



17-12-2010

Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna - udsendes til relevante parter

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner har konstateret en høj aktivitet af operationer på rygområdet. Udtræk fra landspatientregistret viser, at det især er gældende for degenerative lidelser i columna inklusiv diskusprolaps og spinalstenose.

Der har været en stigende rykirurgisk aktivitet i Danmark gennem det sidste årti¹. Tilsvarende ses i flere andre lande bl.a. USA².

Regeringen og Danske Regioner aftalte i økonomaftalen for 2011, at der inden for den prioriterede økonomiske ramme skal ske en skarpere styring og prioritering, herunder på fedme- og rygområdet, hvor der for begge områder er generel høj aktivitet. Det blev derfor aftalt, at:

”Offentlig finansieret behandling i sundhedsvæsenet baserer sig på et fagligt funderet visitationsgrundlag. Der er enighed om, at visitationen til behandling skal ske på baggrund af klare faglige retningslinjer og forundersøgelser, for at imødegå utilsigtet skred i indikationer for behandling mv. Der er på den baggrund enighed om, at indenrigs- og sundhedsministeren igangsætter et arbejde med deltagelse af Danske Regioner med henblik på at gennemgå de klinisk faglige visitationskrav ved offentlig finansieret sundhedsbehandling. Målet er at gennemgå og revidere de klinisk faglige retningslinjer og visitationsgrundlaget for væsentlige sygdomsområder”.

Udvalgte rygsygdomme

Mere end halvdelen af befolkningen oplever lændesmerter på et eller andet tidspunkt i deres liv, og 30 pct. af befolkningen har haft rygsmerter indenfor de sidste 14 dage. De fleste klarer sig uden kontakt til sundhedssektoren, men for en del fører det til undersøgelse og behandling samt mulig sy-

¹ Rasmussen 2010

² Deyo 2005 og Weinstein 2006

gemelding. Det er vigtigt at kunne udpege de patienter, som har høj risiko for langvarige gener, og som har gavn af behandling.

For degenerative lidelser i columna uden påvirkning af nerverødder, kan konservativ behandling for de rette patienter efter 1 år vise lige så gode resultater, som kirurgisk behandling. Ved lumbal spinalstenose, spondylose eller degenerativ instabilitet er der god evidens for, at dekompression med eller uden spondylodese er bedre end ikke kirurgisk behandling med hensyn til bedring af smerte og funktion³. For gruppen af patienter med lumbal diskusdegeneration uden radikulære symptomer er spondylodese mere effektiv end standard ikke intensiv, konservativ behandling, mens der er en evidens for, at der ikke er forskel over for en samtidig intensiv og kognitiv træning.

På baggrund af ovenstående er der brug for at revurdere rygbehandlingen, således at den operative behandlingsindsats alene fokuseres til de patienter, hvor der er egentlig faglig indikation herfor.

Det vurderes derfor, at der aktuelt er behov for at optimere de faglige retningslinjer for visitationen inden for området. Det indebærer, at flere parter berøres, herunder kommunerne, regionerne, offentlige sygehuse, alment praktiserende læger, speciallæger og privathospitaler.

De nationale retningslinjer sætter fokus på områderne:

- Visitation, herunder henvisningsretningslinjer for kirurgisk behandling
- Den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren
- Krav til henvisning

Regeringen og Danske Regioner er på baggrund af faglige drøftelser enige om at opstille retningslinjer for visitation, indsatsen i primærsektoren og henvisning til kirurgisk behandling på grund degenerative lidelser i columna for områderne:

- diskusprolaps
- isolerede lændesmerter, og
- spinalstenose

Afslutningsvis beskrives betydningen i forhold til det udvidede frie sygehusvalg.

³ Ugeskrift For Læger; 2010, 172, 3245-9

*Henvisningsretningslinjer for kirurgi*Diskusprolaps:

- Der er akut indikation ved betydende rygmærkspåvirkning
- Der er akut indikation ved Cauda Equina Syndrom eller ved mistanke om rodinkarceration.
- Der er subakut indikation ved progredierende pareser.
- Der er indikation ved nerverodspåvirkning, som ikke bedres ved konservativ behandling, som beskrevet nedenfor.

I sidstnævnte tilfælde er det optimalt at træffe beslutning 6-12 uger efter symptomdebut, idet langtidsresultaterne af ikke-operativ behandling i visse studier er meddelt at være på højde med resultaterne af operativ behandling. Operativ behandling kan dog forkorte varigheden af bensmerterne, og for en subgruppe af patienter kan konservativ behandling ikke gennemføres med tilfredsstillende resultat. Den enkelte patient bør dog medinddrages i beslutningen på baggrund af relevant information om prognosen.

Ved svære funktionshæmmende smerter uden bedring kan der træffes beslutninger om operation på et tidligere tidspunkt.

Isolerede lænderygsmærter, som skønnes betinget af degenerative forandringer:

Det er nødvendigt,

- at være tilbageholdende med operation for isolerede lænderygsmærter,
- at patienten er grundig udredt.

Indikationen kan kun komme på tale, når der vurderes, at der både er overensstemmelse mellem patientens symptomer, de kliniske iagttagelser samt de billeddiagnostiske fund og når patienten har været gennem et tværfagligt konservativt forløb omfattende fysisk aktivitet (øvelser, motion træning), kognitiv behandling, medicinsk smertebehandling, erhvervsrådgivning og evt. psykologisk rådgivning. Patienten bør være fulgt i minimum 6-12 måneder, før evt. beslutning om stivgørende rygoperation.

Spinalstenose:

Indikationerne for kirurgi vil være afhængig af patientens komorbiditet og symptom varighed:

- Der er indikation ved medullært kompressionssyndrom
- Der er indikation ved progredierende og betydelig reduktion af gangdistance.

Side 4

Den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren

Målgruppe

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

Såfremt patientens praktiserende læge eller anden læge vurderer, at patienten opfylder kriterierne som anført ovenfor under henvisningsretningslinjer for kirurgi, kan lægen henvise patienten til et grundigt individuelt medicinsk behandlingsprogram i sygehusvæsenet. Det er forud for henvisning vigtig, at lægen sikrer, at patienten er motiveret for behandling.

Patientforløbet omhandler patienter, der henvender sig i primærsektoren med nyopståede nakke og lændesmerter med eller uden udstråling til arme og ben. Der kan være tale om en førstegangsepisode, men også om recidiv af tidligere tilfælde.

Diagnostik og udredning

Forløbet er opbygget med planlagt kontakter til faste tidspunkter efter 2, 4 og 8 uger efter første besøg.

Ved første henvendelse hos alment praktiserende læge eller kiropraktor:

Der optages anamnese, der som minimum omfatter varighed, vurdering af hhv. smertelokalisation og smerteintensitet, forbrug af analgetika, funktionsniveau i forhold til almindelig daglig aktivitet, inkl. jobfunktion og evt. sygemelding.

Objektiv undersøgelse omfatter som minimum inspektion, bevægetest, palpation og neurologisk undersøgelse.

I lægens eller kiropraktorens vurdering tages desuden hensyn til alder, sociale og økonomiske forhold, familiemæssig baggrund, psykiske forhold, misbrugsproblematikker, komorbiditet eller andet, som anses betydningsfuldt.

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

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

Side 5

- Red flags (mistanke om specifik eller alvorlig patologi).
- Nerverodssmerter og rodpåvirkning.
- Uspecifikke smerter *uden* ledsagende nerverodssmerter

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

Smerter med eller uden udstråling

Første kontakt:

Ved Red flags: I tilfælde af red flags - dvs. mistanke om fraktur, malign lidelse, infektion, inflammatorisk lidelse, refereret smerte fra andre organer - startes udredningen og patienten henvises til relevant sygehus afdeling. Ved sphincterforstyrrelser eller svær parese henvises *akut* til relevant sygehus afdeling.

Alle øvrige patienter bør have grundig information om det sædvanligvis godartede forløb.

Patienten skal så vidt muligt fortsætte med sædvanligt aktivitetsniveau, inkl. arbejde.

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

Desuden vurderes det, om der er behov for revurdering tidligere end efter 2 uger.

Efter 2 uger og igen efter 4 uger:

Det vurderes igen, om der er red flags i form af sphincterforstyrrelser eller svær parese. Hvis det er tilfældet henvises der *akut* til relevant sygehus afdeling.

Hvis patienten er i klar bedring vurderes det, hvorvidt almindelige daglige funktioner, inkl. arbejde, kan genoptages, evt. delvist og/eller med skånefunktion.

Hvis patienten har det uændret eller værre: Vurderes hhv. smertelokalisation og smerteintensitet, forbrug af analgetika, funktionsniveau i forhold til almindelig daglig aktivitet, inkl. arbejdsfunktion, sygemelding. Såfremt der ikke tidligere er sat anden behandling i gang (manuel behandling, specifikke øvelser), vurderes det, om det er relevant at starte dette, herunder om der skal henvises til anden behandler/behandling.

Ved invaliderende symptomer kan der henvises til tværfaglig udredning ved relevant sygehus afdeling eller Rygcenter.

Efter 8 uger:

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

Hvis der ikke er tilfredsstillende fremgang, henvises til tværfaglig udredning ved relevant sygehus afdeling eller Rygcenter.

Krav til henvisning

For at sikre en enkel og sikker visitering, er det nødvendigt, at følgende oplysninger fremgår af den elektroniske henvisning til relevant sygehus afdeling eller Rygcenter:

1. Lokalisation af smerten/hvad der ønskes undersøgt. (cervical, thoracal, lumbal problematik).
2. Varighed af symptomerne
3. Udstrålende smerter (arm/ben)
4. Sygemelding og/eller påvirkning af funktionsniveau
5. Klinisk fund, specielt parese
6. Oplysninger om billeddiagnostik - hvor og hvornår

Det medicinske behandlingsprogram på hospitalet

Hovedreglen er at rygpatienter sendes til en tværfaglig klinisk vurdering og kognitiv indsats ved relevant sygehus afdeling eller Rygcenter samt får foretaget en MR-skanning med henblik på at sikre et konservativt behandlingsforløb af op til 12 ugers varighed.

Henvisning modtages fra praktiserende læge, og efter primær visitering indkaldes patienten til et ambulant forløb. Det medicinske behandlingsprogram ændrer ikke væsentligt ved de tværfaglige behandlingsforløb, der allerede finder sted på de relevante sygehusafdelinger eller rygcentre forud for

vurdering af patienten til evt. rygoperation, jf. regionale retningslinjer for rygområdet.

Side 7

Ved overvejelser om operation indgår følgende:

- 1) at vurdere, sammen med patienten, alternative behandlinger og livsstil i øvrigt, inklusivt fysisk aktivitet,
- 2) at forholde sig til og eventuelt behandle eller optimere behandling af medicinske/kirurgiske lidelser
- 3) grundigt at instruere patienterne om rygkirurgi – fordele og ulemper på både kort og lang sigt,

Henvisning til behandlingsprogrammet

Praktiserende læger, speciallæger eller hospitalsafdelinger m.v. kan henvise patienter til et tværfagligt behandlingsprogram på relevant sygehusafdeling eller Rygcenter med henblik på behandling for degenerative lidelser i columna.

Forud herfor skal patienten være fulgt efter ovenstående retningslinjer, f.eks. af praktiserende læge. Henvisningen skal indeholde grundige beskrivelser af, hvordan retningslinjerne er imødekommet, og beskrivelserne skal tydeligt fremgå af patientens journal.

Regionerne

Regionerne vil bestræbe sig på, at patienterne kommer i gang med behandlingsprogrammet inden for én måned på et offentligt sygehus efter henvisningens modtagelse. Således bør alle patienter inden én måned have igangsat et grundigt individuelt behandlingsprogram af 3 måneders varighed inden evt. rygkirurgi. I modsat fald vil patienterne have ret til udvidet frit sygehusvalg til private sygehuse og klinikker, der måtte have aftale med Danske Regioner om et behandlingsprogram som beskrevet ovenfor.

Såfremt en patient efter behandlingsprogrammets afslutning opfylder kriterierne for rygkirurgi, tilbydes henvisning hertil. Såfremt rygkirurgi ikke kan tilbydes af regionen inden for én måned fra behandlingsprogrammets afslutning, har patienten udvidet frit sygehusvalg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er i øvrigt enige med Danske Regioner om at følge udviklingen på rygområdet.

Deltagere i arbejdet

Side 8

Arbejdsgruppen har bestået af:

Lægelig direktør Hans Christian Thyregod (formand)
Sygehus Lillebælt

Overlæge Michael Albeck
Arbejdsskadestyrelsen
Udpeget på vegne af Dansk Neurokirurgisk Selskab

Overlæge Ralf N. Svendsen
Ortopædkirurgisk afdeling, rygsektionen
Køge Sygehus

Overlæge Ph.d Ole Kudsk Jensen
Center for Bevægeapparatlidelser, Rygcentret
Regionshospitalet Silkeborg

Overlæge, sektorchef Per Kjærsgaard-Andersen
Sektor for Hofte- og Knæalloplastik på Ortopædkirurgisk afdeling, Vejle Sygehus
Sygehus Lillebælt
Udpeget på vegne af Dansk Ortopædkirurgisk Selskab

Ledende overlæge Anders Mortensen
Videncenter for Rygsygdomme
Glostrup Hospital

Overlæge, Lektor Sten Rasmussen
Ortopædkirurgien
Aalborg Sygehus

Sekretariatet har bestået af:

Chefrådgiver Josefine Krausing-Vinther
Sundheds- og Socialpolitisk Kontor
Danske regioner

Specialkonsulent Jesper Myrup
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Planlægger Mathias Hornbæk
Sygehus Lillebælt