

**Lænderygsmarter – en
karakteristik af området m.
fokus på
tværfagligt og tværsektorielt
samarbejde**

Ole Kudsk Jensen
RegionsRygcentret
Forskningsenheden for Sygemeldte
(Tidl. Center for Bevægeapparatlidelser)
Silkeborg

Januar 2012

Forekomst af rygsmerter

- Ca. 40% af den voksne befolkning får i løbet af 1 år rygsmerter
- Ca. 1/3 søger behandling
- Ca. 30% har haft ondt i ryggen inden for den sidste måned
- 6-8% har ondt i ryggen hver dag *og har begrænsninger i funktionsevnen af denne årsag*
- Ca. 2% sygemeldt >14 dage

Tabel 1: Ambulante besøg, indlæggelser og operationer i 2010 af patienter med vedvarende, betydelige lænderygsmerter *

	18+ årige			
	Hospitaler i Region Midtjylland*	Andre offentlige Hospitaler i DK**	Privathospitaler i DK***	
Ambulant aktivitet				
Personer	7.921	1.000	1.461	~10.000
Besøg	23.058	3.348	3.496	
Indlæggelser				
Personer	2.191	112	582	~2.000
Indlæggelser	2.481	174	604	
Operation				
Personer	1.067	111	290	~1.500
Operationer	1.091	114	296	

* Aktivitet på Region Midt borgere og borgere fra andre regioner

** Aktivitet på Region Midt borgere på offentlige hospitaler i øvrige regioner

*** Aktivitet på Region Midt borgere på private hospitaler

*Forløbsrapporten

Sygemeldte med rygsmerter

- > 2 uger: 2% af 1.2 mio indbyggere: 24.000*
- > 6 uger: 4.500**
- Nuværende henvisningsmønster:
 - Sygemeldte blandt patienter set i sekundærsektoren 20-40%***, dvs. 2.500-5.000?
- For flertallet af ptt. henvist til rygvurdering i sekundærsektoren er der således *ikke* behov for et samarbejde med socialektoren

*Tal fra Norge

**Estimeret af Institut for Folkesundhed, Region Midt

***Estimeret af OKJ

Diagnostisk Triade

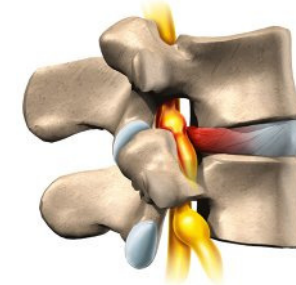


- **Alvorlige forandringer i rygsøjlen (1- 5%)**

f.eks. brud, infektion, gigtlidelse, cancer

- **Nerverodspåvirkning (5 -10%)***

f.eks. diskusprolaps, dårlig plads til
nerverødder pga. 'slidgigtforandringer'**



- **Uspecifikke lænderygsmarter (80 – 85%)**

Risikofaktorer: F.eks. diskusprolaps uden nerverodspåvirkning,
'Modic-forandringer', forstyrret smerteregulation, funktionel lidelse



* I sekundærsektoren 30-40%

**Slidgigt er arvelige aldersforandringer, skyldes som regel ikke slid

Rygsmarter har mange årsager

- Arvelighed
- Livsstil (f.eks. mangel på motion, rygning)
- Fysiske (f.eks. prolaps, brud, gigtsygdom)
- Psykiske (f.eks. 'stress', depression)
- Sociale (f.eks. hårdt fysisk arbejde, monotont arbejde)

Prognosen bestemt af mange faktorer

- Individuelle (f.eks. graden af smerter og funktionsnedsættelse, indskrænket bevægelighed, evnen til at håndtere smerter, psykiske forhold)
- Myter (f.eks. misforståelser om årsager til smerter)
- Sociale forhold (f.eks. belastninger i familien, manglende hensyntagen på arbejdspladsen, arbejdsskadesag)

Der er dokumentation for god effekt af nogle behandlingsformer, men som hovedregel er der ikke effektive behandlinger*

Derfor er der behov for tværfaglighed og ensartet information** ...

- Primærsektor: Prakt. læger, kiropraktorer, fysioterapeuter
- Sekundærsektor: Rygkirurg, reumatolog, fysio- og ergoterapeut, plejepersonale, socialrådgiver, evt. kiropraktor

*Trods det bliver de fleste rygpatienter alligevel igen velfungerende

** Forløbsrapporten, Bilag 2. Information til brug for dialog, vejledning, udredning...

- og behov for grundig udredning*,
når smerterne har varet længere tid
og medført betydeligt nedsat
funktionsniveau

Helbredsmæssig udredning:

- Sygehistorie og grundig klinisk undersøgelse ved ryglæge evt. fysioterapeut el. kiropraktor
- Hos fysioterapeut: Testning, plan for fysisk aktivitet
- MR-scanning af lænderyggen
- Evt. blodprøver (el. suppl. undersøgelser)

*Eller behov for hurtig udredning ved mistanke om alvorlig, specifik ryg sygdom

Tanker om sygdomme (Petrie and Weinmann, 1998)



Tanker om sygdomme (Petrie and Weinmann, 1998)



Hos sygemeldte:

Behov for konsensus mellem sundhedssektor, socialektor, arbejdsplads og patient, specielt vigtigt at patienten er relevant afklaret

MR hos raske patienter (uden rygsmerter i 2 år (VAS<2) og ikke tidl. funktionsnedsættelse)

	All subjects (n=200)	
Completely normal MR	24.5%	
DDD Grade 3-5 (most severe level)	76.5%	diskusdegeneration*
Level of most severe MR DDD changes	L2/3=7	
	L3/4=28	
	L4/5=108	
	L5/S1=65	
Annular fissure or HIZ	19.5%	revne i diskusskive
Disc protrusion	30.5%	} diskusprolaps
Disc extrusion	7%	
End plate changes (moderate-severe)	21.5%	Modic forandringer
Facet arthrosis (moderate-severe)	20%	
Spinal stenosis (moderate-severe)	13%	snævre pladsforhold
Root touching	11%	} rodpåvirkning
Root displacement or compression	3%	

*='slidgigt'

Carragee E et al 2006

MR scanning af lænderyggen

- Viser som hovedregel ikke, hvad patienten fejler, men hvad patienten ikke fejler
- Der er generelt dårlig sammenhæng mellem billeddiagnostik og smerter
- Da bekymringsssymptomer har betydning for prognosen, er det vigtigt, at patienten bliver relevant informeret om, hvad MR viser
- Men det er også vigtigt for både patient, rygcenter og socialsektor (hos sygemeldte), at evt. specifik diagnose er afklaret

59 årig kvinde, sygemeldt
fra SOSU hjælper arbejde,
føler sig presset
af kommunen,
henvist
med uspecifikke
rygsmerter

Klinisk: Ømhed og indskrænket
bevægelighed af ryggen,
ikke tegn til rodtryk

Røntgen nogle måneder
tidligere beskrevet
som normal



35 årig mand med uspecifikke
rygsmerter, sygemeldt fra
hårdt
fysisk arbejde på
møbelfabrik
Klinisk: Ømhed og
indskrænket bevægelighed,
ingen tegn til rodtryk



Tværfaglighed i sekundærsektoren

- Tværfaglig visitationskonference (hvem skal se patienten primært?)
 - reumatolog og rygkirurg
- Tværfaglig vurdering
 - reumatolog, fysioterapeut (evt. kiropraktor)
- Tværfaglig konference mhp. behandlingsplan og tværfaglig konservativ behandling
 - reumatolog, socialmediciner, arbejdsmediciner, fysio- og ergoterapeut, sygeplejerske, socialrådgiver, psykolog, psykiater
- Tværfaglig konf. med kirurger ved evt. indikation for kirurgi

Sektorovergange

- Entydige henvisningskriterier vedr. henvisning fra primær til sekundærsektor
- Kopi af journal fra sekundær til primærsektor (og til socialektor ved sygemelding)
- Hos sygemeldte med langvarige forløb:
Forløbskoordinator i sekundærsektor i kontakt med forløbskoordinator i socialektor (undgå dobbeltforløb)

For mere detaljeret beskrivelse

- Se forløbsprogrammet!