

Den 15. marts 2023

Høringssvar vedrørende:

**”Tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær i Region Syddanmark”**

Dansk Rygkirurgisk Selskab (DRKS) takker for muligheden for at komme med et høringssvar, da vi som selskab ser med bekymring på en eventuel afsmittende effekt til øvrige regioner; særligt med tanke på at der er en del problematikker med det foreliggende udkast. Vi har samlet vores kommentarer i nogle overordnede kategorier nedenfor.

Forfattergruppen bag forløbsprogrammet:

- 1) Generelt er det bekymrende at man ikke kan identificere forfattergruppen bag udkastet. Forfatterens habilitet kan således ikke vurderes. Der henvises til forvaltningsloven kapitel 2, §3 stk. 1) om habilitet ”...vedkommende selv har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald eller er eller tidligere i samme sag har været repræsentant for nogen, der har en sådan interesse”. Overordnet kan man sige, at privatpraktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og alment praktiserende læger i denne sammenhæng er faggrupper med en særlig personlig eller økonomisk interesse i rygområdet. På den baggrund må der stilles spørgsmålstegn ved disse personalegruppers eventuelle deltagelse i udarbejdelsen af et offentligt forløbsprogram.

Terminologi og diagnosekategorier:

- 2) Forløbsprogrammet opererer med et begreb forfatterne kalder lænderygbesvær med eller uden udstråling til ben. Det er en uhensigtsmæssig sammenblanding af 2 tilstande – lændesmerter og udstrålende smerter hvor udredningen og underliggende patologi er forskellig. Selve termen ”lænderygbesvær” er ikke defineret ordentlig og forvirrende, for eksempel når et link i en fakta boks på side 8 med titlen ” Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til borgere med lænderygbesvær” linker til Sundhedsstyrelsens ”National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter”. Sundhedsstyrelsen opererer ikke med begrebet lænderygbesvær. I samme fakta boks er der et link til en folder ”Forstå dine smerter i lænden” hvor man på side 4 kan finde et flowdiagram med spørgsmålet ” Er der en mulig irritation eller tryk på en nerve ned til benene”. Afhængigt af svaret skal man se an eller overveje billeddiagnostisk udredning. Det vil være hensigtsmæssigt at bruge korrekt nomenklatur og omtale rette diagnoser hver for sig.

Udredning af rygpatienter:

- 3) Et gennemgående budskab i forløbsprogrammet er, at sandsynligheden for at alvorlige medicinske sygdomme der manifesterer sig som rygsmerter i praksissektoren er mindre end 1 procent. Den eneste reference der benyttes er et Australsk studie fra 2009 (Reference nr. 5 i forløbsprogrammet). Ifølge den tidligere formand for lægeforeningen er ”forskellene mellem det danske og australske sundhedssystem er – på godt og ondt – mange. En stor forskel er, at den private sektor i Australien er meget større”. Man kan således tvivle på om samme tal kan benyttes i Danmark, hvor vores praktiserende læger er gatekeepere til det sekundære sundhedssystem. Blot

at mere end 360.000 mennesker i Danmark lever med en kræftdiagnose (1) samt at mere end 500.000 danskere ifølge WHO lider af knogleskørhed, betyder at man må formode, at danske praktiserende læger ser alvorlig rygpatologi betragtelig hyppigere end hos 1 % af deres kontakter med rygpatienter. Så bombastiske udmeldinger om hyppigheden af alvorlig rygpatologi bør forankres i danske tal; ellers er der stor risiko for at behandlere i primærsektoren slækker på overvågenheden. Patienter med kræft, der får ondt i ryggen, har en metastase til det modsatte er bevist og omkring halvdelen af patienter med knogleskørhed får et brud i ryggen – begge disse årsager skal diagnosticeres og behandles.

I indledningen til forløbsprogrammet side 6 skrives, at det er et handlingsorienteret dokument. Denne ambition er forfattergruppen ikke nået i mål med. I modsætning til Region Syddanmarks tidligere forløbsprogram fremtræder denne nye version uden faste målepunkter og anvisninger for yderligere udredningstiltag og videre henvisning. Der mangler for eksempel nogle mere faste kriterier for henvisning til MR skanning. Særligt finder vi der mangler en mere konsekvent anbefaling af MR skanning ved nyopståede vedvarende rygsmerter med og uden udstråling; f.eks. med varighed over 4-8 uger. I årsrapporten for Regionernes egen database, DaRD (indikator nr. 6), viser en cancerforekomst på 1,2% inden for et år af alle der har første hospitalskontakt med rygsmerter. Hertil kommer også andre behandelige årsager til rygsmerter – de 10% af patienterne med specifikke rygsmerter. Det burde være årsag nok i sig selv til, at anbefale MR ved nye vedvarende rygsmerter. På side 10 under punkt 4.3 skrives der at billeddiagnostik har en begrænset plads i udredning af borgere med lænderygsbesvær samt at billeddiagnostik ikke ændrer den anbefalede behandling, hvis ikke der er mistanke om alvorlig patologi. Der refereres til en artikel i JAMA (reference nummer 32). Denne artikel er et RCT om forskel i outcome hos patienter der er MR-scannet versus almindeligt røntgen i udredningen af deres gener, og omhandler således ikke om billeddiagnostik ændrer behandlingen. DRKS ser med bekymring på den risikovurdering der tillægges relativt sjældne men alvorlige lidelser og deres muligheder for udredning som de kommer til udtryk i dette høringsudkast.

#### Arbejdsmarkedsfastholdelse:

- 4) I forlængelse af de manglende tidsmæssige anbefalinger om, hvornår det er betimeligt at henvise patienter til billeddiagnostisk udredning, er det tankevækkende, at der i baggrunden for forløbsprogrammet side 7 fremgår, at gevinsten ved nærværende forløbsprogram "består i, at borgerne kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet". Undersøgelser foretaget på baggrund af Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, finder en næsten lineær sammenhæng mellem længden af en eventuel sygemelding hos patienter med diskusprolaps før en operation med den post-operative sygemelding (2). Af de grunde finder Dansk rygkirurgisk selskab det rigtigt og vigtigt at, at sygemeldte patienter med tegn på rodtryk bør MR-scannes rettidigt; i vores opfattelse som anbefalet hidtil, efter 4-8 ugers varighed af symptomerne. Det bør således fremgå af det nye forløbsprogram, så relevant behandling kan iværksættes netop med henblik på at fastholde patienterne på arbejdsmarkedet.

Omhu med ressourceforbruget på behandlinger/forløb med manglende evidens:

- 5) I udkastet til forløbsprogrammet beskrives et paradigmeskifte siden udgivelsen af sidste forløbsprogram – i en erkendelse af tidligere anbefalinger ikke tilfører patienterne værdi. Den nye mantra er "Sygdomsmestring og støttet egenhåndtering" med henvisning til PICO spørgsmål 2 i sundhedsstyrelsens NKR om nyopståede lænderygsmerter (3). Spørgsmålet lyder "Bør patienter med nyopståede lænderygsmerter tilbydes individualiseret patientuddannelse i tillæg til vanlig behandling?" Sundhedsstyrelsen kommer med en svag anbefaling for individualiseret patientuddannelse, på trods af det fremgår af NKR'en, at "Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav" samt at "Evidensgrundlaget viste ingen klinisk relevant forskel mellem de to interventioner i de vurderede kritiske outcomes". Særligt med tanke på de aktuelle ønsker om at reducere udgifter i vores offentlige sundhedsvæsen blandt på grund af den demografiske udvikling vi ser ind i, er det bekymrende at nye anbefalinger ikke er baseret på solid evidens. Med henvisning til samme NKR om lænderygsmerter skrives "Billediagnostik har begrænset plads i udredning af borgere med lænderygsbesvær". I NKR'en angives at, "Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav." for denne anbefaling. Der skrives endvidere "Patienter vil ofte gerne have foretaget billediagnostisk udredning for at vide, hvad de fejler og dermed mindske usikkerheden for en alvorlig tilstand". Med patienten i centrum er dette statement essentielt - grundig udredning og diagnostik mindsker patienters usikkerhed. Med henvisning til ovenstående punkt 3 og 4 også relevant fra et lægeligt synspunkt.

DRKS kan kun bifalde at man ser på det hele menneske i mødet med patienter med lænderygsmerter. DRKS er bekendt med den nyligt publicerede hvidbog om rehabilitering (4), hvor tilblivelsen blev fulgt af en rådgivende styregruppe bestående af Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, KL, Socialstyrelsen, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, Sundhedsstyrelsen og Rehabiliteringsforum Danmark. Ambitionen er, at den fremadrettede rehabilitering skal funderes i den biopsykosociale tilgang baseret på ICF International klassifikation af funktionsevne, funktionsevne-nedsættelse og helbredstilstand. I udkastet til forløbsprogrammet anbefales ligeledes, at udredning af lænderygspatienter foretages på basis af ICF-rammen. Erfaringen med ICF i klinisk praksis er derimod ikke dokumenteret. Flere af forfatterne bag nævnte Hvidbog i 2021 publicerede en artikel hvor de skriver: "ICF is widely acknowledged, but implementation into clinical practice is lacking" (5) samt "A Promising Direction Toward Patient-Centred Care in Patients With Low Back Pain". Der findes umiddelbart kun yderligere publikationer der beskæftiger sig med ICF og rygproblemer (6, 7) der inkluderer henholdsvis en og to patienter. På side 28 beskriver udkastet til forløbsprogrammet at støttet egenhåndtering er omdrejningspunktet i det samlede tilbud til borgere med lænderygsbesvær med en reference til et systematisk review (ref 46). Dette kan undre når effekten på patienternes outcome af dette koncept er tvivlsomt, hvilket fremgår af den danske artikel bag reference 49 i forløbsbeskrivelsen. Her fremgår: "Systematic reviews summarizing the evidence for the effectiveness of self-management interventions in people with persistent LBP report that there is considerable heterogeneity between studies and that the methodological quality is generally low to moderate." I to systematiske reviews omhandlende støttet egenhåndtering konkluderes henholdsvis "These results challenge the endorsement of self-management in treatment guidelines" (8) og "For CLBP patients, there is moderate-quality evidence that Self-management program has a moderate effect on pain intensity, and small to moderate effect on disability" (9).

En del af ICF konceptet er en monitorering af patienternes respons på behandlingstiltag ved hjælp af PRO-data. I en hyppig citeret artikel i udkastet til forløbsprogrammet (ref 14) anbefales "Patient progress should be evaluated, including the use of validated outcome measures" samt "Recommended outcome measures included a seven-point patient self-rated recovery question, pain intensity, functional capacity/activities of daily living and/or quality of life". DRKS anbefaler at dette skrives ind i forløbsprogrammet. Opsamles data centralt får man inden for ganske få år overblik over de behandlingstiltag der tilfører disse patienter værdi. DRKS ser med bekymring på risikoen for at man implementerer ressourcetunge redskaber, hvor der ikke er dokumentation for at der tilføres værdi til patienterne.

- 6) Forløbsprogrammet beskriver korrekt evidensniveauet for øvelser og manuelterapi som meget begrænsede på populationsniveau. Alligevel ender programmet med at anbefale det med argumenter om at det gør andre anbefalinger og at det kan gavne de få. Man kan vel retteligt stille spørgsmålstegn ved om de offentlige midler anvendes korrekt på denne måde. Særligt med tanke på de aktuelle ønsker om at reducere udgifter i vores offentlige sundhedsvæsen blandt på grund af den demografiske udvikling vi ser ind i; tanker der flugter med initiativer blandt andet med initiativet "Vælg klogt" og de møder der er initieret af KL og regionerne har som omdrejningspunkt.

Manglende inddragelse af relevante lægelige specialer:

- 7) Reumatologer er de medicinske specialister af lidelser i bevægeapparatet. Dette indbefatter hele skelettet med tilhørende muskler, sener, led med mere. Reumatologerne udgør dermed den faggruppe der er bedst uddannet og den faggruppe med størst ekspertise i diagnostik og differentialdiagnostik af bevægeapparatets lidelser. På den baggrund er det besynderligt at denne højt kvalificerede faggruppe sort set ikke er nævnt i forløbsbeskrivelsen. Omvendt er det samtidig påfaldende hvor mange henvisninger der er til kiropraktorforeningens hjemmeside. Kiropraktorerne er i denne sammenhæng en faggruppe med specifikke finansielle interesser i rygområdet. Henvisninger til en specifik faggruppes hjemmeside bør ikke høre hjemme i et forløbsprogram.

Konklusivt fremtræder nærværende forløbsprogram langt og meget lidt operationelt. Mere bekymrende er den omlægning af udredning og behandling af rygpatienter der lægges op til ved at implementere begreber som paradigmeskifte, ICF og støttet egenhåndtering, på trods af, at der ikke er betydende evidens for at disse koncepter tilfører patienterne værdi.

På bestyrelsen i DRKS vegne, med venlig hilsen



Mikkel Mylius Rasmussen  
Overlæge, klinisk lektor, ph.d.  
Formand, Dansk ryggkirurgisk selskab.

## Referencer:

- 1 <https://www.cancer.dk/skole/viden-om-kraeft/kraeft-i-tal/hvor-mange-faar-kraeft/>
- 2 Andersen, M. Ø., Ernst, C., Rasmussen, J., Ankjær, T., & Carreon, L. Y. (2022). Predictive Factors of Successful Return to Work Following Discectomy. *Global Spine Journal*, 12(4), 627-630. <https://doi.org/10.1177/2192568220960399>
- 3 <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-for-behandling-af-nyopstaaede-laenderygsmerter>
- 4 [https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationerlitteratur/hvidbog-2-udgave\\_180522-til-web.pdf](https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationerlitteratur/hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf)
- 5 Ibsen, C., Maribo, T., Nielsen, C. V., Hørder, M., & Schiøttz-Christensen, B. (2021). ICF-Based Assessment of Functioning in Daily Clinical Practice. A Promising Direction Toward Patient-Centred Care in Patients With Low Back Pain. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 2, 732594. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.732594>)
- 6 Rauch, A., Escorpizo, R., Riddle, D. L., Eriks-Hoogland, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). Using a case report of a patient with spinal cord injury to illustrate the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health during multidisciplinary patient management. *Physical therapy*, 90(7), 1039–1052. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090327>)
- 7 Rundell, S. D., Davenport, T. E., & Wagner, T. (2009). Physical therapist management of acute and chronic low back pain using the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physical therapy*, 89(1), 82–90. <https://doi.org/10.2522/ptj.20080113>)
- 8 Oliveira, V. C., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Refshauge, K. M., & Ferreira, M. L. (2012). Effectiveness of self-management of low back pain: systematic review with meta-analysis. *Arthritis care & research*, 64(11), 1739–1748. <https://doi.org/10.1002/acr.21737>
- 9 Du S., Hu L., Dong J. Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2017;100(1):37–49. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.029.)