

Bilag til forløbsprogram for lænderygsmarter

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 26. juni
2012

Godkendt af Regionsrådet den 22. august 2012

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Bilag 1: Medlemmer af forløbsprogramgruppen	3
Bilag 2: Information til brug for dialog, vejledning, udredning og behandling af patienter med lænderygsmærter	7
Bilag 3: "Røde flag" ved udredning i praksissektoren.....	12
Bilag 4: STarT Back Screening Tool	13
Bilag 5: Udredning ved kiropraktor.....	16
Bilag 6: Fysioterapeutisk lænderygudredning i praksissektoren.....	22
Bilag 7: Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ).....	25
Bilag 8: Udvidet fysioterapeutisk lænderygudredning i praksissektoren	27
Bilag 9: Udvidet lænderygudredning ved kiropraktor.....	31
Bilag 10: Fysioterapeutisk udredning og tests i sekundærsektoren	40
Bilag 11: Rådgivning om arbejdsfastholdelse i sekundærsektoren	43
Bilag 12: Kognitiv indsats ved Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital.....	48
Bilag 13: Anbefalinger til kommunerne ved etablering af tværfagligt ryg-rehabiliteringsteam.....	49

Bilag 1: Medlemmer af forløbsprogramgruppen

Navn/titel	Ansættelse (primo 2010/august 2011)	Indstillet af:
Formandskab		
Centerchef Lisbeth Kallestrup	Regionshospitalet Silkeborg/Aarhus Universitetshospital	Region Midtjylland
Sundhedschef Lene Jensen	Randers Kommune	Region Midtjylland
Regionspraksiskoordinator Jens Rubak	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud	Region Midtjylland
Medlemmer – sundhedsfaglige råd		
Overlæge Finn Hjort Madsen	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, reumatologisk afd.	Reumatologisk specialeråd
Overlæge Peter Helmig	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, ortopædkirurgisk afd.	Ortopædkirurgisk specialeråd
Afdelingslæge Lone Donbæk Jensen	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, arbejdsmedicinsk afd.	Specialerådet vedr. arbejdsmedicin
Sociallæge Annette Abell	Sociallægeinstitutionen, Århus Kommune	Specialerådet vedr. samfundsmedicin
Overlæge Helge Kasch	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, neurologisk afd.	Neurologisk specialeråd
Overlæge Nils Balle Christensen	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, klinik for funktionelle lidelser	Region Midtjylland, på anmodning fra Neurologisk specialeråd Erstattet professor Per Fink, ÅUH Århus Sygehus, klinik for funktionelle lidelser
Sygeplejerske Annette Thurah	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, reumatologisk afd.	Regionale sygeplejefaglige råd

Ergoterapeut Lisa Østergaard	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital	Regionale Terapeutråd
Den regionale praksiskonsulentordning		
Praksiskonsulent vedr. fysioterapi Nils-Bo de Vos Andersen	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland Erstattet praksiskonsulent Inger Qvist
Praksiskonsulent vedr. kiropraktik Lise Hestbæk	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Praksiskonsulent på almenlæge-området Per Kallestrup	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Praksiskonsulent på almenlæge-området Lise Forsom	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Hospitaler		
Ledende overlæge Bjarne Thomsen	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital, reumatologisk afdeling	ÅUH Århus Sygehus/Aarhus Universitetshospital
Overlæge Ole Kudsk Jensen	RH Silkeborg, Center for bevægeapparatlidelser/Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg/ Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg
Ledende terapeut Lene Bastrup Lange	Terapiafdelingen	Regionshospitalet Horsens
Ledende overlæge Steen Elkjær Husted	Medicinsk afdeling	Hospitalsenhed Vest Erstattet Jens Oluf Bruun Pedersen, september 2011
Overlæge Martin Bak	Medicinsk afdeling	Regionshospitalet Randers
Overfysioterapeut Poul Schmidt	Fysioterapien	Regionshospitalet Viborg/ Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg

Kommuner		
Fysioterapeut Mette Broberg	Skive Kommune	Kommunerne i Region Midtjylland
Fysioterapeut Sanne Palner	Randers Kommune	Kommunerne i Region Midtjylland Erstattet Lene Kragh Thomsen, december 2010
Ledende terapeut Winnie Munk	Holstebro Kommune	Kommunerne i Region Midtjylland
Socialrådgiver Rikke Ringstrøm	Århus Kommune	Kommunerne i Region Midtjylland Udtrådt. Ny udpegning under afklaring
Ledende terapeut Jeanette Lauersen	Ringkøbing-Skjern Kommune	Kommunerne i Vestklyngen
Chef for sundhed og omsorg Lis Kaastrup	Viborg Kommune	Kommunerne i Viborg-klyngen Erstattet Charlotte Brøndum, november 2011
Leder af træningssektionen Hanne Jensen	Silkeborg Kommune	Kommunerne i Silkeborg-klyngen
Centerkoordinator Linda Johansen	Favrskov Kommune	Kommunerne i Randersklyngen Udtrådt marts 2011. Kommunerne i klyngen har ikke foretaget ny udpegning.
Funktionsleder Lene Petersen	Horsens Kommune	Kommunerne i Horsensklyngen
Leder Vibeke Brønnum	Århus Kommune	Kommunerne i Århus-klyngen Erstattet Chefkonsulent Jane Tribler pr. 15. april 2011
Praksisudvalg og samarbejdsudvalg		
Praktiserende læge Anna Mette Nathan		Praksisudvalget i Region Midtjylland
Fysioterapeut Lene Skytte		Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi

Kiropraktor Niels Klougart		Samarbejdsudvalget vedr. kiropraktik
Praktiserende speciallæge Berit Schiøttz-Christensen		Samarbejdsudvalget for speciallæger
Afdelinger/center på sundhedsområdet, Region Midtjylland		
Kontorchef Birgitte Haahr	Afdelingen for regionalt sundhedssamarbejde/Nære Sundhedstilbud	Afdelingen for regionalt sundhedssamarbejde/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Chefkonsulent Steen Vestergaard Madsen	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud	Afdelingen for primær sundhed/Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
Fuldmægtig Rikke Ringgaard Jepsen	Afdelingen for sundhedsplanlægning	Afdelingen for sundhedsplanlægning, Region Midtjylland Erstattet fuldmægtig Jeanette Pinnerup Jensen, juni 2011
Socialoverlæge Ellen Pallesen	Center for Folkesundhed/Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling	Center for Folkesundhed/Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
Programkoordinator		
Mette Kvist	Regionalt Sundhedssamarbejde/Nære Sundhedstilbud	

Bilag 2: Information til brug for dialog, vejledning, udredning og behandling af patienter med lænderygsmærter

Kortvarige, lette eller moderate, uspecifikke lænderygsmærter:

- Årsagen til rygsmerter kan i de fleste tilfælde ikke ses på røntgenbilleder eller MR-scanning af lænderyggen.
- Man skal så vidt muligt fortsætte med sædvanlige aktiviteter, inklusive arbejde.
- Smertestillende medicin kan evt. gøre det nemmere at være fysisk aktiv, og man behøver ikke at frygte, at smertestillende medicin kamuflerer, at der er noget alvorligt galt med ryggen. Der er dokumenteret effekt af paracetamol og non-steroide antireumatika (NSAID).
- I de første uger (den akutte fase) er der ikke dokumentation for at specifikke øvelser eller træning virker, men det er vigtigt at være så aktiv som mulig. Man må gerne motionere fra dag 1 (gå, cykle eller svømme). Undertiden bliver patienter advaret mod at gå, løbe, cykle eller svømme. Der er ingen grund til på forhånd at advare mod nogen form for motion, men det kan være relevant at anvende den type motion, som provokerer smerterne mindst.
- Sengeleje eller strækbehandling hjælper ikke.
- Smerter behøver ikke at være udtryk for, at der er noget galt med ryggen, men kan evt. blot være en måde ryggen reagerer på, efter at man har rørt sig for lidt i en periode eller har belastet ryggen på en uvant måde, evt. kombineret med psykisk stress.
- I nogle tilfælde kan smerterne skyldes diskusprolaps, men dette ændrer ikke rådgivningen, så længe der ikke er nerverodssmerter¹ (se venligst nedenfor) eller tegn på nerverodstryk². Diskusprolaps findes ofte som et tilfældigt fund, når man scanner ryggen hos normalbefolkningen.
- Med henblik på at holde fokus på patientens egen aktive indsats kan undersøgelse med gentagne bevægelser og efterfølgende retningspecifikke øvelser forsøges, hvis smerterne fortsætter.
- Manuel behandling³, massage eller akupunktur kan forsøges, hvis smerterne fortsætter, og der er problemer med at fungere normalt. Disse behandlinger er nogenlunde ligeværdige og virker bedre end at gøre ingenting, men der er ikke tale om effektive behandlinger, dvs. behandlinger som fjerner smerterne hos de fleste.
- De fleste smerter aftager gradvist, nogle gange pludseligt, men smerterne har en tendens til at komme igen.
- Eneste kendte forebyggelse af rygsmerter er rigelig fysisk aktivitet i dagligdagen, f.eks. i form af motion, øvelser eller træning. Det er ikke bevist, at én form for fysisk aktivitet virker bedre forebyggende end andre former. Fysisk aktivitet forebygger dog ikke rygsmerter i alle tilfælde; nogle får rygsmerter, også selvom de sørger for rigelig motion.

- Hvis man er ryger, har man større risiko for rygproblemer. Det formodes, at rygeophør kan være med til at forebygge tilbagefald. Der er især fundet sammenhæng mellem rygning og diskusprolaps, og det er vist at rygning har betydning for tilbagefald efter en diskusprolapsoperation.
- Sådanne slidgigtforandringer opstår hos arveligt disponerede og opstår med alderen. De opstår som hovedregel ikke af tungt arbejde, men det er velkendt, at rygsmerter oftere opstår hos folk med tungt arbejde, end hos folk med ikke-fysisk belastende arbejde.
- Den siddende stilling kan hos mange forværre smerterne, men siddende arbejde øger ikke i sig selv risikoen for rygsmerter (men mangel på motion i dagligdagen kan øge risikoen).
- Der er generelt dårlig sammenhæng mellem smerter og de forandringer man ser på røntgenbilleder og scanningsbilleder. Folk med normal MR-scanning af lænderyggen kan have rygsmerter, og folk med slidgigtforandringer og såkaldte Modic-forandringer, som kun findes hos folk med slidgigtforandringer, kan være normalt fungerende. Slidgigtforandringer og Modic-forandringer optræder hyppigere hos patienter med rygsmerter og kan således være årsag til smerterne, men ofte spiller også andre forhold en rolle. Diskusprolaps kan forekomme hos folk uden rygsmerter, men kan også være medvirkende årsag til rygsmerter, selvom der ikke er nerverodssmerter.
- Når man først har fået rygsmerter, kan bekymringer, stress og spekulationer forværre og vedligeholde rygsmerterne. Det er derfor vigtigt at få relevant information om tilstanden og forløbet, så man ikke bekymrer sig unødigt, da langt de fleste rygsmerter er godartede.

Voldsomme lænderygsmerter:

- Ovennævnte information kan anvendes og suppleres med følgende:
- Sengeleje hjælper ikke i sig selv på rygsmerter, men nogle gange kan man have så mange smerter, at man bliver nødt til at ligge ned. I så tilfælde tilrådes så kortvarigt sengeleje som muligt.
- Det er ofte nødvendigt at tage smertestillende medicin på faste tidspunkter 3-4 gange i døgnet og ofte mere end et præparat. Sædvanligvis anvendes paracetamol, NSAID og tramadol.
- Hvis smerterne ikke aftager, og der er problemer med at genvinde gangfunktionen trods smertestillende medicinsk behandling, kan yderligere undersøgelser med henblik på eventuel påviselig årsag til smerterne være relevante, evt. via indlæggelse.

Langvarige (> 3 måneder) uspecifikke lænderygsmerter:

Den ovenfor beskrevne information kan anvendes, og kan suppleres med følgende:

- Til langvarige rygsmerter findes ikke behandlinger, som effektivt fjerner smerterne hos de fleste, men der findes en række dokumenterede behandlinger, som hjælper bedre end ikke at gøre noget.

- Af de forskellige typer behandlinger, der anvendes, er motion, øvelser og træning mest virksomme og skal ofte tilpasses den enkelte. Specielt er det dokumenteret, at gradueret motion, øvelser og træning virker bedre hos sygemeldte end andre behandlinger, f.eks. smertelindrende manuel terapi med efterfølgende øvelser.
- Når der foreligger langvarige smerter, er det for den enkelte essentielt at få kontrol over smerterne. Derfor er patientens egen indsats afgørende, og ved passive behandlinger (massage, manuel terapi) er det vigtigt at være opmærksom på, at behandlingen ikke kan stå alene, men er et supplement til patientens egen indsats.
- Afspændingsbehandling er i dag en dokumenteret behandling til langvarige lænderygssmerter og kan med fordel kombineres med motion, øvelser og træning.
- Medikamentel smertebehandling kan lindre smerter og er specielt relevant, når det kan bedre funktionsevnen. Der er dokumentation for effekt på smerterne af paracetamol, NSAID og det svagt virkende morfinpræparat tramadol, enkeltvis eller i kombination. NSAID tilrådes ikke som fast behandling, men i perioder med symptomforværring. Muskelrelaxantia, som der også er dokumenteret effekt af, anbefales ikke som første valg, da der er høj forekomst af CNS-bivirkninger (svimmelhed, søvnighed) og risiko for afhængighed. Morfika bør som hovedregel undgås på grund af risikoen for toleransudvikling og afhængighed.
- Bekymringer, stress og spekulationer kan forværre og vedligeholde smerterne, hvorfor det er vigtigt, at finde løsninger på uafklarede psykiske og sociale problemstillinger.
- Depression forekommer oftere hos patienter med langvarige rygsmerter end i normalbefolkningen. Medicinsk behandling af evt. ledsagende depression kan overvejes og nogle former for antidepressiv behandling kan i sig selv virke lindrende på smerterne. Depression hos folk uden smerter kan disponere for senere ryg- og nakkesmerter, hvorfor kombinationen af rygsmerter og depression kan være vanskelig at behandle, da depression og smerter gensidigt vedligeholder hinanden.
- Ved langvarige, kraftige rygsmerter findes der som regel ikke synlig enkeltårsag, selv efter grundig udredning med MR-scanning, men udredning er ofte relevant, blandt andet for at udelukke sjældne årsager til rygsmerter som fx rygsøjlegigt.

Nerverodssmerter¹ :

- Årsagen til smerterne kan sædvanligvis ses på MR-scanning, men ikke på røntgenbilleder.
- Nerverodssmerter skyldes i de fleste tilfælde diskusprolaps, men kan også skyldes slidgigtforandringer.
- I de fleste tilfælde forsvinder smerterne af sig selv, selvom der kan gå længere tid.

- Evt. kraftnedsættelse eller føleforstyrrelser i ben eller fod bliver sædvanligvis bedre af sig selv.
- Sengeleje hjælper ikke i sig selv, men kan være nødvendig i korte perioder mhp. smertelindring.
- Man må gerne motionere i den udstrækning, bensmerterne ikke forværres. Undersøgelse med gentagne bevægelser og efterfølgende retningspecifikke øvelser kan aflaste generne hos nogle. Egentlig rygtræning anbefales ikke i starten af forløbet, da det ofte vil forværre smerterne, og der ikke er nogen dokumenteret positiv effekt af rygtræning i denne fase.
- Supplerende medicinsk smertebehandling er ofte nødvendig, og ofte er ét præparat ikke tilstrækkeligt. Sædvanligvis anvendes paracetamol, et NSAID præparat og tramadol i fast dosering 3-4 gange dagligt. Undertiden er supplerende behandling med tricykliske antidepressiva eller gabapentin relevant. Disse præparater er dokumenteret virksomme ved andre typer neurogene smerter, men er ikke undersøgt i kontrollerede undersøgelser ved nerverodssmerter.
- Hvis smerterne ikke bliver bedre, vil der som regel kunne tilbydes operation. I de fleste tilfælde er det bedst at vente 6-12 uger med at tage stilling til operation, da 1 og 2 års resultater af ikke-operativ behandling er på højde med resultaterne af operativ behandling. Der er dog nogle, som har bedre effekt af operation end af ikke-operation, og operation vil ofte kunne forkorte varigheden af bensmerterne.
- Hvis der opstår tiltagende, udtalt kraftnedsættelse i fod eller ben, er det relevant at blive vurderet med henblik på operation i løbet af kort tid (inden for 1 døgn eller få dage).
- Hvis der opstår manglende kontrol over vandladning eller afføring, bør man vurderes akut hos læge med henblik på, om prolapsen påvirker nerverne til lukkemuskulaturen. I så tilfælde bør man opereres akut (inden for et døgn), men komplikationen optræder sjældent, dvs. hos mindre end én af 100 med prolaps, hvorfor der hos de fleste ikke er grund til bekymring.

Forklaringer, som ikke er hensigtsmæssige til patienter med lænderygsmarter:

"Ryggen er gået af led", "bækkenet er skredet ud", "bækkenet sidder skævt", "der er en udposning af en diskus", "diskus smutter ud", "ryggen er slidt ned".

"Slidigt" kan i de fleste tilfælde forklares som arvelige aldersrelaterede forandringer, men kan dog være medvirkende årsag til rygsmarter. Mindre krumningsfejl i rygsøjlen forekommer ofte som et tilfældigt fund. Betegnelsen "skæv ryg" forbeholdes skoliosepatienter. Diskusprolaps kan være medvirkende årsag til rygsmarter, eller være årsag til nerverodspåvirkning.

¹ Nerverodssmerter: Bensmerterne er lige så generende eller værre end smerterne i ryggen, smerterne er typisk jagende eller brændende, og der kan være snurren og sovende fornemmelse oftest under knæniveau og undertiden ud i foden.

² Nerverodstryk: Tegn på at nerveroden er udsat for tryk. Disse tegn findes ved undersøgelse af patientens ben.

³ Manuel behandling: Den behandling, der gives med hænderne på leddene i rygsøjlen af en kiropraktor eller en fysioterapeut eller læge uddannet i manuel terapi.

Bilag 3: "Røde flag" ved udredning i praksissektoren

	Fraktur	Cancer eller inflammation	Neurologisk
Anamnese	<p>Forudgående større trauma, f.eks. fald fra højde eller trafikulykke</p> <p>Osteoporose</p>	<p>Debutalder >50 år</p> <p>Uforklarligt vægtnedtagelse, feber eller træthed</p> <p>Vedvarende progredierende smerter uden midlertidige lindrende perioder</p> <p>Natlige smerter</p> <p>Thoracale smerter</p> <p>Tidl. Cancersygdom</p> <p>Hiv eller stofmisbrug</p> <p>"Inflammatorisk smertemønster" (morgenstivhed, lindring ved fysisk aktivitet)</p> <p>>3 mdr. varighed, gradvis debut < 45 år</p>	<p>Nedsat kraft, faldeepisoder</p> <p>Føleforstyrrelser i ridebukseområdet</p> <p><u>Urinretention</u></p> <p>Evt. pludseligt ophør af nerverodssmerter ledsaget af manglende fornemmelse af blærefyldning</p> <p>Urininkontinens eller fæcesinkontinens (forbigående urininkontinens kan forekomme ved mange smerter)</p>
Kliniske fund	<p>Evt. smerter ved perkussionstest</p>	<p>Evt. smerter ved perkussionstest</p> <p>Evt. forhøjet CRP/SR</p> <p>Evt. forhøjet basisk fosfatase</p>	<p>Progredierende pareser</p> <p>Sensibilitetsforandringer i ridebukseområdet</p> <p>Nedsat sphinktertonus</p> <p>Manglende anucutanrefleks</p> <p>Vedvarende betydeligt indskrænket foroverbøjning</p> <p>Udbredte neurologiske fund</p>

Bilag 4: STarT Back Screening Tool

Patientens navn: _____ Dato: _____

Tænk tilbage på de seneste 2 uger og marker dit svar på følgende spørgsmål:

		Uenig 0	Enig 1
1	I løbet af de seneste 2 uger har mine ryg smerter bredt sig ned i mit/mine ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg har haft smerter i mine skuldre eller nakke løbet af de seneste 2 uger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg har kun gået korte afstande på grund af mine ryg smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	I løbet af de seneste 2 uger har jeg klædt mig langsommere på end normalt på grund af ryg smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Det er egentligt ikke sikkert for en person i min tilstand at være fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jeg har været bekymret meget af tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Jeg føler mine ryg smerter er forfærdelige og de bliver aldrig bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Generelt har jeg ikke nydt alle de ting, som jeg plejede at nyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Overordnet set, hvor generende har dine ryg smerter været de seneste 2 uger?

Slet ikke

Lidt

Middel

Meget

Extremt

0

0

0

1

1

Total score (alle 9): _____

Sub Score (spr. 5-9): _____

© Keele University 14/05/09

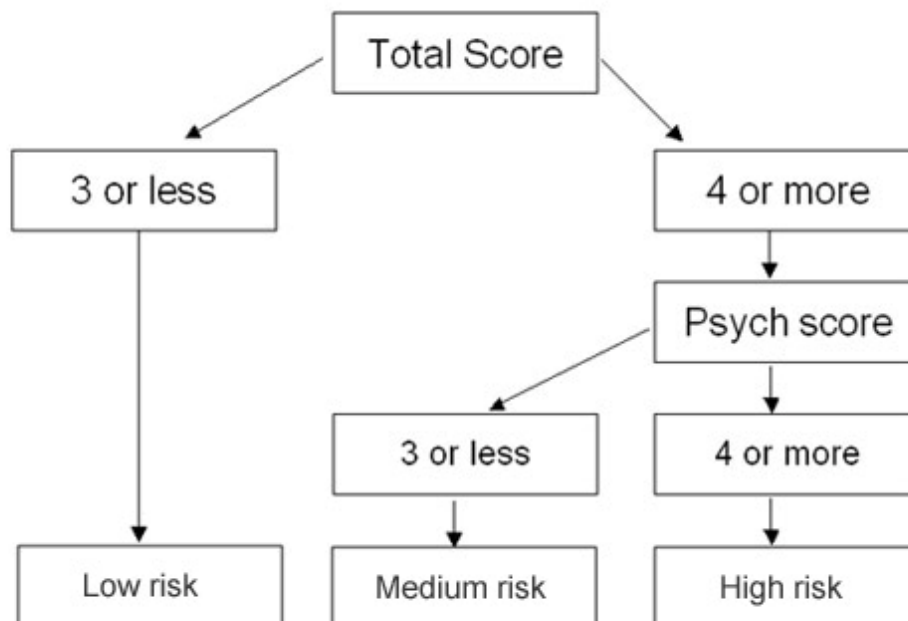
Scoring og brug af STarT 9

The SBST 9-item version

The SBST [9-item tool](#) is available in a [number of languages](#), including English, Dutch, French, Spanish, Danish and Welsh. The questions it includes were selected because they are established predictors for persistent disabling back pain. They include radiating leg pain, pain elsewhere, disability (2 items about difficulties with dressing & walking taken from the Roland and Morris Disability Questionnaire), fear (1 item from the Tampa Scale of Kinesiophobia), anxiety (1 item from the Hospital Anxiety and Depression Scale), pessimistic patient expectations (1 item from the Pain Catastrophising Scale), and low mood, (1 item from the Hospital Anxiety and Depression Scale) and how much the patient is bothered by their pain (from Dunn & Croft 2005). All 9-items use a response format of 'agree' or 'disagree', with exception to the bothersomeness item, which uses a Likert scale.

The SBST produces two scores: overall scores and distress subscale scores ([Hill et al 2008](#))

- The distress subscale score is used to identify the high-risk subgroup. To score this subscale add the last 5 items; fear, anxiety, catastrophising, depression & bothersomeness (bothersomeness responses are positive for 'very much' or 'extremely' bothersome back pain). Subscale scores range from 0 to 5 with patients scoring 4 or 5 being classified into the high-risk subgroup
- The overall score is used to separate the low risk patients from the medium-risk subgroup. Scores range from 0-9 and are produced by adding all positive items; Patients who achieve a score of 0-3 are classified into the low-risk subgroup and those with scores of 4-9 into the medium-risk subgroup.



Concept of subgroup & targeting for primary care low back pain

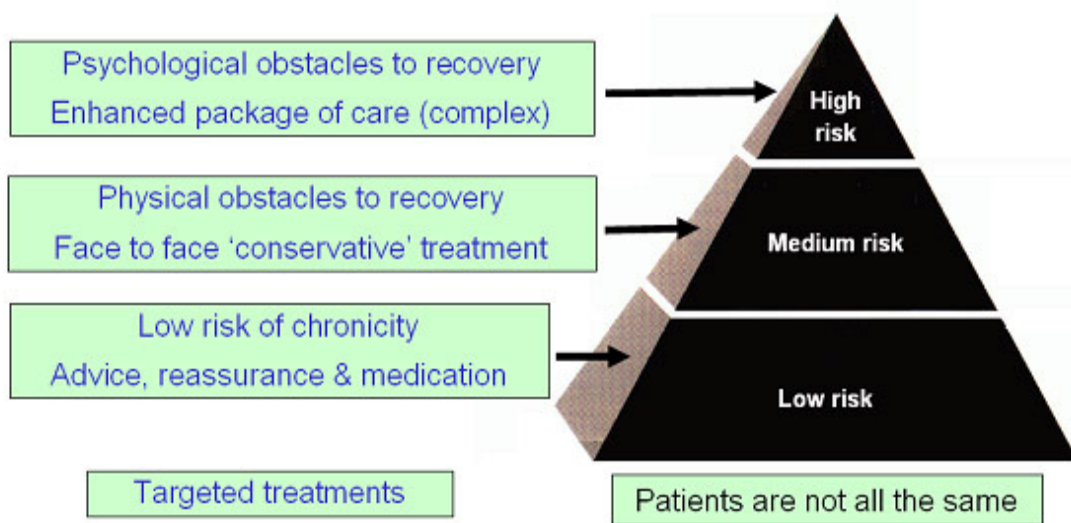


Figure to illustrate the STarT Back Screening and Targeted treatment concept

Bilag 5: Udredning ved kiropraktor

Anamnese

Aktuelle episode:

- Smerteudbredelse, herunder:
 - Lokalisation og type
 - Smerte ved hoste/bugpresse
 - Evt. spinctersymptomer
- Debut: årsag og tidspunkt
- Forværende/forbedrende forhold
- Søvn
- Brug af analgetica
- Arbejdsevne/sygemelding
- Tidligere episoder

Øvrigt:

- Alvorlige sygdomme
- Medicinforbrug
- Operationer
- Traumer
- Livsstil, herunder rygning, motion og alkohol
- Sociale forhold, herunder uddannelse og erhverv

Undersøgelse

1. Mest intense smerte

- over glutfold
- under glutfold
- ryg = ben

2. Symptomvarighed

- akut (1 – 7 dage)
- subakut (8 dg – 3 mdr)
- kronisk (> 3 mdr)

3. Samlet varighed af lændesmerter de seneste 12 mdr.

- ingen dage før aktuelle
- < 30 dg
- ≥ 30 dg

4. Bevægelighed

	i.a.	ROM indskrænket	Kendt smerte ryg	Kendt smerte ben
Flexion (FGA)				
Extension				
Højre lat. fleksion				
Venstre lat. fleksion				
Højre rotation				
Venstre rotation				

5. Modificeret Schober

15 cm øges til _____ cm

6. Holdning (ved lateral forskydning forstås en parallel forskydning til siden af overkrop ift. bækken)

Lateral forskydning Nej Ja

7. Strakt benløft (SBT) og omvendt Laseque – kun i tilfælde af bensmerter

Højre UE

Ingen smerte/ kun muskelstramning ved SBT og omvendt Laseque	
Positiv SBT ved _____ grader	
Positiv omvendt Laseque (smerte til forside lår)	
Forværring ved dorsifleksion af ankel	

Venstre UE

Ingen smerte/ kun muskelstramning ved SBT og omvendt Laseque	
Positiv SBT ved _____ grader	
Positiv omvendt Laseque (smerte til forside lår)	
Forværring ved dorsifleksion af ankel	

8. Muskel kraft – kun i tilfælde af bensmerter

Normal højre	
Normal venstre	

	Højre		Venstre	
5: Normal styrke 4: Svækket styrke 3: Aktiv bev., men kun mod tyngden 2: Aktiv bev., men kun hvis tyngden er elimineret 1: Synligt muskelspil, men ingen aktiv bev. 0: Ingen synlig eller palpabel kontraktion	i.a.	Nedsat grad 0-5	i.a.	Nedsat grad 0-5
Hofte flexion (L2-3)				
Knæ ekstension (L4)				
Knæ fleksion (L5)				
Dorsal fleksion fodled (L5)				
Plantar fleksion fodled (S1)				
Ekstension 1. tå (L5)				
Fleksion 1. tå (S1)				
Inversion ankel (L4)				
Eversion ankel (S1)				

9. Sensibilitet – kun i tilfælde af bensmerter

Normal højre	
Normal venstre	

Dermatom	Højre			Venstre		
	Normal	Nedsat	Dysæstesi	Normal	Nedsat	Dysæstesi
L2						
L3						
L4						
L5						
S1						
non-dematomal						

10. Reflekser – kun i tilfælde af bensmerter

Normal højre	
Normal venstre	

	Højre			Venstre		
	Svækket	Fraværende	Hyper	Svækket	Fraværende	Hyper
Patella						
Hase						
Achilles						

11. Plantar respons – kun ved mistanke om højere medullær påvirkning

Negativ højre – uden Babinskirespons		Positiv højre – med Babinskirespons	
Negativ venstre – uden Babinskirespons		Positiv venstre – med Babinskirespons	

12. Rektal undersøgelse – kun ved mistanke om cauda equina

(Ved ændret blære- og evt. analsphincterkontrol og/eller nedsat følesans i ridebukseområdet)

	normal	nedsat
Perinal sensibilitet		
Perinale reflekser		

Sphincter-tonus		
Sphincter-kraft		

13. Nedsat segmentiel bevægelighed

Th12 – L1	
L1 – 2	
L2 – 3	
L3 – 4	
L4 – 5	
L5 – S1	
Højre SI	
Venstre SI	

14. Hofte – kun ved mistanke om hofteproblemer

Passiv bevægelse	Normal	Nedsat	Smerter	Ingen smerter
højre hofte				
Fleksion				
Ekstension				
Udadrotation				
Indadrotation				

Kapsulært mønster	Ja	Nej
-------------------	----	-----

(indadrotation, fleksion, abduktion)

Passiv bevægelse	Normal	Nedsat	Smerter	Ingen smerter
venstre hofte				
Fleksion				
Ekstension				
Udadrotation				
Indadrotation				

Kapsulært mønster	Ja	Nej
-------------------	----	-----

(indadrotation, fleksion, abduktion)

15. Puls Kun ved mistanke om vasculær lidelse

Højre	palpabel	Ikke palpabel
dorsalis pedis		
tibialis posterior		

Venstre	palpabel	Ikke palpabel
dorsalis pedis		
tibialis posterior		

16. Almen tilstand

Kun relevante undersøgelser ved mistanke om ikke rygrelateret lidelse/anden sygdom

BT: ____/____ puls: _____

ET: Normal under middel Over middel

Palpation af abdomen: _____ ia: _____

Andre objektive fund: _____ ia: _____

17. Røntgen

Indiceret ____

Ikke indiceret ____

18. Anden sygdom årsag til rygsmerter

Mistanke om inflammatorisk rygssygdom _____

Morgenstivhed

Forstyrret søvn sidst på natten

Smerte i hvile – lindring ved aktivitet

Andre ledgener

Øjensymptomer

Psoriasis/inflammatorisk tarmsygdom

Mistanke neurogen smerte _____

Vedvarende smerte med radikulært præg, men fravær af positiv SBT/omvendt Laseque

Brændende/sviende smerte

Ingen forbedrende/forværrende faktorer

Ændret sensibilitet i området

Mistanke om anden sygdom _____

19. Røntgendiagnose

Bilag 6: Fysioterapeutisk lænderygdredning i praksissektoren

Den fysioterapeutiske udredning består af:

- Anamnese
- Objektiv undersøgelse
- Konklusion med information og vejledning
- Afklaring af effekt ved konservativ behandling og træning

Anamnese:

Ud fra samtale med patienten vurderer fysioterapeuten følgende forhold

- Screening af mulig specifik alvorlig patologi/ røde flag
- Vurdering af mulig indflydelse af psykosociale faktorer/gule flag
- Debut, varighed, tidligere episoder
- Symptomudbredelse, smerteintensitet, karakter, frekvens
- Vurdering af aktivitetsniveau og fysisk aktivitet
- Aktuel og tidligere sygemelding
- Helbredsforhold/ komorbiditet
- Medicin (effekt/ dosis/ nedtrapning)
- Behandling i andet regi

Objektiv klinisk undersøgelse:

- Inspektion
- Bevægelighedsundersøgelse
- Hvis bensmerte - neurologisk undersøgelse
- Perkussions og springingstest
- Specifik fysioterapeutisk undersøgelse for eksempel, undersøgelse med gentagne bevægelser, segmentær lokal dysfunktion, muskelinsufficiens i forhold til stabilitet, udholdenhed og styrke

Fysioterapeuten bør ud fra anamnese og objektiv undersøgelse og som udgangspunkt for konservativ behandling klassificere lænderygpatienter i en af 3 brede kategorier:

- Non-specifik lænderygsmerte
- Lænderygsmerte associeret med radiculopati eller spinal stenose
- Lænderygsmerte associeret med anden mulig specifik patologi.

Fysioterapeuten bør sikre, at udredningen herudover inkluderer vurdering af psykologiske risikofaktorer, der kan forudsige muligheden for udvikling af funktionsevnetab og kronificering

Konklusion med information og vejledning:

Fysioterapeuten bør sikre at patienter med lænderygsmarter i primærsektoren gives evidens- baseret information hvad angår forløb og prognose, samt vejlede patienterne i at forblive så aktive som muligt, motionere og forblive på arbejde. Informationen bør udleveres både mundtligt og skriftligt.

Herunder bør alle patienter ved akut lænderygsmerte informeres om den generelt gode prognose, og fremhæve at der er stor sandsynlighed for væsentlig fremskridt den første måned.

Patienter der har brug for at aflaste kraftige lænderygsmarter ved sengeleje, bør opfordres til at vende tilbage til normalt aktivitetsniveau og arbejde så tidligt som muligt

Fysioterapeuten bør tidligt informere om at rutine røntgen eller andre billeddiagnostiske test normalt er unødvendige, da de ikke afslører årsagen til lænderygsmerte eller forbedrer behandlingsmulighederne.

Ved manglende fremskridt bør fysioterapeuten overveje indikationer for reundersøgelse og yderligere diagnostiske test.

Ved fortsat funktionsevnetab ved T4 overveje mulighed for Fysioterapeutisk Udvidet Rygundersøgelse, ved fortsat sygemelding overveje viderehenvielse til sekundærsektoren.

Selvom evidensen for lænderygtilstande hvad angår specifikke anbefalinger for selvaktivering ved akut radiculopati og spinalstenose er utilstrækkelig, anbefales samme fremgangsmåde som ved non-specifik lænderygsmerte.

Konservativ behandling:

For patienter der ikke forbedres ved information og selvaktivering T.0 – T.2, vurderes effekten af konservativ behandling. Tre typer af konservativ behandling anbefales som behandling af akutte og subakutte lændesmerter:

- Øvelser/ fysisk aktivitet
- Manuel terapi.
- Akupunktur.

Da både evidensniveauet og risikovurderingen af alle tre behandlingsformer er stort set ens, skal patienten inddrages i valget af én af de tre interventioner. Patientens selvvalgte og motiverede indsats er nødvendig, hvis behandlingssucces skal opnås.

A: Øvelser/ fysisk aktivitet:

Hvis symptomer/ funktionsnedsættelse ikke er betydeligt reduceret efter 2 – 6 uger anbefales iværksættelse af et struktureret træningsprogram. Dette skal tilrettelægges efter patientens behov og kan være en-til-en instruktion eller gruppeundervisning. Øvelsesprogrammet kan indeholde et eller flere elementer af følgende:

- Retningsspecifikke øvelser
- Træning af stabiliserende muskler/ muskelkorset
- Udholdenheds og styrketræning
- Holdningskontrol
- Strækøvelser
- Afspænding
- Aerob træning

B: Manuel terapi:

Manuel terapi kan bestå af:

- spinal manipulation, hvor et eller flere af ryggens bevægeselementer med en impulslignende kraft bringes udover grænsen for det normale passive bevægeområde.
- manuel mobilisering, der består af led-frigørende behandling indenfor det normale passive bevægeområde
- bløddelsmobilisering der består af forskellige elementer herunder triggerpunktsbehandling, fasciebehandling, tværbehandling og traditionel massage.

C: Akupunktur

Intervention der består af insertion af nåle i specifikke akupunkturpunkter.

Bilag 7: Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ)

Navn: _____ Cpr nr.: _____ Dato: _____

Dette spørgeskema skal hjælpe din læge til en bedre forståelse af dine eventuelle fysiske eller psykiske problemer (sæt kun ét kryds for hvert spørgsmål).

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Hovedpine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Svimmelhed eller tilløb til at besvime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smerter i hjerte eller bryst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lavtsiddende rygmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kvalme eller uro i maven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskelsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. At du har svært ved at få vejret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfald af varme- eller kuldefornemmelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følelseløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En klump i halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. At du føler dig svag i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. At dine arme eller ben føles tunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bekymringer over, om der er noget alvorligt galt med din krop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bekymringer over, om du selv lider af en sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mange forskellige slags smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tilbagevendende tanker om at du fejler noget og som du har svært ved at slå ud af hovedet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mange forskellige sygdomssymptomer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tanken om, at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bekymringer om dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. At du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. At bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. At føle dig ænstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. At føle dig uden håb for fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. En følelse af, at alting er en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. At føle dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. En følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tanker om at gøre en ende på dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. En følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. At føle dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Selvbebrejdelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du nogensinde indenfor det sidste år.....

	Nej	Ja
34. Tænkt, at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ladet dig irritere over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Følt skyld over dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Straks fra morgenstunden taget en genstand, for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. I det store og hele, vil du nu beskrive dit helbred som:

Udmærket Meget godt Godt Mindre godt Dårligt Draft

Kaj Sparle Christensen's spørgeskema (CMD-SQ) kan hentes elektronisk fra hjemmesiden www.funktionellelidelser.dk

Skemaet består af tre dele: Et et-sides spørgeskema, et overlægspapir til scoring og en et-sides guide til registrering af sumscore. Spørgeskemaet består af 36 spørgsmål, der dækker symptomer og tegn, der normalt forbindes med somatoforme (funktionelle) tilstande, angst, depression og alkoholmisbrug og et slutspørgsmål om patientens generelle helbred. Hvert spørgsmål rates på en fem punkts Likert skala for distress rangerende fra *slet ikke* til *virkelig meget* (0 til 4), undtaget spørgsmålene om alkohol, der rates som simple ja/nej (0/1) svar. Tidsperioden, der rates over, er de sidste 4 uger for Likert skalaen og det sidste år for alkoholspørgsmålene. Svarene på de enkelte items kan nemt adskilles og lægges sammen til en sumscore med tilsvarende positive prædiktive værdier (PPVs) på separate subskalaer.

Det tager 2 til 5 minutter for patienten at udfylde spørgeskemaet, ratingen mindre end et minut.

CMD-SQ spørgeskemaet er konstrueret ved at kombinere 6 forskellige subskalaer: Fra SCL-90-R; symptomcheckliste (SCL-SOM), SCL-8 for emotionelle psykiatriske lidelser og to nært relaterede subskalaer; SCL-ANX4 for angst og SCL-DEP6 for depression. Helbredsangst rates med Whiteley-7 skala. SCL-8, SCL-ANX4, SCL-DEP6 og Whiteley-7 er alle udviklet ved at reducere større skalaer gennem brug af moderne item respons teori. Alkoholmisbrug og afhængighed rates ved at bruge det velkendte screeningsinstrument, CAGE.

Litteratur: Screening for functional and mental disorders in general practice. Results from a randomised clinical trial. PhD thesis. Kaj Sparle Christensen, MD. University of Aarhus, 2004

Bilag 8: Udvidet fysioterapeutisk lænderygdredning i praksissektoren

Udvidet Rygdredning i Region Midtjylland tilbyder den alment praktiserende læge en supplerende hurtig udredning af patienter med lænderygbesvær. Det er en forudsætning, at der lægeligt er screenet for alvorlig patologi og progressivt nerverodtryk. Målgruppen er patienter med uspecifikke lænderygsmerter eller med nerverodspåvirkning. Det forudsættes, at forløbet har en kompleksitet, der fordrer en særlig indsats i udredningen.

I indsatsen gives råd om smertehåndtering og smertelindrende strategier i forhold til stillinger, bevægelser og aktivitet

Henvisningsprocedure:

Henvisning sker elektronisk ved brug af fysioterapiahenvisning via henvisningshotellet (Refhost). Henvisningen skal være tilføjet "Udvidet Rygdredning" samt henvisningsårsag, relevante anamnesticke oplysninger samt eventuelt diagnoseforslag.

Økonomisk set påføres patienten ikke meromkostninger i forhold til vanlig henvisning.

Fysioterapeuten vil indkalde patienten senest en uge efter dennes henvendelse. Undersøgelse forløber indenfor max. 3 konsultationer. Senest 14 dage efter 1. undersøgelsesdato vil henvisende læge via EDI-FACT modtage undersøgelsesrapport (epikrise) med anbefalinger til det videre forløb.

Udredningen består af:

- Anvendelse af patientspørgeskemaer
- Standardiseret evidensbaseret klinisk undersøgelse.
- Indplacering i diagnostisk triage samt i fysioterapeutisk behandlingsorienteret klassifikationsmodel.
- Identifikation af risikofaktorer for udvikling af kronisk lænderygforløb.
- Evidensbaseret information og vejledning til patienten med fokus på patientaktiverende tiltag, der sikres ved en grundig information om tilstand, prognose og behandlingsstrategi.
- Afsendelse af elektronisk epikrise med rapport til henvisende læge.
- Samarbejde med praktiserende læge med hensyn til behandlingsplan

Klinisk database og krav til fysioterapeuten:

Alle patienter udredes ved brug af en IT – baseret klinisk database. Formålet med databasen er dels afprøvning af en IT-baseret undersøgelsesstandard og epikrise samt opsamling af data. Via en mailbaseret retestfunktion udsendes patientspørgeskemaer 3, 6, og 12 måneder efter 1. konsultationsdag.

Fysioterapeuter der deltager i Udvidet Rygdredning skal have eget ydernummer eller tilknytning til ydernummer i Region Midtjylland. Der er opstillet krav om klinisk erfaring og uddannelsesniveau. Deltagerne er underlagt løbende kvalitetskontrol.

Patientspørgeskemaer:

- Smerteskala ryg og ben, Start-9, samt skema der afdækker søvn, funktionsevneniveau, bevægeangst, coping, helbred og psykisk velbefindende
- Der foretages obligatorisk retest efter 3 og 12 måneder, samt i det tidlige forløb efter 4 uger.

Udvidet anamnese inkluderer:

- Screening af mulig specifik alvorlig patologi/ røde flag
- Indflydelse af psykosociale faktorer/ gule flag (patientens egne forventninger, bevægeangst, distress, mulig depression)
- Funktionsevne (ud fra ICF termer)
- Symptomudbredelse, karakter, frekvens
- Symptomadfærd ved forskellige stillinger, bevægelser og aktiviteter
- Supplerende oplysninger om tidligere forløb, udredning i andet regi, medicinforbrug, forhold omkring sygemelding, generelt helbred

Klinisk undersøgelse inkluderer:

- Inspektion/ holdning
- Neurologisk undersøgelse
- Bevægelighedsundersøgelse
- Perkussions og springingstest
- Undersøgelse med gentagne bevægelser/statiske stillinger
- Bækkenledstest
- Hofteledstest (differentialdiagnostik)
- Tegn på stenoserende tilstand
- Tegn på lokal segmentær smerte.
- Tegn på nonorganiske smerter

Diagnostisk triage:

Ud fra anamnese og objektiv undersøgelse og som udgangspunkt for handlingsplan og vejledning klassificeres lænderygpatienter i en af 3 brede kategorier:

- Non-specifik lænderygsmerte
- Lænderygsmerte associeret med radiculopati eller spinal stenose
- Lænderygsmerte associeret med anden mulig specifik patologi.

Herudover opstilles en fysioterapeutisk behandlingsorienteret klassifikation.

Information og vejledning:

Resultat og konklusion af undersøgelse og test præsenteres grundigt for patienten med henblik på opstilling af en handlingsplan.

Ved specifikke rygsmerter gives relevante information og vejledning i henhold til den specifikke årsag.

Ved uspecifikke lændesmerter gives evidensbaseret information hvad angår forløb og prognose, samt vejledning i at forblive så aktive som muligt, motionere, forblive på arbejde samt at inaktivitet ikke gavner rygsmerter. Der udleveres skriftligt standardiseret informationsmateriale.

Ved tilstedeværelse af gule flag eller bekymring/angst ved fysisk aktivitet inddrages elementer i indsatsen der målrettet sigter mod reduktion af bevægeangst og bekymring.

Anbefaling af opfølgende handlingsplan med medinddragelse af patienten i beslutningsprocessen.

Opfølgende handlingsplan:

I efterfølgende forløb opstilles et specifikt træningsprogram der kan indeholde et eller flere af følgende elementer:

- Retningspecifikke øvelser
- Stabilitetstræning
- Udholdenheds og styrketræning
- Bevægelsesinstruktion
- Holdningskontrol
- Strækøvelser
- Afspænding
- Aerob træning

Træningen kan udføres som selvtræning, vejledt individuel træning eller holdtræning i defineret periode. Der udleveres skriftligt træningsprogram til selvtræning.

Der lægges en plan for patientens deltagelse i generel fysisk aktivitet med vægt på opnåelige mål. Patienten instrueres i at øge belastning gradvist i forhold til fysisk aktivitet og arbejdssituation. Patientens muligheder for deltagelse i generel motion/fysisk aktivitet afdækkes. Det kan evt. dreje sig om:

- Gang eller stavgang
- Løbetræning
- Fitnesscenter
- Cykling
- Svømning

Hvis relevant kan manuel terapi og akupunktur afprøves i kortvarigt forløb:

- Spinal manipulation
- Manuel mobilisering

- Bløddelsmobilisering
- Insertion af nåle i specifikke akupunkturpunkter

Andre tiltag end fysioterapeutiske:

Fysioterapeuten kan i sin rapport til henvisende læge anbefale denne at overveje andre/yderligere tiltag:

- Henvisning til udredning i sekundærsektoren
- Henvisning til rygcenter
- Henvisning til speciallæge
- Henvisning til billeddiagnostik
- Henvisning til psykolog eller psykiater

Bilag 9: Udvidet lænderygdredning ved kiropraktor

Anamnese

Aktuelle episode:

- Smerteudbredelse, herunder:
 - Lokalisation og type
 - Smerte ved hoste/bugpresse
 - Evt. spinctersymptomer
- Debut: årsag og tidspunkt
- Forværende/forbedrende forhold
- Søvn
- Brug af analgetica
- Arbejdsevne/sygemelding
- Tidligere episoder

Øvrigt:

- Alvorlige sygdomme
- Medicinforbrug
- Operationer
- Traumer
- Livsstil, herunder rygning, motion og alkohol
- Sociale forhold, herunder uddannelse og erhverv

Undersøgelse

1. Mest intense smerte

- over glutfold
- under glutfold
- ryg = ben

2. Symptomvarighed

- akut (1 – 7 dage)
- subakut (8 dg – 3 mdr)
- kronisk (> 3 mdr)

3. Samlet varighed af lændesmerter de seneste 12 mdr.

- ingen dage før aktuelle
- < 30 dg
- ≥ 30 dg

4. Bevægelighed

	i.a.	ROM indskrænket	Kendt smerte ryg	Kendt smerte ben
Flexion (FGA)				
Extension				
Højre lat. fleksion				
Venstre lat. fleksion				
Højre rotation				
Venstre rotation				

5. Modificeret Schober

15 cm øges til cm

6. Gentagne bevægelser (10 x hver retning)

	Under test				Efter test			
	<i>Centralisering</i>	<i>Periferalisering</i>	<i>"Tænd/sluk" i yderstilling</i>	<i>Ingen effekt</i>	<i>Centraliseret = holdbar mindre udbredelse</i>	<i>Periferaliseret = Holdbar større udbredelse</i>	<i>Forværring af intensitet</i>	<i>Uændret</i>
Fleksion								
Ekstension								
Højre sideglid (skuldre mod højre)								
Venstre sideglid (Skuldre mod venstre)								
Fleksion liggende								
Ekstension liggende								
Rotation højre, liggende								
Rotation venstre, liggende								

Konklusion

Centraliserer	
Periferaliserer	
Retningspræference	
Dysfunktion obs pro	

7. Holdning (ved lateral forskydning forstås en parallel forskydning til siden af overkrop ift. bækken)

Lateral forskydning Nej Ja

8. Hypermobilitet

Albue 10 grader hyperekstension (dominant side) Nej Ja

9. Strakt benløft (SBT) og omvendt Laseque – kun i tilfælde af bensmerter

Højre UE

Ingen smerte/ kun muskelstramning ved SBT og omvendt Laseque	
Positiv SBT ved _____ grader	
Positiv omvendt Laseque (smerte til forside lår)	
Forværring ved dorsifleksion af ankel	

Venstre UE

Ingen smerte/ kun muskelstramning ved SBT og omvendt Laseque	
Positiv SBT ved _____ grader	
Positiv omvendt Laseque (smerte til forside lår)	
Forværring ved dorsifleksion af ankel	

10. Muskel kraft

Normal højre	
Normal venstre	

	Højre		Venstre	
5: Normal styrke 4: Svækket styrke 3: Aktiv bev., men kun mod tyngden 2: Aktiv bev., men kun hvis tyngden er elimineret 1: Synligt muskelspil, men ingen aktiv bev. 0: Ingen synlig eller palpabel kontraktion	i.a.	Nedsat grad 0-5	i.a.	Nedsat grad 0-5
Hofte flexion (L2-3)				
Knæ ekstension (L4)				
Knæ fleksion (L5)				
Dorsal fleksion fodled (L5)				
Plantar fleksion fodled (S1)				
Ekstension 1. tå (L5)				
Fleksion 1. tå (S1)				
Inversion ankel (L4)				
Eversion ankel (S1)				

11. Sensibilitet (sæt kryds)

Normal højre	
Normal venstre	

Dermatom	Højre			Venstre		
	Normal	Nedsat	Dysæstesi	Normal	Nedsat	Dysæstesi
L2						
L3						
L4						
L5						
S1						
non-dematomal						

12. Reflekser (sæt kryds)

Normal højre	
Normal venstre	

	Højre			Venstre		
	Svækket	Fraværende	Hyper	Svækket	Fraværende	Hyper
Patella						
Hase						
Achilles						

13. Plantar respons – kun ved mistanke om højere medullær påvirkning

Negativ højre – uden Babinskirespons		Positiv højre – med Babinskirespons	
Negativ venstre – uden Babinskirespons		Positiv venstre – med Babinskirespons	

14. Perkussion af processus spinosi

Bankesmerter på processus spinosi på segmentniveau	
Ingen bankesmerter på processus spinosi	

15. Rektal undersøgelse – kun ved mistanke om cauda equina

(Ved ændret blære- og evt. analsphincterkontrol og/eller nedsat følesans i ridebukseområdet)

	Normal	nedsat
Perinal sensibilitet		
Perinale reflekser		

Sphincter-tonus		
Sphincter-kraft		

16. SI-led

Test er positive ved smerteprovokation i SI-ledsområdet

	Højre SI-led		Venstre SI-led	
	Positiv	i.a.	Positiv	i.a.
Separation				
Dorsal gliding/Thight thrust eller P4				
Bækkentorsion/Gaenslen				
Kompression (smerteside op)				
Sacral thrust				
Konklusion (3 positive af 5)				

17. Facetledssmerter

<i>Rygsmerte > bensmerte og 3:5 af følgende</i>	Positiv	Negativ
Smerte ved kombineret ekstension/rotation (hvis negativ udeluk falcetled)		
Bedste stilling at sidde		
Beske aktivitet at gå		
Paraspinal smertedebut		
Alder > 50		
Konklusion (3 positive af 5)		

18. Spinalstenose

<i>Bensmerte > rygsmerter og</i>	Positiv	Negativ
Fund i anamnese: Symptomerne bedres i siddende stilling og forværres ved gang		
Fund ved undersøgelse: Gangdistancen øges når ryggen er i fleksion		
Konklusion (begge positive)		

19. Abnorm nervetension

	Positiv (min 2 trin)	Negativ
Strakt Benløft Test		
Slump test		
Femoralis test		

20. Non-organiske tegn (abnormt smertesyndrom)

	Positiv	Negativ
Cervikal kompression eller kropsrotation		
Udbredt ømhed		
Bedret strakt benløft test ved afledning		
Strømpeformet sensitivitetforstyrrelse eller regional muskelsvækkelse		
Overreaktion ved tests		
Konklusion (3 positive af 5)		

21. Nedsat segmentiel bevægelighed

Th12 - L1	
L1 - 2	
L2 - 3	
L3 - 4	
L4 - 5	
L5 - S1	
Højre SI	
Venstre SI	

22. Hofte – kun ved mistanke om hofteproblemer

Passiv bevægelse	Normal	Nedsat	Smerter	Ingen smerter
højre hofte				
Fleksion				
Ekstension				
Udadrotation				
Indadrotation				

Kapsulært mønster	Ja	Nej
-------------------	----	-----

(indadrotation, fleksion, abduktion)

Passiv bevægelse	Normal	Nedsat	Smerter	Ingen smerter
venstre hofte				
Fleksion				
Ekstension				
Udadrotation				
Indadrotation				

Kapsulært mønster	Ja	Nej
-------------------	----	-----

(indadrotation, fleksion, abduktion)

23. Muskulær smerte

Kendt sm. ved direkte muskelpalpation	Ja:	Muskel:
Kendt sm. refereret fra triggerpunkter	Ja:	Muskel:

24. Puls Kun ved mistanke om vasculær lidelse

Højre	palpabel	Ikke palpabel
a. dorsalis pedis		
a. tibialis posterior		

Venstre	palpabel	Ikke palpabel
a. dorsalis pedis		
a. tibialis posterior		

25. Almen tilstand

Kun relevante undersøgelser ved mistanke om ikke rygrelateret lidelse/anden sygdom

BT: _____/_____ puls: _____

ET: Normal under middel Over middel

Palpation af abdomen: _____ ia: _____

Andre objektive fund: _____ ia: _____

26. Klassifikation A

1 Diskogen – reducerbart/centraliserer	
2 Diskogen – ikke reducerbart	
3 Diskogen – ikke mekanisk	
4 Nerverodspåvirkning	
5 Posturalt syndrom	
6 SI-led	
7 Dysfunktion (forkortet bindevæv)	
8 Facetledssmerte	
9 Spinalstenose	
10 Hofte	
10 Myofasciel smerte	
11 Abnorm nervetension	
12 Abnormt nervesyndrom	
13 Ikke konklusiv	

27. Klassifikation B (ICD 10)

Smerter uden udstråling	
Smerter + udstråling til over knæ	
Smerter + udstråling til under knæ	
Smerter + udstråling med neurologisk udfald	

28. Varighed

Akut
Subakut
Langvarigt
Tilbagevendende

29. Anden sygdom årsag til rygsmerter

*Mistanke om inflammatorisk rygsygd*om _____

Morgenstivhed

Forstyrret søvn sidst på natten

Smerte i hvile – lindring ved aktivitet

Andre ledgener

Øjensymptomer

Psoriasis/inflammatorisk tarmsygdom

Mistanke neurogen smerte _____

Vedvarende smerte med radikulært præg, men fravær af positiv SBT/omvendt Laseque

Brændende/sviende smerte

Ingen forbedrende/forværrende faktorer

Ændret sensibilitet i området

Mistanke om anden sygdom _____

30. Røntgen

Indiceret _____

Ikke indiceret _____

31. Røntgendiagnose

Patientudfyldt:

- Det forudsættes, at patienten allerede har udfyldt STarT skema hos egen læge. Hvis ikke udfyldes det her.
- VAS-skalaer for ryg og/eller ben (nuværende, gennemsnitlige over de seneste 14 dage, værste indenfor de seneste 14 dage).
- Örebro spørgeskema for at vurdere risikoen for langvarig sygemelding.
- Roland Morris spørgeskema udfyldes ikke som standard, da det er udviklet til at registrere ændring i funktionsniveau, men ikke til at vurdere prognose. Hvis det specifikt ønskes for at følge en udvikling over tid, kan dette skema inkluderes.

Bilag 10: Fysioterapeutisk udredning og tests i sekundærsektoren

Den fysioterapeutiske udredning består af:

- Anamnese
- Objektiv undersøgelse
- Foreløbig plan og vejledning af patienten

Fysioterapeuten danner sig et overblik over en eventuel udredning af patientens fysiske formåen og daglige aktiviteter der er foregået i primærsektoren. Resultater, STarT skemaet og epikrise udfyldt i primærsektoren skal være tilgængelig. Hvis fysioterapeuten skønner det nødvendigt foretages endnu en screening af psykosociale faktorer med STarT. Roland Morris spørgeskema der måler funktionsniveau og aktivitetsbegrænsning, kan anbefales anvendt som start og slutmål for træningsindsatsen.

Anamnese

Ud fra tidligere undersøgelser og fysioterapeutens samtale med patienten afdækkes følgende:

Smerter

- Herunder smertemønster, intensitet og frekvens, samt forværende/lindrende faktorer og aktiviteter
- Patientens håndtering af sine smerter i dagligdagen
- Smerternes påvirkning på patientens sociale liv

Forventninger til udredningen/behandlingen

- Herunder også patientens tidligere erfaringer, sideløbende behandling og forventning til Patienter spørges til forventninger til den fysioterapeutiske konsultation og behandling.

Aktivitetsniveau

Klarlægning af patientens nuværende og tidligere aktivitetsniveau. Anbefaler anvendelse af *Patient Specific Functional Scale (PSFS)*. PSFS er et patientspecifikt mål der undersøger funktionsstatus ved at bede patienten angive aktiviteter der er svære at udføre på grund af den aktuelle tilstand, og efterfølgende skal patienten score et niveau for funktionsafgrænsningen ved hver enkelt aktivitet. Patienten spørges til de 3 største begrænsninger og score dem på funktionskala.

Fysisk aktivitet:

- Herunder patientens nuværende og tidligere fysiske aktivitetsniveau, samt hvilken form for fysisk aktivitet patienten forventer at kunne udføre nu.

Dagligliv:

- Der spørges til hvordan begrænsninger påvirker situationen i forhold til hverdagsliv og evt. arbejdssituation, samt hvilke tanker patienten gør sig om dette.

Objektiv undersøgelse og test af fysisk formåen

- Fysioterapeutisk biomekanisk undersøgelse der tager udgangspunkt i MDT og MT til afdækning af artikulære, neurogene og myofacielle forhold
- Det afdækkes om der er stillinger, bevægelser eller aktiviteter der er smertereducerende centraliserende og/eller angivende en retningspræference
- Hvis relevant differential diagnostiske provokations test af hofter og SI led
- Patientens stabilitet og styrke af trunkus og de store muskelgrupper vurderes.
- Patientens konditionstestes evt. ved Åstrands Cykeltest (et punkttest på cykel), hvor den maksimale iltoptagelse estimeres, og patientens kondital udregnes (www.motiononline.dk / <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber>)

Konklusion:

Der udfærdiges en sammenfattende konklusion med opsamling af anamnese, resultater af patientspørgeskema, mulig indflydelse af gule flag, væsentligste fund ved klinisk undersøgelse, beskrivelse af patientens mulighed for smertereduktion ved stillinger, bevægelser og aktiviteter, resultat af konditionstest, samt en handlingsplan for fremtidig specifik rygtræning og generel motion og aktivitet.

Ved tilstedeværelse af gule flag eller bekymring/angst ved fysisk aktivitet inddrages elementer i indsatsen der målrettet sigter mod reduktion af bevægelsesangst og bekymring.

- Resultat og konklusion af undersøgelse og test præsenteres for patienten med henblik på opstilling af en handlingsplan.

Plan og vejledning

Der gives vejledningen i henhold til konklusion:

Hvis relevant opstilles der et specifikt træningsprogram der kan indeholde et eller flere af følgende elementer.

- Retningsspecifikke øvelser
- Stabilitetstræning af trunkus og de store muskelgrupper
- Udholdenheds og styrketræning
- Retningsspecifikke øvelser
- Bevægelsesinstruktion
- Holdningskontrol og ergonomi
- Strækøvelser
- Afspænding
- Aerob træning
- Kognitiv tilgang til patienten med fokus på reduktion af bekymring og angst

Patientens muligheder for deltagelse i generel motion fysisk aktivitet afdækkes. Det kan evt. dreje sig om:

- Gang eller stavgang
- Løbetræning
- Cykling
- Fitnesscenter
- Svømning

Ved specifikke rygsmerter gives relevante information og vejledning i henhold til den specifikke årsag. Ved uspecifikke lændesmerter er vejledning at patienten skal forsøge at holde sig fysiske aktiv, og at inaktivitet ikke gavner rygsmerter.

Der lægges en plan for patientens deltagelse i fysisk aktivitet med vægt på opnåelige mål. Patienten instrueres i at øge belastning gradvist i forhold til fysisk aktivitet og arbejdssituation. Der gives råd om smertehåndtering og smertelindrende strategier. Patienten informeres om, at der er mulighed for telefonisk kontakt indtil opfølgning.

Bilag 11: Rådgivning om arbejdsfastholdelse i sekundærsektoren

Målgrupper for rådgivningen i sekundærsektoren

1. Hospitalet anbefales jf. forløbsprogrammet at varetage en arbejdsmarkedsrettet indsats for følgende målgruppe:

Patienten er i et ansættelsesforhold.

Patienten udtrykker – og vurderes at have – behov for støtte til at opretholde beskæftigelse.

Patienten bekymring om arbejdsfastholdelse er den primære sociale komplicerende faktor i patientforløbet.

Patienten kan være sygemeldt eller ikke sygemeldt.

Indsatsen skal tilbydes til patienter, hvor sygemeldingsperioden er < 8 uger, og hvor der ikke er iværksat arbejdsmarkedsrettet indsats i kommunen.

2. Hospitalet kan efter aftale med en kommune også varetage en arbejdsmarkedsrettet indsats for en bredere målgruppe:

Patienten er sygemeldt fra job, men ser sig ikke i stand til at genoptage arbejdet eller føler sig i risiko for at blive afskediget som følge af sygemeldingen.

Patienten er sygemeldt fra ledighed og ser sig ikke i stand til at "stå til rådighed".

Patienten har nedsat funktionsevne af andre årsager udover lænderygproblemet (psykosocial belastning, omfattende helbredsproblemer) og ser sig ikke i stand til at genoptage arbejde/stå til rådighed.

Rådgivningen skal foregå i samarbejde med patientens kommunale sagsbehandler.

Rådgiverkompetencer

Rådgiveren skal have indgående kendskab til arbejdsmarkedet og sygedagpengesystemet og være orienteret om lovgivningsmæssige muligheder i det sociale system.

Rådgiveren skal have erfaring med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og kunne inddrage viden fra behandlerne i rygcentret.

Rådgiver kan være arbejdsmediciner, socialmediciner, ergoterapeut eller anden person med relevante kompetencer i en tværfaglig behandlingsenhed.

Anbefalinger for indsatsen

Ad 1.

Specifik manual for hospitalets indsats mhp. arbejdsfastholdelse for patienter i ansættelsesforhold med ønske om tilbagevenden til eller fastholdelse af arbejdsfunktion

En indsats mhp. arbejdsfastholdelse kan udformes på forskellig måde, men overordnet skal der altid lægges en konkret plan i samråd med patienten og undertiden også med inddragelse af arbejdspladsen. Planen kan evt. se ud som nedenfor beskrevet, idet der er dokumenteret effekt af denne model i en klinisk kontrolleret undersøgelse.

Første samtale

Første punkt i samtalen har til formål at få en grundig viden om patientens sædvanlige arbejde, herunder arbejdsområde, arbejdsomfang, indflydelse på pauser, eventuelt ændrede arbejdsprocedurer, forhold til ledelse og kollegaer, om der vil være mulighed for tidsbegrænset støtte og ændringer, fysisk tyngde af arbejdet, arbejdsstillinger og oplevet fysisk belastning.

Næste punkt i samtalen har til formål at få viden om patientens opfattelse af lænderyg problematikken, dvs. smerteniveau herunder forværrende og lindrende faktorer, funktion i hjemmet og på arbejdet og eksplicit niveau af fysisk aktivitet på ugeplan.

Formålet med tredje punkt i samtalen er en afsøgning af hvilke barrierer patienten oplever som de største ift. sin fortsatte funktion på arbejdspladsen, her er alle problemer tilladte, det kan være arbejdsstilling, en bestemt arbejdsopgave, arbejdsomfang, lederens indstilling arbejds-skadesag, angst for forværring af symptomerne eller angst for at ødelægge noget i ryggen.

Fjerde punkt i samtalen omhandler fysisk aktivitet herunder hvordan patientens plan for fysisk aktivitet lagt hos fysioterapeut kan integreres i patientens dagligdag.

Hvis patienten har helbreds-bekymringer specielt vedrørende lænderyggen bliver disse bekymringer konfronteret i praksis ved f.eks. at lade patienten småløbe eller ved at referere til den fysiske test evt. suppleret med korte almene råd om forløb af lænderyg problemer.

Hvis det ikke er muligt ud fra samtalen at opnå et dækkende billede af arbejdsforholdene eller hvis patienten har brug for støtte ift. leder eller kolleger arrangeres et arbejdspladsbesøg.

Konklusion på samtalen

Med baggrund i viden om patientens arbejdsforhold, lænderyg tilstand, oplevede barrierer og erfaring med fysisk aktivitet lægges i samråd med patienten en konkret plan for mindskning af oplevede barrierer ift. arbejdet og en plan for mindst 45 minutters fysisk aktivitet 3 gange om ugen. For at nå dette mål bliver der lagt vægt på at planen er realistisk, konkret og mulig ift. patientens arbejds-situation og hverdag. Fysisk aktivitet kan for eksempel være 45 minutters cykling til og fra

arbejde, 45 minutters svømning en gang om ugen og sportsaktiviteter med børnene om lørdage.

Konklusionen opsummeres i en plan for de kommende 3 måneder og er en prioritering af 1-3 aftalepunkter. Plan og rådgivning er konkret og indeholder ikke almene råd f.eks. vedrørende ergonomi eller restriktioner mht. almindelig livsførelse. Patienterne orienteres om at tilbagefald kan forekomme men at risikoen mindskes med tiden.

Det aftales med patienterne at det er vigtigt at de brugte de kommende 3 måneder til at eksperimentere med hvad der kan lade sig gøre ift. arbejdet og ift. fysisk aktivitet. Patienterne informeres om at de kan ringe til den person den havde den 1. samtale med, hvis de oplever forværring af lænderyg problemerne, eller er usikre på hvordan rådene følges.

Varighed af den første samtale er 45-60 minutter

Midtvejsinterview-telefon-

Efter 6 uger foretages en telefonisk opfølgning. Formålet med denne opfølgning er at registrere i hvilken grad patienten efterlever de 1-3 punkter der er aftalt i den første samtale og at evaluere tilfredshed med de forskellige dele af programmet. Hvis det er nødvendigt gentages eller omformuleres indholdet i punkterne. Den afsluttende 3 måneders evaluering kan evt rykkes frem

3 måneders opfølgning

Der foretages en opfølgende samtale 3 måneder efter 1. samtale. Formålet med opfølgningen er at evaluere forløbet og konkludere på patientens erhvervsmæssige fremtid sammen med patienten. Ved opfølgningssamtalen bliver rådet om at opretholde den opnåede grad af fysisk aktivitet gentaget.

3 måneders samtalen har en varighed af 30-45 minutter.

Ad 2.

Manual for sygemeldte patienter, som er uafklarede i forhold til deres arbejde eller arbejdsmarkedet

Manualen beskriver anbefalinger for hospitalets indsats i de tilfælde, hvor der er indgået aftale mellem hospital og kommune om, at hospitalet varetager indsatsen for en bredere patientgruppe, end forløbsprogrammets kriterier for en hospitalsbaseret indsats som udgangspunkt anbefaler.

Kriterier for henvisning

Patienten skal have et ønske om at komme i beskæftigelse.

Patienten skal være indstillet på, at arbejdsplads/socialforvaltning/ egen læge og evt. andre aktører kan inddrages i forløbet.

Rådgivningen skal foregå i tæt sammenhæng med den helbredsmæssige udredning.

Omfang af rådgivning

Indledende samtale med henblik på 1) afdækning af relevante problemstillinger vedrørende funktionsevnen, 2) rådgivning i forhold til arbejde, det sociale system og øvrige problemfelter af betydning for de arbejdsmæssige muligheder og 3) aftale om handleplan. Tidsforbrug: 1-2 timer.

Ved behov 1 -3 opfølgende samtaler i løbet af max. 3 mdr. samtidig med træning og genindtræden på arbejdsmarkedet.

Samlet tidsforbrug pr. rådgiver: 2-6 timer.

Rådgiveren bør være repræsenteret på den tværfaglige konference i rygcentret.

Koncept for den 1. samtale

Konceptet indeholder elementerne i den ressourceprofil, som sagsbehandleren i kommunen kan udarbejde i et sygedagpengeforløb. Samtalen skal afdække elementerne i ICF-modellen. Samtalen varer ca. 2 timer og omfatter:

Opfølgning

Journalnotat fra undersøgelserne ved reumatolog/rygkirurg og fysioterapeut gennemgås med patienten for at undersøge, hvad patienten har fået ud af undersøgelserne, om de anbefalinger, der er givet, har kunnet anvendes og hvordan patienten har brugt dem. Der spørges til om der er andre betydende helbredsmæssige problemer, end det, der har været berørt til helbredsundersøgelse, som skal drøftes. Evt. sygemeldingsdato noteres, herunder heltids- eller fuldtidssygemelding

Social anamnese

Med gennemgang af uddannelsesmæssig baggrund, arbejdsmarkedserfaring og detaljeret beskrivelse ressourcer og barrierer i forhold til genoptagelse af nuværende arbejde. Endvidere berøres familiære, økonomiske og bolig-mæssige forhold.

Aktivitet

Tidligere og aktuelle funktionsevne beskrives. Patientens ideer om, hvad der kan bedre funktionsevnen og øge aktiviteten i det daglige undersøges og udfordres. I fællesskab forhandles en strategi for at øge funktionsevnen.

Tanker om symptomerne

Afdækning af patientens sygdomsforståelse og smertehåndtering. Hvad tænker patienten om årsagerne til rygsmerterne? Giver smerterne anledning til bekymring i forhold til fremtidig funktionsevne, arbejdsmæssig funktion, familie, fritid m.v. Hvad tror patienten vil kunne hjælpe?

Personlige ressourcer

Hvad tænker patienten om sig selv og sin egen situation. Hvordan plejer patienten at klare vanskelige situationer? Hvad har der været af vanskelige situationer? Hvordan er

humøret, har det ændret sig i forbindelse med aktuelle. Er der tegn til depression, angst eller somatisering.

Resume og handleplan

Rådgiveren udarbejder resume af samtalen og væsentligste fund og anbefalinger vedr. lænderygproblemet. Rådgiveren udarbejder i samarbejde med patienten oplæg til plan for tilbagevenden til arbejde, og vurderer om der er behov for yderligere udredning (psykolog, psykiater, ergoterapeut...) Herudover aftales det evt. videre forløb mellem patient og rådgiver.

Opfølgende samtaler

Tilrettelægges individuelt. Kan være telefonisk eller ved fremmøde. Skal indeholde opfølgning på, om handleplan følges, og vurdering af hvor patienten er i forhold til at kunne genoptage arbejdet.

Der afsættes ½ - 1 time til opfølgende samtale.

Kontakt til kommunal sagsbehandler

Med telefonisk orientering om forløbet efter den første samtale. Løbende udsendelse af sagsakter og løbende orientering. Endvidere drøftelse af detaljer i betingelser for genoptagelse af arbejde, fuldtids/deltidssygemelding m.v.. Ved behov kan sagsbehandler eller kommunal jobkonsulent deltage i rundbordssamtaler på arbejdspladserne. Hvis patienten i forløbet har mistet sit arbejde kan der afholdes rundbordssamtaler i kommunen.

Kontakt til arbejdsplads

- med henblik på relevant orientering. Når det er muligt evt. aftale om gradvis genoptagelse af arbejdet. Kontakten kan være via telefon eller ved en rundbordssamtale.

Afslutning

Ved afslutningen udarbejder rådgiveren en slutstatus, et kortfattet resume af sygehistorie, objektive fund og forløbet, som sendes til patienten, sagsbehandler og egen læge.

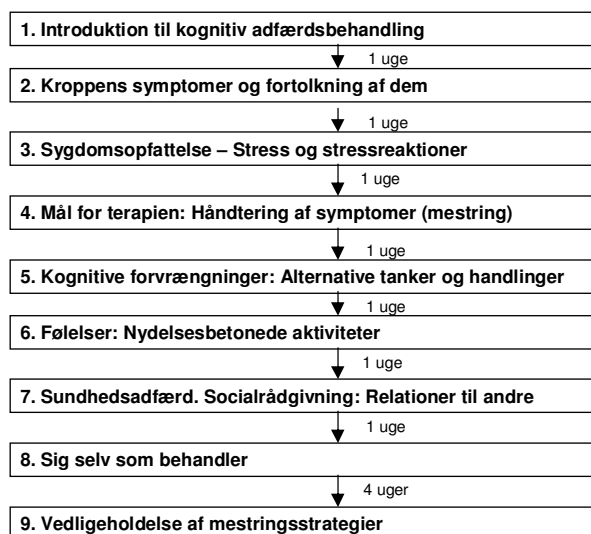
Bilag 12: Kognitiv indsats ved Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser, Aarhus Universitetshospital

På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser foretages en grundig udredning inklusiv SCAN interview (ICD-10 diagnosticering). Kun patienter i alderen 20 til 50 år født i Danmark og med svær Bodily Distress Syndrome (dvs. mindst 3 symptomer fra mindst tre organsystemer (Almene symptomer (AS), Gastro Intestinale (GI) symptomer, Cardio Pulmonale(CP) symptomer og Muskulo Skeletale(MS) symptomer) får tilbud om behandling. Der er Lands-landsdelsfunktion og dermed optag fra hele landet.

Patienterne bliver ved ét tre timers interview forundersøgt. Der stilles en diagnose, som patienterne får forklaring på og de orienteres om behandlingsmulighederne. Denne procedure er ofte en stor lettelse i sig selv for disse patienter, der har været "kastebolde" mellem mange specialister. Behandlingen består af et tilbud om KAB, som er et gruppeforløb over 3 måneder (9 x 3½ time). Det er et struktureret forløb med dagsorden og hjemmeopgaver jf. nedenstående behandlingsoversigt:



Behandlingsoversigt gruppemøder á 3½ time



Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik

Efter forundersøgelsen og behandlingen sendes der en epikrise til patienten og til egen læge. I tilfælde, hvor der er en sag med kommunen, sendes der et standardbrev til sagsbehandleren med oplysninger om sygdommen, hvordan man forholder sig til den og behandlingsmulighederne.

Bilag 13: Anbefalinger til kommunerne ved etablering af tværfagligt ryg-rehabiliteringsteam

- Ledelsen af ryg-rehabiliteringsteamet udstikker i samarbejde med arbejdsmarkedsområdet og sundhedsområdet rammer for rehabiliteringsteamets kapacitet og hvilke indsatsmoduler, der skal være i drift.
- Ledelsen af rehabiliteringsteamet er ansvarlig for fagligheden i de etablerede moduler og den samlede rehabiliteringsindsats, herunder at visitation til de enkelte moduler hviler på viden om, hvordan man fremmer funktionsevnen og arbejder ressourceorienteret i forhold til den enkelte borger og en given problemstilling.
- Sagsbehandlere i jobcenteret skal løbende kunne inddrage rehabiliteringsteamets medarbejdere i afklarende samtaler med borgere. Kombinationen af fagpersoner, der deltager i samtalerne aftales i forhold til den konkrete situation, men bør som udgangspunkt være med deltagelse af 2 faggrupper fra ryg-rehabiliteringsteamet.
- Teamet beslutter, hvem der skal være koordinator for en borger mens de har et forløb i ryg-rehabiliteringsteamet. Det kan være alle faggrupper incl. socialrådgiver og jobkonsulent.
- Det er op til hver enkelt kommune at vælge, om alle sagsbehandlere samarbejder med teamet, eller om man vil lade sagsbehandling for borgere, der modtager indsats i ryg-rehabiliteringsteamet, være tilknyttet bestemte sagsbehandlere, der dermed kan få et tættere samarbejde med teamet. Det samme gælder job- eller virksomhedskonsulenter.
- Den enkelte sagsbehandler, der foretager opfølgning på borgere sygemeldt med rygproblematik, skal via ryg-rehabiliteringsteamet kunne få svar på, hvad en given borger kan forvente af tilbud i forhold til forløbsprogrammet, og hvilke kommunale indsatsmoduler, der kan komme på tale for en borger.
- Jobkonsulenter skal løbende kunne få rådgivning ved tvivl om skånehensyn og håndtering af tilbagefald.
- Nogle kommuner har på arbejdsmarkedsområdet mangeårig erfaring med at trække på sociallægelig og psykologisk faglighed via enten Socialmedicinsk Enhed i Regionen eller Sociallægeinstitutionen i Århus Kommune. Der er her erfaring med at foretage vurderinger og planlægge rehabiliteringsforløb. En del kommuner har ligeledes erfaring fra det igangværende TTA projekt, hvor der ud over erfaring med lægelige og psykologiske vurderinger også indhentes erfaring

med, at beskæftigelsesforvaltningen løbende har mulighed for at yde fysioterapeutisk og psykologisk indsats i sygedagpengeforløb.