



## Forløbsprogram for lænderyglidelser

Hospitaller, almen praksis og  
kommunerne i Region Hovedstaden

Godkendt af  
Sundhedskoordinationsudvalget  
marts 2012

# FORLØBS PROGRAM FOR LÆNDERYGLIDELSER

|  |
|--|
| <b>1. Indledning, 7</b>  |
| 1.1 Baggrund, 8  |
| 1.2 Forløbsprogrammets udarbejdelse, 10                                  |
| 1.3 Forløbsprogrammets formål, 11  |
| <b>2. Patientgruppe, 12</b>  |
| 2.1 Afgrænsning af patientgruppe, 13                                     |
| <b>3. De sundhedsfaglige og socialmedicinske indsatser, 15</b>           |
| 3.1 Den sundhedsfaglige indsats, 15                                      |
| 3.2 Den socialmedicinske indsats, 20                                     |
| 3.3 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren, 24     |
| 3.4 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i sekundærsektoren, 28   |
| <b>4. Organisering af indsatsen, 32</b>                                  |
| 4.1 Organisering af indsatsen i primærsektoren, 32                       |
| 4.2 Organisering af indsatsen i sekundærsektoren, 34                     |
| 4.3 Faggruppernes ansvar for den socialmedicinske indsats, 35            |
| 4.4 Henvisning til forløbsprogrammets kommunale tilbud, 36               |
| 4.5 Ventetider, 38   |
| 4.6 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne, 40                    |
| 4.7 Sammenfatning af forløbsprogrammets tilbud og minimumsstandarder, 42 |
| <b>5. Monitorering af kvalitet, 44</b>                                   |
| <b>6. Implementering af forløbsprogrammet, 46</b>                        |
| 6.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet, 46                  |
| 6.2 Den lokale implementering, 47  |
| <b>7. Evaluering og revision, 49</b>                                     |
| <b>8. Referencer, 50</b>   |

**9. Bilag, 51**

---

**Bilag**

---

Bilag 1: Definition af nøglebegreber, 52

Bilag 2: Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi, 53

Bilag 3: Patienter med nerverodspåvirkning og parese af  
underekstremiteter, 53

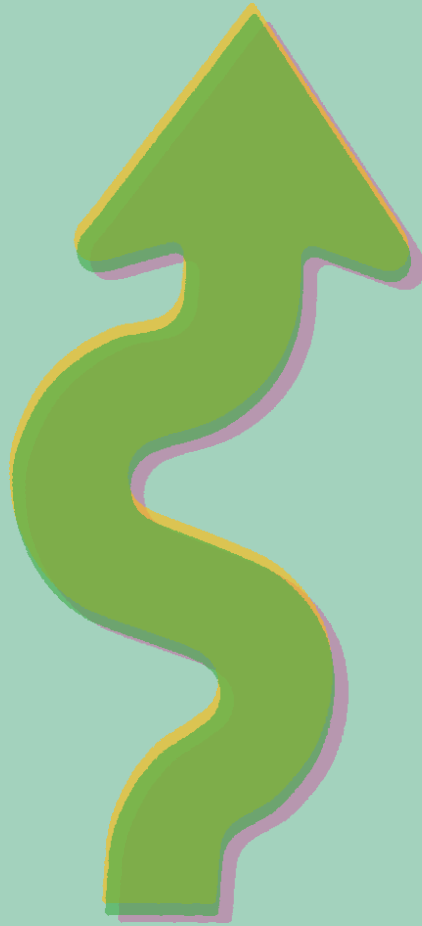
Bilag 4: Diagnosekodning, 54

Bilag 5: Eksempler på brug af GOP versus Ref01 ved henvisninger, 56

Bilag 6: Tværfaglig indsats – patienter med rodpåvirkning  
(Ischiasklinik), 58

Bilag 7: Tværfaglig indsats – patienter med uspecifikke eller  
degenerative lændesmerter (Rygklinik), 59

---



Udviklingen af forløbsprogrammet for lænderyglidelser blev igangsat i 2010 efter beslutning i Udviklingsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse, der er nedsat i henhold til sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Udgangspunktet var, at der skulle udvikles et forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme, men da det omfatter en meget bred gruppe af sygdomme, har Udviklingsgruppen besluttet, at forløbsprogrammet kun skal omhandle patienter med lænderyglidelser.

#### **Generelt om forløbsprogrammer**

Udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer er kernen i en styrket indsats over for borgere med kronisk sygdom med fokus på sammenhæng mellem sektorerne. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model herfor<sup>1</sup>, som regionerne kan bruge til at udarbejde sygdomsspecifikke regionale programmer. Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis opgavefordeling mellem sundhedsvæsenets aktører samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.

#### **Forløbsprogrammer og Kronikerprogrammet i Region Hovedstaden**

I Region Hovedstaden er der udarbejdet forløbsprogrammer for KOL (2009), type 2 diabetes (2009), demens (2010) og hjerte-kar sygdomme (2011). Programmerne er nu under implementering og, bortset fra demensprogrammet, varetages disse gennem regionens Kronikerprogram. Det er et 3-årigt program, muliggjort af en national bevilling på 120 mio. kr. og omfatter 18 konkrete projekter ([www.regionh.dk/kronikerprogram](http://www.regionh.dk/kronikerprogram)). Herudover har kommunerne i regionen fået bevilliget 60 mio. kr. fra den samme pulje til den mere lokale implementering af forløbsprogrammerne. Implementering af lænderygprogrammet vil også blive dækket af disse midler.

<sup>1</sup> Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2008

## 1 Indledning

### 1.1 Baggrund

8

#### 1.1 Baggrund

Det er valgt at udarbejde et forløbsprogram for lænderyglidelser fordi:

Det er hyppigt forekommende lidelser. Mere end halvdelen af befolkningen oplever lændesmerter på et eller andet tidspunkt i deres liv. På et givet tidspunkt rapporterer 15 %, at de har lændesmerter lige nu.

- Konsekvenserne kan være meget alvorlige for patienterne i form af sygefravær, førtidspensionering med mere.
- Der er store omkostninger til sundhedsfaglige og sociale ydelser forbundet med lænderyglidelser:
  - For omkring 15 % af patienter med ondt i ryggen fører det til undersøgelse, behandling og måske sygemelding<sup>1</sup>. Det anslås, at omkring 80 % af disse udredes, behandles og afsluttes hos alment praktiserende læge og kiropraktor, mens 20 % viderehenvises til praktiserende speciallæge eller hospital<sup>2</sup>. I absolutte tal svarer det til, at 10-16.000 patienter med ondt i ryggen årligt behandles på hospitalerne i Region Hovedstaden
  - 10 % af alle førtidspensioneringer tilkendes på baggrund af en rygd diagnose
  - For de offentlige kasser er de årlige udgifter som følge af danskernes rygsygdomme og rygsmerter 16,8 mia. kr. Dette dækker udgifter til behandling (5,6 mia. kr.), sygedagpenge (2,3 mia. kr.) og førtidspension (8,9 mia. kr.)<sup>3</sup>

## 1 Indledning

### 1.1 Baggrund

9

Forløbsprogrammet omfatter patienter med nyopståede lænderygsmerter og har til formål at *undgå*, at sygdommen bliver kronisk hos disse borgere. Det skal ske ved at igangsætte en tidlig indsats, og programmet indeholder derfor en konkret patientforløbsbeskrivelse med beskrivelse af et 3 måneders udrednings- og behandlingsforløb til patienter med nyopståede lændesmerter. Programmet har desuden et særligt fokus på tilknytningen til arbejdsmarkedet, rettidig afklaring og eventuel rehabilitering samt arbejdsfastholdelse.

Programmet adskiller sig fra regionens øvrige forløbsprogrammer<sup>1</sup> på flere områder. Først og fremmest ved ikke at omfatte kronisk syge patienter, som blandt andet fordrer fast og varig kontrol. De øvrige programmer omhandler således en mere overordnet ramme for indsatsen, mens der i dette program beskrives en mere konkret indsats til fastlagte tidspunkter. I lænderygprogrammet er det således i høj grad tidspunktet, der er afgørende for, hvor behandlingen skal finde sted frem for den stratificering af patienter, som de øvrige programmer er bygget op omkring.

Når indsatsen for lænderygpatienter er tilrettelagt som et forløbsprogram, er det fordi, der, i lighed med de øvrige sygdomsområder dækket af forløbsprogrammer, er behov for en betydelig og koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats. I dette program er der også lagt vægt på at inddrage praktiserende kiropraktorer, fysioterapeuter samt praktiserende speciallæger i reumatologi, da de varetager mange af indsatserne ved lænderyglidelser. Deres funktioner er derfor også beskrevet i programmet.

#### Målgruppe

Målgruppen for forløbsprogrammet er de fagpersoner, som møder patienterne. Det vil sige fagpersoner i almen praksis, speciallægepraksis, i kiropraktor- og fysioterapiklinikker, på hospitaler og i kommuner. Andre personer, som ønsker indsigt i behandling, kontrol og rehabilitering af patienter med lænderyglidelser, kan ligeledes med fordel læse programmet.

#### Boks 1. Definition af primærsektoren

I nærværende program defineres primærsektoren som værende de sundhedsfaglige aktiviteter, der foregår uden for hospital, og som her omfatter praksissektorens ydergrupper (alment praktiserende læger, praktiserende reumatologer, praktiserende kiropraktorer, praktiserende fysioterapeuter) samt de kommunale sundhedstilbud. Af praksissektorens ydere er det kun almen praksis, praktiserende reumatologer og praktiserende kiropraktorer, der har et selvstændigt behandlingsansvar inden for forløbsprogrammet. De praktiserende fysioterapeuter arbejder i forhold til forløbsprogrammet efter henvisning.

<sup>1</sup> Low back pain: Diagnosis, treatment, and prognosis. Indahl A. Scand J Rheumatol 2004; 33: 199-2093.

<sup>2</sup> Diagnosis and treatment of sciatica. Koes BW et al. BMJ 2007; 334: 1313-1317.

<sup>3</sup> De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark. Koch MB et al., Statens Institut for Folkesundhed 2011.

<sup>1</sup> Der er i Region Hovedstaden pr. 1. november 2011 forløbsprogrammer for KOL (2009), type 2 diabetes (2009), demens (2011) og hjerte-kar sygdomme (2011). Programmerne kan ses her: [www.regionh.dk/forlobsprogrammer](http://www.regionh.dk/forlobsprogrammer)

## 1 Indledning

10

### 1.2 Forløbsprogrammets udarbejdelse

#### 1.2 Forløbsprogrammets udarbejdelse

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser er, som de øvrige forløbsprogrammer, udarbejdet på baggrund af en fælles model etableret mellem kommuner, almen praksis og hospitaler. Der har således været et tværsektorielt formandskab samt en arbejdsgruppe med repræsentanter udpeget af praksisudvalget, de sundhedsfaglige råd for reumatologi og ortopædkirurgi, kommunerne, Region Hovedstaden, praktiserende speciallæger, praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer samt Danske Patienter.

#### Arbejdsgruppen bestod af:

##### Formandskab

- Lars Rytter, praktiserende læge, Albertslund (udpeget af Praksisudvalget)
- Gorm Thamsborg, overlæge dr.med., Reumatologisk Afdeling, Glostrup Hospital (udpeget af SFR for Reumatologi)
- Mikael Kristensen, lægelig chef Tranehaven, Gentofte Kommune (udpeget af Kommunegruppen).

##### Medlemmer

- Peter Strøm, praktiserende læge, Frederikssund og praksiskoordinator (udpeget af Praksisudvalget)
- Marianne Løgtholt Andreasen, praksiskonsulent for kiropraktik (udpeget af Region Hovedstaden)
- Jesper Ottosen, praktiserende fysioterapeut og praksiskonsulent (udpeget af Region Hovedstaden)
- Bjørn Christau, praktiserende speciallæge, Furesø Reumatologerne (udpeget af Praktiserende Speciallæger i Region Hovedstaden)
- Jesper Nørregaard, klinikchef dr.med., Reumatologisk Klinik, Hørsholm Hospital (udpeget af SFR for Reumatologi)

- Sanne Ingvorsen, afdelingsfysioterapeut, Fysio- og ergoterapi Afdeling V, Glostrup Hospital (udpeget af SFR for Reumatologi)
- Lise Bøyesen, klinisk sygeplejerske specialist, Reumatologisk Afdeling, Glostrup Hospital (udpeget af SFR for Reumatologi)
- Jens Halkjær Kristensen, overlæge, dr.med., Reumatologisk Klinik, Rigshospitalet (udpeget af SFR Ortopædkirurgi)
- Winnie Bergstrøm, leder af træningsenheden, Glostrup Kommune (udpeget af Vestegns-klyngen)
- Lise Gandløse Jørgensen, virksomhedskonsulent og fagspecialist, Gladsaxe Kommune (udpeget af Herlevklyngen)
- Tom Petersen, fysioterapeut, Ryg- og genoptræningscenteret, Københavns Kommune (udpeget af Frederiksberg og Københavns Kommuner)
- Anja Rosengreen, visitator i sundhed, Gribskov Kommune (udpeget af Gribskovklyngen)
- Eva Lundberg, ledende overfysioterapeut, Neurologisk Afdeling, Hillerød Hospital (udpeget af Region Hovedstaden)
- Anders Mortensen, ledende overlæge, Videncenter for Rygsygdomme, Glostrup Hospital (udpeget af Region Hovedstaden)
- Lene Mandrup Thomsen, politisk medarbejder, fysioterapeut, Gigtforeningen (udpeget af Danske Patienter).

#### Arbejdsgruppen blev sekretariatsbetjent af:

- Leif Knudsen, konsulent, Koncern Praksis, Region Hovedstaden
- Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent, Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstaden.

## 1 Indledning

11

### 1.3 Forløbsprogrammets udarbejdelse

#### 1.3 Forløbsprogrammets formål

Målene med et forløbsprogram for lænderyglidelser består såvel af målsætninger, der er generelle for alle forløbsprogrammer, som mere specifikke mål og kan sammenfattes som følger:

Generelle mål for forløbsprogrammer:

- At sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i et sygdomsforløb
- At sikre at de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en ensartet og fælles målsætning med forløbet
- At personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer
- At sikre at de enkelte komponenter i et forløb giver de klinisk bedst opnåelige resultater
- At bidrage til en effektiv anvendelse af de samlede økonomiske og personalemæssige ressourcer.

Specifikke mål for forløbsprogrammet for lænderyglidelser:

- At hindre at patienterne udvikler varige rygproblemer, og hvis de gør, at patienterne bliver i stand til at klare sig selv uden hyppig kontakt til sundhedsvæsenet
- At sikre at der udover den lægelige udredning og behandling i hele forløbet er særligt fokus på rehabiliteringen
- At sikre at der er særlig opmærksomhed omkring den sociale og beskæftigelsesmæssige indsats som en del af rehabiliteringen i de tilfælde, hvor det er relevant.

## 2 Patientgruppe

12

Lændesmerter udløses fra lokale anatomiske strukturer i lænden, men i langt de fleste tilfælde er de præcise smertemekanismer uafklarede. Kun sjældent finder man alvorlige patoanatomiske forandringer som årsag til lændesmerterne<sup>1</sup>.

Patienter med lændesmerter har almindeligvis en god prognose. Omkring 90 % af patienterne med uspecifikke eller degenerative lændesmerter er symptomfrie inden for 6-8 uger<sup>2</sup>. Patienter med lændesmerter og rodpåvirkning har også almindeligvis en god prognose. Omkring 75 % af patienterne oplever en bedring efter 4 uger, og omkring 60 % er symptomfrie inden for 3 måneder<sup>3</sup>. Hvis symptomerne bliver langvarige, er der udover de fysiske og psykiske gener, som det medfører, også risiko for sociale konsekvenser i form af tab af job. En koordineret og målrettet sundhedsfaglig indsats for patienter, som henvender sig med nyopståede lændesmerter med eller uden udstråling til ben, kan lindre og afkorte forløbet for de fleste patienter og forhindre senfølger for en del af patienterne<sup>4</sup>. Den socialmedicinske indsats skal være i særlig fokus og eventuelt iværksættes sideløbende med den udredning og behandling, der i øvrigt påbegyndes.

## 2 Patientgruppe

13

### 2.1 Afgrænsning af patientgruppe

#### 2.1 Afgrænsning af patientgruppe

Patientgruppen der omfattes af forløbsprogrammet er beskrevet i boks 2.

#### Boks 2. Forløbsprogrammets patientgruppe

Forløbsprogrammet omfatter patienter fra og med 18 år med nyopståede lændesmerter med eller uden udstråling til ben, som henvender sig til praktiserende læge, praktiserende speciallæge i reumatologi eller praktiserende kiropraktor.

Ved nyopståede lændesmerter forstås, at patienten ikke tidligere har været udredt og behandlet under aktuelle sygdomsbillede. Herudover omfatter forløbsprogrammet også patienter fra og med 18 år med tiltagende gangrelaterede bensmerter og aftagende gangdistance, hvor man mistænker spinalstenose.

Forløbsprogrammet omfatter ikke patienter med smerter i nakken eller brystryggen.

<sup>1</sup> Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk Selskab for Almen Medicin 2006.

<sup>2</sup> Low back pain: Diagnosis, treatment, and prognosis. Indahl A. Scand J Rheumatol 2004; 33: 199-2093.

<sup>3</sup> Diagnosis and treatment of sciatica. Koes BW et al. BMJ 2007; 334: 1313-1317.

<sup>4</sup> Patientforløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark. Region Syd 2010.

### 3 De sundhedsfaglige og socialmedicinske indsatser

#### 3.1 Den sundhedsfaglige indsats



Forløbsprogrammet beskriver den sundhedsfaglige og socialmedicinske indsats, som ydes af offentligt ansatte i Region Hovedstaden eller af aktører, som har aftaler/overenskomst med Region Hovedstaden eller kommunerne. Forløbsprogrammet omhandler ikke den sundhedsfaglige indsats på private klinikker eller private hospitaler.

#### 3.1 Den sundhedsfaglige indsats

I det følgende beskrives de sundhedsfaglige indsatser i primær- og sekundærsektoren, som er relevante for at udrede og behandle patienter i forløbsprogrammet. De sundhedsfaglige indsatser er i overensstemmelse med internationale guidelines<sup>1,2</sup>.

De sundhedsfaglige indsatser *Klinisk undersøgelse* og *Gruppeinddeling* tilbydes alle patienter, der indgår i forløbsprogrammet. De øvrige sundhedsfaglige indsatser tilbydes i en bestemt tidsmæssig rækkefølge afhængig af udviklingen i og typen af den enkelte patients lænderyglidelse (se afsnit 3.3).

Enkelte af de sundhedsfaglige indsatser varetages alene af specifikke faggrupper, fx *Operation* (rygkirurger) og *Billeddiagnostik* (radiologer), mens andre sundhedsfaglige indsatser varetages af flere faggrupper, fx *Øvelsesterapi* (fysioterapeuter og kiropraktorer) (se afsnit 4.1 og 4.2).

#### Boks 3. Klinisk undersøgelse ved lændesmerter<sup>1</sup>

|   |  |
|---|--|
| <b>Inspektion</b>                         | Almentilstand<br>Holdning<br>Asymmetri af muskler<br>Afværgeskoliose                       |
| <b>Bevægetest</b>                         | Foroverbøjning<br>Bagoverbøjning<br>Sidebøjning  |
| <b>Perkussion</b>                         | Processus spinosi i det aktuelle område af lænderyggen                                     |
| <b>Fokuseret neurologisk undersøgelse</b> | Strakt benløft<br>Reflekser<br>Sensibilitetsundersøgelse<br>Hæl- og tågang samt knæbøjning |

<sup>1</sup> Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk Selskab for Almen Medicin 2006.

<sup>1</sup> European Guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. van Tulder M et al. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl.2).

<sup>2</sup> Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007; 147: 478-491.



## 3 De sundhedsfaglige indsatser

16

### 3.1 Den sundhedsfaglige indsats

#### Klinisk undersøgelse

Den kliniske undersøgelse omfatter sygehistorie og rygundersøgelse med fokuseret neurologisk undersøgelse (Boks 3) samt anden relevant organrelateret objektiv undersøgelse<sup>1</sup>.

Sygehistorien omfatter smertevarighed, smertelokalisation, smerteintensitet, forbrug af analgetika og ændring i funktionsniveau, herunder ændring af jobfunktioner. Ved mistanke om nerve-rodspåvirkning udspørges om føleforstyrrelser, pareser og sphincterforstyrrelser. Med henblik på at vurdere risikoen for et langvarigt forløb skal man endvidere være særlig opmærksom på problemer relateret til job og arbejdsplads, på sociale forhold samt på psykologiske og psykiatriske problemstillinger, herunder stress, angst og depression (Boks 4).

#### Gruppeinddeling

På baggrund af sygehistorie og den kliniske undersøgelse inddeles patienterne i følgende grupper. Hos ganske få patienter med lændesmerter er smerten udtryk for en forskudt smerte fra et indre organ, og udredning og behandling må rette sig mod den primære lidelse.

- **Gruppe 1** Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter. Patienter med upåvirket almentilstand med smerteudbredning lumbosakralt, glutealt og femoralt.
- **Gruppe 2** Patienter med nerverods-påvirkning. Patienter med radikulær smerteudstråling, eventuelt ledsaget af dermatomale føleforstyrrelser, refleksudfald, parese eller positiv strakt benløft test. Patienter med gangrelaterede gener fra benene i form af smerter, træthed eller føleforstyrrelser i benene, der svinder i hvile, ved foroverbøjning af lænderygsøjlen, og hvor vaskulær årsag er usandsynlig.
- **Gruppe 3** Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi. Patienter med påvirket almentilstand med natlig smerte, ingen hvilelindring, tidligere malign sygdom, prednisolonbehandling, feber eller vægttab, hvor der er mistanke om osteoporotisk sammenfald, spondylartropati, infektiøs spondylitis eller metastaser.

#### Billeddiagnostik

Røntgenundersøgelse og MR-scanning er de vigtigste billeddiagnostiske undersøgelser. For patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter kan man overveje røntgen og/eller MR-scanning ved fortsatte, funktionshæmmende og uafklarede smerter efter 8 uger. For patienter med nerverodspåvirkning vil man anbefale MR-scanning af lænderygsøjlen ved fortsatte, funktionshæmmende smerter efter 4 uger – eventuelt tidligere ved uacceptable smerter, der kan begrunde fremskyndet operation.

## 3 De sundhedsfaglige indsatser

17

### 3.1 Den sundhedsfaglige indsats

#### Udredning

Ved udredning forstås den samlede diagnostiske indsats på speciallægeniveau, som kombineret med *Billeddiagnostik* sigter mod at etablere en så præcis diagnose som mulig (ICD-diagnose). Udredning omfatter *Klinisk undersøgelse* samt relevante klinisk kemiske, klinisk fysiologiske og klinisk neurofysiologiske undersøgelser.

#### Information

Med udgangspunkt i den kliniske undersøgelse gives forklaring på smerterne og information om tilstandens almindeligvis godartede karakter og velkendte tendens til spontan helbredelse. Informationen skal gives på en dialogbaseret og ikke sygeliggørende måde. Man aftaler, hvad patienten selv kan gøre, og hvordan behandleren kan bidrage. Det understreges, at patienten bør leve så frit og aktivt som muligt og fokusere mindst muligt på smerterne. Patienten skal opfordres til hurtigst muligt – eventuelt gradvist – at vende tilbage til sædvanlige arbejdsaktiviteter. For patienter med nerverodspåvirkning informeres om advarsels-/alarmsymptomer.

#### Medicinsk behandling

Medicinsk behandling kan give smertelindring og funktionsforbedring hos patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter og hos patienter med nerverodspåvirkning. Den medicinske behandling omfatter *Farmakologisk smertebehandling*, *Manuel behandling* og *Øvelsesterapi*.

- **Farmakologisk smertebehandling** Smertestillende medicin kan anvendes hos patienter med moderat til svær funktionshæmning. Som hovedregel

tilsigter man at gøre patienterne smertefrie i hvile, mens de aktivitetsudløste smerter er vanskelige at fjerne. Paracetamol er førstevalgspræparat. Ved utilstrækkelig effekt af paracetamol kan man supplere med eller skifte til NSAID-præparat. Ved utilstrækkelig effekt af paracetamol og/eller NSAID-præparat kan man supplere med svage opioider eller eventuelt forsøge med 1-2 ugers supplerende muskelrelaksantia. Hos patienter med nerverodspåvirkning kan man overveje at supplere med morfin og adjuvansanalgetika i form af antidepressiva eller antiepileptika. Enkelte patienter med nerverodspåvirkning kan have effekt af transforaminal epidural glukokortikoid<sup>1</sup>.

- **Manuel behandling**

Manuel behandling kan anvendes til patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter ved mere end 2-3 dage varende smerter med moderat til svær funktionsindskrænkning. Manuel behandling omfatter manipulation, mobilisering og muskelenergiteknikker<sup>2</sup>.

- **Øvelsesterapi**

Øvelsesterapi i form af retningsbestemte øvelser kan anvendes til patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter og til patienter med nerverodspåvirkning ved mere end 2-3 dage varende smerter med moderat til svær funktionshæmning. Øvelsesterapi i form af konditions-, stabilitets- og styrketræning kan anvendes til patienter med længerevarende symptomer og til patienter med behov for genoptræning.

<sup>1</sup> Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk Selskab for Almen Medicin 2006.

<sup>1</sup> The efficacy of lumbosacral transforaminal epidural injections: a comprehensive literature review. Benny B et al. J Back Musculoskeletal Rehab 2011; 24: 67-76

<sup>2</sup> Lænderyglidelser. En forløbsbeskrivelse for kiropraktik i Region Hovedstaden, marts 2011. Region Hovedstaden 2011.

### 3 De sundhedsfaglige indsatser

18

#### 3.1 Den sundhedsfaglige indsats

##### Kognitiv indsats

Som supplement til den information alle patienter modtager, kan en specifik undervisning med henblik på at ændre patientens indstilling til og adfærd i forhold til smerterne være relevant for patienter med længerevarende uspecifikke eller degenerative lændesmerter<sup>1</sup>. Undervisningen skal understrege den almindeligvis gode prognose og ufarlighed af tilstanden og derved give patienten tillid til, at lænderyggen er stærk og kan tåle belastninger.

##### Tværfaglig indsats

En tværfaglig indsats kan anvendes til patienter med længerevarende nerverodspåvirkning og til patienter med længerevarende uspecifikke eller degenerative lændesmerter. En tværfaglig indsats kan blandt andet bidrage til at reducere antallet af patienter, der har behov for operation. Ved en tværfaglig indsats forstås i denne sammenhæng en tværfaglig behandling (side 52) med et koordineret og samtidigt forløb af flere forskellige sundhedsfaglige indsatser på samme adresse med deltagelse af læge, sygeplejerske og fysioterapeut. De sundhedsfaglige indsatser omfatter *Information, Kognitiv indsats, Øvelsesterapi og Farmakologisk smertebehandling* (se afsnit 4.1 og 4.2).

##### Operation

Operation med fjernelse af discusprolaps tilsigter at lindre bensmerterne hos patienter med nerverodspåvirkning. Patienterne opnår hurtigere lindring af bensmerterne ved operation end ved fortsat medicinsk behandling, men efter 1 år er der ikke betydende forskel<sup>2</sup>. Patienter med fortsatte og betydelige bensmerter efter 6-12 uger trods medicinsk behandling bør tilbydes operation<sup>3</sup>. Ved svære og funktionshæmmende bensmerter kan der træffes beslutning om operation på et tidligere tidspunkt. Patienter med nerverodspåvirkning med pareser og/eller cauda equina syndrom bør vurderes rykirurgisk akut eller subakut.

Patienter med nerverodspåvirkning i form af spinal stenose bør under hensyntagen til comorbiditet og symptomvarighed tilbydes operation ved progredierende og betydelig reduktion af gangdistance<sup>3</sup>.

Operation for segmentær dysfunktion med stivgørende eller lignende indgreb kan hos nogle patienter med degenerative lændesmerter lindre smerterne. Hos patienter med omfattende degenerative forandringer er operation bedre end medicinsk behandling<sup>4</sup>, men hos patienter med lændesmerter på grund af simpel discusdegeneration synes en tværfaglig behandlingsindsats at være lige så god<sup>5</sup>. Patienter med simpel discusdegeneration med fortsatte smerter og moderat til svær funktionshæmning, der ikke er bedret efter *Tværfaglig indsats*, kan henvises til operation. Patienter med omfattende degenerative forandringer med fortsatte smerter og moderat til svær funktionshæmning kan henvises tidligere i forløbet.

**Udvidet lænderygdredning – en projektordning<sup>6</sup>.**

### 3 De sundhedsfaglige indsatser

19

#### 3.1 Den sundhedsfaglige indsats

- <sup>1</sup> Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. Indahl et al. *Spine* 1998; 23: 2625-2630.
- <sup>2</sup> Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. Peul WC et al. *NEJM* 2007; 356: 2245-2256.
- <sup>3</sup> Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna. Inderigs- og Sundhedministeriet og Danske Regioner 2010.
- <sup>4</sup> Behov for national database ved operation for lumbal spondylodese. Rasmussen S. *Ugeskrift for Læger* 2010; 172: 3245-3249.
- <sup>5</sup> Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Brox JJ et al. *Spine* 2003; 28: 1913-1921.
- <sup>6</sup> Ved behov kan patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Gruppe 1) med fortsatte smerter henvises til udvidet lænderygdredning hos praktiserende fysioterapeut (se side 33), som omfatter muskulo-skeletal udredning, vurdering af prognose og forslag til behandlingsplan eller yderligere diagnostiske undersøgelser med tilbagemelding til henvisende læge inden for 14 dage.

#### 3.2 Den socialmedicinske indsats

##### Sygefravær og mulighedserklæring

Som udgangspunkt har erhvervsaktive patienter med lænderyglidelse i nærværende program (gruppe 1 og 2) ikke behov for sygefravær. Eventuelt sygefravær bør kun være aktuelt, hvis særlige forhold taler for det, herunder hvis der foreligger en funktionsnedsættelse, som helt åbenbart hindrer, at patienten kan varetage sit arbejde. Patienter med radikulære smerter som forværres ved belastning kan have begrænsninger i deres erhvervsarbejde. Der kan være behov for en tilpasning af patientens arbejdssituation, eventuelt med nedsat arbejdstid. Den praktiserende læge bør indgå i en dialog med patienten om sygefravær/deltidsfravær, og efter indførelsen af mulighedserklæringen er denne omdrejningspunktet for en eventuel dialog med arbejdspladsen.

Ved sygefravær bør den praktiserende læge tage emnet op ved de efterfølgende kontroller, herunder genoptagelse af arbejdet – eventuelt på deltid. For patienter, hvor den primære kontakt ikke er via den praktiserende læge, skal der ligeledes være en særlig opmærksomhed omkring spørgsmålet om sygefravær. Det er vigtigt, at den praktiserende læge, i forhold til sin tovholderfunktion (se side 32), løbende sikrer sig de nødvendige informationer, der kan beskrive en eventuel problematik i relation til patientens fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet. Sygefravær bør altid opfattes som en socialmedicinsk risikofaktor og skal afstedkomme, at man tidligt overvejer henvisning til et rehabiliteringsforløb, fx via de kommunale tilbud. I boks 4 ses en oversigt over risikofaktorer for udvikling af varige smerter<sup>1</sup>.

#### Boks 4. Risikofaktorer for udvikling af varige smerter<sup>1</sup>

Der er evidens for, at følgende faktorer kan øge risikoen for udvikling af varige smerter:

- **Individuelle faktorer**
  - Stærke smerter
  - Stærkt nedsat aktivitetsniveau
  - Mange smerteområder
  - Bemsmerter
  - Høj alder
- **Psykosociale**
  - Bekymring
  - Depression
  - Angst for at bevæge sig
- **Arbejdsrelaterede faktorer**
  - Dårligt arbejdsmiljø

<sup>1</sup> Patientforløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark. Region Syd 2010.

#### Kommunale tilbud – rehabilitering

Som udgangspunkt for den kommunale indsats henvises der til Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning om kommunal rehabilitering<sup>1</sup>, der kan medvirke til en begrebsafklaring, give oversigt over den gældende lovgivning samt give inspiration til, hvorledes indsatsen skal organiseres.

Forløbsprogrammets kommunale tilbud omfatter patienter, hvor der er behov for en mere intensiv rehabiliteringsindsats. Henvisning til de kommunale tilbud kan ske fra den alment praktiserende læge, fra den privatpraktiserende speciallæge eller fra hospitalsafdeling. For patienter, der er i et udrednings- og behandlingsforløb i hospitalsregi er gældende, at de senest ved afslutningen af forløbet har krav på, at der tages stilling til, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan (GOP). I genoptræningsplanen skal der tages stilling til, om et videre genoptræningsforløb er alment, det vil sige, kan foregå i kommunalt regi, eller specialiseret – det vil sige, skal foregå i hospitalsregi<sup>2</sup>. Som udgangspunkt gælder, at der kun undtagelsesvis vil være grundlag for, at genoptræningsforløbet skal være specialiseret. Se i øvrigt bilag 5.

Tilbuddene, herunder tilbuddene i relation til rehabilitering, kan opdeles i aktiviteter, der skal opfattes som en minimumsstandard for, at en kommune eller et hospital indgår i forløbsprogrammet (= skal, A). For andre af tilbuddene er gældende, at de udgør et tilvalg (= kan, B). Der henvises til boks 8 (side 43) der giver en oversigt over hvilke standarder, der skal være opfyldt.

#### Kommunerne skal (A) eller kan (B) yde følgende tilbud:

- Skal (A) etablere standardiseret rehabiliteringsforløb/rygskole, der omfatter et standardiseret træningstilbud<sup>3</sup> (holdtilbud), ergonomi samt patientundervisning. Det samlede tilbud skal – udover trænings-elementet – bidrage til, at patienten opnår en grundlæggende forståelse for sine symptomer og sygdom, og derigennem bedst muligt kan mestre sin situation (kognitiv tilgang).
- Skal (A) etablere et standardiseret rehabiliteringsprogram/rygskole for patienter, der har været igennem operativ behandling for deres ryglidelse.
- Skal (A) have mulighed for at tilrettelægge et rehabiliteringsforløb/rygskole, hvor træningsdelen er planlagt som et individuelt forløb, hvor der kan tages højde for patienter med en særlig grad af kompleksitet, komorbiditet eller særlige socialmedicinske risikofaktorer.
- Kan (B) tilbyde patienter, hos hvem der opstår kronicitet, deltagelse i generel patientundervisning, fx Stanford modellen<sup>4</sup>.
- Skal (A) have mulighed for at henvise til rygestopkurser og kan (B) have mulighed for at henvise til tilbud om kostvejledning, da rygning og overvægt anses for komplicerende faktorer.

<sup>1</sup> Vejledning om kommunal rehabilitering. Indenrigs- og sundhedsministeriet 2011.

<sup>2</sup> Vejledning om træning i kommuner og regioner – december 2009. Indenrigs- og socialministeriet 2009.

<sup>3</sup> Den enkelte kommune har frihed til at planlægge sit eget træningsforløb – men den enkelte kommune kan lade sig inspirere af et evidensbaseret dansk program for denne indsats: Dufour N et al., Spine 2010; 35(5): 469-76.

<sup>4</sup> Princippet i patientundervisningsprogrammet Stanfordmodellen er, at patienter undervises af patienter.

### 3 De sundhedsfaglige indsatser

22

#### 3.2 Den socialmedicinske indsats

For visse patienter er gældende, at de i en kortere eller længere periode kan have brug for, at kommunerne iværksætter relevante pleje- og omsorgstilbud. Dette gælder specielt patienter med høj grad af funktionshæmning, som gør, at de ikke enten selvstændigt eller med hjælp kan varetage de basale daglige færdigheder. I alle kommuner er etableret arbejds gange med henblik på henvisning og visitering til de kommunale pleje- og omsorgstilbud. Tilbuddene bør tage udgangspunkt i, at kommunen får tilstrækkelige oplysninger om, hvilken situation patienten befinder sig i, herunder oplysninger om prognose og forventet varighed af funktionsnedsættelsen.

#### **Fastholdelse til arbejdsmarkedet – et særligt kommunalt indsatsområde**

For en mindre gruppe af patienter i den erhvervsaktive alder vil det være nødvendigt, at der under sygdomsforløbet udfærdiges en egentlig plan for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet. For patienter med fortsat behov for sygemelding efter 6-8 uger, kan det dokumenteres, at der er en høj og stigende risiko for, at de mere permanent mister tilknytningen til arbejdslivet.

Det er kommunernes ansvar, at der tilrettelægges en målrettet indsats, som sikrer patientens fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet. Der har hidtil været en risiko for, at den kommunale indsats var fragmenteret. Indsatsen har været planlagt med udgangspunkt i flere faglige kompetencer, samt oftest på tværs af forskellige sektorer (sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet). Der er behov for at sikre et nødvendigt samspil mellem de kommunale sundhedsfaglige personer, som har hovedansvaret for de traditionelle rehabiliterings- og genoptræningstilbud og de socialfaglige personer, som fx er ansvarlige i forhold til jobcentre, syge/dagpenge og kontanthjælp. Kommunerne skal planlægge arbejds gange, der sikrer et tæt samarbejde mellem de forskellige faglige kompetencer, der skal være ansvarlige for udarbejdelse af planer for den kommunale rehabiliteringsindsats, herunder beskæftigelsesindsatsen. Sådanne arbejds gange vil blandt andet kunne sikres, hvis der i kommunerne etableres et egentligt rehabiliteringsteam (Rehab-team), hvor man samler de nødvendige sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer i et tæt tværfagligt samarbejde og med ansvar for det enkelte rehabiliteringsforløb, inklusiv den beskæftigelsesmæssige indsats.

### 3 De sundhedsfaglige indsatser

23

#### 3.2 Den socialmedicinske indsats

Etablering af et rehabiliteringsteam vil også kunne medvirke til en bedre samlet koordinering, blandt andet på følgende områder:

- Udpege en kommunal kontaktperson, som gør, at patienten kun skal have én indgang til kommunen.
- Kontaktpersonen vil samtidig kunne være bindeleddet fra kommunens side til de eksterne samarbejdspartnere, fx i relation til den praktiserende læge og speciallægen samt i hospitals regi, fx ved deltagelse i behandlingsmøder.
- Teamet kan medvirke til at sikre et sammenhængende patientforløb, hvor de kommunale aktiviteter og tilbud iværksættes med udgangspunkt i en faglig prioritering og med kortest mulig ventetid. Samtidig kan sikres tæt koordination mellem myndighedsansvar og driftsansvar.
- Teamet kan sikre, at der etableres kontakt på et tidligt tidspunkt til patientens arbejdsplads med henblik på at aftale hvornår, og under hvilke betingelser en patient kan genoptage sit erhverv.
- Teamet kan, i det omfang en patient ikke kan komme tilbage til sit hidtidige erhverv – med udgangspunkt i både sundhedsfaglige og socialfaglige overvejelser – planlægge en målrettet revalideringsindsats med udgangspunkt i de ressourcer og muligheder, patienten i øvrigt har.

I rehabiliteringsteamet kan lægefaglige kompetencer indgå, fx via inddragelse af kommunale lægekonsulenter, men derudover bør der være mulighed for et formelt samarbejde med praktiserende læge og praktiserende speciallæge. Der bør ligeledes tilrettelægges et formaliseret samarbejde med de hospitalsafdelinger, der er ansvarlige for udredningen og behandlingen i de mere komplekse forløb.

Når der fra praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller en hospitalslæge fremsendes henvisning og/eller genoptræningsplan til de kommunale tilbud i henhold til programmet, bør det klart fremgå, hvis patientens funktions- og arbejdsevne er truet således, at der er behov for en beskæftigelsesindsats i den kommunale rehabilitering. Beskæftigelsesindsatsen og arbejdsfastholdelse tager udgangspunkt i andre dele af lovgivningen end Service- og Sundhedsloven<sup>1</sup> blandt andet lov om aktiv beskæftigelsespolitik.

<sup>1</sup> I "Vejledningen om kommunal rehabilitering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet" er givet en oversigt og gennemgang af, hvilke lovgivningsgrundlag og ordninger, man skal være opmærksomme på.

## 3 De sundhedsfaglige indsatser

24

### 3.3 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren

#### 3.3 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren

Nedenfor beskrives tidsforløbet for de sundhedsfaglige indsatser i primærsektoren, der tilbydes patienter i forløbsprogrammet (se Flow-chart I, side 26). Tidspunktet for start på de indledende sundhedsfaglige indsatser *Klinisk undersøgelse, Gruppeinddeling og Information* betegnes T = 0 uger. De indledende sundhedsfaglige indsatser og styringen af den tidsmæssige rækkefølge af de øvrige sundhedsfaglige indsatser varetages som hovedregel af den aktør, som har haft den initiale kontakt til patienten og som efterfølgende har inkluderet patienten i forløbsprogrammet. Det vil sige den praktiserende læge, den praktiserende speciallæge i reumatologi eller den praktiserende kiropraktor. Den praktiserende læge kan vælge at henvise til en af de øvrige aktører i primærsektoren.

#### T = 0 uger

- *Klinisk undersøgelse*
- *Gruppeinddeling*

Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi udredes og behandles i henhold til sygdomsspecifikke vejledninger og udgår af forløbsprogrammet (se Bilag 2). Patienter med nerverodspåvirkning og parese af underekstremiteter henvises umiddelbart til den lokale reumatologiske afdeling (se Bilag 3). Patienter med paresegrad mindre end eller lig med 3 eller cauda equina syndrom henvises akut, mens øvrige patienter med parese af underekstremiteter henvises subakut. Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Gruppe 1) og de resterende patienter med nerverodspåvirkning (Gruppe 2) fortsætter som beskrevet i det efterfølgende. Tidspunkterne for kontrol er vejledende, og en individuel tilpasning kan være hensigtsmæssig.

Såfremt patienten allerede har fået relevant behandling udenfor primærsektoren, må man vurdere, hvordan patienten skal indplaceres i forløbet. I nogle tilfælde kan der senere i forløbet være behov for at flytte en patient fra én gruppe til en anden, fx en patient, hvor man mistænker nerverodspåvirkning ved første besøg, men hvor mistanken ikke kan opretholdes ved næste besøg.

#### Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Gruppe 1)

- **T = 0 uger:**
  - *Information*
  - *Medicinsk behandling kan efter behov sammensættes af følgende indsatser:*
    - *Farmakologisk smertebehandling*
    - *Manuel behandling*
    - *Øvelsesterapi*
- **T = 2 uger og T = 4 uger:**
  - Hvis patienten er i klar bedring afsluttes forløbet. Der aftales plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder tilbagevenden til arbejde.
  - Hvis patienten har det uændret eller værre fortsættes eller revideres behandlingen. Ved behov kan man henvise til Udvidet lænderygudredning og revidere behandlingen i henhold til denne.
  - Hvis patienten har det uændret eller værre, og man vurderer, at der er en stor risiko for et langvarigt forløb (Boks 4, side 20), kan man, hvis tilstanden er diagnostisk afklaret, henvise til et rehabiliteringsforløb i kommunen (se side 21).
  - Ved uacceptable smerter og svær funktionshæmning kan patienten henvises til praktiserende speciallæge i reumatologi eller den lokale reumatologiske afdeling efter forudgående telefonisk kontakt.

25

## 3 De sundhedsfaglige indsatser

### 3.3 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i primærsektoren

#### • T = 8 uger:

- Hvis patienten er i klar bedring, afsluttes forløbet. Der aftales plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder tilbagevenden til arbejde.
- Hvis der ikke er tilfredsstillende fremgang og videre behandling i primærsektoren skønnes udsigtsløs, kan patienten henvises til den lokale reumatologiske afdeling.

#### Patienter med nerverodspåvirkning (Gruppe 2)

#### • T = 0 uger:

- *Information*
- *Medicinsk behandling kan efter behov sammensættes af følgende indsatser:*
  - *Farmakologisk smertebehandling*
  - *Øvelsesterapi*

#### • T = 2 uger:

- Hvis patienten er i klar bedring, afsluttes forløbet. Der aftales plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder tilbagevenden til arbejde.
- Hvis patienten har det uændret eller værre, fortsættes eller revideres behandlingen.
- Ved uacceptable smerter og svær funktionshæmning kan patienten henvises til den lokale reumatologiske afdeling.

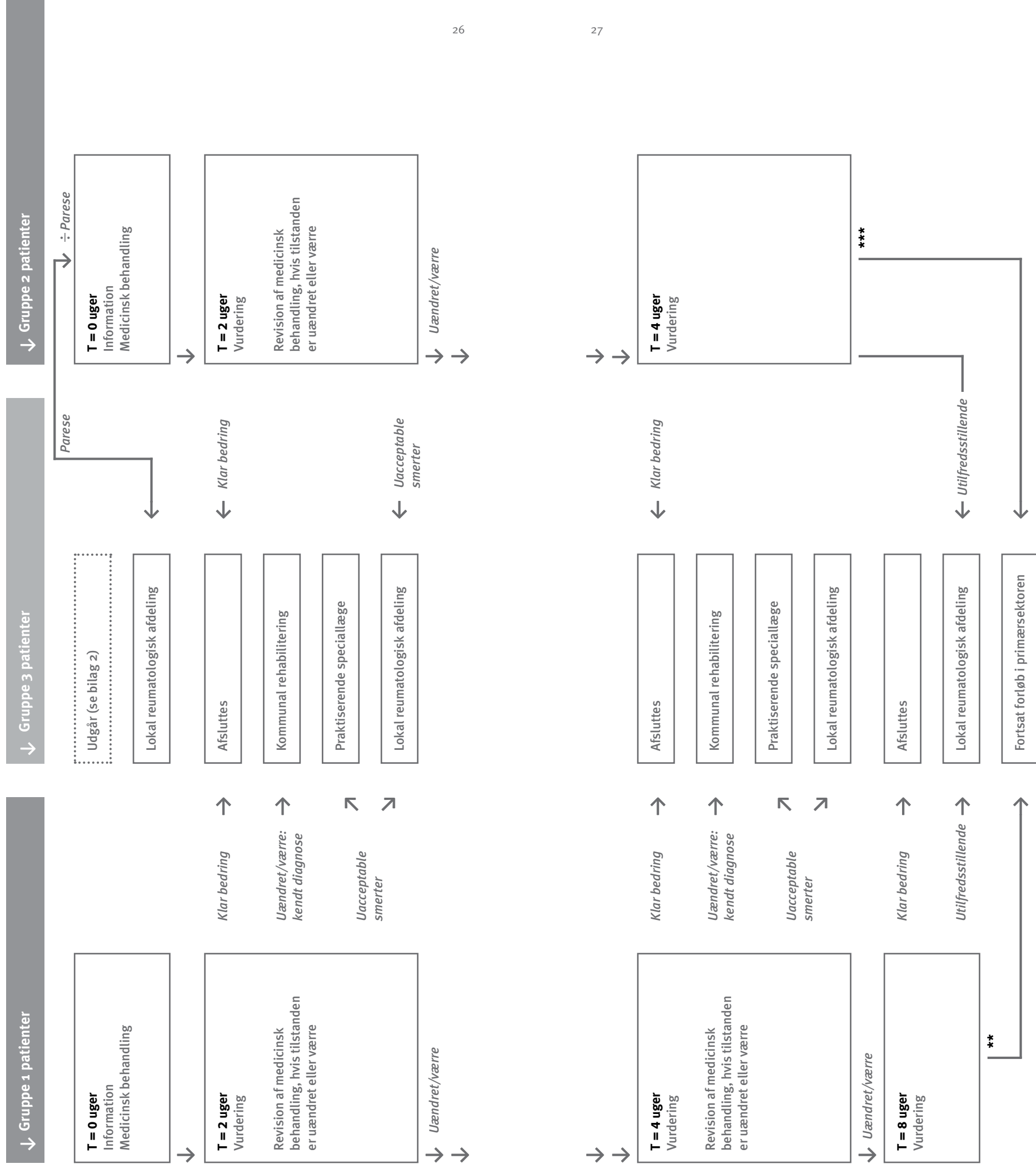
#### • T = 4 uger:

- Hvis patienten er i klar bedring, afsluttes forløbet. Der aftales plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder tilbagevenden til arbejde.
- Hvis der ikke er tilfredsstillende fremgang, kan patienten henvises til den lokale reumatologiske afdeling. Samtidig henvises til MR-scanning af lænderygsøjlen.
- Hvis der ikke er tilfredsstillende fremgang, kan patienten, hvis det ønskes og skønnes rimeligt, fortsætte behandlingsforløbet i primærsektoren med kliniske kontroller og MR-scanning af lænderygsøjlen frem til afslutning. Hvis patienten afsluttes i klar bedring aftales plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder jobfunktioner. Samtidig bør man overveje henvisning til et rehabiliteringsforløb i kommunen. Hvis patienten på grund af fortsatte smerter opfylder kriterier for operation<sup>1</sup>, kan patienten henvises direkte til Videncenter for Rygsygdomme.

<sup>1</sup> Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna. Inderigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner 2010.

# FLOW-CHART I · Tidsforløb af forløbsprogrammets sundhedsfaglige indsatser i primærsektoren

Patientgruppe: patienter > 18 år med nyopståede lændesmerter\*    **T = 0 uger**    Klinisk undersøgelse og Gruppeinddeling



\* Se Boks 2 side 13 for definition af patientgruppen  
 \*\* Se afsnit 3.3 side 24, gruppe 1  
 \*\*\* Se afsnit 3.3 side 25, gruppe 2

Gruppe 1: Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter  
 Gruppe 2: Patienter med nerverodspåvirkning  
 Gruppe 3: Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi

### 3 De sundhedsfaglige indsatser

28

#### 3.4 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i sekundærsektoren

##### 3.4 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i sekundærsektoren

Adgang til de sundhedsfaglige indsatser i sekundærsektoren for patienter i forløbsprogrammet sker som hovedregel gennem henvisning til den lokale reumatologiske afdeling (se punkt 3.3 side 24). Nedenfor beskrives tidsforløbet for de sundhedsfaglige indsatser i sekundærsektoren (se Flow-chart II, side 30). De indledende sundhedsfaglige indsatser *Udredning*, *Billeddiagnostik* og *Information* og styringen af den tidsmæssige rækkefølge af de øvrige sundhedsfaglige indsatser varetages af patientens kontaktlæge på reumatologisk afdeling.

##### Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Gruppe 1)

- **T = 10 uger (8 uger + 2 ugers ventetid)**
  - *Udredning*
  - *Billeddiagnostik*
  - *Information*

Det efterfølgende forløb fastlægges som anført nedenfor. I visse tilfælde kan det være nødvendigt at afvente resultatet af de billeddiagnostiske og øvrige parakliniske undersøgelser, før forløbet kan fastlægges.

Hvis patienten får påvist specifik eller alvorlig patologi udgår patienten af forløbsprogrammet (se Bilag 2). Hvis patienten har det uændret eller værre, kan man henvise til *Tværfaglig indsats*. Hvis patienten har et ønske om og en mulighed for operation af sin lænderyglidelse, er deltagelse i *Tværfaglig indsats* som hovedregel nødvendig forud for operation.

Hvis patienten har det uændret eller værre, og man skønner, at patienten ikke vil have gavn af *Tværfaglig indsats*, bør man overveje, om der er perspektiv i en ambulant indsats, eller om patienten umiddelbart skal afsluttes.

Ved afslutning bør man overveje, om der er behov for et rehabiliteringsforløb i kommunen (se side 21). I enkelte tilfælde kan henvisning til behandling på Smerteklinik eller på Liason Psykiatrisk Afdeling være indiceret. Hvis patienten er i bedring afsluttes forløbet. Samtidig bør man overveje, om der er behov for genoptræning.

Hvis den lokale reumatologiske afdeling vurderer, at patienten er tilstrækkelig udredt i primærsektoren og en *Tværfaglig indsats* er relevant, kan patienten visiteres direkte til en *Tværfaglig indsats*, som beskrevet nedenfor ved T = 12 uger.

- **T = 12 uger:**

##### Tværfaglig indsats

Patienterne tilbydes *Tværfaglig indsats* i form af Rygklinik i op til 12 uger med løbende vurdering af patienten (Bilag 7). Hvis patienten opnår klar bedring, tages der stilling til behov for genoptræning, og der aftales en plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder tilbagevenden til arbejde. Patienter med degenerativ lænderyglidelse uden tilfredsstillende fremgang kan henvises til operation. For patienter med lændesmerter på grund af simpel discusdegeneration kan dette tidligst ske efter 26 uger, mens det kan ske på et tidligere tidspunkt for patienter med lændesmerter og mere omfattende degenerative forandringer. For øvrige patienter uden tilfredsstillende fremgang afsluttes forløbet. Samtidig bør man overveje, om der er behov for et rehabiliteringsforløb i kommunen.

##### Øvrige henviste patienter

Patienter med uacceptable smerter og svær funktionshæmning, som henvises til den lokale reumatologiske afdeling fra primærsektoren ved T = 2 eller T = 4 uger, tilbydes en indsats som beskrevet under T = 10 uger.

29

### 3 De sundhedsfaglige indsatser

#### 3.4 Tidsforløbet af den sundhedsfaglige indsats i sekundærsektoren

##### Patienter med nerverodspåvirkning (Gruppe 2)

- **T = 6 uger (4 uger + 2 ugers ventetid)**
  - *Udredning*
  - *Information*
  - *Billeddiagnostik (bestilt ved henvisning fra primærsektoren)*

Hvis patienten er i bedring, afsluttes forløbet. Samtidig bør man overveje, om der er behov for genoptræning.

Hvis patienten har uacceptable smerter og svær funktionshæmning, kan man henvise til operation.

Hvis patienten har det uændret eller værre, kan man indlede en *Tværfaglig indsats*.

##### Tværfaglig indsats

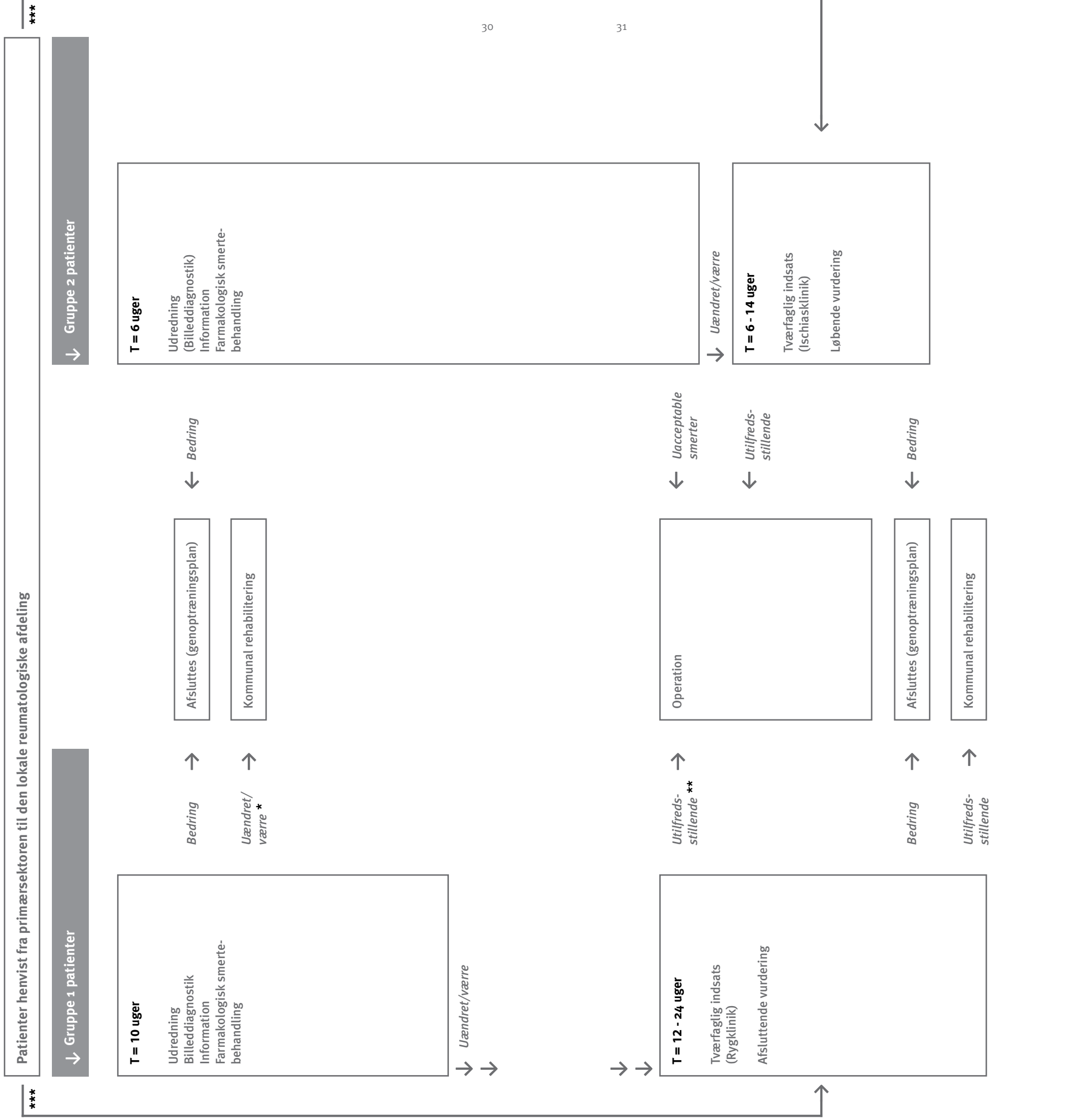
Patienterne tilbydes *Tværfaglig indsats* i form af Ischiasiklinik i op til 8 uger med løbende vurdering af, om der fortsat er perspektiv i indsatsen, eller om man skal henvise til operation (Bilag 6). Hvis patienten opnår klar bedring, tages der stilling til behov for genoptræning, og der aftales en plan for gradvis genoptagelse af almindelige daglige funktioner, herunder tilbagevenden til arbejde. Samtidig bør man overveje, om der er behov for genoptræning.

##### Øvrige henviste patienter

Patienter med uacceptable smerter og svær funktionshæmning, som henvises til den lokale reumatologiske afdeling fra primærsektoren ved T = 2 uger, tilbydes en indsats som beskrevet under T = 6 uger.

Patienter med pareser og/eller cauda equina syndrom, som henvises akut eller subakut til den lokale reumatologiske afdeling fra primærsektoren, tilbydes akut eller subakut indsats, som beskrevet under T = 6 uger, og konfereres umiddelbart efter med rygkirurg (se Bilag 3).

# FLOW-CHART II · Tidsforløb af forløbsprogrammets sundhedsfaglige indsatser i sekundærsektoren



\* Tværfaglig indsats ikke relevant  
 \*\* Operabel lænderyglidelse  
 \*\*\* Se afsnit 3.4 side 28

Gruppe 1: Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter  
 Gruppe 2: Patienter med nerverodspåvirkning  
 Gruppe 3: Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi



## 4 Organisering af indsatsen

32

### 4.1 Organisering af indsatsen i primærsektoren

#### 4.1 Organisering af indsatsen i primærsektoren

##### Organisering af forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme er væsentlige aspekter i forbindelse med borgere, der enten har, eller er i risiko for at få sygdomme i lænderyggen. Den patientrettede forebyggelse, som er et delt ansvarsområde mellem regioner og kommuner, indgår som en integreret del af nærværende forløbsprogram. Formålet med den *patientrettede* forebyggelse er at afhjælpe konsekvenserne af en konstateret ryglidelse, at hindre forværring samt at nedsætte risikoen for recidiv. Den *borgerrettede* forebyggelse, som er et kommunalt ansvarsområde, ligger uden for nærværende forløbsprogram. Det vil dog være naturligt, når forløbsprogrammet er implementeret, at man i kommunerne gør sig overvejelser om, hvorledes man kan formidle initiativer, der generelt kan nedsætte risikoen for, at der opstår ryg sygdomme. Sådanne initiativer kan fx have karakter af oplysningskampagner, motions- og træningstilbud eller generel vejledning til borgerne om, hvorledes de kan forebygge ryglidelser. Kommunerne kan enten iværksætte initiativerne inden for deres egne rammer eller, hvad der kunne være mere naturligt, i samarbejde med oplysningsforbund, idrætsforeninger, fitnesscentre, privatpraktiserende fysioterapeuter eller patientforeninger.

##### Praktiserende læge

Den praktiserende læge har en afgørende rolle ved den primære kontakt og visitation (gate keeper) og løbende i den socialmedicinske indsats. Den praktiserende læge skal under hele patientens forløb fungere som "tovholder" (se Boks 5) udover at være den, der også igangsætter de relevante initiativer i forhold til de socialmedicinske problemstillinger. Tovholderfunktionen betyder også, at den praktiserende læge løbende skal informeres fra de øvrige sundhedsfaglige personer, som er involveret i et patientforløb, og her særligt i de tilfælde, hvor der i forløbene afdækkes nye risikofaktorer. Den praktiserende læge skal fra starten og løbende være opmærksom på, om der er risiko for langvarige forløb.

#### Boks 5. Generel beskrivelse af tovholderfunktionen i et forløbsprogram<sup>1</sup>

Tovholderen har ansvar for:

- At sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- At vurdere patientens helbred løbende
- At følge systematisk op
- At bidrage til fastholdelse af behandlingsmål

<sup>1</sup> Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2008.

## 4 Organisering af indsatsen

33

### 4.1 Organisering af indsatsen i primærsektoren

##### Praktiserende speciallæge i reumatologi

Praktiserende speciallæger i reumatologi kan selvstændigt varetage forløbsprogrammet i primærsektoren både for patienter, som selv henvender sig (gruppe 2 sygesikringspatienter), og for patienter henvist fra praktiserende læge. Praktiserende speciallæger i reumatologi yder medicinsk smertebehandling til patienter i forløbsprogrammet med uspecifikke/degenerative lændesmerter, som henvises subakut efter telefonisk kontakt fra praktiserende læge. Efter behandling kan patienten fortsætte forløbet hos praktiserende speciallæge i reumatologi, eller returnere til forløbet hos henvisende praktiserende læge.

Indsatsen i speciallægepraksis svarer til den, der gives i de enkelte reumatologiske hospitalsafdelinger på hovedfunktionsniveau, men uden den tværfaglige støtte.

Når henvisningen er modtaget, skal patienten have tid inden for 1-2 uger, og henvisende læge skal løbende underrettes om tilstanden

##### Fysioterapeuter

Praktiserende fysioterapeuter yder information, manuel behandling og øvelsesterapi til patienter i forløbsprogrammet, som henvises fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i reumatologi. Når henvisning er modtaget, skal patienten have tid indenfor 1-2 uger, og henvisende læge skal løbende underrettes om tilstanden<sup>1</sup>.

Kommunerne kan lokalt aftale at lade praktiserende fysioterapeuter udfylde deres ansvar for den sundhedsfaglige indsats, når det gælder træningstilbud.

Kommunalt ansatte fysioterapeuter yder information og øvelsesterapi som led i forløbsprogrammets kommunale tilbud.

##### Øvrige kommunale faggrupper

Afhængig af organisering og hvilket tilbud det drejer sig om, vil der i kommunerne også indgå fx ergoterapeuter, sygeplejersker og socialt fagligt personale.

##### Kiropraktorer

Praktiserende kiropraktorer kan selvstændigt varetage forløbsprogrammet i primærsektoren både for patienter, som selv henvender sig og for patienter, som henvises fra praktiserende læge. Farmakologisk smertebehandling og henvisning til reumatologisk afdeling foregår via den praktiserende læge.

Praktiserende kiropraktorer yder manuel behandling og øvelsesterapi til patienter i forløbsprogrammet, som henvises fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i reumatologi. Når henvisningen er modtaget, skal patienten have tid inden for 1-2 uger, og henvisende læge skal løbende underrettes om tilstanden.

<sup>1</sup> Som projektordning varetager praktiserende fysioterapeuter med specialuddannelse i klinisk rygdiagnostik endvidere "udvidet lænderygdudredning" frem til foreløbig 1. halvår 2012.

## 4 Organisering af indsatsen

34

### 4.2 Organisering af indsatsen i sekundærsektoren

#### 4.2 Organisering af indsatsen i sekundærsektoren

##### Boks 6. Patienter med behandlingsbehov i sekundærsektoren

For patienter omfattet af forløbsprogrammet med behov for akut og elektiv behandling i sekundærsektoren er der altid kun én indgang: Lokal reumatologisk afdeling.

#### Reumatologiske afdelinger

De reumatologiske afdelinger varetager den *Tværfaglige indsats* for patienter i eget optageområde med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Rygklinik) og for patienter med nerverodspåvirkning (Ischiasklinik). Rygklinikken foretager en tværfaglig vurdering med henblik på at fastlægge en plan for den *Tværfaglige indsats* og for et kontrolforløb i op til 12 uger frem til en afslutning. Sundhedsministeriet og Danske Regioner har beskrevet en række overordnede krav til den tværfaglige indsats i Rygklinikken, og der arbejdes aktuelt med at udmønte disse krav i en systematisk og detaljeret forløbsbeskrivelse (Bilag 7). Indikation for operation for simpel discusdegeneration afklares i dette forløb ved afslutningen efter 12 uger<sup>1</sup> (26 uger efter indgang i forløbsprogram), mens indikation for operation ved degenerativ instabilitet kan afklares tidligere i forløbet. Ischiasklinikken foretager en tværfaglig vurdering med henblik på at fastlægge en plan for den *Tværfaglige indsats* og for et kontrolforløb i op til 8 uger frem til en afslutning.

Sundhedsministeriet og Danske Regioner har beskrevet en række overordnede krav til den tværfaglige indsats i Ischiasklinikken<sup>1</sup>, og der arbejdes aktuelt med at udmønte disse krav i en systematisk og detaljeret forløbsbeskrivelse (Bilag 6). I samråd med patienten tages der løbende stilling til, om der skal henvises til *Operation*, eller om der er perspektiv i en fortsat *Tværfaglig indsats*.

De reumatologiske afdelinger varetager den sundhedsfaglige indsats for patienter i eget planlægningsområde med uspecifikke eller degenerative lændesmerter eller nerverodspåvirkning, som i henhold til forløbsprogrammet, og efter telefonisk aftale, henvises på grund af uacceptable smerter og svær funktionshæmning efter 2 eller 4 uger.

#### Videncenter for Rygsygdomme

Videncenter for Rygsygdomme varetager den operative behandling for alle patienter i regionen, som henvises fra de lokale reumatologiske afdelinger i henhold til forløbsprogrammet i sekundærsektoren.

#### Ryg- og Genoptræningscenter København

Specielt for patienter bosiddende i Københavns Kommune eksisterer et tilbud om tværfaglig erhvervsrettet udredning og behandling til patienter med længerevarende lænderygsmarter. I tilfælde, hvor patienten har behov for en yderligere sundhedsfaglig indsats, henvises til reumatologisk afdeling.

## 4 Organisering af indsatsen

35

### 4.3 Faggruppernes ansvar for den socialmedicinske indsats

#### 4.3 Faggruppernes ansvar for den socialmedicinske indsats

For en gruppe af patienter med lænderygsmarter er der risiko for, at der udvikles kronicitet med et langvarigt sygeforløb og eventuelt tab af arbejdsevne. Det er væsentligt tidligst muligt at forsøge at identificere disse patienter, hvilket dog er vanskeligt ved patientens første kontakt til sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt løbende at være opmærksom på identifikation af patienter, hvor risikoen for et langvarigt sygdomsforløb er særlig stor. Alle faggrupper, der har kontakt med patienten i sygdomsforløbet bør være særligt opmærksom på de socialmedicinske risikofaktorer og medvirke til, at disse bliver afdækket samt at der iværksættes konkrete initiativer til at afhjælpe og mindske risikoen for kronicitet. Der bør reageres umiddelbart, hvis man bliver opmærksom på en sådan risiko og medvirke til, at der fx bliver etableret fornyet kontakt til den praktiserende læge, eller hvem der har det behandlingsmæssige ansvar.

#### Iværksættelse af rehabilitering

Rehabiliteringen skal ses som en integreret del af det samlede behandlingsforløb og igangsættes på det tidligst mulige tidspunkt. I de første 4 uger efter patientens første kontakt vil rehabiliteringsindsatsen dog være relativt begrænset. Indsatsen består primært i de råd og vejledninger, der primært bør gives via den praktiserende læge og med udgangspunkt i, at patienten skal fastholdes i sine daglige aktiviteter og eventuelle tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvis der fra starten kan konstateres en mere væsentlig funktionshæmning, skal dette indgå i lægens planlægning af forløbet. Det er fra starten væsentligt, at patienten bibringes en forståelse for symptomerne og sygdommens natur, og for hvorledes de skal forholde sig til dem. Denne forståelse skal understøttes ved et eventuelt forløb hos kiropraktor eller hos en privatpraktiserende fysioterapeut. Hvis den praktiserende læge senest ved 4 ugers kontrollen konstaterer, at der fortsat er eller er sket en forværring af symptomerne, bør der overvejes henvisning til forløbsprogrammets kommunale tilbud med henblik på en mere intensiv rehabiliteringsindsats. De praktiserende speciallæger, kan henviser til de kommunale rehabiliteringstilbud på ethvert tidspunkt i det videre forløb.

<sup>1</sup> Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner 2010.

### 4.4 Henvisning til forløbsprogrammets kommunale tilbud

#### 4.4 Henvisning til forløbsprogrammets kommunale tilbud

##### Praktiserende lægers og speciallægers henvisning til de kommunale tilbud

Praktiserende læger og speciallæger kan henvise til de kommunale rehabiliterings-tilbud. Der kan i kommunerne være en forskellighed med hensyn til, på hvilke dele af lovgivningen man modtager disse henvisninger<sup>1</sup>.

##### “En indgang til kommunen”

Det er væsentligt, at der ved fremsendelse af henvisninger til kommunen foreligger en entydig og let forståelig arbejdsgang. Med udgangspunkt i anbefalingerne bør kommunerne derfor tilrettelægge deres arbejdsgange, således at der kun er “én indgang til kommunen”, det vil sige ét lokationsnummer og én adresse<sup>2</sup>, hvortil alle henvisninger fremsendes. Det er efterfølgende op til kommunen at tilrettelægge en arbejdsgang, som sikrer, at alle relevante kommunale aktører inddrages og orienteres. Kommunens lokationsnummer og adresse skal fremgå af Sundhed.dk/SOFT. Samme sted bør alle kommunens rehabiliteringstilbud beskrives.

##### Hospitalernes henvisning til forløbsprogrammet og udarbejdelse af genoptræningsplaner

Patienter skal efter afsluttet udrednings- og behandlingsforløb i hospitalsregi vurderes i forhold til, om de skal henvises til forløbsprogrammets kommunale rehabiliteringstilbud, og om de har krav på en behandlingsplan. Grundlaget for udarbejdelse af genoptræningsplaner er beskrevet i Sundhedsministeriets vejledning vedrørende træning i kommuner og regioner. Derudover er der i Region Hovedstaden udarbejdet et Snitfladekatalog. En del af patienterne opfylder kriterierne for udarbejdelse af en genoptræningsplan med henblik på almen genoptræning. Genoptræningsplanen udarbejdes og fremsendes i henhold til de gældende retningslinjer. Hvis en patient samtidig vurderes at være omfattet af forløbsprogrammet, skal der fremsendes en henvisning (Ref01)<sup>2</sup> til kommunen – dette anføres i epikrisen (se Boks 7). Henvisningen skal indeholde de relevante sundhedsfaglige oplysninger. I enkeltstående tilfælde vil der være grundlag for, at en patient vurderes til at have behov for specialiseret genoptræning, det vil sige et individuelt tilrettelagt forløb i hospitalsregi med faglig kontakt på speciallægeniveau. Udarbejdelse af genoptræningsplaner sker på baggrund af Sundhedslovens § 84 og 140.

#### Boks 7. Henvisning fra hospital til genoptræning og forløbsprogrammer i kommunerne<sup>1</sup>.

*I bilag 5 findes en række eksempler til uddybning heraf*

Ved udskrivning fra hospital vurderes:

- Om patienten har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. I så fald udarbejdes en genoptræningsplan, som sendes via GOP til hjemkommunen.
- Om patienten er omfattet af et forløbsprogram. I så fald informeres hjemkommunen herom via Ref01.
- Om der vil være patienter, som både har krav på genoptræning og som omfattes af et forløbsprogram. I så fald sendes både en genoptræningsplan og en henvisning til et forløbsprogram. Disse henvisninger kan ikke samles.
- Om der for patienter der både er berettigede til genoptræning og henvises til et forløbsprogram omfattende fysisk træning, er det et kommunalt ansvar at sikre sammenhæng for patienten.

<sup>1</sup> Genoptræning og træning i henhold til forløbsprogrammer. Den Administrative Gruppe for Sundhedsaftaler i Region Hovedstaden 2011. Vil på sigt kunne findes på vip.regionh.dk ved at søge på titlen.

<sup>1</sup> Vejledning om kommunal rehabilitering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011.

<sup>2</sup> Evt. også fax nr. i en overgangsfase.

<sup>3</sup> Alle hospitaler skal i løbet af 2012 overgå til at bruge Ref01 ved henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Almen praksis er tilsluttet.

#### 4.5 Ventetider

Det er væsentligt, at der i det samlede udrednings-, behandlings-, og rehabiliteringsforløb er en høj grad af opmærksomhed omkring, hvornår de enkelte tilbud iværksættes og at dette skal ske uden væsentlige ventetider.

#### Maksimale ventetider:

- Ved henvisning til en praktiserende speciallæge i reumatologi, til billeddiagnostik, til praktiserende fysioterapeut, til kiropraktor eller til hospital, må ventetiden ikke overskride 14 dage.
- Ved henvisning til genoptræning i kommunen fra hospital er der i Sundhedsaftalen anført, at borgeren skal kontaktes inden for 5 dage og en hensigtserklæring om, at tilbuddet skal iværksættes inden for 14 dage. Det anbefales, at samme maksimale ventetider tilstræbes inden for den kommunale rehabilitering i forløbsprogrammet.



## 4 Organisering af indsatsen

40

### 4.6 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne

#### 4.6 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne

##### Kommunikation

Det er helt afgørende med relevant og løbende information mellem aktørerne for at sikre et effektivt og sammenhængende patientforløb.

Alle henvisninger, epikriser og løbende information foregår elektronisk i henhold til MedComs standarder<sup>1</sup>.

##### Henvisning til kommune/kiropraktor/fysioterapeut fra almen praksis

Henvisningen laves med udgangspunkt i nedenstående guide.

Diagnose/bidiagnose:

- Kort sygehistorie
- Relevante objektive fund
- Ønsker og forventninger til behandler
- Relevante undersøgelsesresultater
- Aktuel medicin
- Særlige forhold: fx tolkning eller handicaps

##### Henvisning til MR scanning

Indikation se kapitel 3 Sundhedsfaglige indsatser/billeddiagnostik.

Husk udfyldelse af særskilt MR skema med henblik på kontraindikationer.

##### Henvisning til praktiserende speciallæge i reumatologi

Anbefalet indhold i henvisningen:

- Diagnose
- Relevant sygehistorie:
  - Inklusiv varighed, smertelokalisation, intensitet, funktionsbegrænsning, job/sygefravær
  - Behandling til nu og resultat
- Relevante objektive fund
  - Ved rodpåvirkning som min. +/- pareser, Strakt benløft test
- Lægens ønsker og forventninger til afdelingen
- Relevante undersøgelsesresultater og relevante epikriser
- Aktuel medicin
- Særlige patientbehov, fx tolkning eller handicaps

##### Henvisning til hospital

Henvisning til hospital sker elektronisk til CVI i de 4 planområder (MedCom standard Ref01), der videresender til relevante afdelinger. Den generelle regionale vejledning for henvisninger er beskrevet i "Henvisninger fra praksissektor og lægevagt – indhold"<sup>2</sup>

##### Udfærdigelse af genoptræningsplan fra hospital til kommune (MedCom standard GOP)

Krav til indhold i planen:

- Diagnose
- Type af genoptræning – almen/specialiseret
- Tidligere og nuværende funktionsniveau
- Relevante kliniske oplysninger
- Genoptræningsbehov
- Behov for opfølgende kontrol

<sup>1</sup> <http://www.medcom.dk/wm109941>

<sup>2</sup> "Henvisninger fra praksissektor og lægevagt indhold" – findes på [vip.regionh.dk](http://vip.regionh.dk) ved at søge på titlen.

## 4 Organisering af indsatsen

41

### 4.6 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne

##### Epikrise fra hospital

– sendes elektronisk. Den generelle regionale instruks er beskrevet i vejledningen "Lægelig vurdering og journalføring"<sup>1</sup>.

##### Epikriser fra fysioterapeut i praksissektor

Elektroniske epikriser er under implementering. De skal sendes i henhold til MedCom standard<sup>2</sup>. Fremsendelse er særlig påkrævet, når patientens situation kræver en koordineret tværgående indsats med henblik på et sammenhængende patientforløb, hvilket som regel er tilfældet med rygpatienter. Følgende guide tilrådes:

- Henvisningsårsag. Gerne problemorienteret
- Status – blandt andet funktionsstatus og ændringer i forhold til start, patientens oplevelse samt fremmøde
- Given behandling
- Forslag til videre udredning (kun ved konkrete handlingsforslag)
- Information/Instruktion af patienten

##### Epikriser fra kiropraktor til almen praksis

Elektroniske epikriser er under implementering. Der er udviklet forslag til et epikriseformat af praksiskonsulenterne på tværs af regionerne.

Epikriser skal sendes elektronisk (MedCom standard – "speciallægeepikrise" MEDDIS07). Til ad hoc korrespondance kan anvendes korrespondancemodul MEDDIS 09. Anbefalet indhold i epikrisen (tilpasses i henhold til kompleksiteten i den aktuelle problemstilling):

- Diagnose
- Henvisningsårsag
- Klinisk problemstilling
- Behandlingsforløb
- Objektive fund
- Billeddiagnostik
- Forslag til videre udredning – herunder forslag om henvisning til hospital

##### Epikriser fra praktiserende reumatolog

Bør indeholde samme oplysninger som epikrise fra hospital:

- Diagnose
- Vigtigste anamnesticke oplysninger
- Vigtigste objektive fund
- Resultat af parakliniske fund inkl. billeddiagnostik
- Samlet vurdering
- Plan
- Evt. behov for social intervention og prognose

##### Epikriser fra kommunen – efter afsluttet rehabilitering

- Henvisningsårsag
- Given genoptræning eller rehabilitering
- Status – blandt andet funktionsstatus og ændringer i forhold til start
- Patientens oplevelse
- Information/Instruktion af patienten

<sup>1</sup> "Lægelig vurdering og journalføring"

– findes på: [vip.regionh.dk](http://vip.regionh.dk) ved at søge på titlen.

<sup>2</sup> <http://www.medcom.dk/wm109941>

## 4 Organisering af indsatsen

42

### 4.7 Sammenfatning af forløbsprogrammets tilbud og minimumsstandarder

#### 4.7 Sammenfatning af forløbsprogrammets tilbud og minimumsstandarder

Når forløbsprogrammet implementeres, skal der, i henholdsvis praksissektor, kommuner og på hospital, være adgang til en række af de i programmet nævnte aktiviteter og tilbud. Afhængigt af hvilken sektor, det drejer sig om, og hvilket tilbud, vil kravene være forskellige. For en række af tilbuddene er gældende, at de må opfattes som minimumsstandarder (= skal, A) og dermed en forudsætning for, at forløbsprogrammet kan iværksættes. For andre af tilbuddene er gældende, at de kan opfattes som valgfri (= kan, B), det vil sige, at de ikke nødvendigvis skal være til stede ved implementeringen af forløbsprogrammet, men eventuelt iværksættes løbende eller helt udelades.

#### Noter · Boks 8. Minimumsstandarder for forløbsprogrammet sundhedsfaglige og social-medici nske indsatser

**Note 1** Kan omfatte farmakologisk smertebehandling, manuel terapi og øvelsesterapi. Indbefatter også henvisning til praktiserende fysioterapeuter og kommunale forløbsprogramtilbud.

**Note 2** Praktiserende læger og praktiserende speciallæger har adgang til alle elementer i den medicinske behandling. Kiropraktorer varetager ikke farmakologisk smertebehandling og kan ikke henvise til de kommunale tilbud.

**Note 3** Omfatter specialiseret genoptræning efter afsluttet behandlingsforløb.

**Note 4** Krav til ernæringscreening på hospitalerne er beskrevet i den regionale vejledning "Ernæringscreening – vurdering og dokumentation hos voksne" (findes på vip.regionh.dk ved at søge på titlen). I den regionale adipositasvejledning (findes på vip.regionh.dk ved at søge på titlen) er det præciseret, over for hvilke patientgrupper hospitalerne har et ansvar for behandling af fedme.

Boks 8 giver en samlet oversigt over de tilbud og standarder, der er gældende for forløbsprogrammet. En mere detaljeret plan for iværksættelse af de konkrete tilbud, herunder præcisering af arbejds-gange og arbejdsfordeling, skal aftales i forbindelse med den lokale implementering af forløbsprogrammet.

## 4 Organisering af indsatsen

43

### 4.7 Sammenfatning af forløbsprogrammets tilbud og minimumsstandarder

#### Boks 8. Minimumsstandarder for forløbsprogrammets sundhedsfaglige og social-medici nske indsatser. A: minimumsstandarder, B: valgfrit

|  | Hospital         | Kommuner | Praktiserende læger, kiropraktorer og praktiserende speciallæger |
|--|------------------|----------|--|
| Udredning, medicinsk behandling og behandlingsplan/primærsektoren – se note 1          | A                |          | A<br>– se note 2   |
| Tværfaglig udredning/behandling (rygklinik)  | A                | B        |  |
| Tværfaglig udredning/behandling (ischiasklinik)  | A                |          |  |
| Socialmedicinsk screening  | A                | B        | A  |
| Operativ behandling  | A                |          |  |
| <b>Enkeltstående tilbud</b>  |                  |          |  |
| Standardiseret træningsprogram (holdtilbud) <i>ej</i> rygopererede (indgår i rygscole) |                  | A        |  |
| Standardiseret træningsprogram (holdtilbud) rygopererede (indgår i rygscole)           |                  | A        |  |
| Individuelt ikke standardiseret træningsprogram  | A<br>– se note 3 | A        |  |
| Ergonomi/vejledning i ADL (indgår i rygscole)  |                  | A        |  |
| Sygdomsspecifik patientuddannelse (indgår i rygscole)                                  |                  | A        |  |
| Generel patientuddannelse  |                  | B        |  |
| Kostvejledning   | B<br>– se note 4 | B        |  |
| Rygestopkurser   |                  | A        |  |
| Plan for den beskæftigelsesmæssige indsats   |                  | A        |  |
| Rehabiliteringsteam  |                  | B        |  |
| Opfølgning   |                  |          | A  |

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør kvalitetsmonitoreringen af forløbsprogrammer omfatte:

- Kliniske resultater
- Organisatoriske faktorer
- Patientens oplevelse af forløbet

Den Danske Kvalitetsmodel omfatter en række generelle og tværgående standarder for hospitaler og kommunalt sundhedsvæsen, som kan have betydning for lænderygforløbsprogrammet, men indeholder ikke sygdomsspecifikke standarder eller standarder for primærsektoren. Det anbefales derfor, at der i forlængelse af lænderygforløbsprogrammet fastlægges:

- Hvilke standarder med tilhørende indikatorer for indsatsens kvalitet der som minimum skal monitoreres
- Hvordan data registreres, opsamles, analyseres og formidles
- Hvem der har ansvaret for monitoreringen

Der skal lægges særlig vægt på monitorering af patienttilfredshed og kvaliteten af rehabiliteringen.

Som en del af Kronikerprogrammets evaluering er en "Rehabiliteringsdatabase" under udvikling i samarbejde med kommunerne. Den vil kunne bruges i forbindelse med både kvalitetsmonitorering samt ved evaluering af forløbsprogrammer for lænderyglidelser.

Grundidéen i den tværsektorielle rehabiliteringsdatabase er en indikatorbaseret kvalitetsmonitorering af rehabiliteringsindsatser på tværs af de tre sektorer. Databasen udvikler inddateringsskemaer for relevant indikatordata. Databasen kobles op på Analyseportalen og sammenkøres med andre relevante registre, blandt andet Landspatientregisteret.

Endelig udvikler databasen automatiseret rapportering af indikatorrapporter. I udviklingsfasen demonstrerer databasen monitorering af tværsektoriel rehabiliteringsindsatser inden for KOL og type 2 diabetes. I sin opbygning tænkes databasen generisk, således at rehabilitering målrettet andre sygdomsdiagnoser, fx lænderyglidelser, på sigt kan indgå i databasen. Det er under nærmere drøftelse, hvordan rehabiliteringsdatabasen vil kunne dække behovet for kvalitetsmonitorering af lænderygforløbsprogrammet.



## 6 Implementering af forløbsprogrammet

46

### 6.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet

#### 6.1 Generelt om implementering af forløbsprogrammet

Implementeringen af et forløbsprogram er en stor udfordring, og det er derfor afgørende for anvendelse af programmet, at der arbejdes målrettet med den praktiske implementering. Der er behov for, at der sker en tilrettelæggelse af arbejds-gange, en yderligere beskrivelse af snitflader samt at den konkrete opgave-varetagelse drøftes. Alle de faggrupper, der skal arbejde med forløbsprogrammet, skal tilføres den nødvendige viden og kompetence og skal være bevidst om, hvilke krav og forventninger, der stilles til dem. Overordnet er det en ledelsesmæssig opgave at sikre implementeringen, men alle medarbejdergrupper, hvad enten det er på hospitalet eller i primærsektoren, skal gives de nødvendige forudsætninger for, at forløbsprogrammet kan være et praktisk redskab, der sikrer et sammenhængende patientforløb og en optimal udnyttelse af de tilstedeværende ressourcer.

Til og med 2012 vil forløbsprogrammet for lænderyglidelser være omfattet af Regionens "Kronikerprogram". Dette betyder, at der blandt andet i forhold til kompetenceudvikling, implementering af programmet i forhold til praktiserende læger, samt i en række andre sammenhænge vil kunne opnås dækning af udgifter relateret til selve implementeringen. Fra 2013 og frem vil både regionen og kommunerne skulle forholde sig til den fortsatte drift af alle de implementerede forløbsprogrammer.

En afgørende forudsætning for at forløbsprogrammet for lænderygsygdomme kan leve op til de mål, der er opstillet, er at der hos alle interessenter er den nødvendige kapacitet til at imødekomme den beskrevne indsats. Det er væsentligt, at der både i primær- og sekundærsektor er en høj grad af opmærksomhed omkring ventetider.

I den del af primærsektoren, der omfatter praktiserende læger, praktiserende speciallæger, kiropraktorer og praktiserende fysioterapeuter, vil der som udgangspunkt næppe være den store ændring i forhold til antallet af patienter. Den systematiske struktur, som her beskrives, vil antagelig medføre et let øget antal kontroller, men mest markant er en væsentligt øget systematisk gensidig information mellem parterne, både ved fremsendelsen af henvisning, løbende information og slutinformation, inklusive plan (epikriser). Dertil kommer overholdelsen af de beskrevne ventetider. Disse "krav" (til information og ventetider) vil være nyt for nogle og stort set svarende til gængs praksis for andre. Overordnet skal sikres en prioritering af området for at opnå det ønskede sammenhængende patientforløb. Det kan med rimelighed antages, at på lidt længere sigt, når forløbsprogrammet er fuldt implementeret, bør der ske et fald i det antal patienter, som udvikler en kronisk tilstand og heraf følgende nedsatte krav til den samlede sociale og beskæftigelsesmæssige indsats. Indsatsen i primærsektoren vil mere få karakter af en tidlig forebyggende indsats.

Forløbsprogrammets tilbud stiller både krav til opdatering af den enkelte faggruppe og en målrettet indsats for at sikre kendskab til programmets samlede tilbud, herunder ikke mindst de nye kommunale tilbud. Der skal ydes en indsats med tværsektoriel efteruddannelse, hvis programmets intentioner skal indfries. I denne forbindelse skal der være særlig fokus på, at der også gives tilbud i forhold til de faggrupper, der ikke hidtil har været omfattet af forløbsprogrammer, for eksempel privatpraktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og personale med socialfaglig baggrund.

## 6 Implementering af forløbsprogrammet

47

### 6.2 Den lokale implementering

#### 6.2 Den lokale implementering

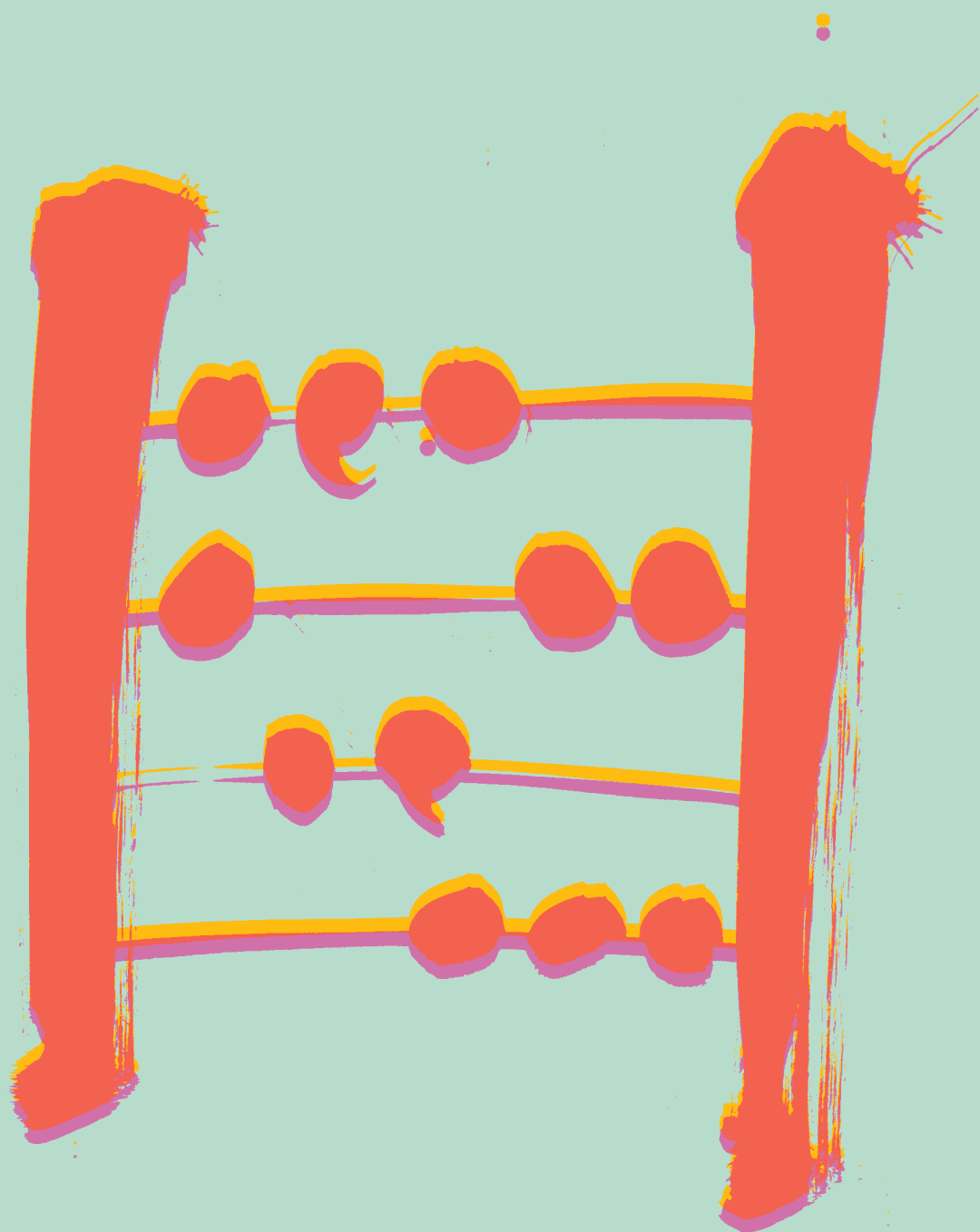
For alle forløbsprogrammerne er gældende, at de, efter at de er tiltrådt af de relevante parter, skal igennem en lokal implementering. For nærværende forløbsprogram vil dele af implementeringen mest hensigtsmæssigt kunne tilrettelægges som en proces, der sker på tværs af hele regionen og alle kommuner, idet der skal ske en inddragelse af faggrupper i primærsektoren, som modtager patienter fra et større geografisk område. I processen er der, udover en inddragelse af de enkelte hospitalsafdelinger og kommunerne, også behov for en inddragelse af de praktiserende læger, praktiserende speciallæger, kiropraktorer og praktiserende fysioterapeuter.

Regionalt er udgangspunktet, at der i hvert af de 4 planlægningsområder er en reumatologisk afdeling med ansvar for henholdsvis en iskiasklinik og en rygklinik, der varetager den tværfaglige indsats i sekundærsektoren. De relevante samordningsudvalg skal derudover inddrages i implementeringen. En fælles implementeringsgruppe på tværs af hele regionen kan udgøre en hensigtsmæssig organisering.

Udover den implementering, der skal ske fælles for hele regionen og tværsektorielt, bør der også lokalt iværksættes en proces i hver kommune med henblik på at styrke samarbejdet mellem de ansvarlige for de kommunale tilbud og kommunens praktiserende læger. I dette forum vil det også være hensigtsmæssigt med en lokal inddragelse af de praktiserende fysioterapeuter, praktiserende speciallæger og praktiserende kiropraktorer. Denne del af implementeringsprocessen vil mest hensigtsmæssigt kunne tilrettelægges med udgangspunkt i de kommunale lægekontaktudvalg, der enten er, eller er ved at blive etableret i de fleste kommuner. Den mere præcise fastlæggelse af implementeringsprocessen i hver kommune bør aftales lokalt.

I den samlede proces vil der være behov for at indgå en række lokale aftaler med henblik på, hvornår de enkelte tilbud i forløbsprogrammet kan forventes etableret, og aftaler der inddrager de tilbud, der allerede er etableret, fx i kommunerne og som naturligt vil kunne indgå i forløbsprogrammets aktiviteter.





I Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og regionens 29 kommuner er regionen og kommunerne forpligtiget til systematisk at evaluere og kvalitetssikre indsatsen og sørge for, at resultaterne udveksles mellem parterne.

#### **Evaluering**

Der vil foregå en løbende opfølgning på implementeringen af programmerne.

Herudover iværksættes en systematisk evaluering af det enkelte forløbsprogram med henblik på at undersøge, om forløbsprogrammet sikrer tværsektoriel koordinatation og de klinisk bedst opnåelige resultater. Evalueringen skal endvidere omfatte, hvorvidt indholdet af forløbsprogrammet er implementeret, altså om minimumstandarderne er opfyldt, om de fungerer efter hensigten, og om forventningerne til ressourceforbruget bliver indfriet.

Evalueringen tænkes foretaget, dels på baggrund af kvalitetsmonitoreringen, dels ved hjælp af fx spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterviews med alle de involverede parter.

Ved evaluering af lænderygprogrammet vil "evalueringsmodellen", der er under udvikling som en del af Kronikerprogrammet til evaluering af forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes, så vidt muligt blive anvendt.

#### **Revision**

Som udgangspunkt foretages revision af forløbsprogrammet ved nyopstået sundhedsfaglig viden og/eller vejledninger. Programmerne revideres desuden gennemgribende og opdateres hvert 4. år på baggrund af evalueringen og anbefalinger fra de Sundhedsfaglige Råd samt høring i kommunerne.

Revisionen har til formål at sikre, at ny faglig viden og organisatorisk erfaring med programmet indgår i den videre udvikling af forløbsprogrammet. Endvidere skal det sikres, at programmet fortsat lever op til nationale retningslinjer. Det reviderede program sendes i høring i relevante Sundhedsfaglige Råd.

- 1 Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2008.
- 2 Low back pain: Diagnosis, treatment, and prognosis. Indahl A. Scand J Rheumatol 2004; 33: 199-2093.
- 3 Diagnosis and treatment of sciatica. Koes BW et al. BMJ 2007; 334: 1313-1317.
- 4 Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk Selskab for Almen Medicin 2006.
- 5 Patientforløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark. Region Syd 2010.
- 6 European Guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. van Tulder M et al. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl.2).
- 7 Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007; 147: 478-491.
- 8 Lænderyglidelser. En forløbsbeskrivelse for kiropraktik i Region Hovedstaden, marts 2011. Region Hovedstaden 2011.
- 9 Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. Indahl et al. Spine 1998; 23: 2625-2630.
- 10 <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=75721.218>
- 11 Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. Peul WC et al. NEJM 2007; 356: 2245-2256.
- 12 Behov for national database ved operation for lumbal spondylodese. Rasmussen S. Ugeskrift for Læger 2010; 172: 3245-3249.
- 13 Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Brox JJ et al. Spine 2003; 28: 1913-1921.
- 14 Vejledning om kommunal rehabilitering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011.
- 15 Vejledning om træning i kommuner og regioner – december 2009. Indenrigs- og Socialministeriet 2009.
- 16 Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner 2010.
- 17 Genoptræning og træning i henhold til forløbsprogrammer. Den Administrative Gruppe for Sundhedsaftaler i Region Hovedstaden 2011. (Vil på sigt kunne findes på [vip.regionh.dk](http://vip.regionh.dk) ved at søge på titlen).
- 18 <http://www.medcom.dk/wm109941>

- Bilag 1: Definition af nøglebegreber, 52
- Bilag 2: Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi, 53
- Bilag 3: Patienter med nerverodspåvirkning og parese af underekstremiteter, 53
- Bilag 4: Diagnosekodning, 54
- Bilag 5: Eksempler på brug af GOP versus Ref01 ved henvisninger, 56
- Bilag 6: Tværfaglig indsats – patienter med rodpåvirkning (Ischiasklinik), 58
- Bilag 7: Tværfaglig indsats – patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Rygklinik), 59



## Bilag 1: Definition af nøglebegreber

I forløbsprogrammet er det nødvendigt, blandt andet i relation til genoptræning og rehabilitering, at fastlægge udgangspunktet for brugen af en række begreber.

**Rehabilitering**

Der foreligger ikke en formelt godkendt definition af begrebet. Hyppigst benyttes den definition, der er omtalt i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet fra Marselisborg-centret: "Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren som har, eller er, i risiko for at få betydelige begrænsninger i sine fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevner, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabiliteringen base-res på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".

**Genoptræning**

Genoptræningsbegrebet indgår som et delelement under rehabilitering. Ved genoptræning forstås: "Den sundhedsfaglige indsats, der i en tidsafgrænset periode iværksættes med henblik på at forbedre en borgers funktionsniveau fysisk, psykisk eller socialt i de tilfælde, hvor der kan konstateres et funktionsstab i forbindelse med et sygdomsforløb".

For borgere, der afslutter en hospitalsbehandling, vil være gældende, at de er omfattet af Sundhedslovens § 140 i det omfang, der kan konstateres et færdighedstab og at der vurderes, at der er et lægefagligt begrundet behov for, at der iværksættes et genoptræningsforløb. Borgeren har i disse tilfælde krav på, at der udfærdiges en genoptræningsplan (men ikke en rehabiliteringsplan). Denne fremsendes til kommunen, der har myndighedsansvaret for al genoptræning efter endt sygehusbehandling.

Borgere, der opholder sig i eget hjem og udelukkende behandles i primærsektoren, har ikke tilsvarende krav på en genoptræningsplan, men de kan i visse tilfælde være omfattet af Servicelovens bestemmelser.

**Træning og vedligeholdende træning**

Disse begreber er generelt dårligere defineret. For træning er gældende, at begrebet primært bør benyttes i det tilfælde, hvor en borger ikke har et færdighedstab, men at man ud fra en vurdering af generel tilstand, livsstil eller andet skønner, at en kortere eller længerevarende indsats, hvor patienten indgår i en fysisk træning, vil være hensigtsmæssig for at afhjælpe en given sygdomsproblematik. Begrebet vedligeholdende træning vil overvejende benyttes i de tilfælde, hvor en borger har været igennem et rehabiliteringsforløb og en fortsat træningsindsats er nødvendig for at opretholde et opnået funktionsniveau.

**Tværfaglig indsats**

Ved den tværfaglige indsats kombineres kompetencer fra forskellige sundhedsfaglige discipliner i udredning og behandling. De enkelte aktører samarbejder i større eller mindre grad omkring fælles stillingtagen til diagnose og eventuel videre udredning eller behandling samt opfølgning på forløbet.

## Bilag 2: Patienter med specifik eller alvorlig fokal patologi

## Bilag 3: Patienter med nerverodspåvirkning og parese af underekstremiteter

**Bilag 2****A. Patienter med osteoporotisk sammenfald**

Patienter med stærke funktionshæmmende smerter kan indlægges akut på den lokale reumatologiske eller medicinske afdeling med henblik på smertebehandling og mobilisering.

**B. Spondylartropati**

Patienterne kan henvises til den lokale reumatologiske afdeling med henblik på diagnostik og behandling, herunder behandling med biologiske antiinflammatoriske reumatika.

**C. Infektøs spondylodiscitis eller metastaser**

Patienterne indlægges akut på den lokale reumatologiske eller medicinske afdeling varetager opgaven i samarbejde med Spine Unit, Hoved-Ortho Center, Rigshospitalet og øvrige relevante afdelinger.

**Bilag 3****A. Patienter med paresegrad mindre end eller lig med 3 eller cauda equina syndrom**

Patienterne henvises akut til den lokale reumatologiske afdeling og vagthavende reumatolog orienteres telefonisk. Den lokale reumatologiske afdeling varetager den videre diagnostik, herunder billeddiagnostik, og den efterfølgende kontakt til Videncenter for Rygsygdomme på Glostrup Hospital (degenerativ årsag) eller Spine Unit, Hoved-Ortho Center, Rigshospitalet (malign, infektøs eller traumatisk årsag).

Den lokale reumatologiske afdeling i Helsingør har ikke aktuelt vagtberedskab til at varetage denne opgave, og patienter fra planlægningsområde Nord skal henvises akut til neurologisk afdeling på Hillerød Hospital.

**B. Patienter med nedsat kraft, men med paresegrad større end 3**

Patienterne henvises subakut til den lokale reumatologiske afdeling. Den lokale reumatologiske afdeling skal vurdere patienterne inden for 2 uger.

## Bilag 4: Diagnosekodning

**Gruppe 1: Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter****Diagnosekoder omfatter****Symptomkoder**

L03 Symptom/klage fra lænd inkluderer diagnoserne:

- L03 Coccygodynia (icd10 dm533)
- L03 Lumbago uden specification (icd10 dm545)
- L03 Sacrocoxalgia (icd10 dm533B)

**Specifikke verificerede degenerative diagnoser**

L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling (icd10: dm539)

Kriterier: rygsmerte uden udstråling plus indskrænket bevægelighed bekræftet ved lægelig undersøgelse inkluderer:

- L84 Arthrosis processus spinosi vertebrarum lumbalium (icd10: dm482)
- L84 Compressio vertebrae uden specification (icd10: dm485B)
- L84 Degeneratio disci intervertebralis uden radiculopati (icd10: dm513A)
- L84 Sakroiliakasyndrom (icd10: ds336A)
- L84 Spondylolisthesis (icd10: dm431)
- L84 Spondilosis lumbalis (icd10: dm478E)
- L84 Stenosis spinalis (icd10: dm480)

**Gruppe 2: Patienter med rodpåvirkning**

L86 Rygsyndrom med smerteudstråling

Kriterier: smerte i thorakolumbale del af columna ledsaget af smerteudstråling/neurologiskudfaldssymptom i tilsvarende område, eller iskiassmerte strålende langs benets bagside, forværret ved hoste/bevægelse/stillingsskift, eller påvisning af thorakal/lumbaldiskusprolaps ved billeddannelse/operation.

Inkluderer:

- L86 Ischias (icd10: dm543)
- L86 Lumbago med ischias (icd10: dm544)
- L86 Prolapsus disci intervertebralis u spec med radiculopati (icd10: dm511F)

En række andre tilstande vil falde her under og ved epikrisemodtagelse vil følgende icd10 diagnoser konverteres til L86:

- dg550 Compression Radicis et plexus nervorumvedneoplastsygd
- dg551 Compression Radicis et plexus nervvedsygdi disc intervertebralis
- dg552 Compression Radicis et plexus nervorumvedspondylose
- dg553 Compression Radicis et plexus nervorumvedandreryglidelser
- dg558 Compression Radicis et plexus nervorum ved sygd klass
- dm471 Spondyloser med myelopati, andre
- dm472 Spondyloser med radikulopati, andre
- dm510 Prolapsus disci intervertebralis et lumbalis m myelopati
- dm511 Prolapsus disci intervertebralis et lumb m radiculopati
- dm512 Prolapsus disci intervertebralis et lumb, anden spec form
- dm514 Schmorl'skbrusklegeme

## Bilag 4: Diagnosekodning

**Gruppe 3: Patienter med specifik eller alvorlig underliggende patologi**

Denne liste er ikke komplet.

- L88 spondylitis ankylopoetica (reumatoidartrit)
- L71 Neopl mal columnavevertebralis
- L97 Neoplossisetcartilaginisarticularisudenspecification  
Hvor der ved metastase eller lign. skal kodes med primær malign diagnose

## Bilag 5: Eksempler på brug af GOP versus Ref01 ved henvisninger

**CASE 1**

72-årig kvinde, der for ca. 2 år siden har haft en episode med lændesmerter. Faldt til ro relativt hurtigt under medicinsk behandling. Fik i forbindelse med dette konstateret degenerative forandringer i lænderygsøjlen. Henvender sig til egen læge på grund af fornyet episode med relativt udtalte lænderygsmerter. Der er ikke mistanke om rodtryk ved klinisk undersøgelse. Egen læge påbegynder smertebehandling. Derudover henvisning til privatpraktiserende fysioterapeut med henblik på øvelsesterapi. Over de efterfølgende uger stort set uændrede smerter. Bliver i forløbet præget af tiltagende funktionshæmning, har sværere ved at klare de daglige færdigheder. Efter 4 ugers forløb vurderer egen læge, at der er behov for en mere intensiv indsats. Patienten har i øvrigt komorbiditet i form af bilateral knæarthrose. Med henblik på en mere intensiv indsats henvises patienten til de kommunale tilbud i forløbsprogram for lænderyglidelser. Der fremsendes ref01 til kommunen.

**CASE 2**

55-årig mand uden komorbiditet. Får i forbindelse med havearbejde pludseligt opståede lænderygsmerter. Kontakter egen læge, der umiddelbart vurderer, at der er mistanke om rodtryk. Henvises til privatpraktiserende fysioterapeut med henblik på øvelsesterapi. Derudover påbegyndes smertebehandling. Patienten er sygemeldt fra arbejde.

Efter 4 ugers forløb fornyet vurdering hos egen læge, der konstaterer, at patientens smerteklager er forværrede. Patienten er præget af yderligere funktionshæmning. Henvises til MR-skanning, samtidig med henvisning til reumatologisk afdeling. Der iværksættes en tværfaglig behandlingsindsats. Efter yderligere 4 uger vurderes det dog, at patientens smerter er uacceptable, samtidig med at han er præget af svær funktionshæmning.

Henvises på denne baggrund til VR med henblik på operativ behandling. Efterforløbet ukompliceret.

Det vurderes samlet, at patienten har haft et funktionstab, hvorfor der til kommunen fremsendes genoptræningsplan. Udover genoptræningen, vurderes det ikke, at patienten har behov for andre kommunale tilbud i relation til forløbsprogrammet for lænderyglidelser.

**CASE 3**

53-årig kvinde med relativt hurtigt opståede lænderygsmerter. Henvender sig til egen læge. Den kliniske undersøgelse giver umiddelbart mistanke om rodtryk. Der påbegyndes smertebehandling. Patienten instrueres og vejledes. I det videre forløb må patienten sygemeldes. Ses hos egen læge igen efter 4 uger. Der konstateres, at patientens smerter er yderligere forværrede. Mistanken om rodtryk bekræftes. Patienten henvises til MR-skanning samt reumatologisk afdeling, hvor der påbegyndes en 8 uger varende tværfaglig behandlingsindsats. Under dette forløb bedres patienten betydeligt. Ved afslutningen af forløbet vurderes det dog samlet, at patienten har haft et funktionstab og vil kunne profitere af et yderligere genoptræningsforløb. Patienten har endnu ikke genoptaget sit arbejde.

Det vurderes i øvrigt at patienten vil kunne profitere af de kommunale tilbud i forløbsprogram for lænderyglidelser. På denne baggrund fremsendes der både genoptræningsplan, samt henvisning (ref01) til kommunen.

## Bilag 5: Eksempler på brug af GOP versus Ref01 ved henvisninger

**CASE 4**

49-årig kvinde, der over nogle dage har fået tiltagende lænderygsmerter. Henvender sig til sin praktiserende læge, der foretager klinisk vurdering. Der er ikke mistanke om rodtryk. Patienten instrueres. Der igangsættes farmakologisk smertebehandling. Over de efterfølgende uger er patienten i perioder sygemeldt. Smerteklagerne uændrede, eller lidt forværrede. Patienten anfører, at hun er hæmmet i sine daglige funktioner. Der suppleres med øvelsesterapi.

Efter 8 uger må det konstateres, at der ikke er tilfredsstillende fremgang, hvorfor patienten henvises til reumatologisk afdeling. Patienten udredes, herunder med billeddiagnostik. Det konkluderes, at der foreligger degenerative forandringer som forklaring på patientens smerter. Der igangsættes en tværfaglig indsats i et forløb på 12 uger. Under dette forløb bedres patienten betydeligt. Genoptager sit arbejde. Ved afslutningen af forløbet har patienten opnået at være stort set symptomfri og uden funktionshæmninger. Der findes ikke grundlag for udfærdigelse af genoptræningsplan. Ej heller behov for henvisning til de øvrige kommunale tilbud i forløbsprogram. Der fremsendes alene epikrise til egen læge.

**CASE 5**

62-årig mand, erhvervsaktiv, med komorbiditet i form af type 2 diabetes og overvægt. Får i forbindelse med fysisk aktivitet pludseligt opståede lænderygsmerter. Egen læge foretager klinisk vurdering. Der er fra starten mistanke om rodtryk. Der iværksættes farmakologisk smertebehandling, samt øvelsesterapi. Over de efterfølgende 4 uger konstateres der stort set ingen fremgang, og patienten er fortsat sygemeldt. Henvises derefter til reumatologisk afdeling, samtidig en henvisning til MR-skanning. På reumatologisk afdeling bekræftes mistanken om rodtryk.

Der iværksættes en tværfaglig indsats over 8 uger, hvorunder patienten bedres betydeligt. Opnår en høj grad af smertefrihed.

Ved afslutningen af forløbet er der stort set ingen funktionshæmning. Patienten har dog endnu ikke genoptaget sit arbejde.

Ved afslutningen af forløbet på reumatologisk afdeling vurderes det ikke, at der er grundlag for en egentlig genoptræningsplan, men det vurderes, at patienten kan profitere af et fortsat tilbud i kommunalt regi indenfor forløbsprogrammet, herunder en fortsat træning, støtte til vægtreduktion samt yderligere støtte omkring tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Patienten henvises derfor til de kommunale tilbud i forløbsprogrammet ved fremsendelse af ref01 til kommunen.

**CASE 6**

69-årig kvinde, der tidligere har haft episode med lænderygsmerter for ca. 3 år siden. Tilfældet faldt til ro inden for få uger med en relativt begrænset behandlingsindsats. Nu atter over 1 uge tiltagende smerter. Henvender sig til egen læge, der ikke finder mistanke om rodtryk. Der påbegyndes farmakologisk smertebehandling.

Efter 4 ugers forløb er patientens smerter fortsat betydelige. Er i stigende udstrækning hæmmet i sine daglige funktioner. Patienten henvises derfor til praktiserende speciallæge. Denne foretager billeddiagnostik, samt justerer smertebehandlingen. Det konkluderes, at der foreligger degenerative forandringer. Med henblik på at understøtte det videre forløb henviser den praktiserende speciallæge til de kommunale tilbud i forløbsprogrammet, idet der fremsendes ref01 til kommunen.

### Bilag 6: Tværfaglig indsats – patienter med rodpåvirkning (Ischiasklinik)

#### Tværfaglig vurdering

Varetages i samme seance af speciallæge, fysioterapeut og sygeplejerske.

Der udarbejdes på baggrund af en tværfaglig vurdering en behandlingsplan omfattende:

- Instruktion i øvelser og fysisk træning. Ved spinalstenose hovedvægt på styrketræning af underekstremiteter.
- Der er tale om selvtræning. Samtlige patienter skal have udleveret skriftlig instruktion.
- Smertehåndtering iværksættes med kognitiv tilgang ved sygeplejerske og speciallæge.
- Vurdering af behov for sundhedsfaglig erhvervsrådgivning med opfølgning ved efterfølgende kontroller.
- Ved spinalstenose eventuelt udlevering af ganghjælpemiddel.

#### Behandling og kontrol

##### *Kontrol efter 2 uger*

- Tværfaglig vurdering af effekt af iværksatte behandling og justering af øvelsesprogram og smertebehandling.
- Hvis fortsat behandling er perspektivløs, henvises til kirurgisk vurdering.

##### *Kontrol efter 4 uger*

- Tværfaglig vurdering af effekt af den iværksatte behandling og justering af øvelsesprogram og smertebehandling.
- Hvis fortsat behandling er perspektivløs, henvises til kirurgisk vurdering.

##### *Afslutning efter 8 uger*

- Tværfaglig vurdering af effekt af iværksatte behandling.
- Ved manglende effekt af behandlingen, henvises til kirurgisk vurdering.
- Ved effekt af behandlingen afsluttes patienten med tværfaglig instruktion og eventuelt med genoptræning i kommune.

### Bilag 7: Tværfaglig indsats – patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter (Rygklinik)

#### Tværfaglig vurdering

Varetages i samme seance af speciallæge, fysioterapeut og sygeplejerske.

Der udarbejdes på baggrund af en tværfaglig konference en behandlingsplan omfattende:

- Instruktion i øvelser. Der er tale om selvtræning. Samtlige patienter skal have udleveret skriftlig instruktion.
- Smertehåndtering iværksættes med kognitiv tilgang ved sygeplejerske og speciallæge. Smertehåndteringen følges op ved undervisning på hold 2 gange 1 time.
- Vurdering af behov for sundhedsfaglig erhvervsrådgivning og med opfølgning ved efterfølgende kontroller.

#### Behandling og kontrol

##### *Kontrol efter 2 uger*

- Tværfaglig vurdering af effekt af iværksatte behandling og vurdering af behov for justering.

##### *Kontrol efter 5 uger*

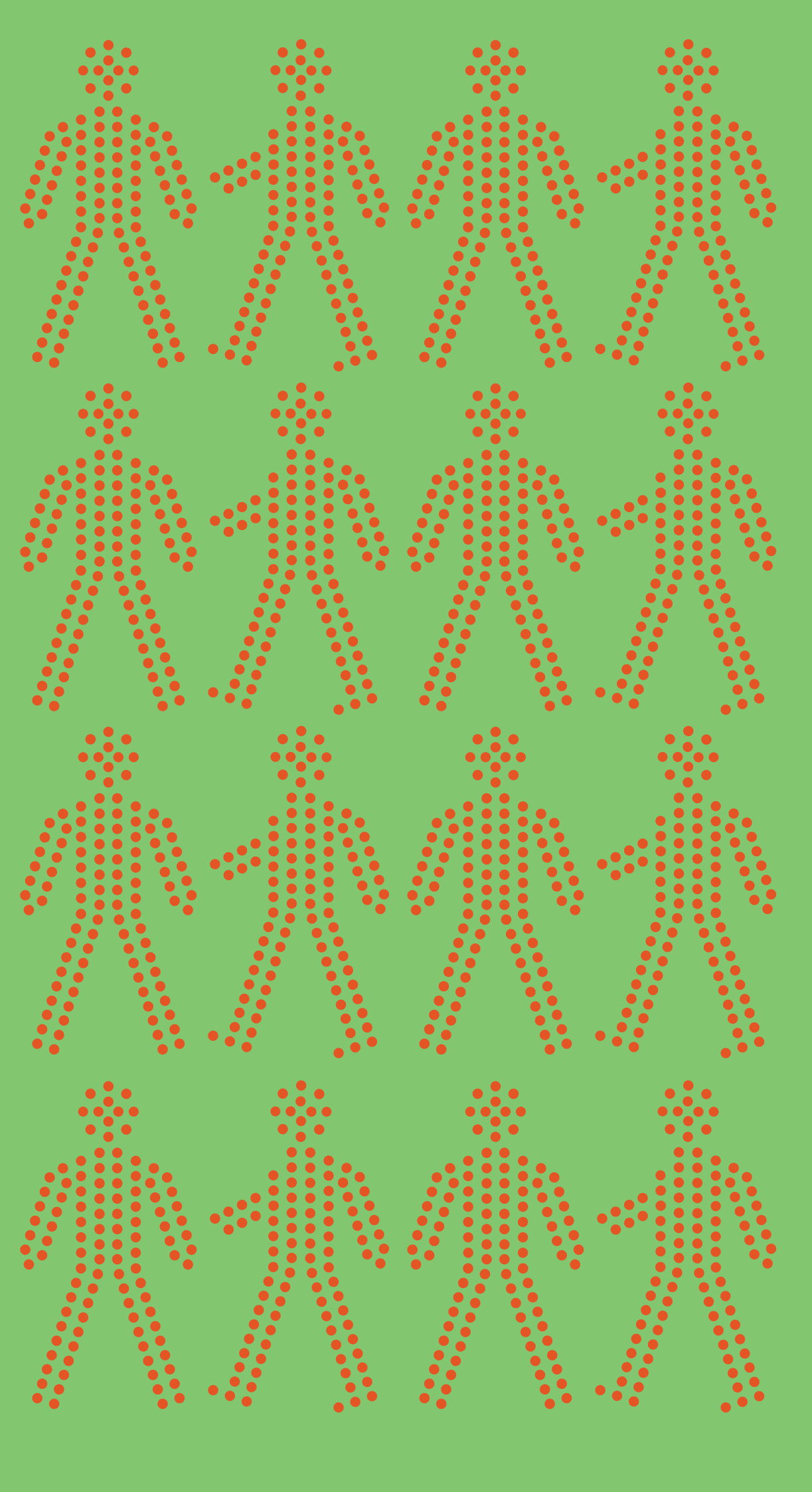
- Tværfaglig vurdering af effekt af iværksatte behandling og vurdering af behov for justering.

##### *Kontrol efter 8 uger*

- Tværfaglig vurdering af effekt af iværksatte behandling og vurdering af behov for justering.

##### *Afslutning efter 12 uger*

- Ved manglende effekt af behandlingen og afgrænsede degenerative forandringer, henvises patienten til kirurgisk vurdering.
- Ved manglende effekt uden mulighed for operation henvises til kommunal rehabilitering.
- Ved effekt af behandlingen afsluttes patienten med tværfaglig instruktion og eventuelt med genoptræning i kommune.



Redaktion  
Region Hovedstaden,  
maj 2012

Grafisk design  
FinnNygaard.com

Tryk  
Nofoprint

Oplag 3.000 stk

Forløbsprogrammet for  
lænderyglidelser  
er udgivet i et samarbejde  
mellem hospitalerne, kommu-  
nerne og de praktiserende  
læger i Region Hovedstaden,  
maj 2012

[www.regionh.dk/forlobsprogrammer](http://www.regionh.dk/forlobsprogrammer)