



2023

Tværasektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær i Region Syddanmark



Region Syddanmark,
de 22 kommuner
og PLO Syddanmark

Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2023
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

<https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler>

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af formandskabet for Sundhedssamarbejdsudvalget og træder i kraft den 1. januar 2024.

Emneord

Forløbsprogram for lænderygbesvær, paradigmeskifte inden for lænderygbesvær, starten på borgerens forløb, forebyggelse og tidlig opsporing af risikogrupper, udredning, vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF, formål med forløb og valg af indsatser, målgrupper og opmærksomhedspunkter, indsatser til borgere, henvisning og kommunikation og Implementering, udviklingstiltag og opdatering af forløbsprogrammet.

Version 1.0
Oktober 2023

Dansk sprog
Udgivelse i PDF-format, webtilgængelig

Grafisk tilrettelæggelse:
Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:
Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-86-8



Forord

Forløbsprogrammet for borgere med lænderygbesvær

Lænderygbesvær er om noget en folkesygdom. Konsekvenserne er for nogle borgere store, og de samfundsøkonomiske omkostninger er enorme. Lænderygbesvær påvirker det selvoplevede helbred og er skyld i mange sygedage. Når danskerne i undersøgelsen Danskernes sundhed 2021 bliver spurgt til deres selvoplevede helbred, svarer 56 pct. af de adspurgte, at de inden for de sidste 14 dage har haft smerter eller ubehag i ryggen eller i lænden.

Vi har siden sidste forløbsprogram fra 2010 været vidne til et paradigmeskifte inden for lænderygbesvær. Det nye rygforløbsprogram tager afsæt i, at lænderygbesvær hos de fleste er en længerevarende eller episodisk tilstand, hvor smerter af varierende intensitet og varighed kommer og går. Et godt liv på trods af lænderygbesvær beror derfor på evnen til at tilpasse sig og håndtere de afledte fysiske, psykiske, sociale og følelsesmæssige udfordringer, der kan være forbundet med lænderygbesvær. Egenhåndtering og støttet egenhåndtering er afgørende for, at borgeren med lænderygbesvær lykkes med dette.

Omdrejningspunktet i dette forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær er derfor egenhåndtering og støttet egenhåndtering. Dette er helt i tråd med danske og internationale kliniske retningslinjer.

Borgere med lænderygbesvær, fagprofessionelle fra praksissektoren, Region Syddanmarks sygehuse og de syddanske kommuner har været involveret i udarbejdelsen af forløbsprogrammet, ligesom der er indhentet rådgivning og input fra forskere og klinikere på rygområdet.

Det nye i dette forløbsprogram er den nye viden om paradigmeskiftet, som skal implementeres hos alle fagprofessionelle, som møder borgere med lænderygbesvær. Det er vigtigt, at borgerne oplever at få samstemmende informationer, uanset hvem de møder i deres forløb.

Stephanie Lose

Formand for Sundhedssamarbejdsudvalget
og regionsrådsformand i Syddanmark

Mads Skau

Næstformand for Sundhedssamarbejdsudvalget
og borgmester i Haderslev Kommune

Indholdsfortegnelse

	Forord	3
1	Introduktion	6
	Baggrund for forløbsprogrammet	8
	Målgruppen i forløbsprogrammet	8
	Et nyt paradigme	10
	Tilblivelsen af forløbsprogrammet	12
	Formålet med forløbsprogrammet for borgere med lænderygbesvær	13
	Forløbsprogrammets anvendelse	13
2	Starten på borgerens forløb	14
	Samarbejde med borgeren	14
	Borgerens kontakt til sundhedsvæsenet	14
3	Forebyggelse og tidlig opsporing af risikogrupper	16
	Forebyggelse	16
	Risikofaktorer for langvarigt og funktionsbegrænsende lænderygbesvær	17
	Forekomst af lænderygbesvær i forskellige befolkningsgrupper	17
4	Udredning	18
	Udredning	18
	Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF	19
	Billeddiagnostik	22
5	Planlægning af forløb og principper for valg af indsatser	26
	Generelle principper for formål med forløb og valg af indsatser	26
	Planlægning af forløb	27
6	Beskrivelse af målgrupper og opmærksomhedspunkter	29
	Mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse	29
	Mistanke om cauda equina syndrom	29
	Mistanke om nerverodspåvirkning	29
	Mistanke om lumbal spinalstenose	29
	Ukompliceret uspecifik lænderygbesvær	30
	Kompliceret uspecifik lænderygbesvær	30
	Behov for vedvarende støttet egenhåndtering.	30

Indholdsfortegnelse

7	Indsatser til borgere med lænderygsbesvær	31
	Støttet egenhåndtering	33
	Struktureret patientuddannelse/mestringsforløb	33
	Fysisk aktivitet	35
	Manuel behandling	36
	Medicinsk smertebehandling	37
	Kognitiv Funktionel Terapi (CFT)	38
	Rygmedicinsk indsats på sygehus	38
	Rygkirurgisk indsats på sygehuse	39
	Arbejdsmarkedstilknytning	41
	Genoptræning i kommunerne	44
	Kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedslovens §119.	45
	Smertecentrene	48
8	Henvisning og kommunikation	50
	Henvisning til privat praktiserende fysioterapeuter	51
	Henvisning til privat praktiserende kiropraktorer	51
	Henvisning til privat praktiserende speciallæger og privat praktiserende psykolog	52
	Henvisning til sygehuse eksklusive smertecentre	52
	Henvisning til kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme (§119)	54
	Henvisning til genoptræning (§140)	55
	Kontakt til jobcenteret	55
	Henvisning til smertecentrene	56
9	Implementering, udviklingstiltag og opdatering af forløbsprogrammet	57
	Implementering	57
	Udviklingstiltag	58
	Løbende opdatering af rygforløbsprogrammet	59
10	Referencer	61

1 | Introduktion

Dette forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere over 18 år med lænderygbesvær i Region Syddanmark. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "borgere med lænderygbesvær" om målgruppen – se fjerde punkt i afsnittet "definitioner" på side 13.

Definition af lænderygbesvær

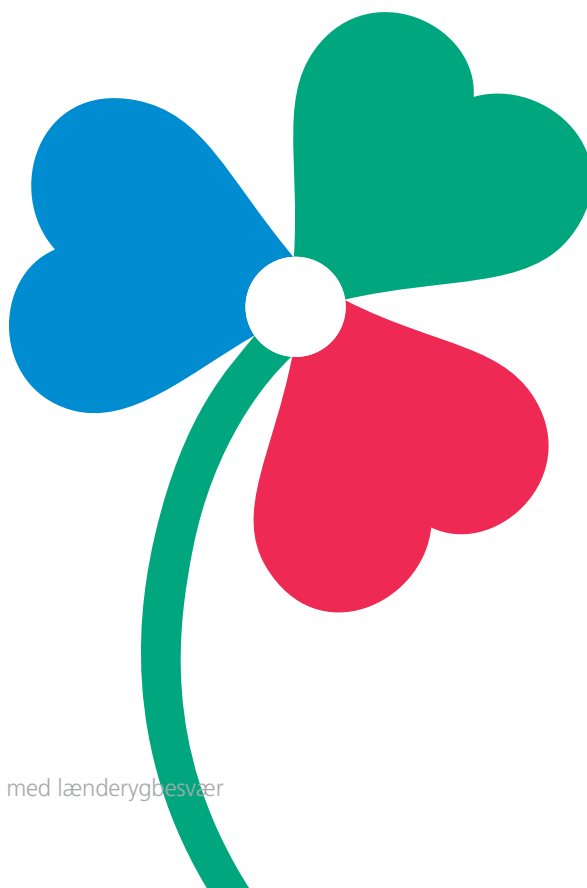
Lænderygbesvær defineres i dette forløbsprogram som træthed, gener og/eller smerter i lænderyggen med eller uden udstråling til ben(ene) og med varierende grader af funktionsbegrænsning herunder arbejds-evne. Anatomisk afgrænses lænderyggen til området mellem nederste ribbenskant og nederste del af sædepartiet.

Forløbsprogrammet er gældende hos alle aktører i praksissektoren, i de syddanske kommuner og på sygehusene i Region Syddanmark.

Forløbsprogrammet er skrevet til de fagprofessionelle og til de ledere, som er i kontakt med borgere, som har lænderygbesvær. Forløbsprogrammet gælder både fagprofessionelle, der ofte møder borgere med lænderygbesvær og fagprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med lænderygbesvær. Fagprofessionelle kan derfor være medarbejdere i praksissektoren, på sygehusene samt i kommunerne. For kommunerne gælder det medarbejdere fra sundhedsområdet, ældreområdet, arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesområdet og socialområdet.

Forløbsprogrammet beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med lænderygbesvær.

Forløbsprogram her erstatter det første forløbsprogram fra 2010 i Region Syddanmark. Der er siden sket en stor udvikling i den faglige viden om lænderygbesvær, både når det handler om årsager, forløb og om selve behandlingen.



Danske og internationale kliniske retningslinjer peger samstemmende på nye og sammenhængende strategier for håndtering af lænderygbesvær. Vi er i disse år derfor vidne til et paradigmeskifte inden for lænderygbesvær. Omdrejningspunktet i den nye tilgang til behandling af lænderygbesvær er støttet egenhåndtering.

En arbejdsgruppe nedsat af Følgegruppen For Forebyggelse har udarbejdet forløbsprogrammet:

- Jakob Blaabjerg Espesen, cheflæge, Rygcenter Syddanmark (formandskab)
- Anne-Mette Dalgaard, afdelingschef Sundhed & Sammenhæng, Vejen Kommune (formandskab)
- Lisbeth Hartvigsen, sundhedsfaglig konsulent på rygområdet, Region Syddanmark
- Margit Svensson, koordinerende leder, Jobcenter Vejle, Vejle Kommune
- Pia Schou, fysioterapeut, Odense Kommune

Sekretariatsbetjening af arbejdsgruppen:

- Anette Kidholm Filtenborg, strategisk udviklingskonsulent, Vejen Kommune
- Jette Dalsgaard Andersen, specialkonsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark
- Lars Kunz Schubert, konsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark

Fagprofessionelle fra praksissektoren, Region Syddanmarks sygehuse og de syddanske kommuner har været involveret i udarbejdelsen af forløbsprogrammet, ligesom der er indhentet rådgivning og input fra forskere og klinikere på rygområdet:

Syddansk Universitet:

- Jan Hartvigsen, professor og forskningsleder
- Alice Kongsted, professor
- Per Kjær, professor
- Lise Hestbæk, professor
- Mette Jensen Stochkendahl, ph.d., lektor
- Rikke Krüger Jensen, ph.d., lektor
- Henrik Lauridsen, ph.d., lektor, studieleder
- Bodil Al-Mashhadi Arnbak, ph.d., lektor

Rygcenter Syddanmark:

- Søren O'Neill, ph.d., forskningsleder rygmedicinsk forskningsenhed, klinisk lektor
- Morten Søre, rygkirurg og ledende overlæge rygkirurgisk afsnit
- Kasper Ussing, MPT, rygmedicinsk afsnit og Enhed for Tværsektorielt samarbejde

Praksiskonsulenter:

- Simon Nyvang Mariussen, speciallæge i almen medicin, lægefaglig konsulent Praksis Region Syddanmark
- Victor Ladegourdie, fysioterapeut, praksiskonsulent fysioterapi Region Syddanmark
- Mikael Busse, kiropraktor, praksiskonsulent kiropraktik, Region Syddanmark

Baggrund for forløbsprogrammet

Lænderygsbesvær er om noget en folkesygdom. Konsekvenserne er for nogle borgere store, og de samfundsøkonomiske omkostninger er enorme. Der er derfor behov for, at sundhedsvæsenet møder borgenes behov for et sammenhængende sundhedstilbud.

Næsten alle borgere, som søger hjælp for deres lænderygsbesvær, ses i praksissektoren, hvor de udgør en væsentlig del af besøgene.

- Borgere med lænderygsbesvær besøger årligt deres praktiserende læge 3,5 mio. flere gange sammenlignet med borgere uden lænderygsbesvær. Som gruppe udgør de 7,5 pct. af alle besøg hos de praktiserede læger¹.
- Borgere med lænderygsbesvær besøger årligt kiropraktor og fysioterapeut 1 mio. flere gange sammenlignet med borgere uden lænderygsbesvær. Som gruppe udgør de 20,8 pct. af alle besøg hos kiropraktorer og fysioterapeuter¹.

Borgere med lænderygsbesvær ses også på sygehuse. Der er årligt 31.242 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt borgere med lænderygsmerter sammenlignet med borgere uden lænderygsmerter. For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 80.573 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med lænderygsmerter sammenlignet med borgere uden lænderygsmerter. Dertil kommer ekstra 784.868 planlagte og 54.052 ekstra akutte ambulante hospitalsbesøg¹.

Lænderygsbesvær påvirker det selvoplevede helbred og er skyld i mange sygedage. Når danskerne i undersøgelsen **Danskernes sundhed 2021** bliver spurgt til deres selvoplevede helbred, svarer 56,6 pct. af de adspurgte, at de inden for de sidste 14 dage har haft smerter eller ubehag i ryggen eller i lænden. Heraf svarer 16,6 pct., at de har været meget generet af det.

Ekstra sygedage på grund af lænderygsmerter udgør på landsplan 13,4 pct. af alle sygedage. Blandt mænd er lænderygsmerter den sygdom, der er årsag til flest ekstra sygedage. Blandt kvinder er lænderygsmerter den sygdom, der er årsag til næst flest antal ekstra sygedage.

Lænderygsbesvær er årsag til flest tilkendelser af førtidspension blandt alle sygdomme, med 4.154 ekstra tilkendelser af førtidspension årligt svarende til 38,1 pct. af alle tilkendte førtidspensioner². Til sammen betyder det et samfundsmæssigt produktionsstab på grund af lænderygsbesvær på 21 mia. kr. årligt¹.

Tallene viser, at konsekvenserne ved lænderygsbesvær for den enkelte kan være store, og de samfundsøkonomiske omkostninger er enorme. Der ønskes med forløbsprogrammet her at skabe et udgangspunkt og en fælles forståelse mellem fagprofessionelle for, hvordan et sammenhængende forløb for den enkelte borger kan styrkes.

For den enkelte borger er gevinsten "mindre støj", da de får ensartede budskaber, uanset hvilke fagprofessionelle de kommer i kontakt med. Dette forventes at resultere i bedre funktions- og arbejdsevne, færre smerter og bedre livskvalitet.

Den samfundsmæssige gevinst består i, at borgerne med større sandsynlighed kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelse, ligesom det sandsynligvis vil resultere i en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i Region Syddanmark.

Målgruppen i forløbsprogrammet

Målgruppen i forløbsprogrammet er syddanske borgere over 18 år med lænderygsbesvær med eller uden udstråling til ben, som i deres hverdag er påvirket af det i en eller anden grad.



DE GRØNNE LINKS HENVISER TIL EN HJEMMESIDE

Alle fodnoter/referencer i forløbsprogrammet er beskrevet på side 61-66.



Borgere med lænderygsbesvær kan overordnet opdeles i følgende kategorier.

Lænderygsbesvær som har en kendt specifik årsag

Hos cirka 10 pct. af borgere med lænderygsmerter kan man identificere en specifik smertekilde³. Specifikke årsager til rygsmerter inkluderer for eksempel fraktur, cancer, infektion, cauda equina syndrom, systemisk sygdom, intraabdominale årsager som fx abdominal aorta aneurisme, diskusprolaps med nerverodspåvirkning, spinal stenose, inflammatorisk ryggsygdom etc.⁴.

En udenlandsk undersøgelse af borgere, der søger behandling i praksissektoren, viser, at der hos borgere med rygsmerter i under 1 pct af tilfældene findes en underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som årsag til rygsmerterne⁵. Risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er dog væsentlig større hos borgere med en tidligere cancer diagnose^{6,7,8}. Ligeledes stiger risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse med alderen⁹.

Uspecifik lænderygsbesvær

Uspecifik lænderygsbesvær er en klinisk diagnose, og ikke en diagnose der betyder, at borgeren ikke er tilstrækkelig udredt. Hos de fleste er lænderygsbesvær et symptom og ikke en medicinsk sygdom. Her skyldes lænderygsbesværet ikke, at borgeren har en underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som infektion, systemisk sygdom eller cancer, men snarere smerteimpulser fra ryggens muskler, led, knogler og andre strukturer, der opfattes og fortolkes i hjernen⁴.

I modsætning til tidligere, hvor forebyggelse og behandling tog udgangspunkt i, at smerterne skyldtes en skade i ryggen, eller at smerterne stammede fra en strukturel årsag, som kunne identificeres ved en klinisk undersøgelse og/eller ved billeddiagnostik, peger forskningen nu på, at der er ringe sammenhæng mellem kliniske diagnostiske test og billeddiagnostiske fund og borgerens symptomer og funktionsnedsættelse.

Disse undersøgelser bidrager derfor kun sjældent til diagnostisk afklaring, de er sjældent anvendelige til at guide behandlingen, og de informerer ikke i særlig grad om prognosen for den enkelte borger^{10,11,4}.



Hos cirka ni ud af ti borgere med lænderygbesvær kan man således ikke identificere én specifik smertekilde, og disse borgere får derfor diagnosen "uspecifik lænderygbesvær", også sommetider kaldet "almindeligt rygbesvær", "lumbago" eller "godartede rygsmerter"³. Disse smerter forstås bedst i et bredere biopsykosocialt perspektiv, hvor smerte og funktionsbegrænsning skal ses i sammenhæng med borgerens almene helbreds-tilstand fysisk og mentalt, forståelsen for egen situation, evnen til smertehåndtering samt omgivelsernes (familiens, arbejdspladsens og sundhedsvæsenets) evne til at støtte, rådgive og levere relevant behandling¹².

Derfor bygger evidensbaserede danske og internationale kliniske retningslinjer i dag på et bredere biologisk, psykologisk og socialt perspektiv. Her fokuseres i første omgang på, at borgere med lænderygbesvær uanset varighed skal have information og rådgivning samt viden om, hvordan de bedst håndterer smerterne i hverdagen¹³. Dernæst skal de tilbydes behandlinger med dokumenteret effekt og med få eller ingen alvorlige bivirkninger. I svære tilfælde henvises til videre udredning og behandling i sekundærsektoren.

Børn og unge med lænderygbesvær

Nyere forskning viser, at lænderygbesvær for mange begynder omkring 12-13-års alderen og at forekomsten stiger i teenageårene¹⁴. Ligesom hos voksne, hvor underliggende ikke-muskuloskeletale lidelser er sjældne, så kan lænderygbesvær også hos børn alt overvejende klassificeres som værende "uspecifik"¹⁵.

Indsatser og anbefalinger til børn og unge med lænderygbesvær ligner på mange punkter de indsatser og anbefalinger, som beskrives i forløbsprogrammet her. Børn og unge med lænderygbesvær er dog ikke en del af dette forløbsprogram.

Borgere med nakkebesvær

Indsatser og anbefalinger til borgere med nakkebesvær vil på mange punkter ligne de indsatser og anbefalinger, som beskrives i dette forløbsprogram. Målgruppen af borgere med nakkebesvær er dog ikke en del af forløbsprogrammet.

BORGERENS STEMME

– mand, 35 år

Hjælp mig til at forstå, hvad der er galt, og hvor mine smerter stammer fra. Jeg vil gerne have hjælp til at kunne genoptage et så normalt liv som muligt med eller uden smerter.

“Jeg er jo egentligt ligeglad med, om det kommer fra det ene eller det andet sted, jeg vil bare gerne vide, hvad jeg kan gøre for at genoptage et normalt liv. Hjælp mig til at forstå hvad jeg fejler, og giv mig vejledning i, hvad det betyder for mit hverdagsliv.”

Et nyt paradigme

Vi har siden sidste forløbsprogram fra 2010 været vidne til et paradigmeskifte inden for lænderygbesvær. Omdrejningspunktet i den nye tilgang til behandling af lænderygbesvær er støttet egenhåndtering, læs mere herom i faktaboksen på næste side.

Nyere forskning viser, at lænderygbesvær hos de fleste er en vedvarende eller episodisk tilstand, hvor smerter af varierende intensitet og varighed kommer og går i et for det enkelte genkendeligt mønster¹⁶. Hos de fleste er episoderne kortvarige og med minimal påvirkning af dagligdags funktioner og livskvalitet. Men hos nogle bidrager smerterne og episoderne til mere varig funktionsnedsættelse, der bevirker, at man kun med besvær eller slet ikke kan passe sine daglige gøremål, sit arbejde og sin sociale tilknytning til venner og familie.



FAKTABOKS | Nyt paradigme indenfor lænderygsbesvær

Paradigmeskiftet for lænderygsbesvær er kortfattet baseret på følgende viden om:

- Lænderygsbesvær er hos mange en vedvarende eller episodisk en tilstand, hvor smerter og funktionsbegrænsning af varierende intensitet og varighed kommer og går¹⁶.
- Lænderygsbesvær begynder for mange allerede i 12-13-års alderen¹⁴.
- Hos ca. 9 ud af 10 borgere med lænderygsmerter kan der ikke findes en specifik årsag til smerterne. Disse borgere diagnosticeres med uspecifik lænderygsbesvær³.
- Der er ikke grundlag for klare anbefalinger omkring ergonomiske tiltag bortset fra almindelig sund fornuft og en reduktion af meget tunge eller hyppigt gentagne løft.
- Sygdomsmestring og støttet egenhåndtering er omdrejningspunktet¹³.
- Det anbefales at holde sig fysisk og socialt aktiv, hvordan er der ikke afgørende evidens for.
- Billeddiagnostik har begrænset plads i udredning af borgere med lænderygsmerter²⁹.
- Medicinsk smertebehandling kan ikke stå alene og bør kun spille en mindre rolle i den samlede indsats for borgere med lænderygsmerter.

Region Syddanmark har udarbejdet en folder **Forstå dine smerter i lænden** (sundhed.dk), som er målrettet borgere med lænderygsbesvær. På **Rygcenter Syddanmarks hjemmeside** ligger også flere videoer, som kan bruges i samtalen med borgere med lænderygsbesvær.



Forskning viser også, at mange almindelige behandlinger (fx medicin, manuel terapi, træning og patientuddannelse) nok forkorter episoderne med lænderygsbesvær, men at behandlingen kun bidrager begrænset til at ændre på det længerevarende forløb. I et studie blandt danske patienter, der søgte praktiserende læge grundet lændesmerter, rapporterede cirka 90 pct. at de oplevede tilbagevendende episoder eller vedvarende lændesmerter et år efter henvendelsen. Heraf rapporterede ca. 15 pct. vedvarende milde smerter, ca. 25 pct. vedvarende moderate til svære smerter og 50 pct. lændesmerter, der kom og gik¹⁷.

Derfor er en opdeling af lænderygsbesvær i akut, subakut og kronisk lænderygsbesvær ikke længere hensigtsmæssig.

Dette forløbsprogram adskiller sig grundlæggende fra rygforløbsprogrammet fra 2010, hvor hovedfokus var på hurtig og specifik diagnostik mhp. at få iværksat den korrekte behandling og derved undgå vedvarende lænderygsbesvær. Triagering, med henblik på tidligt at identificere om den enkelte borger har underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, lænderygsbesvær på baggrund af specifik muskuloskeletal lidelse eller uspecifik lænderygsbesvær, er naturligvis også første skridt i det nye forløbsprogram.



BORGERENS STEMME – kvinde, 30 år

Måske bliver jeg ikke smertefri, men jeg kan komme til at håndtere mine smerter bedre.

“Jeg har ikke fået spørgsmålet direkte, hvordan jeg vil have det med at skulle leve med det resten af mit liv. Den forventning, der er fra behandlernes side, er måske ikke, at jeg bliver smertefri, men at jeg kommer til at kunne håndtere mine smerter langt bedre. Det har jeg valgt at se som noget positivt, fordi det er jeg nødt til.”

Borgere med lænderygbesvær udredes med grundig anamnese og objektiv undersøgelse. Imidlertid bidrager kliniske diagnostiske test og billeddiagnostiske fund kun sjældent til diagnostisk afklaring hos borgere med uspecifik lænderygbesvær. De er sjældent anvendelige til at guide valg af behandling, og de informerer ikke i særlig grad om prognosen for den enkelte patient. Derfor prioriteres billeddiagnostik og mekanisk diagnostik som fx ULRUS ikke som i det tidligere forløbsprogram fra 2010 for denne gruppe af borgere.

Det nye rygforløbsprogram tager afsæt i, at lænderygbesvær hos de fleste er en længerevarende eller episodisk tilstand, hvor smerter af varierende intensitet og varighed kommer og går. Hovedomdrejningspunktet er derfor støttet egenhåndtering, med henblik på, at borgerne klædes på til bedre selv at håndtere tilbagevendende eller længerevarende smerter samtidig med, at sundhedsvæsenet bruges mere hensigtsmæssigt.

Tilblivelsen af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de syddanske forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes, hjertesygdom og depression, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Der er gennemført fokusgruppeinterviews med borgere med tilknytning til praksissektoren, borgere med tilknytning til Rygcenter Syddanmark og borgere med tilknytning til kommunale indsatsler på sundhed- og arbejdsmarkedsområdet, ligesom erfaringer fra samarbejdsprojektet **Mere Hjem Mindre Hospital** har indgået i udviklingen af forløbsprogrammet. **Mere Hjem Mindre Hospital** var et samarbejdsprojekt fra 2019, der havde til formål at styrke forløbet for borgere med lænderygbesvær, der behandles på tværs af sektorer. Desuden er der medtaget input fra et projekt i Odense Kommune, hvor 100 borgere er blevet spurgt til formålet med at komme til genoptræning.

I programmet fremgår uddrag fra interview med borgere i boksene “Borgernes stemme”. Formålet er at tydeliggøre, hvad der for borgeren er vigtigst i deres forløb, herunder borgerens oplevelse af kvalitet og sammenhænge.

Fagprofessionelle fra praksissektoren, Region Syddanmarks sygehuse og de syddanske kommuner er blevet involveret i udarbejdelsen af forløbsprogrammet, ligesom der er indhentet rådgivning og input fra forskere på rygområdet.

Forløbsprogrammet er baseret på foreliggende evidens og refererer således til relevant forskning samt nationale og internationale kliniske retningslinjer.

Definitioner

I udarbejdelsen af forløbsprogrammet er der truffet beslutning om følgende definitioner og benævnelser:

- **Praksissektoren/de privat praktiserende:** Praksissektoren/de privat praktiserende dækker over de privat praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer og fysioterapeuter.
- **Primær og sekundær sektor:** Det primære sundhedsvæsen omfatter sundhedstilbud, der varetages af kommunerne og praksissektoren. Den sekundære sundhedssektor dækker den del af sundhedsvæsenet, der kan overtage eller videreføre behandling fra primærsektoren. I denne sammenhæng vil det være sygehusene i Region Syddanmark.
- **Fysisk aktivitet:** Fysisk aktivitet dækker over alle former for bevægelse for borgeren med lænderygbesvær. Det kan både handle om målrettet træning med bestemte øvelser ligesom det kan handle om almindelige dagligdags aktiviteter.
- **Lænderygbesvær** defineres i dette forløbsprogram som træthed, gener og/eller smerter i lænderyggen med eller uden udstråling til ben(ene) og med varierende grader af funktionsbegrænsning herunder arbejdsevne. Anatomisk afgrænses lænderyggen til området mellem nederste ribbenskant og nederste del af sædepartiet.

Formålet med forløbsprogrammet for borgere med lænderygbesvær

Forløbsprogrammet for borgere med lænderygbesvær beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som praksissektoren, kommuner og sygehusene i Region Syddanmark yder i samarbejdet med borgere med lænderygbesvær.

Forløbsprogrammets vigtigste fokus er både aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation og samarbejdet med borgeren og evt. pårørende.

Forløbsprogrammet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse uafhængigt af forløbsprogrammet, ligesom alle aktører selvsagt følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings-, rehabiliterings- og beskæftigelsesindsats for borgere med lænderygbesvær i Region Syddanmark
- Ensartet forståelse af og kommunikation vedrørende lænderygbesvær
- Sammenhæng i borgerens forløb
- Samarbejde med borgeren og deres pårørende
- En hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i Region Syddanmark

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med lænderygbesvær. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor borgere med lænderygbesvær er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet kan bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke retningslinjer.
- Et værktøj til den overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for borgere med lænderygbesvær
- Inspiration til hvordan sektorerne og de fagprofessionelle sammen kan udvikle fremtidens indsatser og samarbejde for borgere med lænderygbesvær.

2 | Starten på borgerens forløb

Samarbejde med borgeren

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere, og når det er relevant også pårørende, inddrages aktivt under hele forløbet. Information og vejledning bør indeholde mestring, årsager, prognose, symptomer og diagnose, ligesom oplysning om behandlings- og støttemuligheder. Dialog og vidensdeling kan styrke samarbejdet om behandling samt fremme sygdomsforståelse og accept.

Ifølge **Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet**, er der evidens for, at beslutningsstøtteværktøjer som led i inddragelsesprocessen øger borgernes viden om behandlings- eller screeningsmulighederne. Derved føler de sig bedre informerede og mere afklarede med, hvad der er vigtigt for dem i forhold til beslutningerne. Eksempler på metoder til inddragelse af borgeren i eget forløb er: **Fælles beslutningstagning** og **Borgerstyret behandling**.

Inddragelse sker gennem vidensdeling mellem borger og fagprofessionel, så den enkelte borgers præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket. Gennem inddragelsen kan borgeren bidrage til planlægningen af og beslutninger om sit forløb samt handle aktivt i forhold til håndteringen af egen sygdom. Inddragelse i eget forløb er derigennem med til at øge kvaliteten i indsatsen for borgeren med lænderygbesvær.

Ved i højere grad at indgå i dialog om hvilket tilbud og tiltag, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for at behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine symptomer.

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre, dvs. øget compliance^{18, 19}.

Region Syddanmark har udarbejdet en folder **Forstå dine smerter i lænden**, som er målrettet borgere med lænderygbesvær. På **Rygcenter Syddanmarks hjemmeside** ligger også flere videoer, som kan bruges i samtalen med borgere med lænderygbesvær.

Borgerens kontakt til sundhedsvæsenet

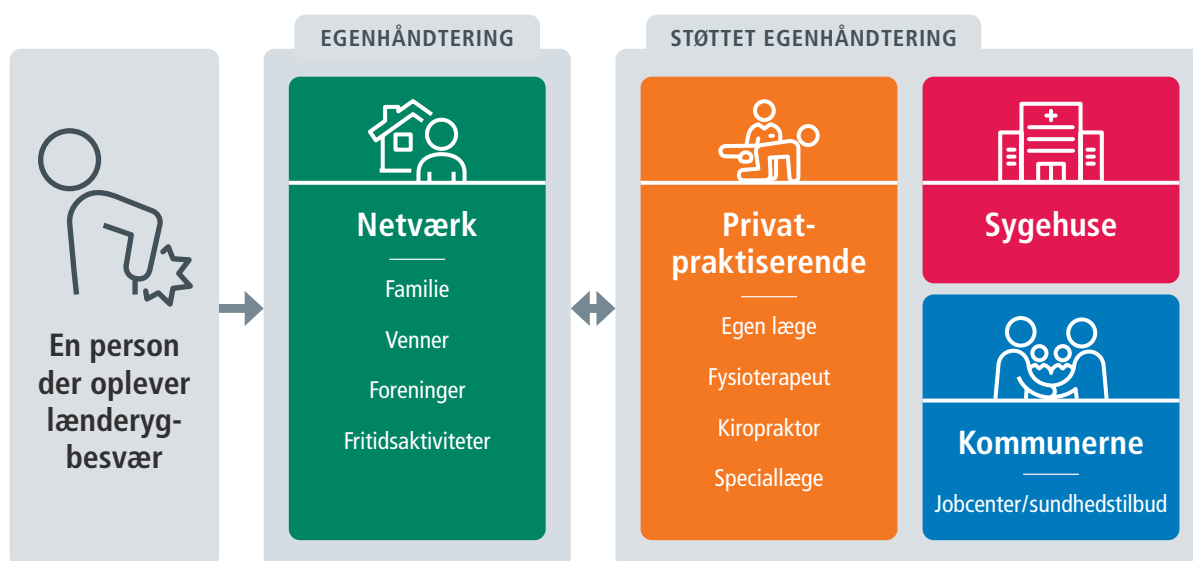
Der er stor forskel på de enkelte forløb for borgere med lænderygbesvær. Dette hænger blandt andet sammen med, at det er forskelligt fra borger til borger, hvor og hvornår de starter med at søge hjælp. Nogle borgere håndterer deres lænderygbesvær uden kontakt til sundhedsvæsenet. Andre kontakter praksissektoren ved debut af lænderygbesvær, mens igen andre først henvender sig senere i deres forløb eller efter at have haft flere episoder af lænderygbesvær. Der er også stor forskel på, hvorvidt der er en eller flere i praksissektoren, der er involveret i samme forløb.

Den praktiserende læge er tovholder for borgerens forløb. Den praktiserende læge modtager information fra øvrige aktører om opstart af forløb, plan for udredning og behandling samt afslutning af forløb, hvorved deres tovholder funktion understøttes. Ved den mindste mistanke om tilstande udenfor de privat praktiserende fysioterapeuter og kiropraktors virksomhedsområde involveres den praktiserende læge.

Som illustreret i figur 1 kan borgere, der oplever lænderygsbesvær, således deles op i tre hovedgrupper:

- Borgere, der oplever lænderygsbesvær, som klarer sig selv uden kontakt til sundhedsvæsenet.
- Borgere, der oplever lænderygsbesvær, og som har kontakt til praksissektoren.
- Borgere, der oplever lænderygsbesvær, som både har kontakt til praksissektoren samt kommunale tilbud og/eller sygehuse.

Figur 1: Egenhåndtering og støttet egenhåndtering ved lænderygsbesvær



BORGERENS STEMME – mand, 85 år

Tiden frem mod henvisningen kan være lang. Fortæl mig hvorfor det er sådan, og hvordan min plan ser ud. Kan du ikke hjælpe mig mere, så hjælp mig med at finde videre til den næste sundhedsperson, som kan hjælpe.

“Men herovre (på Rygcenter Syd-danmark), der har det også virket ok for mig. Det er tiden op til det, der er for lang.

Jeg synes ikke det er fair, at man skal trække og hive efter tingene på den måde der. Jeg har gået til fysioterapeut, som efter tre gange sagde, jeg kan ikke hjælpe dig mere, men hvor fa.... går man så hen? Så er man efterladt derude i rigtig lang tid, så der mangler noget samarbejde og noget kommunikation og en direkte adgang, så man kan få hurtigere hjælp.”

3 | Forebyggelse og tidlig opsporing af risikogrupper



Forebyggelse

Der er ikke videnskabeligt grundlag for at anbefale særlige forebyggelsesinitiativer for specifikt at hindre opståen af lænderygsbesvær hverken på arbejdspladsen eller i privatlivet (primær forebyggelse). Der bør i stedet fokuseres på sekundær forebyggelse, det vil sige at forhindre, at borgere, der har lænderygsbesvær, udvikler episodiske eller vedvarende smerter og funktionsnedsættelse.

Først og fremmest skal man opfordre til at holde sig fysisk aktiv og til at fortsætte så normal en hverdag på arbejdet og i fritiden, som det er muligt.

Der er ikke grundlag for klare anbefalinger omkring ergonomiske tiltag bortset fra almindelig sund fornuft og en reduktion af meget tunge eller hyppigt gentagne løft^{20, 21, 22}.

Desuden kan anbefales fysisk aktivitet eventuelt i kombination med patientuddannelse som forebyggelse af fremtidige episoder af lænderygsbesvær²³.

Risikofaktorer for langvarigt og funktionsbegrænsende lænderygbesvær

Der er flere kendte risikofaktorer for langvarigt og funktionsbegrænsende lænderygbesvær.

Risikofaktorerne kan opdeles i følgende grupper⁴:

- **Fysiske helbreds faktorer:**
Omfatter udstrålende smerter til et eller begge ben, høj smerteintensitet, betydelig nedsat funktion, lang varighed, samtidige smerter andre steder i kroppen, generelt dårligt helbred med andre fysiske sygdomme.
- **Psykologiske faktorer:**
Omfatter depression, bekymring, utryghed, og en følelse af magtesløshed. Derudover kan borgerens sygdomsforståelse, forventninger og mestringstrategier have betydning for forløbet.
- **Sociale faktorer:**
Omfatter uddannelsesniveau, indkomst- og socialgruppe samt sociale faktorer på arbejdspladsen.

Livsstilsfaktorer som rygning, overvægt, begrænset fysisk aktivitet, der alle er relaterede til et generelt dårligt helbred er også relateret til lænderygbesvær. Årsagssammenhængen mellem alle disse faktorer og udviklingen af længerevarende og funktionsbegrænsende lænderygbesvær er kompleks⁴.

Forekomst af lænderygbesvær i forskellige befolkningsgrupper

Med baggrund i undersøgelsen **Danskernes sundhed 2021** er det muligt at se, i hvilke befolkningsgrupper lænderygbesvær er hyppigst.

I undersøgelsen er der blevet spurgt ind til diskusprolaps og andre rygsygdomme.

Ud fra besvarelserne tegner sig følgende billede:

- Der er ikke forskel på hvor mange mænd og kvinder, der har lænderygbesvær.
- Både blandt mænd og kvinder stiger risikoen for at få lænderygbesvær frem mod 65-årsalderen, hvorefter den falder lidt.
- Der ses en klar sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og forekomsten af borgere med lænderygbesvær. Blandt dem, der har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, har næsten 25 pct. svaret, at de har lænderygbesvær. Det gælder kun for ca. 12 pct. af dem, som har en lang videregående uddannelse.
- Hos de borgere, som er uden for arbejdsmarkedet, er der flere, end hos de borgere som er på arbejdsmarkedet, som har svaret, at de har lænderygbesvær. Hos førtidspensionister er det 38,9 pct., hos arbejdsløse er det 15,8 pct. og hos andre uden for arbejdsmarkedet er det 19,4 pct.

Til sammenligning er det kun 14,7 pct. af dem, der er i arbejde, som har svaret, at de har en diskusprolaps eller anden rygsygdom.

Det, at forekomsten af lænderygbesvær er højere hos borgere med en kort uddannelse samt hos borgere uden for arbejdsmarkedet, betyder, at lænderygbesvær bidrager til uligheden i sundhed.

4 | Udredning

Udredning

Borgere med lænderygsbesvær udredes med grundig anamnese og objektiv undersøgelse, se faktaboks om udredning for uddybning.

Diagnostisk triage sigter mod at identificere

- a) underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse;
- b) lænderygsbesvær på baggrund af specifik muskuloskeletal lidelse (fraktur, diskusprolaps med nerverodspåvirkning, spinal stenose etc.);
- c) uspecifik lænderygsbesvær.

Hvis der er mistanke om en specifik årsag til smerterne – både underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse eller specifik muskuloskeletal lidelse – udredes dette yderligere ud fra de kliniske retningslinjer på området.

Uspecifik lænderygsbesvær er en klinisk diagnose og ikke en diagnose der betyder, at borgeren ikke er tilstrækkelig udredt. Der er ikke evidens for at udrede alle med episodiske eller vedvarende gener med billeddiagnostik. Tabel 1 på næste side viser et overblik over aktørernes indsatser i forbindelse med udredning.



FAKTABOKS | Udredning

- Borgere med lænderygsbesvær udredes med grundig anamnese og objektiv undersøgelse.
- Formål med udredning: Diagnostisk og psykosocial triagering.
- Diagnostisk triage sigter mod at identificere
 - a) underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse;
 - b) lænderygsbesvær på baggrund af specifik muskuloskeletal lidelse (fraktur, diskusprolaps med nerverodspåvirkning, spinal stenose etc.);
 - c) uspecifik lænderygsbesvær.
- Underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er sjælden (under 1 pct.)⁵.
- 80 pct. af borgere med lænderygsbesvær har mindst ét rødt flag uden at have underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse⁵.
- Risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er væsentlig større hos borgere med en tidligere cancer diagnose^{6, 7, 8}.
- Risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse stiger med alderen⁹.
- Hos cirka ni ud af ti borgere med lænderygsbesvær kan der ikke findes en specifik årsag til smerterne, og disse borgere diagnosticeres med uspecifik lænderygsbesvær³.
- Der findes ikke kliniske tests, der med sikkerhed kan identificere den fysiske smertekilde, eller som kan guide behandlingsvalg eller forudsige prognosen for borgere med uspecifik lænderygsbesvær^{4, 10, 11}.
- Billeddiagnostik har begrænset værdi i udredning af borgere med lænderygsbesvær. Allerede i 40-års alderen har mindst 50 pct. af borgere uden lænderygsbesvær degenerative forandringer som fx diskusprolaps og artrose²⁹.



Tabel 1: Overblik over aktørernes indsatser i forbindelse med udredning

UDREDNING	Praksissektoren				Kommunerne			Regionen
	Privatpraktiserende				Sundhedsloven		Job-centeret	Sygehusene
	læger	fysioterapeuter	kiropraktorer	speciallæger	§119	§140		
Diagnostisering	x	x *	x	x				x
Vurdering af funktionsevne (ICF)	x	x	x	x	x	x	x	x
Henvisning til billeddiagnostik	x		x	x				x

* Ifølge udtalelse fra Sundhedsstyrelsen d. 3. maj 2023 omfatter fysioterapeuters virksomhedsområder funktionsdiagnostik.

Underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er sjælden (under 1 pct.)⁵, men risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er væsentlig større hos borgere med en tidligere cancer diagnose^{6,7,8}. Ligeledes stiger risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse med alderen⁹.

Såkaldte røde flag er ikke pålidelige til udredning af underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, fordi de er uspecifikke. Omkring 80 pct. af borgere med lænderygsbesvær i praksissektoren har mindst ét rødt flag uden at have underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse.

Fælles for de røde flag er, at de hverken enkeltvis eller samlet er dokumenteret brugbare til at identificere underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som for eksempel cancer^{24,25}. Røde flag har derfor begrænset selvstændig værdi, men er en hjælp til på struktureret vis at forholde sig til den diagnostiske triage, de bør indgå som en del af den samlede kliniske vurdering²⁶. Se højre spalte for eksempler på røde flag.

Mange borgere med lænderygsbesvær har haft lænderygsbesvær før. Der bør generelt være opmærksomhed på at afdække, hvilke tilbud borgeren tidligere har fået og effekten af disse, og om der er behov for fornyet tilbud.

Røde flag:

I litteraturen er der identificeret 46 forskellige røde flag. Oftest nævnt er²⁶:

- Traume
- Brug af steroider
- Tidligere cancer
- Utilsigtet væggtab
- Nattesmerter

Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF

Da lænderygsbesvær ofte påvirkes af flere faktorer, vurderes borgerens samlede funktionsevne ud fra den enkeltes individuelle fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige kontekst. Dette skal ske med henblik på at lave en plan for, hvilke indsatser borgeren bør tilbydes for enten at lindre lænderygsmerterne, forbedre funktionsevnen og/eller bidrage til i højere grad at kunne mestre smerterne i det daglige. Udredningen foretages derfor med udgangspunkt i komponenterne fra **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – Funktionsevne vurdering og ICF – Lægehåndbogen på sundhed.dk**.

ICF-forståelsesrammen er et vigtigt supplement til ICPC-koden/ICD-koden, og kvalificerer borgerens rehabilitering i et bio-psyko-socialt perspektiv.

ICF indeholder tre domæner, som beskriver funktionsevnen:

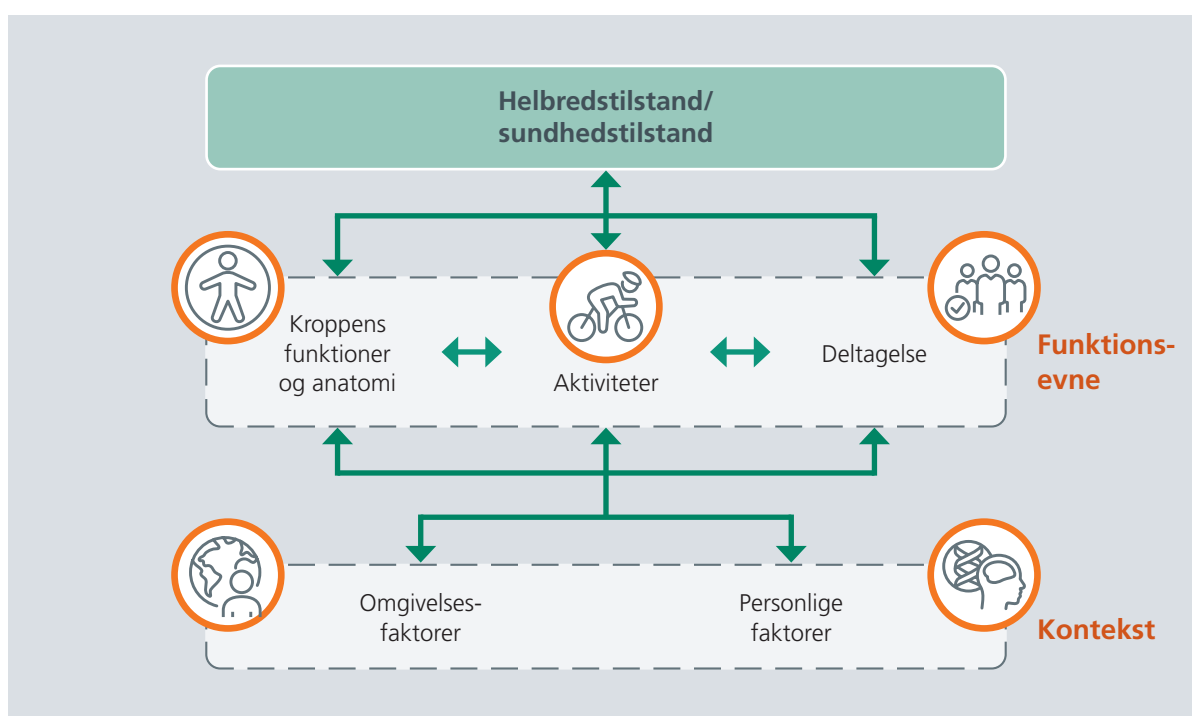
- 1) kroppens funktioner og anatomi,
- 2) aktivitet og
- 3) deltagelse.

Derudover beskriver to domæner borgerens kontekst:

- 1) omgivelser og
- 2) personlighedsfaktorer.

Denne ramme kan være med til at give et overblik over borgerens samlede situation og ressourcer. Det forventes at alle domæner berøres, og at der gås i dybden med de domæner og i den grad, der findes klinisk relevant. Figur 2 viser forståelsesrammen for ICF.

Figur 2: ICF forståelsesramme



Kroppens funktioner og anatomi

I vurderingen af kroppens funktioner og anatomi indgår anamnese og objektiv undersøgelse.

Anamnese bør indeholde information om varighed, smerteintensitet, lokalisering af smerter og borgerens opfattelse af smerterne, herunder årsager. Der spørges ind til det generelle aktivitetsniveau både på arbejde og i fritiden, energiniveau, søvn og komorbiditet, såvel fysisk som mental. Desuden kortlægges borgerens tidligere behandlingserfaringer og forventninger til det aktuelle forløb.

Den objektive undersøgelse bør indeholde vurdering af borgerens bevægeadfærd samt basal neurologisk undersøgelse, se mere herom i **Video om basal rygundersøgelse**.

Der findes ikke kliniske tests, der med sikkerhed kan identificere den fysiske smertekilde, eller som kan guide behandlingsvalg eller forudsige prognosen for borgere med uspecifik lænderygbesvær^{4, 10, 11}. Den medicinske og psykosociale triagering beror således på en samlet vurdering.



Aktiviteter

Vurdering af hvad borgeren fysisk kan udføre, hvilket blandt andet omfatter almindelig daglig livsførelse, fx stå/sidde – og løftekapacitet, almindeligt husarbejde, gangfunktion og personlig hygiejne. Aktivitetsniveauet beskrives primært ved borgerens selvoplevede aktivitetsbegrænsning og barrierer herfor. Til vurdering af borgerens aktivitetsniveau kan der eventuelt suppleres med validerede spørgeskemaer fx **Roland Morris Disability Questionnaire**²⁷, der vurderer funktionsniveau som følge af lænderygsbesvær eller **Oswestry Disability Index**²⁸, der kan anvendes til at måle funktionsevne hos borgere med lænderygsbesvær.

Deltagelse

Vurdering af borgerens evne til at håndtere den aktuelle situation, deltagelse i arbejdslivet, fritidsinteresser, sociale sammenhænge mv.

Begrænset deltagelse kan være smertebetinget, men kan også skyldes andre faktorer, såsom bekymring for at skade ryggen eller bevægeangst, som derfor bør afdækkes. Deltagelse beskrives primært ved borgerens egen oplevelse af begrænsning og barrierer for ændring.

Omgivelsesfaktorer

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



Personlige faktorer

Vurdering af borgerens coping strategier herunder forståelse af årsagen til smerterne i forhold til at mestre fx den arbejdsmæssige og sociale situation trods smerter. Desuden faktorer, der kan have betydning for den enkeltes evne til at håndtere den aktuelle situation, fx depression, angst, overvægt, hjerte- eller lungesygdom.

Samlet ICF-vurdering

Vurderingen af hvert domæne samles med henblik på at identificere betydende faktorer for forbedring eller forværring, ressourcer, behandlingsmuligheder, mulige justeringer på arbejdspladsen, og relevante indsatser i forhold til eventuel komorbiditet. Den samlede vurdering har fokus på samspillet mellem smerter og funktionsbegrænsninger i forhold til borgerens sygdomsforståelse, forventninger, psykosociale tilstand og målsætninger. ICF-vurderingen foretages af alle aktører i praksissektoren, i kommunerne og på sygehusene.

ICF-rammen understøtter den fagprofessionelle i en bio-psyko-social tilgang til borgerens kliniske præsentation og faciliterer en aktiv (rehabiliterende) tilgang til borgeren, hvor det primære fokus er på sygdomsforståelse og egenhåndtering med funktionsrettet træning og smertelindrende manuel behandling som eventuelt supplement. Den fordrer, at den enkelte fagprofessionelle afsætter den nødvendige og fornødne tid til at afdekke alle relevante nuancer i borgerens problematik for at kunne kvalificere den efterfølgende indsats.

Billeddiagnostik

Billeddiagnostik har en begrænset plads i udredning af borgere med lænderygbesvær. Billedfund er vanskelige at tolke, fordi degenerative forandringer som fx diskusprotusioner og -prolapser, spinalstenose, facetledsartrose og Modic-forandringer også er meget hyppigt forekommende hos borgere, der ikke har lænderygbesvær.

BORGERENS STEMME

– kvinde, 59 år

Er der nogen, der kan hjælpe mig med mine smerter og min mentale tilstand?

“Jeg føler ikke, der er nogen der har talt med mig om smertehåndtering og det mentale. Jeg får bare henvisninger. Jeg har hørt, der måske er et kommunalt tilbud om smertehåndtering eller sådan noget. Der er gået et år uden arbejde og jeg er bange for at blive mere inaktiv og miste mine venner. Jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre i forhold til mine smerter. Det er svært at tale om det.”

Allerede i 40-årsalderen er der degenerative forandringer hos minimum 50 pct. af borgere, som ikke har smerter²⁹.

Hvis ikke der er mistanke om fraktur eller underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse eller overvejelse om operation, ændrer billeddiagnostik ikke den anbefalede behandling³⁰.

Det anbefales, at der kun henvises til billeddiagnostik ved mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, eller hvor billeddiagnostiske undersøgelser muligvis vil ændre diagnosen og/eller behandlingstilbuddet.

Årsagerne kan fx være:

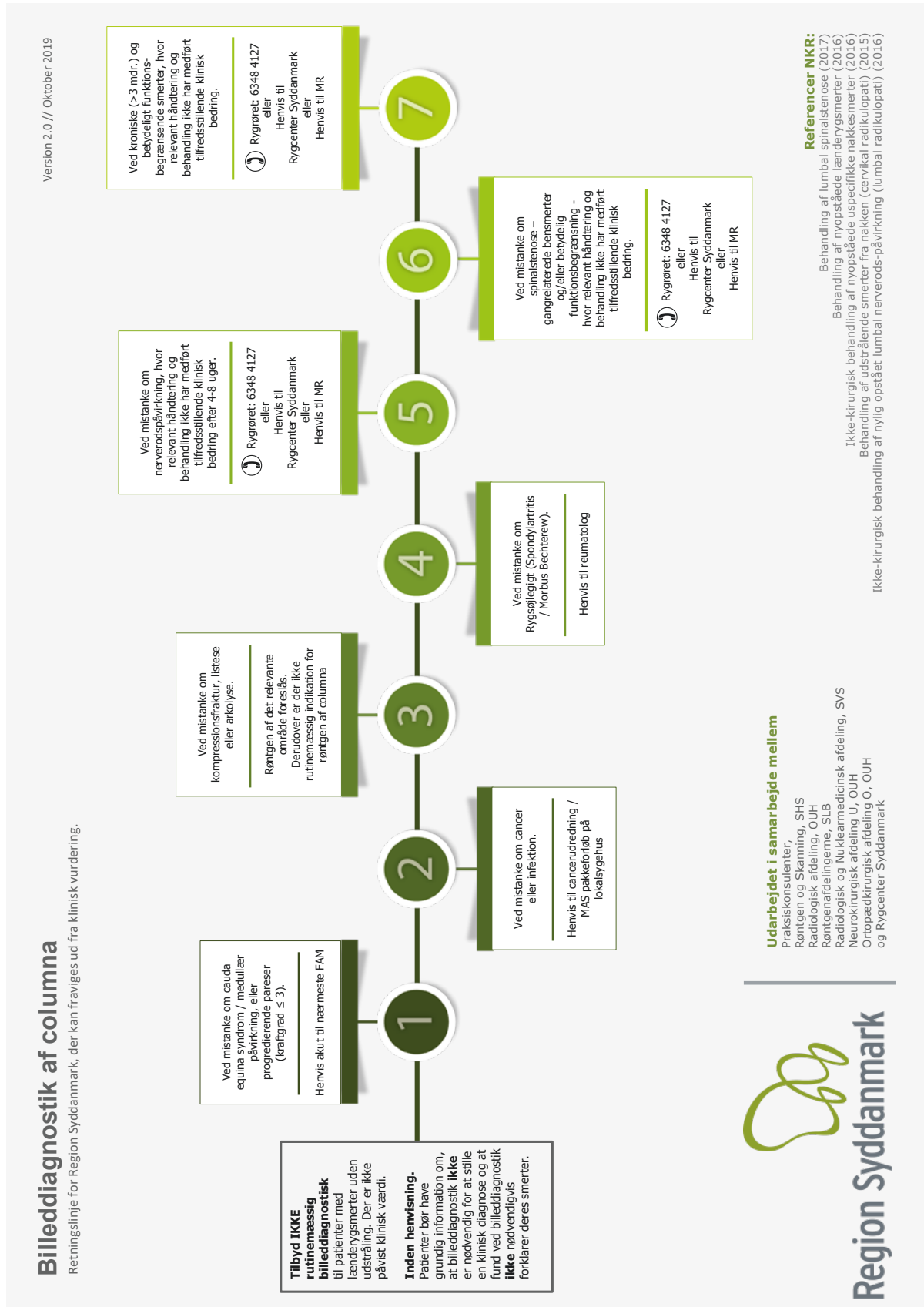
- Mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse
- Ved mistanke om nerverodspåvirkning med væsentlig funktionsbegrænsning og høj smerteintensitet, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 4-8 uger kan borgeren henvises til MR scanning eller vurdering på Rygcenter Syddanmark
- Progredierende neurologiske udfald
- Nyopstået (indenfor 48 timer) nedsat kraft grad 3 eller derunder
- Ved mistanke om spinalstenose – gangrelaterede bensmerter og/eller betydelig funktionsbegrænsning, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring kan henvises til MR scanning eller vurdering på Rygcenter Syddanmark
- Mistanke om inflammatorisk gigtsygdom
- Betydelig skoliose
- Mistanke om nytilkommet sammenfald af ryghvirvler
- Traume

Se endvidere **Regional retningslinje for billeddiagnostik af columna**, som er udarbejdet i 2019 i et samarbejde mellem regionens røntgenafdelinger, Neurokirurgisk afd. U, OUH, Ortopædkirurgisk afd. O, OUH, Rygcenter Syddanmark og praksiskonsulenter for almen praksis, kiropraktik og fysioterapi. Godkendt i Specialerådet for radiologi samt Koncernledelsesforum.

Forskning peger på, at det er af betydning, at scanningsfund formidles til borgeren af en kliniker med kendskab til borgerens problematik, som kan vurdere betydningen af scanningsresultaterne i forhold til borgerens symptomer og kliniske undersøgelser³¹. Selve formidlingen er også af betydning. Beskrives almindelige aldersbetingede forandringer og ubetydelige strukturelle anomalier som normale fund, undgår man i højere grad at skabe unødigt bekymring og frygt³¹. Er man som kliniker i tvivl om fortolkningen af de billeddiagnostiske fund, er man velkommen til at henvende sig til rådgivning via rygrøret på Rygcenter Syddanmark, **find kontaktoplysninger her**.

Se folderen **Forstå dine smerter i lænden**. Folderen er et hjælpeværktøj i samtalen med borgeren, der efterspørger MR, men hvor der ikke er indikation.

Flowchart – billediagnostik af columna

Se endvidere **Regional retningslinje for billediagnostik af columna**



5 | Planlægning af forløb og principper for valg af indsatser

Generelle principper for formål med forløb og valg af indsatser

Formålet med de indsatser, som tilbydes til borgere med lænderygsbesvær, er at:

- Styrke borgeres egenhåndtering
- Bibringe borgerne viden om og forståelse af deres tilstand
- Forbedre funktion herunder arbejdsevne samt understøtte borgerne i at udvikle strategier til at håndtere perioder med forværring af smerter og ændret funktionsniveau
- Lindre smerter
- Begrænse/forhindre tilbagefald.

Når det vurderes hvilke indsatser, der vil være de rette til den enkelte borger, bør følgende overvejelser indgå:

- Indsatserne baseres på anbefalinger fra evidensbaserede kliniske retningslinjer
- Indsatserne baseres på borgerens ønsker og erfaringer
- Resultaterne af indsatsen bruges til at planlægge det videre forløb og de næste indsatser
- Der evalueres løbende på fremgangen. Hvis der ikke er fremgang, eller hvis fremgangen er utilfredsstillende, så ændres tilgang og indsatser.



BORGERENS STEMME – kvinde, 59 år

Jeg er helt på egen hånd – mangler information til at finde vej i "junglen".

“Jeg har følt meget, at jeg har været på egen hånd. Det har jeg virkelig følt. Jeg famler lidt i blinde.

Så tager jeg zoneterapi, så prøver jeg lidt det, så tager jeg akupunktør, så prøver jeg det lidt. Men der er ikke nogen, der vejleder mig i, hvad jeg skal gøre. Det er mig selv, der skal finde ud af det. Så har jeg været på privathospital gennem min sundhedsforsikring, som jeg havde gennem mit tidligere arbejde.”



Planlægning af forløb

Der findes grundlæggende to tilgange til planlægning af forløb for borgere med lænderygbesvær, en graderet indsats og en risiko-stratificeret indsats. Der er ikke evidens for, at den ene tilgang er mere effektiv end den anden ^{32, 33}.

Graderet indsats:

Alle borgere tilbydes den samme basis intervention, beslutninger vedrørende behandlingstilbud er baseret på behandlingsrespons og borgerens præference. I denne tilgang tilbydes mere omfattende interventioner kun til borgere med utilfredsstillende effekt af en mere enkelt tilgang.

Risiko-stratificeret indsats:

Alle borgere tilbydes intervention baseret på deres risikoprofil. Risiko-stratificeringsværktøjer har til formål at understøtte evidensbaseret klinisk beslutningstagning. Der findes forskellige tilgange til risikostratificering (risikostratificering baseret på prognostiske faktorer, på behandlingsrespons eller på underliggende mekanismer) ^{32, 33, 34}.

Det mest testede risikostratificeringsværktøj på rygområdet er STarT Back Screening Tool, hvor borgeren modtager behandling svarende til en lav, medium eller høj risiko for udvikling af kronicitet. Effekten af stratificering ved hjælp af STarT-skemaet varierer afhængig af undersøgelsesrammerne. Således peger flere studier på en god effekt af stratificering med STarT-skemaet, mens andre ikke har vist en effekt – herunder en randomiseret klinisk undersøgelse fra Danmark ^{34, 35, 36, 37}.

BORGERENS STEMME – kvinde, 43 år

Hjælp mig gennem mit sygdomsforløb ved at koordinere med de øvrige sundhedspersoner, som er en del af mit forløb, og som ved hvad jeg kan og ikke kan.

“Det er en stor udfordring, at systemet ikke taler sammen – fx vil Jobcenteret ikke høre på, hvad fysioterapeuten på Sundhedscenteret har at sige om mig i forbindelse med mit træningsforløb.”

I de danske nationale kliniske retningslinjer for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede lændesmerter og lumbal radiculopati anbefaler man ikke rutinemæssig brug af stratificeringsværktøjer ⁵¹.

Planlægningen af indsatser for den enkelte skal altid tage udgangspunkt i diagnosen og den samlede vurdering. Indsatsen tager udgangspunkt i problemets kompleksitetsgrad, borgerens mål, erfaringer, motivation, behov og ressourcer, herunder fysisk, psykisk og social formåen, indsatsen skal ske i et tæt samarbejde med borgeren. Hvis det er relevant, kan borgerens pårørende inddrages.



BORGERENS STEMME
– kvinde, 71 år

Kan jeg få lagt en plan for, hvordan jeg kan leve det bedste liv med rygmerter?

“Der kunne jeg også godt savne den der plan, altså hvad sker der, når du er rygpatient her ved os? Altså så man kan overskue, hvad det handler om.”

6 | Beskrivelse af målgrupper og opmærksomhedspunkter

Mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse

Borgere med lænderygsbesvær udredes med grundig anamnese herunder såkaldte røde flag og objektiv undersøgelse. Hvis der i den samlede kliniske vurdering opstår mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som årsag til lænderygsbesværet henvises til relevant udredning ud fra den mistænkte lidelse. Selvom hyppigheden af underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er lav, er det vigtigt både tidligt, men også senere i forløbet at være opmærksom og handle på tegn på underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse.

Mistanke om cauda equina syndrom

Hos borgere, hvor der er mistanke om cauda equina syndrom eller parese med kraft grad 3 eller derunder, som er opstået indenfor 48 timer, er der indikation for akut henvisning til vurdering i lokal Fælles Akut Modtagelse (FAM). Se mere herom i **Video om basal rygundersøgelse** samt **Håndtering og visitation af akutte rygpatienter**.

Mistanke om nerverodspåvirkning

Hos borgere, hvor der er mistanke om nerverodspåvirkning håndteres med samme overordnede tilgang som borgere med uspecifik lænderygsbesvær, herunder grundig information om diagnose og forventet prognose. Herudover særligt for denne gruppe løbende vurdering af, om der er tegn på cauda equina/progredierende neurologiske udfaldssymptomer, der kræver akut evaluering.

Hos borgere, hvor der er mistanke om nerverodspåvirkning foretages der regelmæssig monitoring. Hvis relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 4-8 uger kan borgeren henvises til Rygcenter Syddanmark eller til MR scanning (**Regional retningslinje for billeddiagnostik af columna**).

Der findes følgende overenskomstbaserede pakkeforløb: Standardiseret pakkeforløb med undersøgelser og faste opfølgningstidspunkter i kiropraktorpraksis (prolapspakkeforløb). Indholdet er baseret på Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer og sker i tæt samarbejde med borgerens praktiserende læge. Mere information om pakkeforløbet findes på **Sundhed.dk**.

Mistanke om lumbal spinalstenose

Hos borgere, hvor der er mistanke om lumbal spinalstenose, gangrelaterede bensmerter og/eller betydelig funktionsbegrænsning håndteres med samme overordnede tilgang som borgere med uspecifik lænderygsbesvær, herunder grundig information om diagnose og forventet prognose^{38, 39, 40}.

Ved mistanke om lumbal spinal stenose, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 4-8 uger, kan henvises til MR scanning eller vurdering på Rygcenter Syddanmark. Se **Regional retningslinje for billeddiagnostik af columna**.

Der findes følgende overenskomstbaserede pakkeforløb: Standardiseret pakkeforløb med undersøgelser og faste opfølgningstidspunkter i kiropraktorpraksis (stenosepakkeforløb). Indholdet er baseret på Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer og sker i tæt samarbejde med borgerens praktiserende læge. Mere information om pakkeforløbet findes på **Sundhed.dk**.



Ukompliceret uspecifik lænderygbesvær

Borgere med ukompliceret uspecifik lænderygbesvær håndteres typisk i praksissektoren. Af hensyn til sammenhæng i borgerens forløb bør der være kommunikation om behandlingsforløbet mellem de involverede aktører, så forløbet og eventuelle ændringer i planen er gennemsigtige for både borgeren og de involverede aktører.

Kompliceret uspecifik lænderygbesvær

For borgere med en mere kompliceret klinisk præsentation (fx langvarige smerter, betydelig funktionsnedsættelse, væsentlige psykosociale elementer og/eller komorbiditet), kan der være behov for en tværfaglig og/eller tværsektoriel indsats. Disse forløb kan involvere aktører i praksissektoren, sygehusene herunder smertecentrene, kommunale genoptræning, sundhedstilbud, og jobcentre, hvis borgeren er sygemeldt eller arbejds-truet. Kommunikation mellem de involverede aktører er essentielt for at skabe et godt og gennemsigtigt forløb for borgeren.

Behov for vedvarende støttet egenhåndtering

Der er borgere, som efter endt sygehusudredning evt. inklusiv kommunal genoptræning og/eller smertecenter fortsat har smerter og funktionsbegrænsning i et omfang, der har væsentlig indgriben i deres hverdag, arbejdsmæssigt og privat. Mange af disse vil have periodisk behov for støttet egenhåndtering og behandling, der bedst imødekommes i praksissektoren evt. med supplement af de kommunale "lær at tackle"-kurser.

Der bør kun henvises til revurdering i sygehusregi, hvis der er en væsentlig ændring i tilstanden, og hvor der forventes at være et relevant uafprøvet behandlingstilbud.

BORGERENS STEMME – kvinde, 67 år

Spørg ind til mig og min livssituation og problemer, som borgere er vi alle forskellige.

“Noget af det, der har undret mig i det her system her, det er, at når man kommer til de her forløb, så er det ligesom om, at der er en eller anden fast agenda, og der afviger man egentligt ikke fra.

Det er lidt underligt for mig, for jeg kommer jo ind med et andet problem end ham eller hende, der var før eller efter mig. Vi er jo på ingen måde ens. Jeg tænker også, at vores måde at mestre på gør, at vi reagerer forskelligt på det, vi bliver tilbudt.”

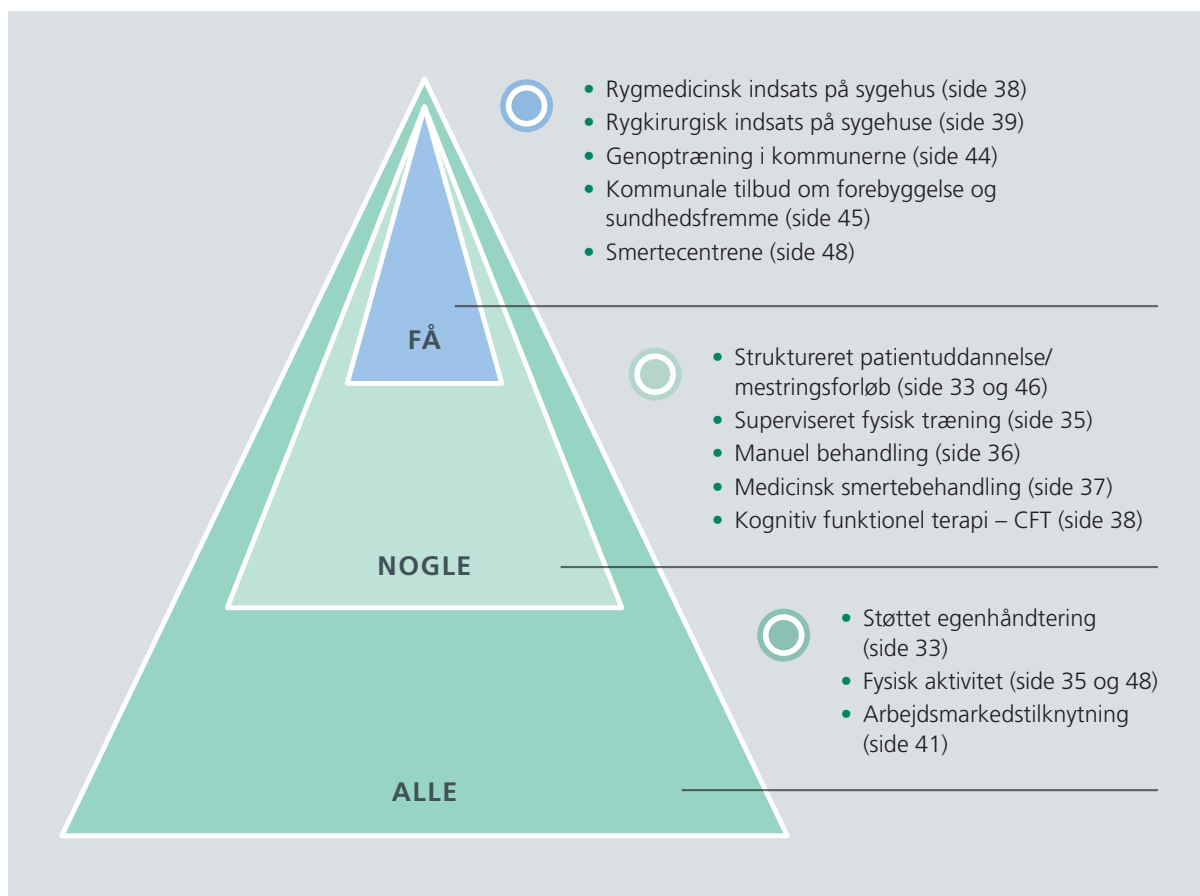
7 | Indsatser til borgere med lænderygbesvær

Figur 3 og tabel 2 viser praksissektorens, sygehusenes og kommunernes forskellige indsatser til borgere med lænderygbesvær, der søger hjælp hos fagprofessionelle.


Støttet egenhåndtering er omdrejningspunktet i indsatsen til borgere med lænderygbesvær. Ud over støttet egenhåndtering afhænger forløbet af borgerens konkrete situation. De øvrige indsatser kan således tillægges, men ikke stå alene.

I forhold til de omtalte behandlinger er det ikke altid muligt at lave en faggruppespecifik opdeling i forhold til, hvem der leverer specialiserede tilbud, da det i høj grad afhænger af den individuelle klinikers kompetencer inden for det enkelte område.

Figur 3: Indsatser til borgere med lænderygbesvær



Tabel 2: Overblik over hvilke indsatser, der varetages af de enkelte aktører

		Støttet egenhåndtering side 33	Struktureret patientuddannelse /mestringsforløb, side 33 og 46	Superviseret fysisk aktivitet side 35 og 48	Manuel behandling side 36	Medicinsk smertebehandling side 37	Kognitiv funktionel terapi (CFT) side 38	Rygmedicinsk indsat på sygehus side 38	Rygkirurgisk indsat på sygehuse side 39	Arbejdsmarkedstilknytning side 41	Genoptræning i kommunerne (Sundhedsloven §140), side 44	Kommunale forebyggelsestilbud (Sundhedsloven §119), side 45
Praksissektoren	Privat praktiserende fysioterapeuter	x	x	x	x		(x)			x		
	Privat praktiserende kiropraktorer	x	x	x	x		(x)			x		
	Privat praktiserende læger	x		(x)	(x)	x				x		
	Privat praktiserende speciallæger	x		(x)	(x)	x				x		
Kommunerne	Sundhedstilbud/ genoptræning	x	x	x			(x)			x	x	x
	Jobcentrene	x								x		
Sygehusene	Rygcenter Syddanmark/ Universitetscenter for rygkirurgi	x				x		x	x	x		
	Smertecentre	x	x	x		x	x			x		

Forklaring til tabel 2: Parentes i tabellen angiver, at indsatsen ikke er en standardydelse hos aktøren, men at den leveres af aktører med særlig interesse for området. I forhold til Kognitiv Funktionel Terapi (CFT) er der på udgivelsestidspunktet af forløbsprogrammet kun få, der er tilstrækkelig uddannede i CFT til at kunne tilbyde forløb.

Støttet egenhåndtering

Cirka to tredjedele af borgere med lænderygbesvær, som henvender sig hos praksissektoren, fortæller om tilbagevendende eller vedvarende grad af smerter et år efter henvendelsen⁴¹. De færreste borgere med episodisk eller vedvarende lænderygbesvær undgår fremtidige episoder og/eller bliver helt fri for smerter⁴². Et godt liv på trods af lænderygbesvær beror derfor på evnen til at tilpasse sig og håndtere de deraf afledte fysiske, psykiske, sociale og følelsesmæssige udfordringer⁴³. Støttet egenhåndtering er således omdrejningspunktet i det samlede tilbud til borgere med lænderygbesvær¹³.

Støttet egenhåndtering som en del af et behandlingstilbud skal give borgeren viden, færdigheder og indsigt i sin situation. Det involverer elementer som værdibaseret målsætning, handleplaner, problemløsning, patientuddannelse og færdighedstræning⁴⁴. Færdighedstræning vil typisk rette sig mod at genetablere funktion og bevægelse.

Støttet egenhåndtering indebærer, at borgeren kan tage velinformerede beslutninger om sit eget helbred og sin behandling, og at borgeren kan håndtere lænderygbesvær på en måde, der giver færrest muligt begrænsninger i hverdagen^{45, 46}.

Støttet egenhåndtering bør indeholde vejledning i strategier for gradvis tilbagevenden til normale og værdifulde aktiviteter (arbejde og fritidsaktiviteter).

Individuel, værdibaseret målsætning guider indsatsen for borgerens egenhåndtering. Frem for et traditionelt fokus på at behandle et strukturelt/ mekanisk problem, afdækker kliniker og borger i fællesskab de fysiske, mentale og praktiske hindringer, der står i vejen for at borgeren kan deltage i aktiviteter, der opleves værdifulde. Dermed identificeres borgerens specifikke behov for viden, kompetencer og håndteringsværktøjer.

Struktureret patientuddannelse/ mestringsforløb

Patientuddannelse er en vigtig del af støttet egenhåndtering. Patientuddannelse skal bibringe borgeren viden om og forståelse for sin tilstand og rationalet for en aktiv tilgang trods smerter samt færdigheder og værktøjer til smertehåndtering. Patientuddannelsen bør sigte mod at fjerne misforståelser om ryggen, der skaber unødvendige begrænsninger for et aktivt liv og mod at udvikle kompetencer og adfærd, der fører til bedre helbred⁴⁶.

Patientuddannelse kan endvidere indeholde følgende elementer – tilpasset patienten:

- Gennemgang af hvad lænderygbesvær er, herunder årsager, prognose, varighed og forventet udvikling samt indflydelse på funktionsevne, adfærd og mental velbefindende.
- Information om smertemekanismer/smertefysiologi med henblik på at give borgeren en opdateret viden om egen tilstand og at rette eventuelle misforståede årsagssammenhænge.
- Viden om faktorer der kan medføre forværring eller bedring af smerter, fx livsstil/livsomsændigheder, ressourcer versus belastninger, søvnmangel, håndtering af træthed/prioritering af energi, stress mv.
- Strategier for hensigtsmæssig håndtering af daglige fysiske og sociale aktiviteter, smerter og eventuelle psykiske konsekvenser.
- Arbejdsmarkedstilknytning: Borgere i den erhvervsaktive alder skal oplyses om deres muligheder for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet, samt hvordan jobcenteret kan hjælpe dem hertil.
- Færdighedstræning: Betydningen og vigtigheden af at fortsætte daglige aktiviteter, fysisk aktivitet, vejledning og træning i øvrigt, herunder træning i hverdagsaktiviteter.



Støttet egenhåndtering, herunder patientuddannelse, er en kontinuerlig proces og en integreret del af de indsatser, som borgeren er i gang med. Indsatsen tager udgangspunkt i borgerens behov og tilpasses den enkelte borgers viden, erfaring, motivation og intellektuelle formåen. Indsatsen foregår i et aktivt samspil mellem borger og fagprofessionelle. Indsatsen skal på den måde styrke borgerens handlekompetence, sundhedskompetence og livskvalitet⁴⁷. Støttet egenhåndtering er ikke ensbetydende med, at borgeren skal overlades til at håndtere sit lænderygbesvær på egen hånd.

Der findes følgende danske evidensbaserede strukturerede patientuddannelsesforløb i praksis sektoren:

GLA:D Ryg er et forløb med struktureret patientuddannelse og individuelt tilpasset superviseret træning udviklet til borgere med vedvarende og episodisk lænderygbesvær med henblik på at styrke egenhåndtering⁴⁸. Det evidens-baserede forløb har fast struktur og indhold og består af to gange gruppebaseret patientuddannelse, hvor klinikeren bliver guidet i levering af budskaber og refleksionsøvelser af manuskript og af producerede slides. I det efterfølgende træningsforløb inkorporeres budskaberne i træningssessionerne, som bygger på et all-round program tilpasset den enkeltes behov.

Region Syddanmark har udarbejdet en folder **Forstå dine smerter i lænden**, som er målrettet borgere med lænderygbesvær. På **Rygcenter Syddanmarks hjemmeside** ligger også flere videoer, som kan bruges i samtalen med borgere med lænderygbesvær.

BORGERENS STEMME – kvinde, 59 år

Jeg har brug for tidligere hjælp til at håndtere mine smerter - før det bliver til vedvarende frustration, stress og isolation.

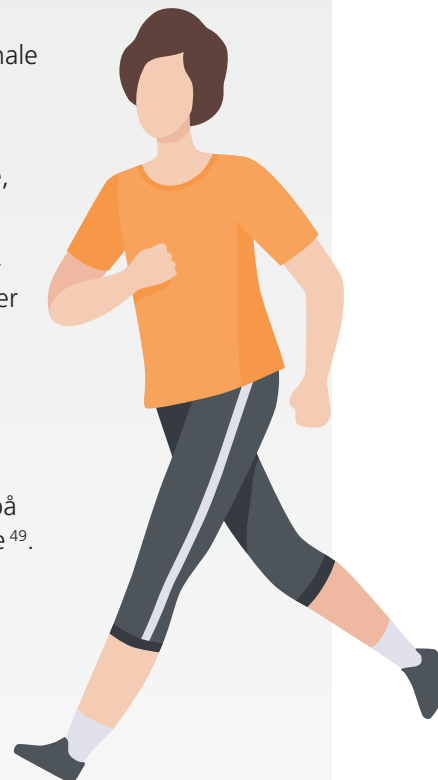
“Alle dem der hjælper mig har været ærlige om, at der ikke længere kan stilles prognose op, når det har stået på over to år. Selvom det er lige det, du allerhelst gerne vil have, så er det ikke muligt mere. Og det er vildt frustrerende.

Det sværeste er uvisheden. I systemet er der god forståelse for det, men der bliver ikke arbejdet med hjælp til at kunne håndtere min smertesituation. Det er en stor mangel. Først meget sent bliver det nu aktiveret i mit forløb.”



FAKTABOKS | Fysisk aktivitet

- Fysisk aktivitet for borgere med lænderygbesvær er anbefalet af nationale og internationale kliniske retningslinjer⁵².
- Fysisk aktivitet for borgere med lænderygbesvær omfatter generel fysisk aktivitet og konditionstræning såvel som øvelser, der giver styrke, smidighed, kontrol og balance.
- Træning kan reducere smerter, forbedre funktion og forebygge lænderygbesvær hos borgere med episodisk eller vedvarende lænderygbesvær på samme niveau som andre anbefalede behandlinger som for eksempel manuel terapi⁴⁹.
- Effekten af træning på smerte og funktion er ikke store på gruppeniveau, men kan være store for den enkelte borger⁴⁹.
- Det er i dag ikke muligt at identificere borgere, der responderer godt på træning eller at fremhæve bestemte former for træning frem for andre⁴⁹.
- Effekten af træning er størst, når det er superviseret, kombineret med andre behandlinger og med kognitive tilgange^{53, 54, 55}.
- Fysisk aktivitet bør tilpasses, så borgerens fysiske udgangspunkt, forståelse, mentale forestillinger og følelser inddrages.



Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan ikke stå alene, men kan være et supplement til støttet egenhåndtering. Faktaboksen opsummer viden om fysisk aktivitet ved lænderygbesvær.

Fysisk aktivitet kan reducere smerter, forbedre funktion og forebygge nye episoder hos borgere, som har lænderygbesvær^{49, 50}. Derfor anbefaler både danske⁵¹ og internationale retningslinjer⁵² fysisk aktivitet til både nyopstået og langvarigt lænderygbesvær. Anbefalingerne bygger på omfattende forskning sammenfattet i mange oversigtsartikler⁴⁹. Selvom effekterne af fysisk aktivitet på smerte og funktion ikke er store på gruppeniveau⁵³, kan effekterne for den enkelte borger være store. Når fysisk aktivitet er superviseret⁵⁴ eller i kombination med kognitive tilgange⁵⁵, ser det ud til, at effekterne bliver større⁵⁶. Især når fysisk aktivitet ikke står alene, men indgår i et individuelt tilpasset program.

Fysisk aktivitet har ikke kun til formål at reducere smerter, men også at forebygge inaktivitet, livsstilssygdomme og øge den generelle funktions-ejne i hverdagen. Mange klare sig fint med de tilbud, der er tilgængelige i de frivillige organisationer, fitnesscentre og lignende, mens nogle har brug for rådgivning og vejledning af fagprofessionelle.

Fysisk aktivitet, som er superviseret, foregår oftest hos en privat praktiserende fysioterapeut eller kiropraktor, eller i et kommunalt tilbud. Borgere som har et særligt behov for træning under indlæggelse kan henvises til et privat specialsygehus efter **Sundhedsloven § 79 (danskelove.dk)**.

Fysisk aktivitet skal tage udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens fysiske og mentale udgangspunkt, behov, forventninger, følelser og træningsmål. Den fysiske aktivitet bør tilrettelægges, så borgeren støttes i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen. Målet er, at borgeren bliver i stand til at reflektere over sit lænderygbesvær og bruge fysisk aktivitet som en del af egenhåndteringen. Borgeren bør således opnå og anvende viden om sin krop og om fysisk aktivitet som middel til at håndtere symptomer og/eller forebygge følger og forværring. Fysisk aktivitet kan også give borgeren en oplevelse af egen fysisk formåen og tryghed ved at være fysisk aktiv både på arbejdet og i fritiden⁵⁷.

Fysisk aktivitet kan for nogle borgere forårsage forværring af smerter, hvorfor nogle kan opfatte fysisk aktivitet som skadeligt. Det er derfor vigtigt, at borgere oplyses om, at der godt må være smerter/gener eller opblussen under og lige efter den fysiske aktivitet så længe disse klinger af eller når et vanligt niveau i løbet af kort tid. Fysisk aktivitet skal ikke forværre borgerens sædvanlige smerter/gener over længere tid. Samtalen med borgeren bør i første omgang rette sig mod at undgå inaktivitet, dernæst mod forslag om forskellige former for fysisk aktivitet.

Det er vigtigt, at borgeren har kendskab til rationale bag fysisk aktivitet for derigennem at finde frem til de former for fysisk aktivitet, der motiverer borgeren og samtidig tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlekompetencer. Dette skal ske via en samtale med borgeren eller ved i fællesskab at udarbejde en plan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud. Mål og delmål kan med fordel omfatte aktiviteter eller færdigheder, der har værdi for borgeren, og som lænderygbesværet afholder borgeren fra at gøre⁵⁸. Nye vaner for aktivitet kan være svære at indarbejde, hvorfor det er vigtigt at understøtte motivation og blivende adfærdændring.

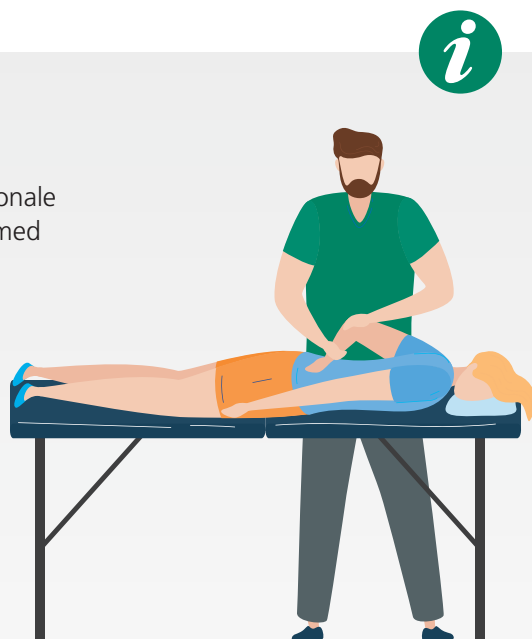
Manuel behandling

Manuel behandling kan ikke stå alene, men kan være et supplement til støttet egenhåndtering. Faktaboksen giver en opsummering på manuel behandling.

Manuel behandling består af manipulation og mobilisering af led mellem ryghvirvlerne i lænden og i bækkenet samt forskellige former for bløddelsbehandling af muskulatur og senevæv. Ofte bliver manuel behandling udført som en kombination af flere teknikker og anvendes hyppigst ved opblussen af lænderygbesvær.

FAKTABOKS | Manuel behandling

- Manuel behandling anbefales i danske og internationale evidensbaserede kliniske retningslinjer for borgere med uspecifik lænderygbesvær uanset varighed^{51, 60, 61}.
- Der er evidens for, at manuel behandling kan reducere smerter og forbedre funktion hos borgere med vedvarende lænderygbesvær på samme niveau som andre anbefalede behandlinger for eksempel fysisk aktivitet⁵⁹.
- Manglende bedring efter 4-5 behandlinger indikerer, at yderligere manuel behandling sandsynligvis ikke vil medføre klinisk relevant bedring⁶².



Formålet med manuel behandling er at forbedre bevægelse og funktion af led og muskler samt lindre smerter.

Manglende bedring efter 4-5 behandlinger indikerer, at yderligere manuel behandling sandsynligvis ikke vil medføre klinisk relevant bedring^{59, 60, 61, 62}.

Medicinsk smertebehandling

Medicinsk smertebehandling kan ikke stå alene, men kan være et supplement til støttet egenhåndtering. Faktaboksen til højre giver en opsummering på viden om medicinsk smertebehandling. Læger bør være forbeholdne ved ordination af medicinsk smertebehandling til borgere med lænderygsbesvær, særligt bør der udvises tilbageholdenhed i forhold til langvarigt brug. Det skyldes, at der ved langvarig brug af medicinsk smertebehandling kan opstå alvorlige bivirkninger, og ved visse lægemidler kan der udvikles afhængighed og brug for større dosis efter længere tid (tolerance)^{63, 51, 64}.

Medicinsk smertebehandling bør kun spille en mindre rolle i den samlede indsats for borgere med lænderygsbesvær – **Se regional retningslinje for smertebehandling af rygpatienter.**

Ordineres der medicinsk smertebehandling, skal målet for den enkelte borger være bedst mulig smertelindring (og ikke nødvendigvis smertefrihed, som sjældent opnås) og færrest muligt bivirkninger, og en for borgeren acceptabel balance mellem virkning og bivirkninger. En fælles forståelse af målet mellem læge og borger er vigtig.

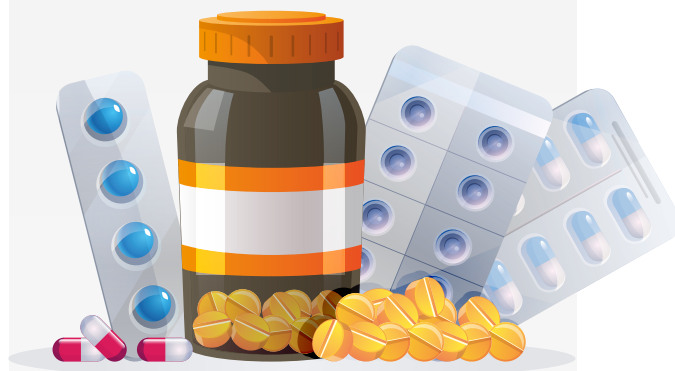
Løbende opfølgning på ordinationer af smertelindrende lægemidler er væsentlig for at evaluere effekten og opnå målet for behandlingen samt undgå unødigt medicinering. Det anbefales, at der følges op på effekt af og bivirkninger efter få dage og igen senest tre til fire uger efter en ny ordination, og at omlægning og/eller afslutning af ordinationer løbende overvejes, samt at der altid foreligger en plan for seponering.



FAKTABOKS

Medicinsk smertebehandling

- Medicinsk smertebehandling af lænderygsbesvær omfatter primært Paracetamol, NSAID, Gabapentin eller opioider. Disse har traditionelt været meget anvendte til behandling af lænderygsbesvær i Danmark.
- I de senere år er evidens-baserede kliniske retningslinjer imidlertid ændret til ikke at anbefale disse behandlinger som førstelinjevalg hos borgere med lænderygsbesvær. Dette skyldes manglende dokumentation for effekt eller dokumenteret meget lille effekt kombineret med risiko for alvorlige bivirkninger.
- Hvis man ønsker at anvende farmakologisk behandling for muskuloskeletale smerter anbefaler Sundhedsstyrelsen ved episodiske smerter Paracetamol, NSAID eller opioider i kort tid (dage eller få uger), mens man ved vedvarende smerter kun anbefaler medicinsk smertebehandling i særlige tilfælde uanset præparat^{63, 51, 64}.



Kognitiv Funktionel Terapi (CFT)

Kognitiv Funktionel Terapi (eng. Cognitive Functional Therapy, CFT) er en individualiseret biopsykosocial klinisk tilgang, som typisk anvendes til borgere med vedvarende lænderygbesvær.

Formålet med CFT er at klinikeren identificerer kognitive, emotionelle, sociale og adfærdsmæssige faktorer, som bidrager til at fastholde patientens nedsatte aktivitetsniveau og smerter. Via en reflek-siv og validerende proces identificeres strategier, som kan facilitere smertekontrol i forbindelse med værdsatte dagligdagsfunktioner, med henblik på effektiv egenhåndtering.

CFT består af tre elementer:

- 1) Forståelse af hvilke elementer der bidrager til smerten – ud fra et biopsykosocialt perspektiv
- 2) Eksponering til aktivitet med smertekontrol – Identifikation af bevægestrategier som kan understøtte tilbagevenden til værdsatte aktiviteter
- 3) Understøtte relevante livsstilsændringer

Rygmedicinsk indsats på sygehus

Borgere henvist til Regions Syddanmarks fælles-visitiation, se side 52, starter typisk deres forløb i rygmedicinsk (reumatologisk) regi. En læge, kiropraktor eller internt videreuddannet fysioterapeut laver en forundersøgelse, som indeholder en bred diagnostisk udredning og vurdering, se side 18 om udredning, herunder om der er klinisk mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, som i så fald udredes nærmere.

På baggrund af den kliniske vurdering af den enkelte borgers behov kan der laves en fysioterapeutisk funktionsvurdering og/eller en smertehåndteringsamtale hos sygeplejerske, se side 19 om ICF. Ud fra den samlede vurdering og evt. yderligere udredning laves der en plan for patientens videre forløb, som indbefatter de indsatser, der er beskrevet i figuren på side 31. Ved behov overgår borgeren til en ryggkirurgisk vurdering. Ellers afsluttes en tredjedel af borgerne efter den initiale vurdering og vejledning. De øvrige ses til enkelte efterfølgende kontroller før forløbet overgår til primær sektoren.

I rygmedicin afsluttes borgerne til kommunal genoptræning, opfølgning hos fysioterapeut/kiropraktor, privat praktiserende læge eller til egenhåndtering.



FAKTABOKS | Kognitiv Funktionel Terapi (eng. Cognitive Functional Therapy, CFT)

- CFT understøtter den rehabiliterende tankegang i ICF-modellen og en biopsykosocial tilgang til patienten, som anbefales i såvel danske og internationale retningslinjer^{51, 61}.
- CFT har demonstreret lovende effekt hos borgere med langvarige lændesmerter gennemført på borgere i Rygcenter Syddanmark og Smertecenter Syd^{65, 66}.
- CFT har i internationale randomiserede undersøgelser vist bedre effekt på borgere med langvarige lændesmerter sammenlignet med manuel behandling og øvelser, hold-træning og vanlig behandling^{67, 68, 69}.





I forhold til medicinsk smertebehandling er det overordnede princip på Rygcenter Syddanmark, at der kun ordineres medicin hos borgere, der er i længere forløb på Rygcenter Syddanmark, og hvor der er klinisk begrundelse for at medicinen ordineres netop her, se mere herom på side 37 under Medicinsk smertebehandling. Ellers kan der fra sygehuset laves forslag til smertebehandling, som borgeren kan drøfte med egen læge.

Ryggkirurgisk indsats på sygehuse

Stillingtagen til kirurgi er multifaktoriel. Som udgangspunkt skal der være god overensstemmelse mellem borgerens symptomer, objektive fund og billeddiagnostiske fund, for at man vil overveje at tilbyde en operation.

Faktaboksen giver en opsummering om viden i forhold til operation.

Herudover afhænger operationsindikationen også af borgerens generelle medicinske status (komorbiditet, alder, overvægt, rygning osv.) samt forventningerne til et godt resultat af operationen. Fordelene ved operationen skal overstige de potentielle risici ved indgrebet.



FAKTABOKS | Operation

- Operation anvendes ikke ved uspecifik lænderygbesvær.
- Henvielse til sygehus kan overvejes ved tilstande, hvor lænderygbesvær og/eller bensmerter kan henføres til en specifik årsag fx diskusprolaps eller spinal stenose, hvor anden relevant behandling ikke har medført den ønskede bedring efter 4-8 uger.
- Kirurgi kan også være indikeret ved rygsmerter som følge af frakturer og ved visse systemiske sygdomme, hvor et relevant kirurgisk tilbud eksisterer^{51, 70}.



Kirurgisk tilgang til borgere med lænderygbesvær med udstråling til et eller begge ben

Hos borgere med nervepåvirkning hvor kirurgi overvejes, skal kirurgen i sin vurdering tage hensyn til, om borgeren forventes at få en betydende smertelindring og funktionsforbedring ved kirurgien set i forhold til borgerens habituelle lænderygbesvær, som ikke vil forventes bedret ved kirurgi for nervepåvirkning.

Hos denne gruppe borgere, hvor der klinisk er tegn på nervepåvirkning på grund af diskusprolaps, spinalstenose eller andre årsag, bør man, hvis der ikke er tilfredsstillende effekt af relevant konservativ behandling efter 4-8 uger, overveje henvisning til billeddiagnostik eller vurdering på sygehus.

Hvis der på billeddiagnostik findes relevant nervepåvirkning, som passer med borgerens udstrålende smerter og der fortsat ikke er tilfredsstillende effekt af konservativ behandling, henvises til vurdering på sygehuset, da effekten af kirurgi aftager med ventetiden på kirurgi.

Kirurgisk tilgang til borgere hvor lænderygbesvær er det primære problem

Borgere der ikke har strukturelle forandringer, som kan forklare deres smerter – og altså har uspecifikke rygsmerter – har ikke gavn af operation.

En lille gruppe af borgere, der har vedvarende eller episodisk lænderygbesvær på baggrund af strukturelle forandringer, som fx skoliose, kyfose, spondylolistese, svære degenerative forandringer eller fraktursequelae, kan have gavn af operation, hvis billeddiagnostik viser mulig årsagssammenhæng til lænderygbesværet. Hos disse borgere kan man, hvis der trods seks måneders konservativ behandling fortsat ikke opleves bedring, og lænderygbesværet medfører fast daglig receptpligtig medicinsk smertebehandling eller en betydende begrænsning i daglige aktiviteter, herunder at borgeren er jobtruet eller sygemeldt, overveje henvisning til billeddiagnostik eller vurdering på sygehus.

BORGERENS STEMME

– mand, 35 år

Hvad må jeg og hvad må jeg ikke – hvem hjælper med det?

“Og nu efter operationen, der ved jeg stadig ikke helt, hvad jeg må. Nu skal jeg til kontrol her på mandag, så håber jeg at få mere at vide. Det har været sådan meget, “lyt til din krop”, det er jeg også med på, men nu er jeg ikke sådan et menneske, der er god til at lytte til min krop. Og der mangler jeg sådan lidt mere, hvad jeg må, så jeg kan forholde mig til det, altså sådan nu er det gået fire uger, så må du det her. Det hele skal være så klart skåret ud som muligt hele vejen igennem.

Og så må kontrollen gerne ligge lidt før i stedet for først efter fire uger. Jeg ved godt, der er noget i forhold til helingsprocessen og så videre, man får også at vide, at man bare skal ringe. Men jeg føler, jeg er blevet sluppet.”

Hvis der på billeddiagnostik er mulig årsagssammenhæng med lænderygbesværet, kan man overveje henvisning til vurdering på sygehus.

Arbejdsmarkedstilknytning

Uddannelse og arbejde skaber identitet og et fast holdepunkt i tilværelsen. Det er forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når borgere på grund af sygdom mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

Borgere med lænderygbesvær kan være truet på deres evne til at forblive på arbejdsmarkedet på grund af deres symptomer og den deraf afledte funktionsevnedesættelse. For de borgere, der er sygemeldte, er der en risiko for ikke at komme tilbage i arbejde. Det er derfor vigtigt, at arbejdsmarkedstilknytning er en integreret del af indsatsen for borgere med lænderygbesvær⁷⁰.

Der er en tæt gensidig sammenhæng mellem borgernes sundhed og deres uddannelsesniveaue eller arbejdsmarkedstilknytning. Borgere med sundhedsmæssige udfordringer har oftere et højere sygefravær og kan opleve, at det er svært at få eller fastholde et arbejde på ordinære vilkår. Samtidig kan ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode udgøre en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser.

I den syddanske sundhedsaftale for 2019-2023 er der et ønske om, at der arbejdes med evidensbaserede indsatser, så borgeren kan støttes i at mestre eget liv og dermed bevare tilknytningen til eller vende tilbage i beskæftigelse.

Borgerens vej gennem en sygemelding med lænderygbesvær

Jobcentrene arbejder ud fra gældende lovgivning, læs mere herom i [Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats](#) og på [Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings hjemmeside](#).

En **mulighedserklæring** kan anvendes, inden borgeren er sygemeldt, hvis borgeren tidligere har været sygemeldt gentagne gange, og hvis borgerens arbejdsmarkedstilknytning vurderes truet. Formålet med mulighedserklæringen er at afdække, hvad borgeren kan på trods af sin sygdom, og mulighedserklæringen har således til formål at bidrage til, at borgeren fastholdes i arbejde.

Mulighedserklæringen udarbejdes af praktiserende læge på opfordring fra borgerens arbejdsgiver, mulighedserklæringen betales af borgerens arbejdsgiver.

Når borgeren sygemeldes fra sit arbejde for eksempel med lænderygbesvær, kan borgeren som udgangspunkt få sygedagpenge i en kortere periode. Derfor er det vigtigt, at borgeren og sagsbehandleren i jobcenteret får samarbejdet i gang så hurtigt som muligt. I tilfælde, hvor der forventes mere end otte ugers sygemelding, kan muligheden for ekstraordinær tidlig indsats fra kommunen være relevant – en såkaldt fast-track løsning. Her kan borgeren eller arbejdsgiveren anmode kommunen om en tidlig indsats. Se mere herom i faktaboks om Fast Track på næste side.

Hvis borgeren fortsat er uarbejdsdygtig efter udløb af sygedagpenge, skal jobcenteret revurdere borgerens situation og tage stilling til, om sygedagpengene kan forlænges. Derfor er samarbejdet mellem borger, sagsbehandler og de øvrigt involverede helt afgørende for, at borgeren får de korrekte oplysninger, råd og vejledning.

Borgeren har også mulighed for en deltidssygemelding. Formålet med en delvis sygemelding er at forebygge et længerevarende og mere alvorligt sygdomsforløb, samt at sikre at borgeren fastholdes i sit job. I mange tilfælde kan en delvis sygemelding forebygge en længerevarende fuldtidssygemelding.

En delvis sygemelding kan være en god løsning, når borgeren i en periode er delvist fraværende fra arbejdet fx på grund af behandlinger eller hvis borgeren kun kan klare dele af sit normale arbejde. Det kan være en borger, der aktuelt har så betydelig lænderygbesvær, at borgeren i en periode ikke kan løse alle sine opgaver, eller at det giver forværring at gennemføre en hel arbejdsdag.

En delvis sygemelding kan benyttes hvis borgeren er delvis uarbejdsdygtig grundet egen sygdom og hvis borgerens sygefravær er på mindst 4 timer om ugen.



FAKTABOKS | FAST track

- I tilfælde, hvor et sygefravær risikerer at vare i mere end 8 uger, kan man som arbejdsgiver og medarbejder med fordel anmode om en Fast track behandling af sygemeldingen i jobcenteret.
- En tidlig opfølgning gør det muligt for jobcenteret at sætte hurtigt ind med relevant støtte i en svær situation. Fast track ordningen er en frivillig ordning, der kræver en god dialog mellem medarbejderen og arbejdsgiveren.
- Det er arbejdsgiveren, der anmoder om Fast Track via Nemrefusion på www.virk.dk. Medarbejderen kan også selv henvende sig til jobcenteret og bede om en fast track ordning.
- Medarbejderen bliver indkaldt til en samtale senest 2 uger efter anmodningen. Medarbejderen vil blive bedt om at gå til lægen, som via en attest sender en vurdering til jobcenteret. Herefter lægges en plan med det formål at medarbejderen vender tilbage på arbejde.
- I den samtale kan indgå følgende spørgsmål:
 - Er der andre jobfunktioner i virksomheden, som passer bedre til situationen?
 - Er der mulighed for at ændre på nogle fysiske forhold på jobbet?
 - Er der ændring i arbejdsopgaverne som kan hjælpe med tilbagevenden?
 - Er der kollegaer der kan støtte igennem forløbet?
 - Er der indsatser der kan støtte igennem forløbet – hvad gør medarbejderen selv?
 - Er en deltidssygemelding en mulighed?
 - Er praktik på egen arbejdsplads en mulighed ved en fuldtidssygemelding?
- Kommunernes Landsforening (KL), Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, Landsorganisationen i Danmark (LO) og Dansk Arbejdsgiverforening (DA) har sammen udgivet to pjecer om Fast Track ordningen. Der er en **Pjece om Fast track til sygemeldte** og en **Pjece om Fast Track til arbejdsgiveren**.



Hvis borgeren ud fra den gældende lovgivning ikke kan få forlænget sin periode med sygedagpenge og fortsat er uarbejdsdygtig på grund af sin sygdom (fx lænderygbesvær), overgår borgeren til et længere forløb typisk på en lavere forsørgelse.

Fokus for ethvert forløb i jobcenteret er, at borgeren får en tværfaglig og sammenhængende indsats, der bidrager til at fastholde eller hjælpe borgeren tilbage i arbejde eller i uddannelse.

Forløbet kan bestå af tilbud efter beskæftigelseslovgivningen (vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud og mentor) samt indsats efter anden lovgivning, herunder efter sundhedsloven og serviceloven.

Jobcentrene er forpligtet til at tilbyde hjælp i forhold til handicap eller vedvarende sygdom, således at borgeren kan fastholde sit arbejde. Dette foregår under en hver tids gældende regler for kompensation.

Arbejdsgiver og ansatte kan søge kommunen om en **§56 ordning**. Ordningen sikrer, at arbejdsgiver får refusion fra første sygedag på den givne sygdom.

Flere jobcentre har terapeuter ansat, der kan tage ud på arbejdspladser/ uddannelsesinstitutioner for at vurdere behovet for hjælp.

Den praktiserende læge eller kiropraktor kan henvise til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på OUH eller Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Grindsted Sygehus med henblik på vurdering af, om arbejdet eller tidligere arbejde har betydning for rygproblematikken.

For flygtninge og migranter med vedvarende lænderygbesvær bør der være opmærksomhed på, at mange har kvalifikationer, der med fordel kan inddrages i processen med at finde et arbejde uden rygbelastning. Disse kvalifikationer, beskrevet i kvalifikationspapirer fra hjemlandet, kan vurderes via **Uddannelses- og Forskningsministeriets hjemmeside**.

Sagsbehandlerens opgaver i mødet med borgeren med lænderygbesvær

Når borgeren sygemeldes på grund af lænderygbesvær, er det vigtigt, at der etableres et godt samarbejde mellem borgeren og sagsbehandleren i jobcenteret. Sagsbehandleren har en vigtig opgave i at vejlede borgeren bedst muligt i forhold til de udfordringer, som borgerens lænderygbesvær giver. Sagsbehandlerens indsats understøttes bedst ved et tæt samarbejde med borgerens praktiserende læge og øvrige sundhedsaktører.

Det anbefales at sagsbehandlerne i Jobcenteret har opdateret viden om og forståelse for alle aspekter af rygområdet fra årsager og forløb til behandling, så borgeren modtager samme information og budskaber hos alle involverede aktører. Borgeren skal hjælpes til at forstå og mestre sit lænderygbesvær. Kommunerne kan med fordel etablere et samarbejde mellem Jobcenteret og sundhedsområdet med henblik på at tilbyde borgerne indsatser som fysisk aktivitet samt mestring af lænderygbesvær. Deltagelse i sundhedstilbud samt deling af personfølsomme oplysninger omkring borgeren skal ske med borgerens samtykke.

Se mere herom på side 45 under Kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedslovens §119.

Sagsbehandleren har til opgave gennem dialog med borgeren at klarlægge, om borgeren kan vende tilbage til sit tidligere job, eller om der er brug for at se på andre jobmuligheder inden for andre fagområder, hvor belastningen af borgers lænderyg er mindre. For mange borgere vil det være en proces at acceptere de ændrede jobbetingelser, her kan sundhedsområdet spille en vigtig funktion i forhold til undervisning i egenhåndtering og accept af sygdommen.

Et fælles sundhedsfagligt ansvar

Det er et fælles sundhedsfagligt ansvar at have fokus på borgerens arbejdsmarkedstilknytning. Indsatsen bør bestå af at afdække borgerens arbejdssituation – både fysisk og psykisk.

De fysiske aspekter indebærer bl.a. arbejdsområde, arbejdsmængde, indflydelse på pauser, eventuelt ændrede arbejdsprocedurer, ændret arbejdspladsindretning, hjælpemidler og personlig assistance.

De psykologiske aspekter er fx forhold til ledelse og kollegaer, lederens indstilling, frygt for forværring af symptomer eller en bekymring for at skade ryggen.

Ligeledes bør det undersøges, om der er muligheder for arbejdstilpasning, fx tidsbegrænsede ændringer i fysisk belastning af arbejdet og mere skånsomme arbejdsstillinger med henblik på arbejdsfastholdelse.

Det er vigtigt at formidle til borgeren, at fysisk aktivitet oftest er gavnligt for både smerter og funktionsevne.

Alle fagprofessionelle bør tidligt i borgerens forløbet vurdere, om der er behov for indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning. En del af vurderingen bør foregå som en naturlig del af konsultationen, mens andre dele kan foregå i kommunalt regi eller på Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på OUH eller Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Grindsted Sygehus



Genoptræning i kommunerne

Kommunerne har jf. **Sundhedslovens §140** ansvaret for at tilbyde genoptræning til borgere, som gennem deres kontakt med sygehuset får en genoptræningsplan. De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i **Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptrænings-tilbud efter udskrivning fra sygehus**.

Udgangspunktet er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren er henvist med en genoptræningsplan fra sygehuset. Genoptræningsplanen skal afsendes samme dag som borgeren afsluttes på sygehuset.

I BEK nr. 918 af 22. juni 2018 fremgår det at:

- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har borgeren ret til frit at vælge en privat leverandør, som Kommunernes Landsforening har indgået aftale med.
- Hvis borgeren har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes.

Genoptræning på basalt eller avanceret niveau

I følge Sundhedsstyrelsens **Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner** skal kommunerne ved modtagelse af genoptræningsplanen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau:

- På basalt niveau gælder, at borgeren typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnedssættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.
- På avanceret niveau, gælder, at borgeren typisk har omfattende funktionsevnedssættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Hvis borgeren har behov for genoptræning på avanceret niveau, skal det varetages af fysioterapeut med særlige kompetencer og relevant efteruddannelse og erfaring. Der kan desuden være et øget behov for at koordinere med andre faggrupper herunder socialrådgiver, jobcenter og borgers praktiserende læge.



Genoptræningsforløbet

Når borgeren påbegynder genoptræning i kommunen, vil der foregå en relevant fysioterapeutisk undersøgelse, en funktionsevnevurdering og en afdækning af fysiske, psykiske og sociale ressourcer, med udgangspunkt i ICF, se mere herom på side 19 under Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF.

I samråd med borgeren vil der blive planlagt et genoptræningsforløb, der er målrettet den enkelte borger og tager udgangspunkt i borgerens mål.

Indholdet af genoptræning kan bestå af flere elementer, afhængig af hvad der vurderes relevant, herunder:

- Fysisk aktivitet herunder træning/øvelser
- Holdtræning/Individuel træning eller hjemmetræning
- Kognitiv funktionel terapi
- Gradueret træning
- Rådgivning og vejledning om lænderygbesvær
- Smertehåndtering mhp. at understøtte fysisk aktivitet, bevægelse og deltagelse
- Digital understøttet træning
- Brobygning til det frivillige foreningsliv

Er man som kliniker i tvivl om genoptræningsforløbet, er man velkommen til at henvende sig til rådgivning via rygrøret på Rygcenter Syddanmark, [find kontaktoplysninger her](#).

Genoptræningsforløbet er et afgrænset forløb. Ved afslutning sendes slutnotat til henvisende afd. (sygehus) samt evt. borgerens praktiserende læge (behov for samtykke).

Genoptræning omfatter generel fysisk aktivitet og konditionstræning såvel som øvelser, der giver styrke, smidighed, kontrol og balance. Træning og øvelser kan reducere smerter, forbedre funktion og forebygge nye episoder af rygsmerter. Se side 35 om Fysisk aktivitet.

BORGERENS STEMME – fra projekt i Odense Kommune

Udsagn fra en af borgerne i projekt i Odense Kommune, hvor 100 borgere er blevet spurgt om formålet for at komme til genoptræning.

“Hjælp mig med at forstå min situation og vende tilbage til de aktiviteter jeg tidligere kunne.”

BORGERENS STEMME – kvinde, 54 år

Hjælp mig igennem min genoptræning indtil jeg er tryk ved selv at kunne komme videre og fastholde min træning.

“Jeg forventer, at få den hjælp jeg gerne vil have i min genoptræning, så jeg ikke bare bliver sluppet efter fire uger. Så skal jeg i hvert fald vide, hvad jeg selv skal gøre derfra.”

Kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedslovens §119

Kommunalbestyrelsen har jf. **Sundhedslovens §119** ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgere. Målgruppen for anbefalingerne er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Borgere med lænderygbesvær kan være en del af denne målgruppe.

Udgangspunktet for dette forløbsprogram er, at borgere med lænderygbesvær kan gøre brug af de eksisterende forebyggelsestilbud, som den enkelte kommune allerede har etableret. Med dette forløbsprogram lægges der ikke op til, at kommunerne skal igangsætte nye tilbud målrettet borgere med lænderygbesvær. Det er forskelligt fra kommune til kommune hvilke §119 forebyggelsestilbud, der er etableret.

Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk).

I forløbsprogrammet anbefales, at borgere der henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud opfylder kriterierne i faktaboksen til højre.

Den afklarende samtale

Et kommunalt forebyggelsestilbud indledes med en individuel afklarende samtale, som det er beskrevet af Sundhedsstyrelsen i **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere kronisk sygdom**.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i et forebyggelsestilbud. For at afdække borgerens behov anbefales det, at den afklarende samtale omhandler dialog med udgangspunkt i ICF, se uddybning på side 19 under Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF.

Målet med den afklarende samtale er at afklare om det er muligt, at borgeren ved hjælp af en kort vejledning selv kan arbejde videre med at forbedre egen sundhed eller om borgeren skal tilbydes et kommunalt forebyggelsestilbud. Den fagprofessionelle kan også afklare, om borgeren kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

Kommunerne har et ansvar for at sikre en tværgående koordinering af borgerens kommunale forløb. Derfor skal et forebyggende tilbud koordineres med borgerens øvrige kommunale indsatser. Det kan være socialfaglige indsatser eller beskæftigelsesindsatser.



Anbefalinger af kriterier for henvisning til afklarende samtale

- Borgere hvor et forløb i praksissektoren har været afprøvet.
- Borgere hvor målet er at forebygge forværring af sygdomsforløb.
- Borgere hvor et livsstils- og smertemestringsforløb vurderes at være hjælpsom.

Kommunalt forebyggelsestilbud til borgere med lænderygbesvær

Det vurderes, at borgere med lænderygbesvær særligt vil kunne have gavn af følgende forebyggelsestilbud.

Sygdomsmestring/patientuddannelse

Ifølge Sundhedsstyrelsens **Afdækning af smerteområdet – et fagligt oplæg til en smertehandlingsplan** samt Sundhedsstyrelsens **Strategi for smerteområdet – En handlingsplan målrettet mennesker med kroniske smerter** er smerter en kompleks størrelse og er ikke bare en sansemæssig oplevelse som følge af en skade. Smerter ledsages også af følelsesmæssige elementer som ubehag, frygt og angst. Når en person oplever smerter, vil personens tidligere erfaring og den sociale og kulturelle baggrund også påvirke den måde, som personen opfatter og reagerer på smerten. Smerteoplevelsen varierer ikke blot fra person til person, men også hos den enkelte person på forskellige tidspunkter og under forskellige livsomstændigheder.

Ifølge Sundhedsstyrelsens beskrivelse i **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere kronisk sygdom** har sygdomsmestring til formål at styrke borgeres egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre borgere i stand til på bedst mulig måde at leve livet med lænderygbesvær.

‘Sygdomsmestring’ refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med lænderygbesvær. Indsatsen er sygdomsspecifik og kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret. Se uddybning på side 33 under Støttet egenhåndtering og patientuddannelse.

Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk).

Lær at tackle kurser

Lær at tackle kroniske smerter er et kursus for borgere med vedvarende smerter.

Forløbet giver deltagerne redskaber til at håndtere deres smerter og de konsekvenser, smerterne har for deres hverdag. Det kan være i forhold til arbejde, hjemmet eller omkring relationer. Desuden møder de andre, der er i samme situation som dem selv. Dermed får de styrket deres netværk.

Ifølge **Komiteen for Sundhedsoplysning**, er effekten af Lær at Tackle kroniske smerter, at borgeren oplever færre smerter, større livstilfredshed, mindre funktionsbegrænsning, øget self-efficacy (tro på egne evner), færre sygdomsbekymringer, mindre afhængighed af andre og færre katastrofotanker om smerte. Instruktørerne på Lær at tackle kurserne er uddannede frivillige, som selv lever et liv med kroniske smerter.

Nogle kommuner har andre tilbud med fokus på smertemestring. Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk).

Hjælp til bedre søvn

Søvnproblemer er udbredt blandt voksne danskere. Ifølge **afsnittet om søvn i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (2017)** samt **Statens Institut for Folkesundhed**, så er søvnproblemer udbredt blandt voksne danskere. Søvnløshed rapporteres af op mod 8 ud af 10 patienter med kroniske smerter⁷¹ og opleves som en væsentlig årsag til lav fysisk og mental livskvalitet og sundhed⁷². Kroniske smertepatienter, der oplever søvnløshed, rapporterer ofte stærkere og mere udbredte smerter⁷³.

Omfanget af søvnproblemer er til dels afhængigt af den enkeltes livsstil, adfærd, psykologiske tilstand og faktorer i det omgivende miljø. Søvn har stor indvirkning på evnen til at håndtere daglig livsførelse. Søvnproblemer er symptomer og gener, der er forbundet med søvn. Dårlig søvnkvalitet omfatter vanskelighed med at falde i søvn, oplevelsen af mangel på sammenhængende søvn og for tidlig opvågning trods tilstrækkelig mulighed for at sove.

Søvnproblemer kan være så alvorlige, at der kræves behandling med fx sovemedicin eller psykologisk søvnbehandling, der har vist sig mindst lige så effektiv som behandling med sovemedicin – se **afsnittet om søvn i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (2017)**⁷⁴. Psykologisk søvnbehandling består som regel af kombinationer af forskellige søvnbehandlingsteknikker og livsstilsråd. Stimulus-kontrol-terapi, afspændingsteknikker og kombineret kognitiv adfærdsterapi har vist sig lige så effektiv som sovemedicin og foretrækkes af de fleste borgere med søvnproblemer.

Kommunerne kan tilbyde søvnvejledning ved uddannede søvnvejledere. Hvis borgeren har andre udfordringer end dårlig nattesøvn fx smerter, så bør søvnvejlederen sammen med borgeren søge at arbejde med disse udfordringer sideløbende, da der ofte er en sammenhæng. Uanset hvilke(n) udfordringer, der er tale om, er det relevant at optimere alle forhold omkring søvn.

Søvnvejlederen kan også være med til at opspore eventuelle søvnsygdomme og opfordre borgeren til at opsøge sin praktiserende læge.

De kommunale indsatser omkring søvn kan fx måles ved hjælp af **Pittsburgh Søvn Kvalitets Index (PSQI)**.

Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk).

Mental sundhed/depression

Borgere, som er i risiko for at udvikle en depression eller som har en depression, kan gøre brug af kommunale forebyggelsestilbud i regi af **forløbsprogrammet for mennesker med depression**, som er godkendt af 20 af de syddanske kommuner.

Målgruppen er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle depression af let, moderat eller svær grad.

Borgere med let eller moderat depression kan jf. forløbsprogrammet for mennesker med depression tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale områder. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx fysisk aktivitet, **det dobbelte KRAM**, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop samt en ernæringsindsats. Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på Sundhed.dk.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet tager udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens behov, forventninger og træningsmål – se **Sundhedsstyrelsens anbefalinger**. Tilbuddet bør tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen og bliver livslang. Der skal allerede i opstarten af tilbuddet være fokus på hvordan borgeren efter afslutning kan gøre brug af frivillige eller private træningstilbud. Se uddybning på side 35 under Fysisk aktivitet.

Det anbefales at borgere, som tilbydes et tilbud indeholdende fysisk aktivitet på grund af lænderygbesvær, er blevet vurderet af praktiserende læge, kiropraktor eller fysioterapeut. Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på Sundhed.dk.

Afslutning på et kommunalt forebyggelsestilbud

Som afslutning på et kommunalt forebyggelsestilbud bør den sundhedsprofessionelle afklare, om borgeren har behov for opfølgning på de forskellige elementer. Det kan ske gennem en afsluttende samtale.

Når en borger afsluttes fra et forebyggelsestilbud i kommunen, udarbejdes der et afslutningsnotat, som sendes til borgerens praktiserende læge. I afslutningsnotatet informerer kommunen om årsagen til forebyggelsestilbuddet og giver et kort resumé af forløbet. Desuden informeres der om, hvad der er aftalt med borgeren fremadrettet.

Afslutningsnotatet sendes elektronisk, det skal ske via **MedCom-standarden XDIS15**.

Sygehuslægen modtager kun afslutningsnotatet, hvis de har skrevet sig på som kopimodtager i henvisningen.

Smertecentrene

I Region Syddanmark findes tre tværfaglige smerteklinikker: Smertecenter Middelfart, Smerteklinikken ved Friklinikken i Grindsted og Smertecenter Syd på Odense Universitetshospital. Behandlingen foregår i tværfaglige teams bredt sammensat af læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter.



FAKTABOKS | Smerteklinikker

Smerteklinikkerne tilbyder behandling og vejledning til borgere med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor:

- forløb i primærsektoren ikke har haft effekt, og
- patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer, og
- der er væsentlig funktionsnedsættelse med betydning for arbejdsliv og/eller hverdagsliv, og
- lænderygbesvær har udløst sociale og/eller psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

Behandlingen i smertecentrene tager udgangspunkt i kognitiv funktionel terapi (CFT), se side 38 og faktaboksen side 38 for en nærmere beskrivelse af CFT. Støttet egenhåndtering er den centrale indsats i behandlingen i de tværfaglige smertecentre, ligesom der på smertecentrene fokuseres på justering eller nedtrapning af den medicinske smertebehandling.



8 | Henvisning og kommunikation


Samarbejde og kommunikation mellem de involverede aktører er essentiel for et godt og sammenhængende forløb for borgere med lænderygsbesvær. Kommunikation mellem de involverede aktører er betinget af borgerens samtykke. Det anbefales, at kommunikation primært sker elektronisk.

Gensidig information mellem aktørerne er særlig vigtigt, hvis borgeren har parallelle forløb.

Den praktiserende læge er tovholder for borgers forløb. Den praktiserende læge modtager information fra øvrige aktører om opstart af forløb, plan for udredning og behandling samt afslutning af forløb, hvorved deres tovholder funktion understøttes.

Tabel 3 viser hvilke henvisningsmuligheder de forskellige aktører har.

Tabel 3: Overblik over henvisningsmuligheder mellem aktørerne

		Henvisning til privat praktiserende fysioterapeuter, side 51		Henvisning til privat praktiserende kiropraktorer, side 51		Henvisning til privat praktiserende speciallæger, side 52		Henvisning til sygehusene eksklusiv smertecentre, side 52		Henvisning til smertecenter side 56		Henvisning til kommunale forebyggelses tilbud (§ 119), side 54		Henvisning til genoptræning (§ 140), side 55		Kontakt til Jobcenteret side 55	
	Borgeren selv	X	X									X					X
Praksissektoren	Privat praktiserende læger	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X
	Privat praktiserende kiropraktorer						X										X
	Privat praktiserende fysioterapeuter																X
	Privat praktiserende speciallæger	X	X			X											X
Sygehusene							X				X	X	X	X	X	X	

* Det kræver en henvisning fra en praktiserende læge for at få sygesikringstilskud til behandling hos en fysioterapeut.



Henvisning til privat praktiserende fysioterapeuter

Borgeren kan selv henvende sig til behandling hos en privat praktiserende fysioterapeut, men det kræver en henvisning at opnå sygesikringstilskud.

Sygehuse samt privat praktiserende læger og speciallæger kan henvise borgere med lænderygbesvær til en privat praktiserende fysioterapeut. Henvisning anbefales at være skriftlig. Henvisningen afsendes digitalt via henvisningsshottet: Den Ny Henvisnings Formidling (DNHF).

Henvisning bør overvejes ved:

- forværring af smerter og funktionstab
- hvis borgeren har tilbagefald, som borgeren ikke kan håndtere
- hvis borgeren er uafklaret om egen tilstand og har brug for opsamling
- hvis borgeren har behov for støtte til at forblive i aktivitet og på arbejdsmarkedet
- hvis borgeren er ophørt med at være fysisk aktiv
- hvis borgeren har behov for vejledning og sundhedsfaglig støtte til at genoptage tidligere aktivitetsniveau.

Der bør være en tilbagemelding til borgerens praktiserende læge efter igangsættelse af en indsats hos privat praktiserende fysioterapeut. Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder en beskrivelse af indsatser og status for forløbet, som den praktiserende læge kan tage med i den samlede plan for borgeren.

Det anbefales, at det af epikrisen fremgår, om borgerens tilstand vurderes at kunne håndteres hos den privat praktiserende fysioterapeut, eller om praktiserende læge bør følge op på forløbet.

Henvisning til privat praktiserende kiropraktorer

Borgeren: Privat praktiserende kiropraktorer er en primær indgang til sundhedsvæsenet. Der er således ikke behov for en henvisning for at få

BORGERENS STEMME – Mere hjem – mindre hospital

Kommunikationen skal være til at forstå for mig.

“At der blev sat ord på, som jeg kunne forstå, som du også sagde der, at der blev brugt et ordforråd ikke hen over hovedet på en og heller ikke nedladende, men at vi kunne kommunikere, det synes jeg også var rigtig vigtigt.”

tilskud fra den offentlige sygesikring til behandling hos privat praktiserende kiropraktor.

Sygehuse samt privat praktiserende læger og speciallæger kan henvise borgere med lænderygbesvær til en privat praktiserende kiropraktor. Henvisning anbefales at være skriftlig og laves via en speciallæge henvisning (REF06).

Henvisning bør overvejes ved;

- forværring af smerter og funktionstab
- hvis borgeren har tilbagefald, som borgeren ikke kan håndtere
- hvis borgeren er uafklaret om egen tilstand og har brug for opsamling
- hvis borgeren har behov for støtte til at forblive i aktivitet og på arbejdsmarkedet
- hvis borgeren er ophørt med at være fysisk aktiv
- hvis borgeren har behov for vejledning og sundhedsfaglig støtte til at genoptage tidligere aktivitetsniveau

Der bør være en tilbagemelding til borgerens praktiserende læge efter igangsættelse af en indsats hos privat praktiserende kiropraktor.

Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder en beskrivelse af indsatser og status for forløbet, som den praktiserende læge kan tage med i den samlede plan for borgeren.

Det anbefales, at det af epikrisen fremgår, om borgerens tilstand vurderes at kunne håndteres hos den privat praktiserende kiropraktor, eller om praktiserende læge bør følge op på forløbet. De privat praktiserende kiropraktorer skal endvidere, som et led i gældende overenskomst, orientere praktiserende læge ved henvisning til billeddiagnostik på sygehus.

Henvisning til privat praktiserende speciallæger og privat praktiserende psykolog

Praktiserende læger kan henvise til privat praktiserende speciallæger. De kan henvise borgere med lænderygsbesvær og samtidigt depression, udtalt bevægeangst og/eller emotionelle barrierer til en privat praktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling

Henvisning til sygehuse eksklusive smertecentre

Praktiserende læger, privat praktiserende speciallæger og privat praktiserende kiropraktorer kan henvise borgere til følgende sygehustilbud:

Henvisningerne til planlagt udredning af borgere med lænderygsbesvær med eller uden udstrålende bensmerter modtages samlet i Region Syddanmark i Rygcenter Syddanmark i en fællesvisitation, som dækker både det rygmedicinske og det rygkirurgiske speciale i hele regionen. Skulle en henvisning komme til Universitetscenter for rygkirurgi på OUH, bliver den omdirigeret til fællesvisitationen. I fællesvisitationen laves der en vurdering af, hvor borgeren i første omgang vil have mest gavn af at blive vurderet, og der visiteres ud fra dette. Herefter vil borgeren blive indkaldt i rygmedicinsk eller rygkirurgisk afsnit, alt efter hvad der vurderes mest hensigtsmæssigt for borgerens forløb.

Der er stor opmærksomhed på hvilke borgere, der bør vurderes direkte i rygkirurgisk afsnit ud fra den kliniske beskrivelse af især kraftgrad, symptomvarighed, forsøgte behandlingstiltag, smerteintensitet og udbredelse samt funktionsniveau, herunder arbejdsdygtighed. Dette sammenholdt med eventuelt foreliggende billeddiagnostik.

Efter første kontakt flyttes borgerens forløb mellem rygmedicinsk og rygkirurgisk speciale ved behov ud fra en klinisk vurdering.

Borgere, der henvises specifik til en vurdering i henholdsvis rygmedicinsk eller rygkirurgisk speciale, vil derfor ikke nødvendigvis ende i det speciale, de specifikt er henvist til. Derfor bør henvisende part IKKE informere borgeren om, at borgeren bliver set i enten rygmedicinsk eller rygkirurgisk speciale, men at der henvises til et rygforløb på regionens sygehuse, hvorefter borgeren vil blive indkaldt i rygmedicinsk eller rygkirurgisk speciale, alt efter hvad der vurderes mest hensigtsmæssigt for borgerens forløb.

Fællesvisitationen modtager henvisninger fra privat praktiserende læger, privat praktiserende kiropraktorer, andre sygehusafdelinger og privat praktiserende speciallæger til planlagte forløb.

Som udgangspunkt modtages henvisninger på borgere, hvor relevant konservativ behandling igennem 6-8 uger ikke har haft tilstrækkelig effekt på smerteniveau og/eller funktions- og arbejdsevne, eller hvor det findes relevant med en kirurgisk vurdering på grund af bekymrende symptomer (fx nytilkommen lammelse). Faktaboksen på næste side giver en opsummering af, hvilke elementer henvisningerne bør indeholde.



Henvisningerne til sygehusene bør indeholde følgende oplysninger

Henvisningsårsag

- Hvilken sygdom der mistænkes
- Hvad der ønskes undersøgt

Sygehistorie

- Symptomdebut
- Lokalisation af smerte og udstråling
- Sygemelding, funktionsniveau
- Øvrige væsentlige sygdomme inkl. tidligere rygkirurgi
- Aktuell medicin inkl. FMK ajourført.

Objektive fund

- Kraftgrad
- Føleforstyrrelser
- Højde/vægt, BMI
- Billeddiagnostiske fund
- Øvrige parakliniske fund.

Behandling

- Hvilken behandling har været afprøvet.

Øvrige forhold ved patienten

- Tolkebistand
- Telefonnummer
- Transportmuligheder
- Hvad patienten er informeret om.



Akutte borgere kan henvises til nærmeste Fælles Akutmodtagelse eller i helt særlige tilfælde neurokirurgisk afdeling OUH jf. **Håndtering og visitation af akutte rygpatienter**. Henvielsen skal ske ud fra konkrete faglige retningslinjer og med orientering til borgerens praktiserende læge.

Borgere kan henvises til billeddiagnostik (røntgen, MR, CT) på sygehus jævnfør **Regional retningslinje for billeddiagnostik af columna**.

Borgere kan når relevant også henvises til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på OUH eller Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Grindsted Sygehus.



Når borgeren afsluttes fra sygehus, sendes der en epikrise til praktiserende læge med information om konklusion og hvilken videre plan, der foreslås for borgeren. Det kan være opfølgning på smertestillende behandling eller overvejelser vedrørende henvisning til yderligere udredning i andet sygehusregi. Hvis henviser er privat praktiserende speciallæge eller privat praktiserende kiropraktor, sendes kopi af epikrisen til henvisende fagprofessionelle.

Borgere, der er diagnosticerede og færdigudredte med et samtidigt behov for et intensivt tværfagligt rehabiliteringsforløb, kan henvises til private specialiserede sygehuse på baggrund af **Sundhedsloven § 79 (danskelove.dk)**.

For information om henvisning til regionens smertecentre se side 56.

Henvisning til kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme (§119)

Borgeren: I flere kommuner i Region Syddanmark kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i et forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra praktiserende læge eller sygehuset. Overblikket fra den enkelte kommune kan findes på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk).

Praktiserende læger: Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud sker, når den praktiserende læge vurderer, at borgeren ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et/flere forebyggelsestilbud.

I vurderingen bør borgerens fysiske, psykiske og sociale situation, ressourcer, herunder egenomsorg, motivation og præferencer som beskrevet i ICF-modellen tænkes ind. Aktuel risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet for de erhvervsaktive bør altid give anledning til overvejelse om henvisning.

Når praktiserende læger henviser til et kommunalt forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk, og det skal ske via **MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01)**. Henvisning sker typisk ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Henvisningen skal i alle tilfælde indeholde relevante oplysninger omkring borgeren med angivelse af henvisningsdiagnosen. Derudover anføres kliniske oplysninger, herunder henvisningsformål, anamnese og praktiske forhold.

Hvis der er henvist til andet kommunalt tilbud anbefales det, at det fremgår af henvisningen med henblik på koordinering af de kommunale indsatser.

Når en borger afsluttes fra et forebyggelsestilbud i kommunen, udarbejdes et afslutningsnotat, som sendes til borgerens praktiserende læge. I afslutningsnotatet informerer kommunen om årsagen til forebyggelsestilbuddet og giver et kort resumé af forløbet. Desuden informeres der om, hvad der er aftalt med borgeren fremadrettet. Afslutningsnotatet sendes elektronisk, det skal ske via **MedCom-standarden XDIS15**.

Privat praktiserende kiropraktor, privat praktiserende fysioterapeut og privat praktiserende speciallæger: Hvis det vurderes, at en borger har behov for et kommunalt tilbud om forebyggelse eller sundhedsfremme, opfordres borgeren at gå til praktiserende læge. Borgeren kan bede sin praktiserende læge om en henvisning til et kommunalt tilbud om forebyggelse eller sundhedsfremme. Det er forskelligt fra kommune til kommune hvilke sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, der tilbydes. Overblikket fra den enkelte kommune kan findes på **Sundhed.dk**. Nogle kommuner har forebyggelsestilbud, som ikke kræver en lægehenvielse.

I flere kommuner i Region Syddanmark kan borgeren også selv henvende sig til kommunen for at deltage i et forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra praktiserende læge eller sygehuset.

Ved særligt udsatte borgere, som har brug for ekstra støtte, kan privat praktiserende kiropraktorer, privat praktiserende fysioterapeuter og privat praktiserende speciallæger sende en korrespondance til borgerens praktiserende læge med besked om, at borgeren ønsker en henvisning til et kommunalt forebyggelsestilbud.

I vurderingen bør borgerens fysiske, psykiske og sociale situation, ressourcer, herunder egenomsorg, motivation og præferencer som beskrevet i ICF-modellen tænkes ind. Ligesom aktuel risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet for de erhvervsaktive bør give anledning til overvejelse om henvisning.

Henvisning til genoptræning (§140)

Sygehusene kan henvise borgeren til kommunal genoptræning, såfremt borgeren efter indlæggelse eller ambulante forløb vurderes at have et lægefagligt begrundet behov for en kommunal genoptræningsindsats. Efter operation laves som udgangspunkt altid en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen udarbejdes sammen med borgeren og beskriver borgerens funktionsevnetab ud fra ICF-modellen. Genoptræningsopgaven indeholder forslag til, hvordan borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller hvis dette ikke kan opnås bedst mulig funktionsevne. Planen udarbejdes med afsæt i borgerens funktionelle målsætninger. Som led i at afstemme forventninger til et kommunalt genoptræningsforløb, er det vigtigt, at genoptræningsplanen også indeholder en prognose, som har været drøftet med borgeren.

Kontakt til jobcenteret

Borger: Borgeren kan selv henvende sig til jobcenteret med henblik på en fastholdelsesindsats.

Praktiserende læge: Borgerens praktiserende læge kan kontakte en kommunal job-/fastholdelseskonsulent i jobcenter for borgere i den erhvervsaktive alder, hvor det vurderes, at der er risiko for at miste arbejdstilknytning.

Derudover kan praktiserende læge henvise elektronisk til socialmedicinsk sagsbehandling på **attesten LÆ 165**.

Hvis der er henvist til andet kommunalt tilbud anbefales det, at det fremgår af henvisningen med henblik på koordinering af de kommunale indsatser.

Privat praktiserende kiropraktor, privat praktiserende fysioterapeut og privat praktiserende speciallæger og sygehuse: Hvis det vurderes, at en borger i den erhvervsaktive alder er i risiko for at miste arbejdstilknytning, bør borgeren opfordres til at opsøge kommunal jobkonsulent i jobcenter. Opfordringen bør ske med orientering til praktiserende læge. Læs mere herom på side 41 under Arbejdsmarkedstilknytning.

Henvisning til smertecentrene

Privat praktiserende læge kan henvise til et af Region Syddanmarks smertecentre.

Smertecentrene tilbyder behandling og vejledning til borgere med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor:

- monofaglig terapi ikke har haft effekt, og
- patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer, og
- der er alvorlig konsekvens for arbejdsliv og/eller hverdagsliv, og
- de kroniske smerter har udløst sociale og/eller psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

9 | Implementering, udviklingstiltag og opdatering af forløbsprogrammet

Implementering

Det grundlæggende princip for implementeringen af forløbsprogrammet er, at implementeringen skal foregå på alle niveauer i samarbejdet mellem praksissektoren, sygehusene, kommunerne og borgerne.

Implementeringen af forløbsprogrammet forudsætter, at der arbejdes med både fælles implementeringstiltag, og at hver sektor og faggruppe selvstændigt arbejder med at implementere eget ansvarsområde i forløbsprogrammet.

Derudover skal der i hver sektor være fokus på det tværsektorielle samarbejde i sektorovergangen, så der skabes et sammenhængende borgerforløb.

Følgende implementeringstiltag anbefales:

Ledelse på alle niveauer i alle sektorer

Ledere på alle niveauer har et ansvar for at sikre at anbefalingerne i forløbsprogrammet for lænderygbesvær efterleves. Det anbefales, at implementeringen af forløbsprogrammet dagsordensættes i relevante tværsektorielle samarbejdsfora som sundhedsklyngerne, de Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU-møder) og samarbejdsudvalgene for fysioterapi og kiropraktik.

Kickoff-dag

Der afholdes en fælles kickoff-dag med præsentation af forløbsprogrammet. Der vil være et særligt fokus på paradigmeskiftet, hvor omdrejningspunktet er nye anbefalinger til behandlingen af lænderygbesvær samt et større fokus på støttet egenhåndtering og arbejdsfastholdelse.

Fælles og ensrettet kommunikation omkring forløbsprogrammet til borgerne

En central del af implementeringen vil være løbende borgeroplysning og kampagner. På rygområdet er der, som beskrevet, sket et paradigmeskifte med deraf følgende nye faglige anbefalinger.

Det er endnu ikke formidlet effektivt ud til borgerne, og det medfører ofte uoverensstemmelse mellem det, borgerne forventer, og det som tilbydes af sundhedsaktørerne. Dette misforhold modarbejder gode forløb og borgernes egenhåndteringsevne. Det anbefales, at der gennemføres en bred kampagne i fx Sund i Syd, brug af infoskærme, Facebook og andre relevante virkemidler med identificerbart indhold til borgerne.

Fælles og ensrettet kommunikation omkring forløbsprogrammet til fagfolk

Som en hjælp til implementeringen udarbejder 'arbejdsgruppen for udviklingen af nye rammer for kronisk sygdom' materiale, som kan bruges til at udbrede kendskabet til forløbsprogrammet for lænderygbesvær.

Følgende materiale kan blive udarbejdet;

- En pixi-udgave af forløbsprogrammet med særligt fokus på paradigmeskiftet, hvor omdrejningspunktet er nye anbefalinger til behandlingen af lænderygbesvær samt et større fokus på sygdomsmestring, støttet egenhåndtering og arbejdsfastholdelse.
- Diasshow som kan bruges til at formidle forløbsprogrammet for lænderygbesvær på personalemøder, faglige møder samt i forbindelse med møder i tværsektorielle samarbejdsfora.
- Informationsmateriale målrettet de praktiserende lægers klyngemøder fokus på data og kliniske retningslinjer.
- Generisk dagsordenspunkt til brug i de Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU-møderne)
- Fagtidsskrifter, faglige artikler og nyhedsbreve.

Fælles skolebænk

Fælles skolebænk for fagprofessionelle i 2024 og 2025. Kompetenceudvikling med fokus på paradigmeskiftet, hvor omdrejningspunktet er nye anbefalinger til behandlingen af lænderygbesvær samt et større fokus på sygdomsmestring, støttet egenhåndtering og arbejdsfastholdelse.

Udviklingstiltag

I forbindelse med udarbejdelsen af forløbsprogrammet for lænderygbesvær er det blevet tydeligt, at der med fordel kan igangsættes flere udviklingstiltag, som vil styrke implementeringen af anbefalingerne i forløbsprogrammet.

Udviklingstiltagene er følgende:

Pilotprojekt om støttet egenhåndtering

Støttet egenhåndtering og fysisk aktivitet er omdrejningspunktet i tilgangen til borgere med lænderygbesvær. Samtidigt viser data, at mange borgere med lænderygbesvær søger konsultation hos privat praktiserende fysioterapeuter og privat praktiserende kiropraktorer.

Derfor anbefales det at igangsætte et pilotprojekt, som skal udvikle og senere undersøge effekten af et uddannelsesprogram for privat praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Uddannelsesprogrammet skal træne klinikerne i teknikker til at kommunikere om lænderygbesvær og hjælpe borgere til at anvende bevægelse og fysiske aktivitet som led i behandlingen af deres lænderygbesvær.

Første skridt er at udvikle uddannelsen sammen med borgere og klinikere. Derefter afprøves, om indholdet af uddannelsen kan bruges i praksis, og om det er muligt at gennemføre et lodtrækningsforsøg, der skal undersøge effekten af uddannelsesprogrammet på borgernes udbytte af behandling. Det gælder udbytte i form af færre smerter og begrænsninger i hverdagen og i form af øget fysisk aktivitet.

Målene for uddannelsesprogrammet vil være at øge klinikernes og borgernes bevidsthed om det nye paradigme samt at afprøve et struktureret og evidensbaseret tilbud til en lille gruppe af borgere, som er svært belastet af deres lænderygbesvær og som af biologiske, psykologiske og/eller

sociale årsager har en kompleksitet, der fordrer en særlig indsats.

Bedre kvalitet i formidlingen af resultater fra billeddiagnostik

Forskning peger på, at det er vigtigt, hvordan scanninger beskrives, da scanningsfund ofte formidles til borgeren af en kliniker, der ikke er uddannet til at læse scanninger, og derfor er afhængige af beskrivelsen, når de skal videreformidle resultaterne til borgeren³¹.

Det er også af betydning, at scanningsfund formidles til borgeren af en kliniker med kendskab til borgerens problematik, som kan vurdere betydningen af scanningsresultaterne i forhold til borgerens symptomer og kliniske undersøgelsesfund. Beskrives almindelige aldersbetingede forandringer og ubetydelige strukturelle anomalier som normale fund, undgår man i højere grad at skabe unødigt bekymring og frygt.

Det anbefales derfor at igangsætte udarbejdelsen af en regional retningslinje vedrørende ensartet beskrivelse af billeddiagnostik samt at etablere et tilbud om efteruddannelse til de klinikere, som formidler scanningsresultater til borgerne.

Kommunikation i borgerforløbet

Et af rygforløbsprogrammets vigtigste fokusområder er samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de sundhedsfaglige aktører. Af hensyn til sammenhæng i borgerens forløb bør der være kommunikation om behandlingsforløbet mellem de involverede aktører, så forløbet og eventuelle ændringer i planen er gennemsigtige for både borgeren og de involverede aktører. I dag er denne kommunikation besværliggjort af forskellige IT-systemer internt i praksissektoren, men også mellem praksissektoren, sygehusene og kommunerne. Relevante aktører har ikke adgang til borgerens journal og prøvesvar, og borgeren ender derfor ofte som budbringer. Dette er ikke hensigtsmæssigt, og det kan give anledning til misforståelser, fejlfortolkninger, manglende viderebringelse af vigtig information og dermed dårligere forløb for borgeren.

På den baggrund anbefales det at der arbejdes med kommunikationen omkring forløbene for borgere med lænderygbesvær.

Sundhedsfaglig rygkoordinator

Forløbsprogrammet for lænderygbesvær er kendetegnet ved, at mange aktører er involveret i borgerens forløb på tværs af faggrupper og sektorer, dette på en anden måde end inden for andre forløbsprogrammer, idet praksissektoren her også er repræsenteret ved de privat praktiserende fysioterapeuter og privat praktiserende kiropraktorer.

Implementeringen af forløbsprogrammet for lænderygbesvær forudsætter et tæt samarbejde og et fælles sprog omkring borgere med lænderygbesvær. Derfor anbefales det, at der ansættes en fast sundhedsfaglig rygkoordinator med ansættelse i Region Syddanmarks Praksisafdeling. Funktionen forventes at kunne dækkes med en dag ugentlig.

Den sundhedsfaglige rygkoordinators overordnede opgave er at koordinere regionens indsatser på rygområdet og sikre sammenhængskraft mellem praksissektoren, sygehussektoren, kommunerne, rygforskningen/ rygforskerne og regionen.

Specifikke opgaver:

- Sundhedsfaglig koordinator mellem den regionale faglige følgegruppe og den strategiske sundhedsstyregruppe, se afsnittet i højre spalte, Løbende opdatering af rygforløbsprogrammet.
- Være kontaktperson til Rygcenter Syddanmarks enhed for tværsektorielt samarbejde
- Faglig tovholder vedrørende
 - opdatering og løbende implementering af rygforløbsprogrammet
 - udarbejdelse og implementering af "det nye tilbud"
 - udvikling og implementering af nye tiltag på rygområdet
 - drift og opdatering af tiltag på rygområdet.

Digitale støtteværktøjer til borgere med lænderygbesvær

Der findes mange digitale støtteværktøjer, der har til formål at støtte borgerne i at mestre egen sygdom og dermed hverdagen med lænderygbesvær. Da lænderygbesvær oftest er tilbagevendende har det betydning, at borgeren selv er i stand til at søge viden omkring lænderygbesværet, og at de har adgang til digitale hjælpeværktøjer til håndtering af deres lænderygbesvær.

På den baggrund anbefales det, at der skabes et overblik over eksisterende digitale støtteværktøjer, som er baseret på evidensbaseret viden. Et eksempel på et digitalt støtteværktøj er SelfBack, som i øjeblikket behandles i Behandlingsrådet.

Løbende opdatering af rygforløbsprogrammet

Forløbsprogrammet bør opdateres løbende, når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for borgere med lænderygbesvær. Sådanne ændringer kan fx fremkomme i forbindelse med indgåelse og udmøntning af overenskomster med praksissektoren eller i forbindelse med ny evidens på området, som har betydning for tilgangen til lænderygbesvær og/eller det tværsektorielle samarbejde.

Da forløbsprogrammet ikke gennemgår de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, vil ændringer i disse retningslinjer ikke medføre opdateringer i forløbsprogrammet. Dog kan der løbende komme nye tiltag, som er beskrevet i de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, som kan have betydning for det tværsektorielle samarbejde omkring borgere med lænderygbesvær. Hvis det sker, skal forløbsprogrammet opdateres med disse nye tiltag.

Ansvar for at kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

På den baggrund anbefales det, at der nedsættes en tværsektoriel faglig følgegruppe, der har det faglige ansvar for løbende at vurdere behovet for opdatering af forløbsprogrammet for lænderygbesvær.

Det anbefales, at den regionale følgegruppe kommer til at bestå af:

- En praksiskonsulent for almen praksis
- En praksiskonsulent for kiropraktor praksis
- En praksiskonsulent for fysioterapi praksis
- To kommunale repræsentanter, fx fra jobcenteret og sundhedsområdet
- En rygmediciner fra Rygcenter Syddanmark
- En rygkirurg fra OUH
- En radiolog fra et af de syddanske sygehuse
- En arbejdsmediciner fra en af de arbejds- og miljømedicinske afdelinger/klinikker
- En rygforsker fra SDU
- Sundhedsfaglig rygkoordinator fra Region Syddanmark
- En sekretær

Følgegruppen mødes en gang om året med følgende overordnede fokuspunkter;

- Er det kommet ny viden
- Er der noget, der fungerer uhensigtsmæssigt og skal justeres – blandt andet på baggrund af input fra klinikere og/eller sundhedsklyngerne

I øvrigt henvises til den syddanske model for revidering af fælles tværsektorielle samarbejdsaftaler for nærmere beskrivelse af anledninger til revidering **Model for revidering af fælles tværsektorielle aftaler – Region Syddanmark**. Modellen er godkendt i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Den faglige arbejdsgruppe refererer til Følgegruppen for forebyggelse under sundhedsaftalen og som har forløbsprogrammerne under deres opgaveportefølje. Den sundhedsfaglige koordinator og sekretæren har til opgave at viderebringe eventuelle "ønsker" til Følgegruppen for forebyggelse'.

Den sundhedsfaglige koordinator og sekretæren har til opgave at koordinere de videre indsatser.

10 | Referencer

- 1) Isabelle Mairey, Siri Rosenkilde, Marie Borring Klitgaard og Lau Caspar Thygesen. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
- 2) Resultater fra rapporterne Sygdomsbyrden i Danmark 2022 — sygdomme og risikofaktorer, Sundhedsstyrelsen, 2023.
- 3) Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ (Clinical research ed)*. 2006;332(7555):1430-4. Epub 2006/06/17. doi: 10.1136/bmj.332.7555.1430. PubMed PMID: 16777886; PubMed Central PMCID: PMC1479671.
- 4) Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10137):2356-67. Epub 2018/03/27. doi: 10.1016/s0140-6736(18)30480-x. PubMed PMID: 29573870.
- 5) Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis and rheumatism*. 2009;60(10):3072-80. Epub 2009/10/01. doi: 10.1002/art.24853. PubMed PMID: 19790051.
- 6) Jensen AØ, Jacobsen JB, Nørgaard M, Yong M, Fryzek JP, Sørensen HT. Incidence of bone metastases and skeletal-related events in breast cancer patients: a population-based cohort study in Denmark. *BMC Cancer*. 2011 Jan 24; 11:29. doi: 10.1186/1471-2407-11-29. PMID: 21261987; PMCID: PMC3037922.
- 7) Nørgaard M, Jensen AØ, Jacobsen JB, Cetin K, Fryzek JP, Sørensen HT. Skeletal related events, bone metastasis and survival of prostate cancer: a population based cohort study in Denmark (1999 to 2007). *J Urol*. 2010 Jul;184(1):162-7. doi: 10.1016/j.juro.2010.03.034. Epub 2010 May 16. PMID: 20483155.
- 8) Cetin K, Christiansen CF, Jacobsen JB, Nørgaard M, Sørensen HT. Bone metastasis, skeletal-related events, and mortality in lung cancer patients: a Danish population-based cohort study. *Lung Cancer*. 2014 Nov;86(2):247-54. doi: 10.1016/j.lungcan.2014.08.022. Epub 2014 Sep 10. PMID: 25240518.
- 9) Traeger AC, Underwood M, Ivers R, Buchbinder R. Low back pain in people aged 60 years and over. *BMJ (Clinical research ed)*. 2022;376:e066928. Epub 2022/03/24. doi: 10.1136/bmj-2021-066928. PubMed PMID: 35318211.
- 10) Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10137):2368-83. Epub 2018/03/27. doi: 10.1016/s0140-6736(18)30489-6. PubMed PMID: 29573872.
- 11) Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Therap* 2015;23:13.
- 12) Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine*. 2013;38(24):2118-23. Epub 2013/08/24. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182a8c5d6. PubMed PMID: 23970112.
- 13) Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British journal of sports medicine*. 2020;54(2):79-86. Epub 2019/03/04. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878. PubMed PMID: 30826805.

- 14) Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. *Spine*. 1998;23(2):228-34. Epub 1998/02/25. doi: 10.1097/00007632-199801150-00015. PubMed PMID: 9474731.
- 15) Hébert JJ, Beynon AM, Jones BL, Wang C, Shrier I, Hartvigsen J, et al. Spinal pain in childhood: prevalence, trajectories, and diagnoses in children 6 to 17 years of age. *Eur J Pediatr*. 2022. Epub 2022/01/15. doi: 10.1007/s00431-021-043695. PubMed PMID: 35028728.
- 16) Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC musculoskeletal disorders*. 2016;17:220. Epub 2016/05/23. doi: 10.1186/s12891-016-1071-2. PubMed PMID: 27209166; PubMed Central PMCID: PMC4875630.
- 17) Kongsted A, Hestbæk L, Kent P. How can latent trajectories of back pain be translated into defined subgroups? *BMC musculoskeletal disorders*. 2017;18(1):285. Epub 2017/07/05. doi: 10.1186/s12891-017-1644-8. PubMed PMID: 28673341; PubMed Central PMCID: PMC496263.
- 18) Coulter A. Patient engagement--what works? *J Ambul Care Manage*. 2012 Apr-Jun;35(2):80-9. doi: 10.1097/JAC.0b013e318249e0fd. PMID: 22415281.
- 19) Stacey D et al (2014) – Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration
- 20) de Campos TF, Maher CG, Fuller JT, Steffens D, Attwell S, Hancock MJ. Prevention strategies to reduce future impact of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2021;55(9):468-76.
- 21) Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):199-208.
- 22) Schmidt KG, Rasmussen CDN. *Praxis- og evidensbaserede anbefalinger i rådgivningen og muskelskeletbesvær på arbejdspladsen (PERMA): Afslutningsrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2020.
- 23) Huang R, Ning J, Chuter VH, Taylor JB, Christophe D, Meng Z, Xu Y, Jiang L. Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain. *Br J Sports Med*. 2020 Jul;54(13):766-770. doi: 10.1136/bjsports-2018-100035. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31672696.
- 24) Verhagen AP, Downie A, Maher CG, Koes BW. Most red flags for malignancy in low back pain guidelines lack empirical support: a systematic review. *Pain*. 2017 Oct;158(10):1860-1868. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000998. PMID: 28708761.
- 25) Parreira PCS, Maher CG, Traeger AC, Hancock MJ, Downie A, Koes BW, Ferreira ML. Evaluation of guideline-endorsed red flags to screen for fracture in patients presenting with low back pain. *Br J Sports Med*. 2019 May;53(10):648-654. doi: 10.1136/bjsports-2018-099525. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30337350.
- 26) Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J*. 2016 Sep;25(9):2788-802. doi: 10.1007/s00586-016-4684-0. Epub 2016 Jul 4. PMID: 27376890.
- 27) Albert Hb JAMDDaRMN. Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica]. *Ugeskr Laeger*. 2003;165:1875-1880.
- 28) Fairbank JCT, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(22):2940-2953.

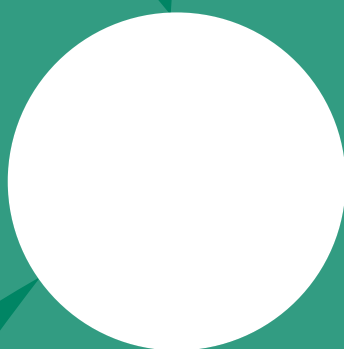
- 29) Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811-6 samt Amanda M Hall, Kris Aubrey-Bassler, Bradley Thorne, Chris G Maher Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *BMJ* 2021;372:n291.
- 30) Steffens D, Hancock MJ, Pereira LS, Kent PM, Latimer J, Maher CG. Do MRI findings identify patients with low back pain or sciatica who respond better to particular interventions? A systematic review. *Eur Spine J*. 2016 Apr;25(4):1170-87. doi: 10.1007/s00586-015-4195-4. Epub 2015 Sep 2. PMID: 26329648.
- 31) S. Rajasekaran, S. Dilip Chand Raja, Bhari Thippeswamy Pushpa, Kumar Behera Ananda, Shetty Ajoy Prasad, Mugesh Kanna Rishi The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of 'clinical reporting': results from an RCT and blinded trials. *Eur Spine J*. 2021 Jul;30(7):2069-2081.
- 32) Kongsted A, Kent P, Quicke JG, et al. Risk-stratified and stepped models of care for back pain and osteoarthritis: are we heading towards a common model? *Pain Rep* 2020;5(5):e843.
- 33) Foster NE, Hill JC, O'Sullivan P. Stratified models of care. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 27 (2013) 649-661.
- 34) Murphy SE, Blake C, Power CK, et al. Comparison of a Stratified Group Intervention (STaRT Back) With Usual Group Care in Patients With Low Back Pain: A Nonrandomized Controlled Trial. *Spine* 2016;41(8):645-52.
- 35) Riis A, Rathleff MS, Jensen CE, et al. Predictive ability of the start back tool: an ancillary analysis of a low back pain trial from Danish general practice. *BMC Musculoskelet Disord* 2017;18(1):360.
- 36) Cherkin D, Balderson B, Wellman R, et al. Effect of Low Back Pain Risk-Stratification Strategy on Patient Outcomes and Care Processes: the MATCH Randomized Trial in Primary Care. *J Gen Intern Med* 2018;33(8):1324-36.
- 37) Morsø L, Olsen Rose K, Schiøttz-Christensen B, et al. Effectiveness of stratified treatment for back pain in Danish primary care: A randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl* 2021;25(9):2020-38.
- 38) Ammendolia C, Hofkirchner C, Plener J, Bussières A, Schneider MJ, Young JJ, Furlan AD, Stuber K, Ahmed A, Cancelliere C, Adeboyejo A, Ornelas J. Non-operative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication: an updated systematic review. *BMJ Open*. 2022 Jan 19;12(1):e057724. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057724. PMID: 35046008; PMCID: PMC8772406.
- 39) Katz JN, Zimmerman ZE, Mass H, Makhni MC. Diagnosis and Management of Lumbar Spinal Stenosis: A Review. *JAMA*. 2022 May 3;327(17):1688-1699. doi: 10.1001/jama.2022.5921. PMID: 35503342.
- 40) Bussières A, Cancelliere C, Ammendolia C, Comer CM, Zoubi FA, Châtillon CE, Chernish G, Cox JM, Glied JA, Haskett D, Jensen RK, Marchand AA, Tomkins-Lane C, O'Shaughnessy J, Passmore S, Schneider MJ, Shipka P, Stewart G, Stuber K, Yee A, Ornelas J. Non-Surgical Interventions for Lumbar Spinal Stenosis Leading To Neurogenic Claudication: A Clinical Practice Guideline. *J Pain*. 2021 Sep;22(9):1015-1039. doi: 10.1016/j.jpain.2021.03.147. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33857615.
- 41) da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ. Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 May;47(5):305-313. doi: 10.2519/jospt.2017.7415. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28355981.
- 42) Kongsted A What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disorders*. 2016;17:220.
- 43) Huber M, Knottnerus J A, Green L, Horst H v d, Jadad A R, Kromhout D et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343 :d4163.

- 44) Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2012 Jun;44(2):136-44. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x. Epub 2012 May 2. PMID: 22551013; PMCID: PMC3366425.
- 45) Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2012 Jun;44(2):136-44. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x. Epub 2012 May 2. PMID: 22551013; PMCID: PMC3366425.
- 46) Kongsted A, Ris I, Kjaer P, Hartvigsen J. Self-management at the core of back pain care: 10 key points for clinicians. *Braz J Phys Ther*. 2021 Jul-Aug;25(4):396-406.
- 47) Sundhedsstyrelsen, 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
- 48) Kjaer P, Kongsted A, Ris I, Abbott A, Rasmussen CDN, Roos EM, Skou ST, Andersen TE, Hartvigsen J. GLA:D® Back group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain - development, theories and scientific evidence. *BMC Musculoskelet Disord*. 2018 Nov 29;19(1):418. doi: 10.1186/s12891-018-2334-x. PMID: 30497440; PMCID: PMC6267880.
- 49) Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW: Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2021, 9:CD009790.
- 50) Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, Teixeira-Salmela LF, Hancock MJ: Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016, 176(2):199-208.
- 51) Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, Andersen MO, Fournier G, Hojgaard B, Jensen MB et al: National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* 2018, 27(1):60-75.
- 52) Corp N, Mansell G, Styne S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, van der Windt DA: Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain* 2021, 25(2):275-295.
- 53) O'Keeffe M, Hayes A, McCreesh K, Purtill H, O'Sullivan K: Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017, 51:126-132.
- 54) Matarán-Peñarrocha GA, Lara Palomo IC, Antequera Soler E, Gil-Martínez E, Fernández-Sánchez M, Aguilar-Ferrández ME, Castro-Sánchez AM: Comparison of efficacy of a supervised versus non-supervised physical therapy exercise program on the pain, functionality and quality of life of patients with non-specific chronic low-back pain: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2020, 34(7):948-959.
- 55) O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, O'Sullivan K: Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Physical Therapy* 2018, 98(5):408-423.
- 56) Ho EK, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM, Hayden JA, Ferreira ML, Ferreira PH. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. *BMJ*. 2022 Mar 30;376:e067718. doi: 10.1136/bmj-2021-067718. PMID: 35354560; PMCID: PMC8965745.

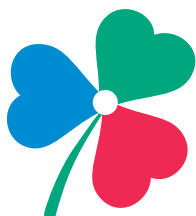
- 57) Sundhedsstyrelsen, 2017, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter.
- 58) Gardner T, Refshauge K, McAuley J, Goodall S, Hübscher M, Smith L. Patient led goal setting in chronic low back pain-What goals are important to the patient and are they aligned to what we measure? *Patient Educ Couns*. 2015 Aug;98(8): 1035-8. doi: 10.1016/j.pec.2015.04.012. Epub 2015 Apr 27. PMID: 25959985.
- 59) Rubinstein S, de Zoete A, Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2019;364:l689.
- 60) Quaseem A, McLean RM, O’Gurek D, Batur P, Lin K, Kansagara DL et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166:514-30.
- 61) Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ* 2017;356:i6748.
- 62) Stig LC, Nilsson Ø, Lebleuf-Yde C. recovery pattern of patients treated with chiropractic spinal manipulative therapy for long-lasting or recurrent low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2991;24:288-91.
- 63) Schreijenberg M, Koes BW, Lin CWC. Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care – is there a need to change? *Expert Rev Clin Pharmacol* 2019;12:145-57. Koes BW, Backes D, Bindels PJE. Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options. *Expert Opin Pharmacother* 2018;19:537-45.
- 64) Sundhedsstyrelsen 2018. Anbefalinger for farmakologisk behandling af kroniske nociceptive smerter
<https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Rekommandationsliste/Kroniske-nociceptive-smerter/PIXI.ashx>
- 65) Ussing K, Kjaer P, Smith A, et al. Cognitive Functional Therapy for People with Nonspecific Persistent Low Back Pain in a Secondary Care Setting—A Propensity Matched, Case–Control Feasibility Study. *Pain Med*. 2020.
- 66) Vaegter HB, Ussing K, Johansen JV, et al. Improvements in clinical pain and experimental pain sensitivity after cognitive functional therapy in patients with severe persistent low back pain. *Pain reports*. 2019;5(1):e802-e802.
- 67) Vibe Fersum K, Smith A, Kvale A, Skouen JS, O’Sullivan P. Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain—a randomized controlled trial 3-year follow-up. *Eur J Pain*. 2019;23(8):1416-1424.
- 68) O’Keeffe M, O’Sullivan P, Purtill H, Bargary N, O’Sullivan K. Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT). *Br J Sports Med*. 2019.
- 69) Kent P, Haines T, O’Sullivan P, Hancock M et al Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *Lancet* 2023.
- 70) Stochkendahl MJ, Andersen LN, Møller A, Bond CB, Søgaard K, Holtermann A, Hartvigsen, J. Udvikling af fælles indsatser for arbejdsfastholdelse for medarbejdere med muskelskeletbesvær og fysisk krævende arbejde (VEJEN FREM): Rapport fra et forskningsprojekt 2021, Kiropraktorernes Videnscenter. Syddansk Universitet.
https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/181225845/Vejen_Frem_samlet_rapport_marts_2021.pdf.

- 71) Vaegter HB, Christoffersen LO, Enggaard TP, Holdgaard DEM, Lefevre TN, Eltved R, Reisenhus CH, Licht TW, Laustsen MM, Hansson SH, Jensen PF, Larsen TRF, Alpiger S, Mogensen BG, Høybye MT. Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData). *J Pain Res*, 2021. 14: p. 1215-1230.
- 72) Sun Y, Laksono I, Selvanathan J, Saripella A, Nagappa M, Pham C, Englesakis M, Peng P, Morin CM, Chung F. Prevalence of sleep disturbances in patients with chronic non-cancer pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 2021. 57: p. 101467.
- 73) Morin CM, Gibson D, Wade J. Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients. *Clin J Pain*, 1998. 14(4): p. 311-4.
- 74) Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, Johansen C, Møller M, Rod NH, Sjödin A, Zachariae B. Søvn og sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse s.20, 2015:1-224.
www.vidensraad.dk





Region Syddanmark | Damhaven 12 | 7100 Vejle | www.regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark,
de 22 kommuner
og PLO Syddanmark