangst bør nævnes under de "personlige faktorer". **Faglig inkonsistens.**

Ad 4

Formuleringerne i dette afsnit afspejler ikke det samarbejde, som reelt foregår. I praksis "henvises" der flere veje - fx fra læge til kiropraktor og fra fysioterapeut til læge. Ligeledes giver afsnittet giver et fornuftsstridigt indtryk af, at en kiropraktor er sidestillet med en læge. I afsnit 4.1 dukker ordet "manuel terapi" op igen-igen. Det er som om, at der i denne tekst ikke er indsigt nok i målgruppens rehabiliteringsbehov, da manuel terapi hviler på ingen eller svag evidens. Ligesådan peger dette på problematikken med passiv manuel overbehandling ifm. denne målgruppe. Se ex Cochrane reviews ift. dette område. **"Manuel behandling" bør fjernes fra denne anbefaling.**

Afsnittet om indsatser nederst på siden bør omformuleres, da der er tale om meget individuelle vurderinger af patienterne. Manuel behandling, farmakologisk behandling og operation kan kun overvejes i særlige tilfælde **og bør ikke altid overvejes.**

Den fysiske træning, som anbefales er forsimplet, da andre fysiske aktiviteter enten har en lige så god - eller bedre effekt end flere af de nævnte eksempler. Eksempelvis bør det fremgå, at fysiske aktiviteter, som er mulige i patientens nærmiljø er oplagte (svømning, gymnastik etc.). Det at de nævnte aktiviteter er superviserede er ikke ensbetydende med, at træningen skal foregå hos en professionel behandler. Behandleren kan supervisere og rådgive patienten om fysisk aktivitet, selvom den ikke foregår hos behandleren. Førnævnte er jævnfør systematiske svenske SBU-litteraturoversigter om behandling af patienter med langvarig smerte. **Pas på, at det ikke kommer til at handle om behandlerens økonomiske interesser.**



Et latent mål for disse mennesker er vel samtidigt, at de kan holde sig fysisk aktive og reducere eventuel udvikling af livstilssygdomme. De fleste tiltag der indgår i denne anbefaling har ikke en klinisk relevant effekt. Derfor bør målsætningen ses i et større perspektiv. **Man må ikke stikke patienterne blå i øjnene med urealistiske effekter ved bestemte former for træning eller behandling, som er rettet ensidigt mod biomekaniske faktorer – se disse anbefalingers egne råd om sundhedspædagogik. I det mindste skal påstandene om effekt dokumenteres med gyldige referencer.**

I afsnittet om farmakologisk smertebehandling: ...patienten skal undgå provokerende faktorer. Dette er uklar sætning – hvad menes der?

Osteoporose med sammenfald er ift. anbefalingernes målgruppe et meget dårligt eksempel, og afsnittet om "akut" smerte i den kroniske smertetilstand – er rodet og ikke i tråd med viden fra smerteforskningen. **Kroniske smerter med periodiske recidiv er ikke akutte smerter. Er det tilfældet, så kan forfatterne vel finde belæg for denne påstand.**

Patienter med kroniske og komplekse smerter har risiko for at udvikle vedvarende smerter, som følge af operation - jævnfør dokumentation fra bl.a. kliniske opdateringer udgivet af IASP og A classification of chronic pain ICD-11, 2015. **Derfor bør der informeres om risikoen for vedvarende postoperative smerter (30%), som følge af operation.**

Undervisningen kan også foregå hos fysioterapeut, da mange klinikker og kommunale centre har rygskoler og smertehåndteringshold. – Igen er fysioterapi faldet ud af teksten.

Varetager kiropraktorer træning? – Vanligt er det fysioterapeuter de har ansat til dette.

Inddragelse af nakken/halvhvirvelsøjlen i en anbefaling om lænderygproblemer?

Dette er ufokuseret og afspejler kvaliteten af dette høringsudkast.

Ad 6.1

Opfølgning – herunder manuel behandling? Igen – der er ikke dokumentation for at anvende denne behandlingsmetode til patienter med kroniske smerter. **Hvor langt kan denne anbefaling komme fra en videnskabelig tilgang?**

Ad 7.1

I dette afsnit mangler "fysioterapi igen at blive nævnt ifm. udredning, differentialdiagnostik og henvisning til yderligere lægefaglig udredning.

Igen-igen er ordet manuel behandling nævnt – selv ifm. reumatologer. Repræsentativt er det vist et absolut fåtal af reumatologer, som begiver sig af med manuel behandling.

Dette høringsudkast giver metode- og indholdsmæssigt indtryk af, at der er tale om en interesserapport, som ikke i tilstrækkelig grad varetager patienternes/borgernes interesser på et evidensbaseret grundlag

Med venlig hilsen

Bjarne Rittig-Rasmussen

Magister i fysioterapi, ph.d. i medicin

Århus, d. 15. april 2015

Dansk Selskab for Fysioterapi
Holmbladsgade 70
2300 København S
Att.: Annette Fisker

Dansk Selskab for Smerte & Fysioterapi (SMOF) arbejder for at fremme viden om og kvaliteten af fysioterapeutisk behandlingen til mennesker med kroniske smerter. Vi har med stor interesse læst anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter ('anbefalingerne'). SMOF repræsenterer fysioterapeuter fra alle sektorer og har i dette svar samlet svar fra fire kolleger (kommunal genoptræning, privat TTA, regional tværfaglig smerteklinik og primær praksis) med særlig viden og mangeårig erfaring på området.

Indledningsvist anerkender vi emnet er næsten udtømmeligt og at generaliseringer er en kunst på dette område. Vi ønsker dog at fremkomme med nogle betragtninger, som vi håber, at arbejdsgruppen vil lytte til og overveje at inkludere i det endelige produkt.

Kommentarer:

1. Vi anerkender, at anbefalingen sætter patientens behov, lidelse og begrænsninger i centrum. Og som eksempel tjener de beskrevne emner (bilag) fint hvorledes man kan gribe dette an.
 - a. SMOF anbefaler, at man desuden fremhæver kommunikation (fx aktiv lytning eller motiverende samtale) som bærende i at bringe patienten i centrum
2. Anbefalingen anvender vejledninger og andre sekundære kilder som reference, men det fremgår ikke, at anbefalingen basalt set består af 'ekspert'-holdninger.
 - a. SMOF anbefaler, at man fremhæver, at anbefalingen er begrænset til niveau 5 videnskab (ekspert anbefaling), og at emner der ligger udenfor eksperternes kompetenceområde kan være uafdækkede.
3. Arbejdsgruppen er udpeget fra faglige selskaber, hvilket sikre indflydelse fra disse.
 - a. SMOF anbefaler, at der gøres rede for om arbejdsgruppen mener, at de dækker hele det tværfaglige spektrum og de tværsektorielle rammer som patienter, der vedrøres af anbefalingen, omfatter. Det undrer bl.a. at der ikke er psykologer inkluderet i arbejdsgruppen og at specialenheder (fx tværfaglige smerteklinikker, smertefaglige selskaber og universiteter) ikke er inkluderet i arbejdsgruppen eller en referencegruppe.
4. Anbefalingerne gentager SST 2016 anbefalingerne om kompetencekrav til løsning af enkelte opgaver (pkt 4.2) men anbefalingerne tager ikke stilling til de praktiske omstændigheder som fx muligheden af at kunne tilbyde kvalificeret hjælp i alle kommuner og/eller praksissektoren.

- a. SMOF anbefaler, at arbejdsgruppen tager stilling til om anbefalingen gælder hele landet, og hvordan det i givet fald stiller borgerne i forskellige dele af landet, hvis de ikke kan modtage forløb jf. anbefalingen.
5. I henhold til anbefalingen pålægges det patientens praktiserende læge at forestå både initial TTA indsats, supervisering af træning samt oplæring i mestring af smerter (med mindre egen læge kan viderehenvise).
 - a. SMOF vurderer, at det er urealistisk når almen praksis (egen læge) allerede er under et massivt arbejdspress i hverdagen.
 - b. SMOF mener, at TTA afsnittet kunne påpege, at det er et fælles sundhedsfagligt ansvar at have fokus på TTA. Herunder at gøre forløbene så korte som muligt og støtte patienten i at vende tilbage til arbejde på trods af kroniske smerter.
6. Den kommunale indsats er velbeskrevet og i overensstemmelse med hverdagen.
 - a. SMOF mener, at anbefalingerne i højere grad bør anerkende, at de borgere, der er tale om i denne rapport, er mere komplekse end mange andre borgere i den kommunale genoptræning. Det medfører, at disse borgere har andre behov, der ikke nødvendigvis er mere ressourcekrævende, men at der skal større grad af tilpasning til for at møde den enkelte borger med et relevant tilbud, fx at kunne tilbyde at se borgeren det samme antal gange men med længere mellemrum, end den 'typiske' (akutte) borger med rygsmerter.
7. SMOF's overvejelser vedr. anbefalinger om indsatser til målgruppen
 - a. Psykologisk behandling er kun nævnt meget kort i anbefalingen, men bør udgøre et selvstændigt punkt i indsats-afsnittet.
 - b. Der er anbefalinger om manuel behandling til målgruppen. Dette står i stærk kontrast til, at målgruppen er defineret som patienter, der ikke har haft effekt af den behandling de tidligere har modtaget (se NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR BEHANDLING AF NYOPSTÅEDE LÆNDERYGSMERTER), hvor manuel behandling er én af anbefalingerne. Det er vores opfattelse, at den måde hvorpå anbefalingen er beskrevet, gør, at læseren kunne tro, at SST anbefaler, at man skal fortsætte med manuel behandling til en gruppe af patienter, der ingen (eller kortvarig) effekt har af behandlingen? SMOF støtter en revision af anbefalingerne for manuel behandling til denne målgruppe, der enten fremhæver ligeværdige terapier eller som redegør for hvornår behandling med manuel terapi til kroniske smerter ikke længere bør anses som værende en relevant intervention.
 - c. Der ikke tages stilling til om behandlinger (generelt) til denne målgruppe må medføre (nye) smerter/funktionstab hos patienten af kort (minutter-timer) eller mellemlang (timer-dage) varighed. SMOF ser gerne, at det fremhæves, at behandling, der har langsigtet effekt (og som følger arbejdsgruppens krav til målbare, patient-rapporterede mål) kan være kortvarigt smertefulde (fx træning), men at terapi, der primært er smertelindrende (fx akupunktur, ledbehandling, massage og kryoterapi) som minimum ikke er smertevoldende, hverken på kort eller mellemlang sigt.
 - d. I relation til effektmål er vi enige i arbejdsgruppens fokus på patient-rapporterede mål. SMOF ser gerne, at det præciseres for al behandling (ikke blot farmakologisk behandling, pkt 4.6), at igangsætning af enhver form for terapeut-/lægestyret behandlingen skal inkludere en plan for udtrapning og ophør ved initiering af første

behandling med den pågældende intervention (fx hvor mange behandlinger med manuel terapi er tilstrækkeligt til at afprøve hypotesen om effekt hos denne patient).

- e. Arbejdsgruppen anbefaler, at patienter henvises med henblik på stivgørende operation hvis de *"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."* SMOF er forundret over hvordan arbejdsgruppen er fremkommet med denne anbefaling, og medgiver, at der kan forelægge ekspertvurderinger eller videnskabelig dokumentation for dette, som er os ukendt. I så fald, vurderer vi, at det er væsentligt at fremhæve disse grunde. Hvis det ikke er tilfældet anbefaler SMOF, at patienter, der falder ind under ovenstående beskrivelse tilbydes hjælp på en tværfaglig smerteklinik.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi

Morten Høgh, Formand

Høring: National klinisk retningslinje for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Til: Sundhedsstyrelsen

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri mener at denne NKR for kroniske lænderygsmærter gennemarbejdet ud fra den evidens der er til rådighed.

Yderst relevant, da lænderygsmærter rammer rigtigt mange mennesker og har store menneskelige omkostninger.

Det er en vældig god ide med en tovholder, men om opgaven skal ligge hos egen læge, bør diskuteres.

Med venlig hilsen

Annette Storm

p.v.a. Bestyrelsen i Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

Web: www.xxxxx.dk

Janni Stauersbøll Kramer
jkr@sst.dk

Odense 18. januar 2017

Høringssvar fra DASYS

Vedr. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har haft en repræsentant i arbejdsgruppen, som er tilfreds med resultatet. Vi har derudover sendt høringsanmodningen til vores medlemmer, hvilket ikke har givet anledning til kommentarer. DASYS har følgende få kommentarer.

Bemærkninger til høringsmaterialet

Materialet virker særdeles gennemarbejdet og detaljeret.

Det er glædeligt, at der fokuseret på inddragelse af patienter og pårørende.

Begrebet egenomsorg anvendes flere gange. Begrebet har mange betydninger og kunne med fordel defineres.

Der nævnes ikke noget om psykologisk bistand eller komplementær medicin/alternativ behandling. Fravalg kunne med fordel begrundes.

Det er en udfordring med de mange forskelligartede tilbud i kommunerne.

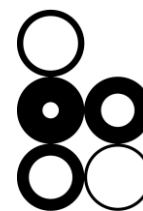
Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck
Næstformand



18-01-2017

Marie Amalie Conrad

Lundstrøm

Tel. 35298404

E-mail: mlu@regioner.dk

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter” har været sendt i høring hos regionerne.

Danske Regioner vil gerne takke Sundhedsstyrelsen for deres velkrevne og grundige arbejde med anbefalingerne for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter, der kan bidrage til at sikre mere ensartede tilbud af en højere kvalitet.

Generelle bemærkninger

Det nævnes, at evidensgrundlaget bag anbefalingerne er varierende, og at anbefalingerne derfor blandt andet bygger på erfarings- og praksisbaseret viden. Dette kan muligvis medføre, at anbefalinger udarbejdet på denne baggrund i nogen grad er retrospektive frem for at se fremad og sætte nye standarder for praksis. Dette reducerer i nogen grad relevansen og den potentielle effekt af at udsende anbefalinger. Der er derfor i høj grad behov for, at Sundhedsstyrelsen og/eller andre nationale myndigheder også understøtter forskning og udviklingsarbejde, hvor evidensgrundlaget på området er spinkelt.

Det vurderes positivt, at anbefalingerne bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, idet der således skabes bedre sammenhæng mellem forskellige anbefalinger og retningslinjer.

Generelt kunne anbefalingerne med fordel indeholde overvejelser om, hvordan man forventer dem implementeret. Fx angives det i 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes', at disse anbefalinger forventes indarbejdet i de regionale forløbsprogrammer.

Med henblik på kvalitetssikring af forebyggelses- og rehabiliteringstilbudene kunne det være hensigtsmæssigt, hvis anbefalingerne endvidere indeholdt overvejelser i forhold til monitorering af tværsektorielle forløb.

Det er omfattende og komplekse problemstillinger, der her laves anbefalinger for. Kommunerne har et meget stort arbejde, og det vil givetvis kræve en del ekstrauddannelse til dem, der skal undervise kroniske smertepatienter.

I høringsversionen varierer brugen af referencer. Der bør optræde referencer alle steder hvor, det er relevant.

Brugen af ”borger” og ”patient” bruges ikke som defineret (s. 8). Eksempelvis på s. 23, hvor patient og borger blandes.

Specifikke bemærkninger til afsnit i publikationen

1.3 Anvendte begreber

Det bør være klart om diagnosen er ”lænderygsmarter” eller ”uspecifikke rygsmarter”.

Lænderygsmarter er defineret som: “pain and discomfort, muscle tension, soreness and/or stiffness’ localized below the costal margin and above the inferior gluteal folds, with or without referred leg pain”.

Uspecifikke rygsmarter er defineret som: “low back pain that is not attributable to a recognizable, known specific pathology (e.g. infection, tumour, osteoporosis, structural deformity and inflammatory disorder”.

Det bemærkes, at det ikke ses hensigtsmæssigt at man i anbefalingerne ligestiller smerter i 3 måneder med en samlet varighed i løbet af 1 år på i alt 3 måneder. Det er ikke logisk i forhold til kronificering af smerte.

Derved sidestiller man en patient, som tidligere på året har haft 3 perioder med rygsmarter med en samlet varighed af 3 måneder, men nu er symptomfri og velfungerende det sidste halve år, med en patient som har haft vedvarende smerter de sidste 3½ måned.

Nogle patienter med symptomer fra 3-6 måneder er omfattet af de regionale hospitalsbaserede rygforløb jf. de regionale forløbsprogrammer. Det vurderes dog, at anbefalingerne har en anden målgruppe.

2 Population

I afsnit 2.1 beskrives udgifterne til behandling og sygefravær. Der er ikke angivet en tidshorisont for denne udgift, så dermed fremgår det ikke om udgiften er pr. dag, måned eller år.

Figur 2 bør gøres mere læse- og forståelsesvenlig for brugere.

Der refereres til Jensen OK et al 2010, som analyserer prognostiske faktorer for smerter og funktion. Forfatterne har bemærket at citationen ikke er helt korrekt. Forfatterne finder, at generaliseret ømhed har betydning - ikke generaliserede smerter i den multivariate model. Forfatterne finder også, at specielt helbredsbekymringer har betydning - ikke bekymringer i almindelighed.

3 Udredning i primærsektor

På side 12, kapitel 3.1 bør der stå noget om muligheden for ULRUS (udvidet lænde ryg undersøgelse) som specialuddannede fysioterapeuter foretager. I afsnittet står: "For en del af patienterne er dele af udredningen foregået hos kiropraktor". Her bør der indflettes noget om muligheden for ULRUS, altså henvisning fra Almen praksis til ULRUS som led i udredningen. Det bør også indflettes på side 28, kapitel 7 under afsnittet: "Henvisning til øvrig praksissektor".

3.2 Vurdering af patientens samlede funktionsevne ud fra ICF

Danske Regioner kan tilslutte sig, at der anbefales udredning ud fra en holistisk sygdomsforståelse, hvor den enkelte persons funktionsevne vurderes ud fra biopsykosociale faktorer.

Der lægges op til, at en stor del af udredningen formentlig vil foregå i almen praksis. I den forbindelse kan der være udfordringer forbundet med, at udredningen foretages med udgangspunkt i ICF. ICF-forståelsesrammen er omfattende og indeholder mange elementer, hvilket kan være uforeneligt med den tid, der er afsat til konsultationer i almen praksis. Det forventes at disse vurderinger ikke foregår ved almindelige konsultationer, men i en at-test til kommunen.

Det må formodes, at man har gjort sig overvejelser om honorering, evt. efteruddannelse i anvendelse af ICF samt IT-understøttelse.

Det bør anføres hvilke test, der eksempelvis kan anvendes til vurdering af patientens aktivitetsniveau.

4 Indsatser til patienter med kroniske lænderygsmarter

Overskriften bør være, at der ikke findes effektive behandlinger til kroniske rygsmarter, kun behandlinger og indsatser med dokumenteret effekt. Man kan få det indtryk, at patienterne kan vende tilbage til normal funktion, når de har lært mestringsteknikker. Det gælder typisk ikke. Kroniske rygsmarter er ofte noget man må lære at leve med – og omgivelserne inkl. arbejdsmarked og kommune - inklusive de begrænsninger der følger med. Endvidere er det vigtigt at forstå, at det ikke nødvendigvis gælder, at jo mere indsats, des bedre.

Det er ikke påvist, at manipulation har effekt ved kroniske lænderygsmarter, så der bør være beskrevet en øvre grænse for antal behandlinger med manipulation.

Side 14, linje 6 bør præcisere, hvad der menes med ukomplicerede forløb. Det bør fremgå om der menes patienter med kroniske smerter, som har normalt funktionsniveau og ikke er sygemeldt.

Side 15 øverst: Det vurderes, at et teoretisk grundlag ikke er nok. Der bør være dokumentation for effekt af den indsats der tilbydes.

Figuren side 15 giver et godt billede på de indsatser der kan relatere sig til patienter med kroniske lænde-rygsmerter, men der opleves mangler i teksten, hvilket skaber uklarhed. Fx på s. 17 i andet sidste afsnit, hvor der står ”også efter det kommunale tilbud er afsluttet...”. Ovenfor beskrives det, at fysisk træning kan foregå flere steder.

I afsnit 4.3 nævnes begrebet § 79 sygehuse, uden en nærmere beskrivelse af hvad disse sygehuse er. Det kunne være fint med en fodnote der kort beskriver hvad et § 79 sygehus er. I figur 3 står der § 79-hospitaler, som bør ændres til sygehuse for at skabe ensartethed. Det bør tydeliggøres, hvor ”fysisk træning” og ”manuel terapi” ved kiropraktor og fysioterapeut foregår.

Der er kun to kommentarer omkring tobaksafvænning, i henhold til operation. På baggrund af evidensen på området (fx <http://journals.lww.com/spinejournal/pages/articleviewer.aspx?year=2016&issue=04010&article=00009&type=abstract> ; <http://journals.lww.com/spinejournal/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=07010&article=00016&type=abstract>) kunne det overvejes at lave et specifikt afsnit/underafsnit omkring tobaksafvænning i henhold til den øgede risiko for komplikationer og død.

I litteraturen (<http://aje.oxfordjournals.org/content/171/2/135>) ses der en sammenhæng mellem overvægt og kroniske lænderygsmarter, som derfor kunne indarbejdes i anbefalingerne. Dette vil tydeliggøre kostomlægning og fysisk træning med fokus på vægttab.

Der skal være et bedre grundlag (herunder referencer) for valg af elementer i den fysiske træning.

På side 14 bør følgende inkluderes: ”Planlægningen af indsatser for den enkelte patient skal altid tage udgangspunkt i patientens *mål*, behov og ressourcer, herunder patientens patients sociale situation”.

Det vækker undren, at ”manuel behandling” på side 14 nævnes som en generel behandling for praktiserende læge/reumatolog, da det aktuelt kun er de færreste læger der praktiserer dette (nævnes også på side 15, 20 og 28).

Det er positivt, at der lægges op til at patienten kun bør være kortvarigt i smertebehandling, og løbende opfølgning herpå. Det er vigtigt for den enkelte patient, at have en strategi for behandling af smerter, som både inddrager det farmakologiske og den non-farmakologiske smertebehandling.

I afsnittet 4.7 kirurgi: Man skal være sikker på, at patienter med skoliose, kyfose, spondylolistese, svære degenerative forandringer, spinalstenose eller fraktursequelae falder ind under ”kroniske lænderygsmarter”. Denne patientgruppe falder uden for uspecifikke rygsmerter, så af denne grund er det vigtigt at definere diagnosen på forhånd.

Effekten af analgetika på rygsmerter er generelt dårligt dokumenteret, og mange patienter oplever flere bivirkninger end gavnlige effekter af analgetisk behandling. I SSTs nationale kliniske retningslinjer om lænderyg og rodtryk er formuleringerne også generelt 'forbeholdne', og der anbefales flere steder kun brug efter 'grundig overvejelse'. Denne skepsis bør gentages.

S. 17/18: Det bør inkluderes: "... , men træningen i sig selv ikke bør forværre borgerens sædvanlige smerter/gener på længere sigt".

S. 18: Det bør inkluderes under kompetencer: "supervisere træningen og rådgive om konkrete fysiske øvelser og graderet træning tilpasset den enkelte borger".

S. 19: Det bør præciseres, hvad der menes med "hensigtsmæssige arbejdsstillinger".

5 Arbejdsmarkedstilknytning

S. 23: "Klinisk funktion" skal defineres. Der mangler præcisering af "hvem" kommunen er.

7 Organisering

Omkring den tværsektorielle arbejdsdeling fremgår, at rehabiliteringen i højere grad bør flyttes til kommunerne (side 26). Der savnes en begrundelse herfor.

Betydningen af kommunikationen mellem aktører kan fremhæves. Det er vigtigt at alle faggrupper sender relevant information videre.

S. 28: Henvisning til sygehus med henblik på "multifacetteret behandling" indgår ikke i figur 3, hvor der kun omtalt smertebehandling med farmaka.

Henvisning fra sygehus kan også ske i form af en genoptræningsplan, hvis det vurderes, at patienten har en funktionsnedsættelse (uanset om der er tale om operation eller ej skal lægen vurdere et muligt genoptræningsbehov). En henvisning til genoptræning kan sagtens suppleres med de rehabiliterende tilbud / forebyggelsestilbud der i øvrigt findes i kommunerne.

S. 29: Det fremstår uklart om §79 privat sygehuse er det samme som §79 hospitaler (figur 3). Der bør yderligere være en referencer, der informerer om, hvad "visse kriterier" er.

S. 29-30: Det bør præciseres, hvor ref01 eller evt. GOP benyttes som henvisning.

Bilag 3

Side 6

Det bør præciseres hvordan det undersøges om borgeren kan ”klare stress”/”klare ikke stress”. Bilaget anføres som værende eksempel på ”ledende spørgsmål”, men er snarere en generel undersøgelse.

Danske Regioner tager forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser i regionerne, som følger af den faglige vejledning.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen
Centerchef
Center for Sundhed og Sociale indsatser
Danske Regioner



Kolding
Kommune

**Senior- og
Socialforvaltningen**

Sundhedscenter Kolding

Dato 23. januar 2017

Emne: Høringssvar

Kolding Kommune har med stor interesse gennemgået høringsudkastet til nye anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter, og har nedenstående kommentarer.

Der mangler en beskrivelse af de personlige faktorer hos borgere med længerevarende.

Hvad (kan) det gøre ved en persons mentale sundhed at have kroniske smerter. At være funktionsbegrænset, at være udenfor arbejdsmarkedet og familielivet. Symptomer på stress og/eller depression følger ofte med.

Aktuelt er der i medierne meget fokus på, at der er evidens af kognitiv baseret mindfulness til behandling af smerter, stress, angst og depression. Dette burde indgå i udkastet.
