

Til: Følgegruppen for forebyggelse, Region Syddanmark  
Vedr.: Høringssvar vedrørende høringsudkast til et tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygsbesvær i Region Syddanmark

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Region Syddanmarks udkast til høringsudkast til et tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygsbesvær.

Lænderygområdet er væsentligt, både pga. de store ressourceomkostninger der er forbundet med lænderygsbesvær og udfordringerne med implementering af nyeste viden i klinisk praksis, samt de komplekse årsagssammenhænge. Vi takker derfor for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde, som vi har en række konstruktive kommentarer og bidrag til.

Høringssvaret leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Fysioterapeutisk Test og Træning (DSFTT) og Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF).

## Bemærkninger til forløbsprogrammet

I høringssvaret indleder vi med overordnede bemærkninger og derefter følger mere konkrete nedslag på emner, temaer eller tekst i forløbsprogrammet eller mangler i dette, samt forslag til ændringer i den endelige revision.

### Overordnede kommentarer

Overordnet fremstår Udkast til Rygforløbsprogram, Region Syddanmark som et særdeles gennearbejdet oplæg, til det tværsektorielle arbejde med mennesker med lænderygsmerter. Dette med fokus på: "fælles forståelse mellem fagprofessionelle for, hvordan et sammenhængende forløb for den enkelte borger kan styrkes" og på "ensartede budskaber".

Folderen "Forstå din smerter i lænden" bidrager meget fint hertil.

Borgerperspektivet inddrages tidligt og helt konsekvent i forløbsprogrammet, som et defineret formål, med klare definitioner, og med oplysende indskudte "Borgernes stemme". Stor ros til følgegruppen for at sætte fokus på de psykosociale faktorer, der kan være væsentlige barrierer for borgerens videre forløb, på vigtigheden af brugerinddragelse (med mulighed for uddybning via links), samt på de sundhedsfagliges forpligtigelse til samtale, undervisning og vejledning med henblik på at forstærke borgerens egenhåndtering, samt vigtigt fokus på samarbejde, koordinering og kommunikation mellem alle aktører. Desuden bakker vi op omkring det store fokus på at anvende beslutningsstøtteværktøjer som en del af en målrettet inddragelsesproces af borgeren.

Endelig er der ros til følgegruppen for en meget opdateret litteraturliste og systematisk og grundigt arbejde med litteraturen. Vær opmærksom på at Rapporten 'Sygdomsbyrden i Danmark' fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet netop er udkommet, så det tværsektorielle forløbsprogram kan opdateres.

## Konkrete kommentarer og forslag som vi håber følgegruppen tager til efterretning i den endelige revision

- KAPITEL 4.3, SIDE 20.

### **Kommentar:**

Vi bakker op om beskrivelserne af anvendelse af scanninger og den mere afventende strategi, end der tidligere har dannet praksis i det danske sundhedsvæsen, hvilket er i tråd med både nationale og internationale anbefalinger.

**Vi anbefaler** at det understreges i afsnittet nederst s. 21, at prognoser generelt ikke forbedres ved brug af scanning, og at der er evidens for at outcome kan forværres. Dette bør fremgå tydeligt og eksplicit og følges af en understregning af, at der skal være tydelig opfyldelse af fastsatte kriterier for, at der kan henvises til scanning.

- SIDE 22, KAPITEL 5.1. GENERELLE PRINCIPPER FOR FORMÅL MED FORLØB OG VALG AF INDSATSER

Her oplistes nedenstående:

- Styrke borgeres egenhåndtering
- Bibringe borgerne viden om og forståelse af deres tilstand
- Forbedre funktion herunder arbejdsevne
- Lindre smerter
- Begrænse/forhindre tilbagefald

### **Kommentar:**

Vi er meget enige, men foreslår, at linje 3 udvides til "med særligt fokus på arbejdsevne", da der kan være andre faktorer, der spiller ind og at 5. linje udvides med fx: "... og forberede borgerne på hvordan de bedst tackler tilbagefald" eller "... og understøtte borgerne i at udvikle de bedste strategier til at håndtere perioder med forværring i smerter, funktionsniveau etc."

- KAPITEL 5.2. PLANLÆGNING AF FORLØB, SIDE 23

Her står bla.:

*"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 konicitet. Effekten af stratificering ved hjælp af STarT-skemaet varierer afhængig af undersøgelsesrammerne".*

### **Kommentar:**

Vi gør opmærksom på at risikostratificeret behandling baseret på en gruppering i forhold til modificerbare prognostiske faktorer foreslås nedtonet, jævnfør reference nr. 53, s. 20 – 21.

Hvis dette ikke er tilfældet, undrer det at Udvidet Rygudredning/ULRUS ikke er nævnt i forløbsprogrammet, da denne tilgang netop baserer sig på anvendelse af PROMS, patientens

belastningsgrad og risikostratificering. Se bla. [www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/fysioterapeut/indsatsomraader/udvidet-rygudredning/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/fysioterapeut/indsatsomraader/udvidet-rygudredning/) og [https://www.sundhed.dk/content/cms/57/95457\\_evalueringsrapport-ulrus-2020.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/57/95457_evalueringsrapport-ulrus-2020.pdf)

**Vi foreslår** derfor at dette afsnit gennemarbejdes på ny, med ovenstående i betragtning.

Desuden står der på side 22:

*”Der evalueres løbende på fremgangen. Hvis der ikke er fremgang, eller hvis fremgangen er utilfredsstillende, så ændres tilgang og indsats.”*

**Kommentar:**

Dette er et meget godt statement, som vi kun kan tilsluttes os.

Men hvordan evalueres der? Er det ud fra den sundhedsfaglige journalbeskrivelse? Skal der her bruges standardiserede måleredskaber/ patientspørgeskemaer eller anden vurdering?

Under kapitel 4.2.2 nævnes Roland-Morris Disability Questionnaire og Oswestry Disability Index.

Anbefales de? Skal der anvendes en Global Rang Skala eller fx Patient Acceptance Symptom Scale (PASS) eller andre måleredskaber? Og hvad er argumentationen for de valg der er truffet / træffes?

- KAPITEL 6.4. BORGERE MED MISTANKE OM NERVERODSPÅVIRKNING, SIDE 25.

Her står:

*”Hvis vejledning i håndtering, manuel behandling og/eller øvelser og smertestillende medicin ikke har medført tilfredsstillende klinisk forbedring efter 4-8 uger kan henvises til sygehusene eller til relevant billeddiagnostik.”*

**Kommentar:**

I denne formulering lyder det som om, at varetagelse/behandling nærmest er en forudsætning for bedring ved tilstanden nerve-rodtryk. Denne tilstand har i sig selv en relativt god prognose grundet naturlig ophealing, hvilket evidensen støtter op om.

**Her savner vi** vejledning om dette væsentlige budskab til borgeren og en mere støttende tilgang til egenhåndtering og øget fokus på strategier for dette. Det er afgørende for borgeren at de har forståelse for tilstanden, føler sig trygge i forløbet og kan forstå og håndtere smerterne i den periode den varer, særligt ved let til moderat grad af nerverodstryk.

Information og vejledning er væsentlig, men også fysisk aktivitet og øvelser kan med fordel tænkes ind i forløbet. Mange borgere håndterer tilstanden selv og vi foreslår derfor at der sættes mere fokus på patientuddannelse. Herunder kan der med fordel ridses kriterier op for hvilke ændringer der kan tages med i overvejelse af hvornår borgeren evt. skal henvende sig til en sundhedsprofessionel med spørgsmål eller supplerende udredning.

**I denne vurdering foreslår** vi at overveje inddragelse af ’modellen’ Level of concern af Finucane et. al. 2020 (<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2020.9971>).

**Supplerende kommentar til ovenstående**

I Praksissektoren varetages borgere med lumbalt nerve-rodtryk af praktiserende læger, privatpraktiserende reumatologer, praktiserende fysioterapeuter og af kiropraktorer.

Derfor er vi lidt forundrede over at der i et bredt funderet forløbsprogram fremhæves, at kiropraktorer har en ”discuspakke”. Denne type forløb er ofte meget individualiserede og i vores evidensbaserede kompetenceudviklingsforløb lægger vi stærkt vægt at lave borgerrettede og individuelle forløb med selvstændig vurdering af behovet for evt. opfølgning. Derfor sætter vi spørgsmålstejn ved hvorfor der sættes fokus på systematisk opfølgningskontrol hos alle.

**Vi foreslår** at der i udviklingen af forløbsprogrammet stilles skarpt på at minimere unødigt udredning, kontrol og behandling, lige som det i en årrække er foreslået af Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber i 'Vælg Klogt' initiativet (<https://vaelgklogt.dk>).

På den baggrund mener vi at det bør revurderes om der bør fokuseres på tilbud som en del af pakkeforløb, hvis det ikke er nødvendigt.

Generelt mener vi desuden, at Kapitel 6.4. fremstår med meget fokus på varetagelse/behandling. Der bør sættes mere fokus på opgaven for den samlede praksissektor med borgeren i centrum og med mere langsigtede mål om at fastholde flest borgere i arbejde, minimere funktionstab etc.

Derfor foreslår vi at der sættes væsentligt mere fokus på den arbejdsmarkedsrettede indsats, aktive strategier og patientuddannelse og evt. at der knyttes mere bro til kapitel 7.1.

➤ 7.0. INDSATSER TIL BORGERE MED LÆNDERYGBESVÆR, SIDE 27.

**Kommentar:**

Dette kapitel giver et godt og struktureret overblik over opgaverne i de forskellige sektorer. Pga. de store antal borgere der fortsat henvises til scanning uden at der er indikation for det, kan det indsatsområde med fordel indskrives i figur 3.

**I Tabel 2 foreslår vi** desuden, at der inkluderes kognitive terapiformer, da der er evidens for, at det har effekt som en del af tilbuddet til borgere med rygsmerter, som beskrevet både indledningsvist og i kapitel 7.1.

Denne interventionsform anvendes ofte af fysioterapeuter i både privatpraksis og kommunale genoptræningstilbud.

➤ KAPITEL 7.1. STØTTET EGENHÅNDBETINGET OG PATIENTUDDANNELSE

**Kommentar:**

Dette er et meget væsentligt og velskrevet kapitel. Her beskrives den psykologiske/kognitive tilgang, som er meget væsentlig i alle faser af rygforløb, meget fint. Det har der gennem en lang årrække har været konsensus om, men os bekendt er et så tydeligt fokus ikke set i et forløbsprogram tidligere.

I kapitlet står bla.:

*"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 færdighedstræning."*

Ovenstående kræver særlige kompetencer og vi mener at det er vigtigt at fokusere på om det kan udmøntes i den praktiske virkelighed i klinisk praksis? Er alle aktører i praksissektoren klædt på til og oplever, at de har de nødvendige kompetencer indenfor netop disse områder og er der afklaring på rollefordeling og samarbejdet?

Disse spørgsmål er relevante for at sikre et kvalitetstilbud til borgerne og de kan være vigtige forudsætningerne for at sikre sammenhæng i tilbuddet til den enkelte borger, hvilket ofte viser sig at være blandt de største udfordringer i patienters tilfredsundersøgelser o.l.

**Vil foreslår derfor** at der sættes større fokus på dette område i forløbsprogrammet og henviser bl.a. til et aktuelt forskningsprojekt omkring implementering af kliniske retningslinjer hos praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer, der bl.a. peger på et stort behov for uddannelse på dette område.

Fysioterapeut Maja Husted Hubeishy kan evt. kontaktes på [maja.husted@ph.au.dk](mailto:maja.husted@ph.au.dk) for yderligere information om projektet.

➤ KAPITEL 7.2. FYSISK AKTIVITET

**Kommentar:**

Dette er igen et velskrevet, gennemarbejdet og væsentligt kapitel.

Vi bemærker især at der står:

*”Effekten af træning er størst, når det foregår i grupper, er superviserede, kombineres med andre behandlinger og kombineres med kognitive tilgange.”*

Ovenstående er væsentligt og jævnfør fx reference nr. 58, en metaanalyse der fremhæver kombinationen af psykologisk/kognitiv tilgang og aktiv fysioterapi.

Som nævnt tidligere, mener vi at der bør være stærkere fokus dette område. Litteraturen understreger dette og vi har i primærsektoren set god effekt af en bredere indsats generelt på både jobfastholdelse og på den enkelte borgers mestringsevne i alle faser af rygforløb.

Derfor foreslår vi, at følgegruppen highlighter behovet for at anvende og kvalificere disse tilbud. I tillæg hertil kan det overvejes om der skal sættes særligt fokus på hvilke faggrupper der har kompetencerne eller systematiske tilbud om kompetenceudvikling til at løfte opgaverne i praksis.

➤ KAPITEL 7.7 ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING

**Kommentar:**

Det er meget positivt og relevant, at fokus på borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet betragtes som en integreret indsats.

På side 39 er beskrevet, at den praktiserende læge eller kiropraktor kan henvise til Arbejdsmedicinsk klinik på OUH med henblik på vurdering af, om arbejdet eller tidligere arbejde har betydning for rygproblematikken. Det bør uddybes, hvornår dette ville være relevant, ikke mindst hvis, der vil være andre tilfælde end i tilfælde, hvor der er mistanke om en erhvervs sygdom og ønske om erstatning.

I afsnit 7.7.3 ET FÆLLES SUNDHEDSFAGLIGT ANSVAR, hvor det meget relevant beskrives, at det er et fælles sundhedsfagligt ansvar at have fokus på borgerens arbejdsmarkedstilknytning, henvises der til et materiale fra Dansk Kiropraktorforening som inspiration. Afdækning af forhold ved arbejdet, der er medvirkende til sygefravær samt forhold, der kan modvirke *Tilbagevenden Til Arbejdet*, er en kompleks proces. Derfor kunne inspiration med fordel også hentes hos f.eks. materiale fra [Branchefællesskaberne for Arbejds miljø](#) eller Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø som har udarbejdet en pjece om [Anbefalinger til rådgivning om smerter i muskler og led på arbejdspladsen](#).

➤ KAPITEL 7.8 GENOPTRÆNING I KOMMUNERNE

Det fremgår af kapitlet at kommunal genoptræning alene vedrører Sundhedslovens § 140, idet genoptræning efter [servicelovens § 86](#), som man må forvente vil have større relevans i dette forløbsprogram, ikke nævnes.

➤ KAPITEL 7.9.1 DEN AFKLARENDE SAMTALE

Det er yderst relevant og positivt at kommunernes forpligtelse til at tilbyde en afklarende samtale fremhæves så tydeligt.

➤ KAPITEL 8.1. HENVISNING TIL PRIVAT PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUTER

I kapitlet står bla.:

Praktiserende læger, sygehusene og privat praktiserende speciallæger kan henvise borgere med lænderygsbesvær til en privat praktiserende fysioterapeut. Henvi­sing anbefales at være skriftlig.

**Kommentar:**

Vi forslår at ændre til følgende ordlyd:

Praktiserende læger, privat praktiserende speciallæger og alle sygehuslæger kan...

Desuden står der:

En henvisning kan kun være skriftlig.

Vi anbefaler at der i stedet bør stå:

*Henvisningen afsendes digitalt via henvisningshotellet: Den Ny Henvisnings Formidling (DNHF).*

➤ KAPITEL 9.2. UDVIKLINGSTILTAG

Her står der bl.a.:

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

**Kommentar:**

Dette kan vi kun bakke op om og mener igen at her er tale om et visionært og velskrevet kapitel på baggrund af et gennemarbejdet baggrundsmateriale.

**Vi anbefaler** at der uddybes med:

”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 lænderygsbesvær og hjælpe borgere til at anvende bevægelse og fysiske aktivitet som led i behandlingen af deres lænderygsbesvær.”

Dette mener vi kan være et tiltag der kan medføre et regulært skifte i praksis blandt fysioterapeuter og kiropraktorer.

Med tanker tilbage på andre velskrevne forløbsprogrammer med de allerbedste intentioner, hvor sidste kapitel med tiltag og monitorering aldrig udmøntes, mener vi derfor at tiden er inde til at understrege behovet for at dette er en ”skal” og ikke en ”kan” opgave. Vi vil gerne bakke op om at der både iværksættes et systematisk og målrettet uddannelsesprogram, samt at der sættes større fokus på at understøtte de bedst mulige data til at evaluere effekten af dette.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringsvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Hvis der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige og vi står desuden altid til rådighed for sparring eller faglige input til det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Gitte Arnbjerg

Formand Dansk Selskab for Fysioterapi

*Høringssvaret er udarbejdet med input fra*

Nils-Bo de Vos  
Næstformand DSFTT

Gitte Arnbjerg  
Formand DSF og DSFiA

Lars Henrik Larsen  
Næstformand DSF & DSMF