

Kære Strategisk Sundhedsstyregruppe

Tak for det fremsendte forløbsprogram. Det griber en stor regional sundhedsudfordring an, og det kan ses, at der har ligget et stort arbejde i det. Det er blevet læst med stor interesse her på Universitetscenter for Rygkirurgi, OUH.

Organisatoriske kommentarer

Benævnelsen af vores enhed bør konsekvent være Universitetscenter for Rygkirurgi, OUH.

Punkt 6.6 (side 26): Borgere med mistanke om spinalstenose

Medfører relevant håndtering og behandling ikke tilfredsstillende klinisk bedring, eller er funktionsnedsættelsen så stor, at der kan overvejes kirurgi, kan der henvises til billeddiagnostik, Rygcenter Syddanmark eller Universitetscenter for rygkirurgi.

Normalt henvises først til Rygcenter Syddanmark til medicinsk vurdering, og herfra henvises så til Universitetscenter for Rygkirurgi, OUH. Der skal foreligge MR-scanning forud for henvisning til Universitetscenter for Rygkirurgi, OUH.

Faglige kommentarer

Forløbsprogrammet har været gennemgået af arbejdsgruppe med repræsentanter for de rygkirurgiske speciallægegrupper på Middelfart Rygcenter og Universitetscenter for Rygkirurgi, OUH, efter aftale på Regionalt Rygmøde blandt rygkirurgerne.

Kommentarerne fra arbejdsgruppen er som følger:

Hørings svar til høringsudkast af **Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med lænderygsbesvær** – samarbejde og kommunikation, Region Syddanmark og de syddanske kommuner, version 30. januar 2023.

Fra: Lægerne i Rygcenter Syddanmark, Middelfart sygehus og Universitetscenter for Rygkirurgi, Odense Universitetshospital.

Begreber:

- Lænderygsbesvær: Hvorfor kaldes lænderygsmerter og lænderygsmerter med udstråling til ben nu lænderygsbesvær? Det giver et rodet indtryk, da det virker som indføring af et nyt begreb. Der skabes forvirring omkring forskellen mellem lænderygsbesvær og lænderygsmerter? Er der forskel? Forvirringen bliver endnu større fordi de indsatte links henviser til sundhedsstyrelsens retningslinier om lænderygsmerter.

- Paradigmeskift: Det er meget uklart hvad paradigmeskiftet består i. Det er ikke klart beskrevet hvordan man gjorde tidligere eller hvad det nye indebærer. Der beskrives at ”Sygdomsmestring og støttet egenhåndtering” er grundstenen i det nye program. Dette er lidt bekymrende da der ikke er evidens for at dette tilfører værdi til patienterne - dette ifølge sundhedsstyrelsens NKR om nyopståede lænderygsmærter.

Generelt:

- Det er ikke muligt at identificere forfattergruppen i dokumentet, hvilket er problematisk. Dette gælder især hvis der er nogle i forfattergruppen der har økonomiske interesser i behandlingen af rygpatienter – jfr. Forvaltningsloven.

- Referencerne er ikke altid retvisende/valide for det, de står markeret ved. Det gælder for hele dokumentet.

- Forløbsprogrammet opleves som meget bredt, og for os som læger i sekundærsektoren synes rygpatienterne med specifikke lænderygsmærter at drukne i det brede og generelle. Vi er bekymrede for, at det ikke fremhæves tilstrækkeligt, hvilke rygpatienter der bør ses på sygehuset.

- Vi efterlyser pixibog til klinikere i primærsektoren, der ser rygpatienter, indeholdende vejledning til hvordan de identificerer de 10%, der skal videre i sygehusregi. Der skal være fokus på at finde patienter, der faktisk fejler noget. Nærværende udkast til forløbsprogram nedtoner gang på gang at det er yderst sjældent der i primærsektoren findes noget alvorligt – dette med en henvisning til et udenlandsk studie med et forsikringsbaseret sundhedssystem.

- Forløbsprogrammet kan læses som, at de privatpraktiserende kiropraktorer skal se rygpatienterne primært. Der henvises til kiropraktorerens overenskomst s. 25/59 punkt 6.4. og samme med punkt 6.6. – skal der så ikke også fremhæves de alment praktiserende læger og fysioterapeuternes overenskomst, der vel i ligeså høj grad kan se patienterne? Punktet er skrevet som om kiropraktorerne har fortrinsret til at håndtere disse patienter i primærsektoren – dette er lidt bekymrende da kiropraktorens diagnostiske uddannelse er begrænset. Man sidder tilbage med indtrykket af dokumentet er en offentlig finansieret reklamekampagne for kiropraktorerne.

- Der er ikke konsensus i dokumentet omkring tidsintervaller for at få rygkirurgerne med i patientens forløb. Der står 4-8 uger, senere 6-12 uger og så til sidst 6 måneder.

- Evidensen er beskrevet hist og her, bl.a. at der ikke er forskel på generel tilgang eller specifik tilgang for lænderygbesvær. Og når man går ind og anbefaler fysisk aktivitet, hvad er så grundlaget for at man anbefaler superviseret behandling ved fysioterapeut og kiropraktor? Hvis ikke der er forskel på den ene eller anden aktivitet skylder man så ikke patienterne/samfundet, at de anbefales den billigste behandling, som formentligt lige så godt kan være egentræning, frem for betalt behandling ved en konservativ behandler?

- Det kan være svært forstå hvorfor man efter 6 måneders konservativ behandling fortsat kun skal ”overveje billeddiagnostik”. Bør man ikke efter 6 måneder få lavet en ordentlig diagnose, så man ikke risikerer at patienterne bliver ved med at svømme rundt i ”uspecifikke rygsmærter”. Også for at

undgå at overse maligne tilstande samt forhold som kunne have været behandlet kirurgisk. Skylder man ikke patienterne at få en endelig afklaring, hvis de efter 6 måneder stadig har smerter. Det kan selvfølgelig ende ud i at der ikke findes specifik årsag til smerterne, men det er jo også en form for afklaring.

Specifikt:

- Side 6/59 1.0. Introduktion:

”Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, ...”

At dokumentet beskrives som handlingsorienteret er et problem, da det ligger så langt fra klinisk retningslinje i opbygning. Dokumentet er slet ikke operationelt.

- Side 11/59 1.5.1. Lænderygbesvær som har en kendt specifik årsag:

”Hos borgere, der søger behandling i praksissektoren, er forekomsten af alvorlige medicinske sygdomme, der manifesterer sig som rygsmerter sandsynligvis mindre end 1 procent” [5]

Reference 5 er en australsk undersøgelse, hvor sundhedsvæsenet på ingen måde er bygget som det danske, men mere som det amerikanske, hvilket ikke giver et retvisende billede af forholdene i Danmark.

- Faresignal-afsnittet er blevet tydeligere i denne version side 17/59 4.1.Udredning. Der mangler dog stadig vejledning til klinikerer i primærsektoren omkring, hvad der rejser mistanken om alvorlig patologi.

- Tabel 1: Overblik over aktørens indsatser i forbindelse med udredning, s 17/59:

Privatpraktiserende speciallæger kan vel også henvise til billeddiagnostik.

- Følgende tekst: ”Der er evidens for, at manuel behandling kan reducere smerter og forbedre funktion hos borgere med kroniske rygsmerter på samme niveau som andre anbefalede behandlinger for eksempel fysisk aktivitet”, er ikke korrekt. Når man læser nkr om lænderygsmerter er der ganske vist en svag anbefaling for ledmobiliserende behandling, men det er på trods af (og ikke på grund af) at der ikke er fundet klinisk relevant bedre outcome i randomiserede studier.

- ”Hvis der på billeddiagnostik er relevant nervepåvirkning, som passer med patientens udstrålende smerter henvises til vurdering på sygehuset efter 8-12 uger, da effekten af kirurgien aftager med ventetiden på kirurgi. ” Det er korrekt, at patienten skal ses af en rygkirurg i ovennævnte tilfælde og indenfor de 12 uger. Men patienten skal ikke kun ses ved nervepåvirkning, det vil også være relevant i tilfælde med arkolyse, instabilitet, dårlig balance mm. Om effekten af kirurgien aftager med tiden er afhængig af diagnosen. Så det er en meget forenklet sætning og det ser ikke ud til, at der har været en kirurg med til formulering af dette afsnit.

- Under faktaboks operation er første sætning: ” Operation anvendes ikke ved uspecifik lænderygbesvær”. Nej selvfølgelig ikke. En underlig sætning. Det kan undre, at man i forløbsplanen fastholder at patienten ikke skal udredes og derfor bliver ved med at være i gruppen ”uspecifikke rygsmerter”. Så er det klart, at de ikke skal opereres. Man kan argumentere for, at det vil være mere rigtigt at skrive, at hvis der er vedvarende gener, udstrålende smerter, mistanke om malignitet mm, så skal der udredes med billeddiagnostik, således at man kan finde de patienter, der er relevante for kirurgisk vurdering og eventuel operation.

Samlet er der tale om et meget lang skriv om noget, som der ikke er meget evidens for. Lægegruppen i Middelfart og Odense kunne godt ønske sig, at det er den praktiserende læge, der er omdrejningspunktet for patienterne med lænderygsmerter.

Der er skrevet rigtig meget om vurdering, behandling, henvisning mm fra kiropraktor. Hvis der ikke er meget evidens, bør man så ikke anbefale den for patienten og samfundet billigste løsning. Hvorfor skal vi anbefale patienter at betale for kiropraktor behandling, når der ikke er evidens for, at der er klinisk bedre outcome ved kiropraktor end ved andre billigere behandlinger?