

Forløbsprogram for patienter med rygproblemer

Indholdsfortegnelse



Indledning



Fastlæggelse af målgruppe



Relevante indsatser



Ramme og organisering



Implementering



Monitorering og opfølgning

Bilag



Indledning

1.1 Formål og grundlag

Dette forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere med rygproblemer i praksissektor, kommuner og på sygehuse i Region Sjælland. Programmet blev udarbejdet i 2012. Denne udgave er resultatet af den første revision af programmet, der fandt sted i 2015.

Forløbsprogrammet herunder stratificeringsmodellen er handlingsanvisende.

Programmet skal sikre anvendelse af evidensbaserede eller best practice anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, inddragelse af patientens og pårørendes egne ressourcer, en fælles forståelse for opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Formålet er endvidere at sikre en fælles standard for behandling, rehabilitering, patientrettet forebyggelse samt opfølgning for borgere med rygproblemer i Region Sjælland. Programmet er dynamisk, da indholdet løbende tilpasses ændringer i forhold til udviklingen på området.

Forløbsprogram beskriver ikke et specifikt forløb for den enkelte borger. Det er derimod et redskab, som kan hjælpe ledere og medarbejderne til at få etableret et godt samarbejde og sikre koordination af de forskellige indsatser og den behandling, som en målgruppe modtager. Dette med målsætning om at sikre en sammenhængende indsats ud fra forventning om gevinsterne i nedenstående figur.

Forløbsprogrammet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske modeller for forløbsprogrammer^{1 2}, herunder kronikermodellen og dennes centrale principper. Indholdet i programmet afspejler [Sundhedsaftalen for 2015-18](#) i Region Sjælland, gældende lovgivning, nationale retningslinjer og relevante kliniske retningslinjer mv.

¹ [Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom 2012](#)

² [Sundhedsstyrelsens model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser 2015](#)





1.2 Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftalen for 2015-18

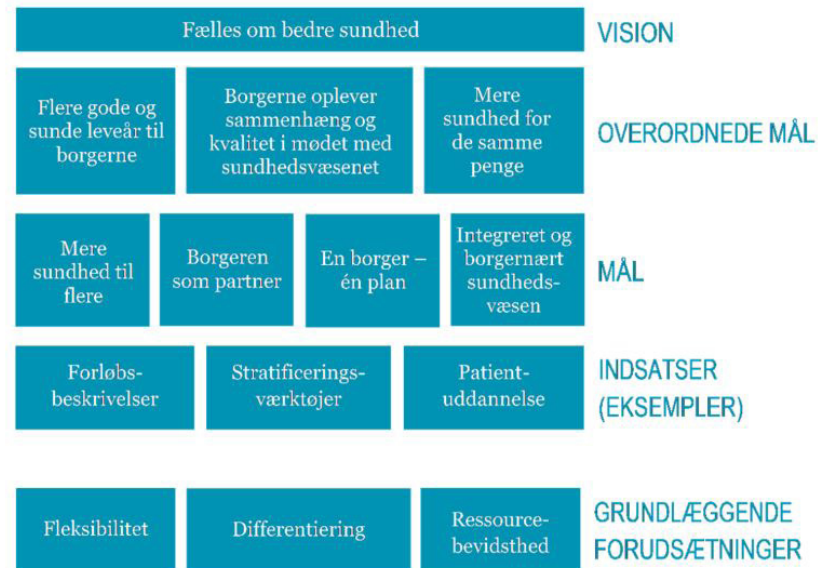
Sundhedsaftalen fastlægger spillereglerne for samarbejdet mellem praksis sektor, kommunerne og sygehusene i Region Sjælland. Aftalen hviler på en række grundlæggende forudsætninger om fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed.

Fleksibilitet i samarbejdet er nødvendigt for at kunne arbejde helhedsorienteret om den enkelte borger. Vi er proaktive og venter ikke på signal fra hinanden til at handle. Vi er inden for de aftalte rammer tilgængelige for hinanden og har fokus på indhold og kvalitet for sammen at skabe bedre borgerforløb.

Differentiering indebærer, at vi målretter vores tilbud til den enkelte borger. Det forudsætter, at vi inddrager borgerne, så vi kender deres ressourcer og forløb. Vi tilpasser vores indsatser og graden af vores samarbejde efter behov. Vi skal opspore og så tidligt som muligt sætte ind med forebyggelse, behandling og rehabilitering og styrke den enkelte borgers handlingskompetencer.

Ressourcebevidsthed spiller ind i alle dele af borgerens forløb. Vores samarbejde afpasses efter den konkrete situation. Vores ydelser skal derfor ikke kun være målrettede, men også leveres på det rette niveau; der hvor effekt og ressourcer samlet set optimeres.

På disse forudsætninger formulerer sundhedsaftalen vision og mål for samarbejdet samt prioriterer en lang række indsatser, der skal udvikle samarbejdet. Figuren illustrerer aftalens elementer.



For at bringe aftalen fra ord til handling er der udarbejdet en række værktøjer til at understøtte samarbejdet mellem sektorerne. Et af disse værktøjer er Forløbsprogram for borgere med rygproblemer, der samler elementerne fra sundhedsaftalen og konkretiserer dem i forhold til indsatsen for målgruppen. Programmet beskriver det særlige i forhold til indsatsen for borgergruppen og henviser som udgangspunkt kun til sundhedsaftalens indsatser og værktøjer samt lovgivning på området uden at gentage det alment gældende indhold herfra.



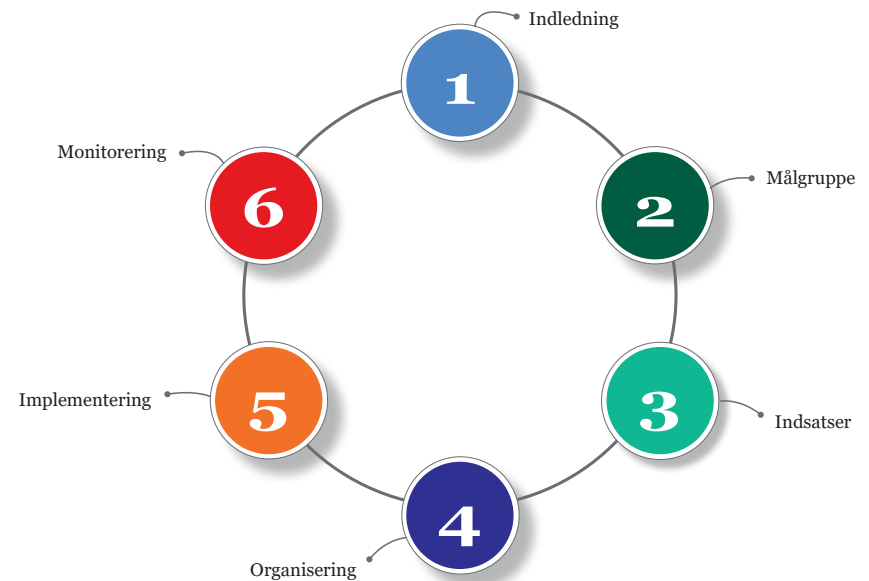
1.3 Programmets opbygning, målgruppe for anvendelse og organisering

Forløbsprogrammet er bygget op ud fra et fokus på borgerens forløb i sundhedsvæsenet med afsæt i de anbefalinger der måtte gælde for den enkelte borgers kompleksitet ift. udviklingen af rygproblematikken. For sikring af større sammenhænge og koordinering i patientforløbene er tovholderrollen skærpet ligesom kommunikationsvejene er beskrevet ved hjælp af flowdiagrammer. Tidsrammen som var kendetegnende ved sidste version af forløbsprogrammet er opblødt med ønsket om tidligere udredning og optimal ressourceudnyttelse i forløbet, således at borgeren kan bevæge sig begge veje i flowdiagrammet efter behov. Forløbsprogrammet er primært opbygget via et forløbsdiagram, der understøtter den grundlæggende tanke i arbejdsgruppen om at man i hele forløbet så vidt muligt understøtte borgeren til at mobilisere og udnytte egne ressourcer i et aktivt samspil med sundhedsvæsenet.

Programmets målgruppe er fagpersoner i praksis sektor, på sygehuse og i kommuner, der omgås borgere med rygproblemer. Programmet er således skrevet til sundhedsfaglige med henblik på praktisk anvendelse. Andre personer, der ønsker indsigt i indsatsen på området, fx planlæggere, politikere, patienter og pårørende, skal derfor have det in mente, når programmet læses.

Det reviderede forløbsprogram er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS), der er styregruppe for forløbsprogrammet. Arbejdsgruppen fremgår af ”Bilag 1” på side 21. Programmet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Sjælland d. 9. juni 2016.

Programmet er tiltænkt en digital løsning på Regionens Sjællands hjemmeside, hvor det bliver muligt at tilgå netop den viden der er påkrævet i den enkelte sundhedsfagliges situation ud fra figuren. Det er derfor ikke tiltænkt at man skal udskrive og læse hele programmet i en sammenhængende papirversion som tidligere, men at man kan tilgå netop det afsnit der er relevant. Regionens hjemmeside forventes ligeledes at understøtte forløbsprogrammet med dets egen ”værktøjskasse” hvor faglige instrukser og kompetenceudvikling kan tilgås på sigt. Dette beskrives under ”Implementering” på side 18.





Fastlæggelse af målgruppe

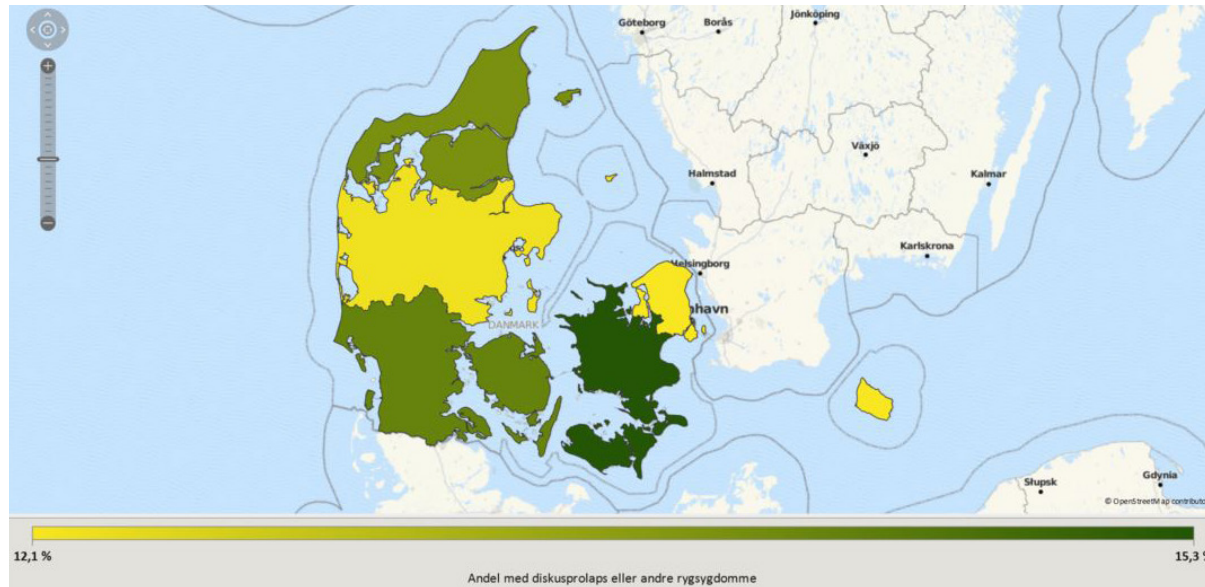
Rygsmarter er et meget udbredt fænomen, som de fleste danskere vil opleve i deres levetid. Smerterne kan stamme fra mange strukturer i ryggen og har oftest flere årsager. Når en præcis diagnose kan stilles, forklarer den endvidere ikke altid forløbet af tilstanden hos den enkelte. I dag opfattes smerter i ryg og lænd derfor i et biopsykosocialt perspektiv, hvor smerten skal ses i sammenhæng med personens reaktion på smerten og evne til at håndtere den, samt i omgivelsernes – herunder arbejdspladsens og sundhedsvæsenets – evne til at tilpasse sig den enkeltes behov for modificeringer i hverdagen; støtte, rådgivning og behandling.

Har man først haft en episode af rygsmarter, vil de fleste opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere smertefrie intervaller. Således har over 75 % af patienter med nye episoder af rygsmarter oplevet tidligere episoder. Samtidig har personer med rygsmarter også ofte smerter i andre dele af bevægeapparatet. Rygsmarter kan således opfattes som en kronisk recidiverende tilstand, hvilket forklarer den høje forekomst og de store afledte konsekvenser¹.

¹ [Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015](#)

2.1 Definition og omfang

Jf. [Sundhedsprofilen fra 2013](#) ligger Region Sjælland over landsgennemsnittet når det gælder rygproblemer med 15,3 % af 17361 adspurgte borgere. På landsplan estimeres forekomsten at være 13,3%.





Rygproblemer defineres oftest bredt med eller uden smerteudstråling til ekstremiteter (arme og ben). Smerterne vil hyppigt være ledsaget af indskrænkning i bevægeligheden i ryggen. I langt de fleste tilfælde er de præcise smertemekanismer uafklarede og specifik diagnose, selv efter en grundig udredning, vil ofte mangle. Det betyder at størstedelen af alle med rygproblemer svarende til 80–90 % får diagnosen: ”uspecifikke rygsmerter”. Hos langt de fleste patienter med nyopståede rygsmerter svarende til ca. 90 % forsvinder symptomer og smerter enten spontant eller efter start af rygtræningsprogram og andre konservative tiltag.

Dette forløbsprogram skal derfor i sin udformning og tilbud, sikre en bred og sammenhængende indsats for hele rygområdet, således inkluderes såvel de akut opståede problemstillinger (ca. 90%) som den lille tilbageværende gruppe (ca. 10%) der over tid udvikler komplekse kroniske rygproblemer.

Nakkerygproblemer er i den udstrækning, det er relevant, også omfattet af dette program.

Diagnoserne dækkes af ICD-10 koderne: M40.0 til M54.9 og ICPC koderne L83: Cervikal syndrom, L84: Rygsygdom uden smertesmerteudstråling, L86: Rygsygdom med smertesmerteudstråling, L01: symptom/klage fra cervikalregion, L02: Symptom/ klage fra ryg, L03: symptom / klage fra lænd.

Forløbsprogrammet omfatter således alle med rygduløste smerter, med eller uden smerteudstråling (ischias eller brachialgi). Patienter med pludseligt indsættende svære lammelser, brud i rygsøjlen, tumorer eller infektion i rygsøjlen, er ikke omfattet af forløbsprogrammet.

2.2 Overblik over målgruppen

Overblikket over målgruppen er udfordret af sundhedsvæsnets organisering samt juridiske barrierer ift. deling af sundhedsdata. Der er således endnu ikke udviklet et redskab der understøtter forløbstanken ift. at kunne følge CPR registreringer på tværs af sektorovergange ift. at dimensionere volumen og registrerer de indsatser som borgerne i målgruppen modtager fra de enkelte fagområder eller sektorer. Kapacitetsudnyttelse på tværs af sektorerne ift. målgruppen kan desuden understøttes ved at stratificere målgruppen og monitorere dette. Forløbsprogrammet beskriver ønsker til dette nærmere under afsnittet monitorering.



2.3 Stratificering med henblik på planlægning af forløb

Stratificeringen vejleder til, hvordan der skal handles i samarbejdet. Anvendelsen af stratificeringsmodellen hviler på de grundlæggende forudsætninger i sundhedsaftalen: Flexibilitet og differentiering. Den enkelte borger og dennes samlede livssituation vil altid være udgangspunkt og styrende for, hvilke valg den ansvarlige sundhedsfaglige aktør træffer i den konkrete situation.

Grundlaget for denne vurdering er fokus i dette afsnit.

Stratificeringen har til formål at vurdere behovet for og graden af koordination i det enkelte borgerforløb kan anvendes ved planlægningen af en indsats. Ved stratificering synliggøre borgerens udfordringer, så det efterfølgende forløb er relevant svarende til disse. Hvis borgerens behov ændres, tilpasses forløbet herefter. Dette gøres ud fra en overbevisning om, at ”lige adgang til sundhedsydelser” handler om at vi behandler borgerne forskelligt efter den enkeltes behov jf. den grundlæggende forudsætning i [Sundhedsaftalen om differentierede tilbud](#).

Vurderingen er konkret og individuel og foregår i et samarbejde mellem parterne og med inddragelse af borgeren på dennes præmisser. Se i mere i [Borgeren som partner og En borger – én plan i sundhedsaftalen](#).

Stratificering er ikke endelig vurdering, da patientens tilstand over tid kan forbedres, stabiliseres eller forværres, men skal ses som en dynamisk model der kan bruges til at italesætte borgerens behov i den enkelte forløb. Ansvar for stratificeringen ligger som udgangspunkt hos den læge, der har hovedkontakten til patienten, men bør kunne varetages af alle sundhedsfaglige i såvel i primær som sekundær sektor. Som udgangspunkt stratificeres patienten første gang umiddelbart efter, at diagnosen er blevet stillet. Efterfølgende foretages stratificeringen løbende afhængigt af opfølgningen i det konkrete forløb, fordi sygdomsgraden kan variere.



Patienterne stratificeres jf. den generiske model for forløbsprogrammer¹ efter tre dimensioner jf. ICF² :

1. Helbredstilstand
2. Funktionsevne
3. Kontekstuelle faktorer

Helbredstilstand omfatter *sygdommen(e)s sværhedsgrad og komplikationer*.

Det er en vurdering af patientens sygdomskompleksitet, herunder en sammenvejning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium samt hvorvidt der er flere samtidige kroniske sygdomme (multisygdom).

Helbredstilstand tager udgangspunkt i ICD-10-diagnosekoder³ for sygehuse og speciallægepraksis samt ICPC-koder for praksis sektor⁴. Speciallægepraksis har endnu ikke pligt til kodning.

Funktionsevne omfatter *kroppens funktioner og anatomi samt aktiviteter og deltagelse*.

Kroppens funktioner omhandler organsystemernes fysiologiske og mentale funktioner, mens kroppens anatomi omhandler kroppens forskellige dele som organer, lemmer og mindre elementer.

1 [Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom 2012](#)

2 [ICF og ICF-CY - en dansk vejledning til brug i praksis](#)

3 International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) er en klassifikation af sygdomme, der primært anvendes på sygehuse. [Se mere på WHO's hjemmeside](#).

4 International Classification of Primary HealthCare (ICPC-2) er en klassifikation, der anvendes i almen praksis. Se mere på [De praktiserende lægers og regionernes fælles enhed for kvalitetsudviklings \(DAK-E\) hjemmeside](#).

Aktiviteter er en persons udførelse af en opgave eller handling (funktionsevne på individniveau). Deltagelse omhandler personens involvering i dagliglivet (funktionsevne på samfunds niveau).

Funktionsevne kan tage udgangspunkt i registreringskoderne fra ICF⁵ efter relevant sundhedsfaglig funktionsundersøgelse.

De kontekstuelle faktorer omfatter *omgivelsesfaktorer og personlige faktorer*.

Omgivelsesfaktorer er fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Omgivelsesfaktorerne kan have begrænsende eller fremmende indflydelse på en persons kropsfunktioner og anatomi, på mulighederne for at udføre aktiviteter eller for deltagelse. Omgivelsesfaktorer er ydre faktorer, som kan påvirke en persons funktionsevne.

Personlige faktorer er ”indre” påvirkninger af funktionsevne. Det er fx alder, køn, social status, ægteskabelig stilling, sårbarhed, mestringssevne og livserfaring.

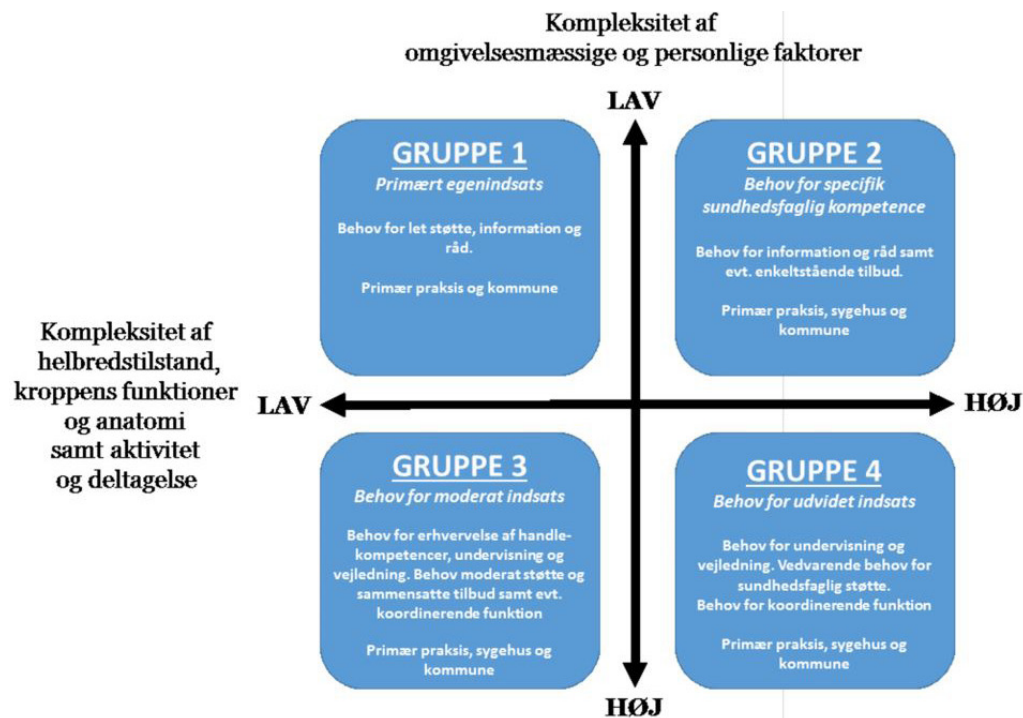
For nogle patientgrupper kan den specifikke diagnose være afgørende for behandlingen. Anderledes kan det være i forhold til rehabiliteringsindsatserne, hvor det ofte vil være sådan, at funktionsevnen og ikke diagnosen er afgørende. Derfor er såvel funktionsevne og sygdomskompleksitet en del af stratificeringen.

5 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Klassifikation af funktionsevne med relation til helbredstilstand. Se mere på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#) og på [sundhed.dk](#).



2.4 Model for stratificering

Nedenstående model viser fordelingen af de tre dimensioner på to akser. Modellen er et forsimplet billede af virkeligheden og tjener derfor alene som illustration af, hvornår parterne skal på banen i behandlingsforløbet. Modellen og værktøjer til anvendelse af den vil i aftaleperioden blive udviklet yderligere. Stratificeringsmodellen er indarbejdet i afsnittet om organisering af indsatserne. Det skal bemærkes, at stratificeringsgrupperne er vejledende i forhold til den forventede målgruppe og er derfor ikke udtryk for præcis opgavefordeling.





Relevante indsatser

De relevante sundhedsfaglige indsatser i dette forløbsprogram er i overensstemmelse med anbefalingerne i den Nationale Kliniske Retningslinje på området og Sundhedsstyrelsens retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna. Arbejdsgruppen har i revisionen derfor ikke ønsket at specificere dette yderligere, da forventningen er at disse følges.

Arbejdsgruppen ønsker relevante indsats- og arbejdsgangsbeskrivelser, henvisningsprocedure mv. publiceres på Regionens hjemmeside under forløbsprogrammets værktøjskasse fx nedenstående. Dette beskrives nærmere i ”Implementering” på side 18.

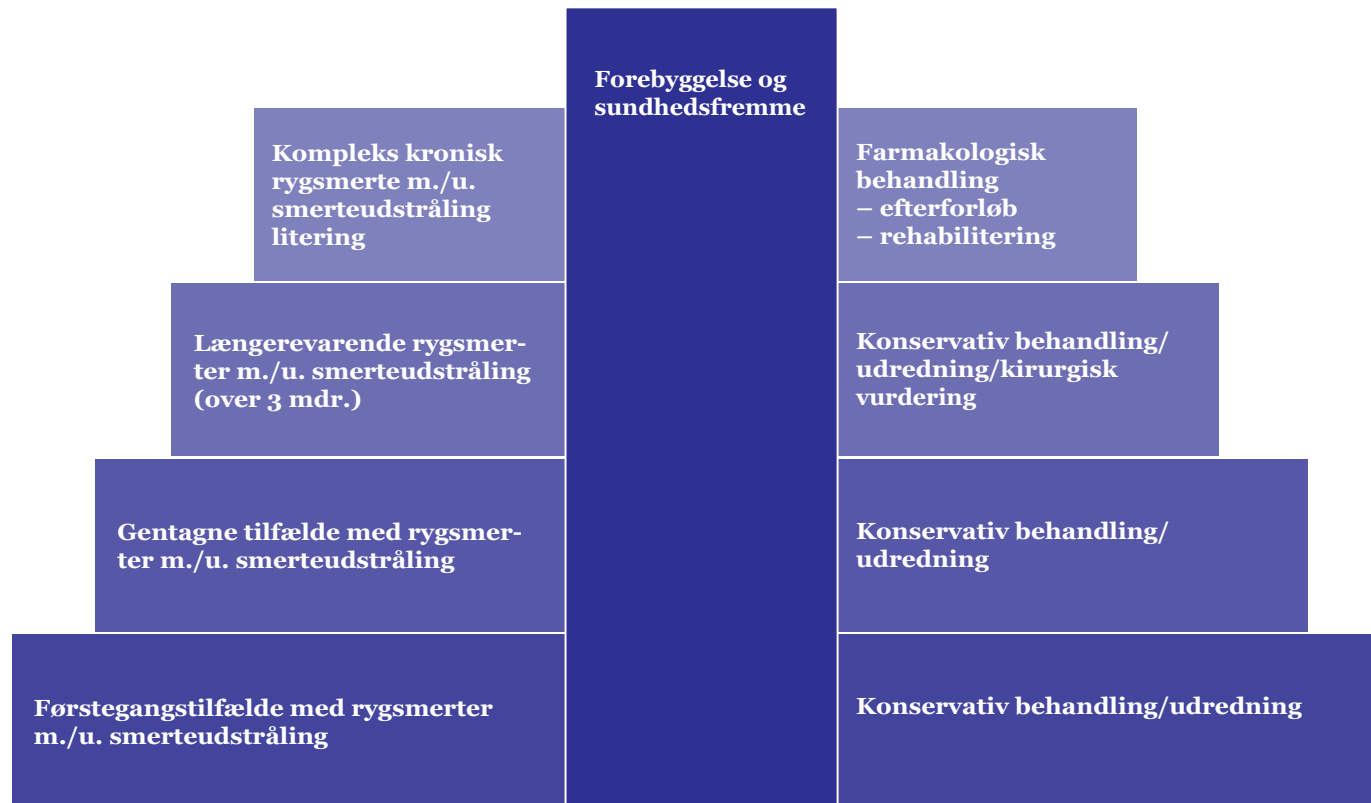
- [National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter](#)
- [National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af lumbal rodpåvirkning](#)
- [National Klinisk Retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopstået rodpåvirkning i nakken](#)
- [National klinisk retningslinje for udredning og behandling/ rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet](#)
- [Sundhedsstyrelsens retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna](#)
- [DSAM´s kliniske vejledning fra 2006](#)
- [Forløb i kiropraktorpraksis](#)
- [Nice Guidelines CG 88](#)



Ramme og organisering

Rammen for organisering af og de relevante indsatser er beskrevet i dette afsnit. De relevante sundhedsfaglige indsatser tilgås via nedenstående figur der beskriver forløbsfaserne for målgruppen. Diagrammet understøtter målsætningen i [Sundhedsaftalen om et integreret borger-nært sundhedsvæsen](#). Kommunikationsvejen beskrives ligeledes under den enkelte forløbsfase. Modellen er dynamiske ift. borgerens behov jf. stratificeringen, således at borgeren også kan bevæge sig mellem aktører så længe der er tale om koordinerede indsatser.

Tovholderfunktionen varetages som udgangspunkt af almen praksis. Funktionen overgår til sygehuset efter henvisning hertil, med mindre andet specifikt og begrundet aftales. Det er vigtigt at både patient og øvrige behandlere er klar over, hvem der er tovholder. Egen læge genoptager tovholderfunktionen ved specifik aftale på sygehusets foranledning. Mens tovholderfunktionen er sygehusforankret, udstyres patienten med kontaktkort, der præciserer dette. Ved svær multisygdom aftaler sygehusets læger fra de involverede afdelinger, hvem af dem, der er overordnet tovholder.





Forebyggelse og sundhedsfremme

<i>Karakteristika</i>	<i>Formål</i>	<i>Intervention og behandlingsmål</i>	<i>Ansvarlig</i>
Alle borgere der er disponerede eller i risikogruppe for at udvikle rygproblemer.	Tidlig opsporing og forebyggelse	Information og rådgivning	Alle Praktiserende læge er tovholder

Tidlig forebyggelse og Sundhedsfremme for borgere med rygproblemer og muskelskelet lidelser generelt ligger hos de sundhedspersoner der er i kontakt med borgere i hele forløbet. Der er ikke fastlagte Regionale rammer for patientuddannelse for muskelskelet lidelser.

Det vigtige er at have en helhedsorienteret tilgang til borgerens liv og understrege vigtigheden af så vidt muligt at bibeholde en aktiv hverdag. Relevant information om KRAMS-faktorer kan indgå ved behov.

[Sundhedsstyrelsens ”forebyggelsespakker”](#) kan understøtte fagpersonale såvel som organisationer med strukturering af dette arbejde.



Førstegangstilfælde med rygsmerter med/uden smerteudstråling Konservativ behandling/udredning

<i>Karakteristika</i>	<i>Formål</i>	<i>Intervention og behandlingsmål</i>	<i>Ansvarlig</i>
<p>Tidligere ”rygrask” uden længerevarende fortilfælde af ryglidelser. Alderssvarende funktionsevne og social velfungerende.</p> <p><i>Lav kompleksitet ift. funktionsevne omgivelsesmæssige eller personlige faktorer jf. gruppe 1 i stratificeringsmodellen</i></p>	<p>Forventningsafstemning af forløb og målsætning</p> <p><i>Hurtig tilbagevenden til tidligere funktionsevne ift. krop-, aktivitet- og deltagelsesniveau.</i></p>	<p>Formidling af budskab ”lev så vidt muligt som du plejer”</p> <p>Rådgivning om vanlig forløb</p> <p>Smertebehandling, fysioterapi og kiropraktik i praksis sektor</p>	<p>Praksis sektor: Praktiserende læge, fysioterapeut, kiropraktor og evt. speciallæge.</p> <p>Praktiserende læge er tovholder</p>

Flowdiagram

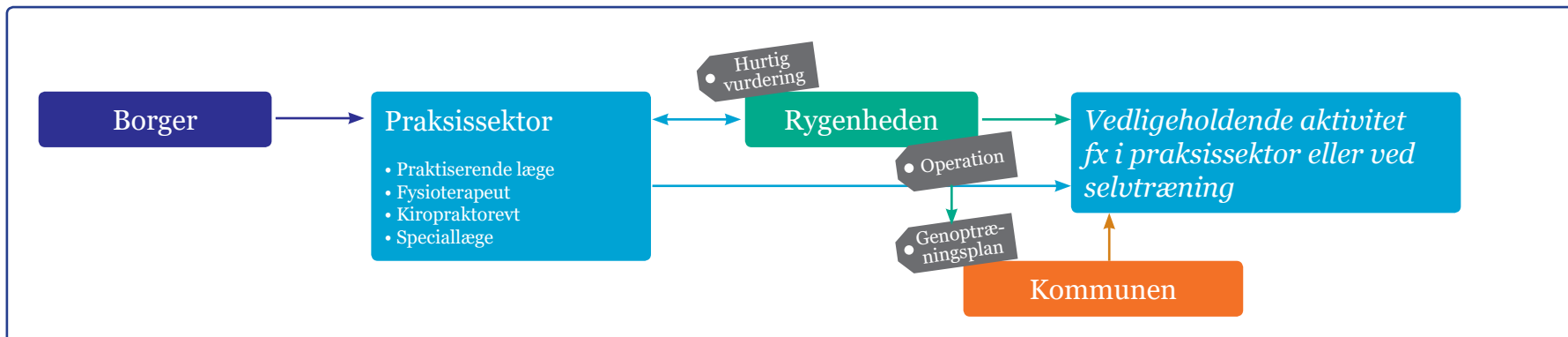




Gentagne tilfælde med rygsmarter m./u. smerteudstråling Konservativ behandling/udredning

Karakteristika	Formål	Intervention og behandlingsmål	Ansvarlig
<p>Tilbagevendende rygproblemer og/-eller bekymring ift. diagnosen med let funktionsnedsættelse og fortsat socialt velfungerende.</p> <p><i>Moderat til høj kompleksitet ift. funktionsevne med fortsat lav kompleksitet ift. de omgivelsesmæssige og personlige faktorer jf. stratificeringsmodellens gruppe 1-2</i></p>	<p>Forventningsafstemning af forløb og målsætning</p> <p>Hurtig tilbagevenden til tidligere funktionsevne ift. krop-, aktivitet- og deltagelsesniveau.</p> <p>Afkortning af sygdomsforløb</p>	<p>Konservativ behandling inkl. farmakologisk smertebehandling.</p> <p>Evt. henvisning til billeddiagnostik/MR</p> <p>Evt. henvisning til Rygheden Køge</p> <p>Evt. kirurgisk vurdering</p> <p>Evt. vurdering ift. arbejdsmarkedstilknytning og forsørgelsesgrundlag</p>	<p>Praksis sektor: Praktiserende læge, fysioterapeut, kiropraktor og evt. speciallæge.</p> <p>Praktiserende læge er tovholder</p> <p>Sekundær sektor: Rygheden Køge</p>

Flowdiagram

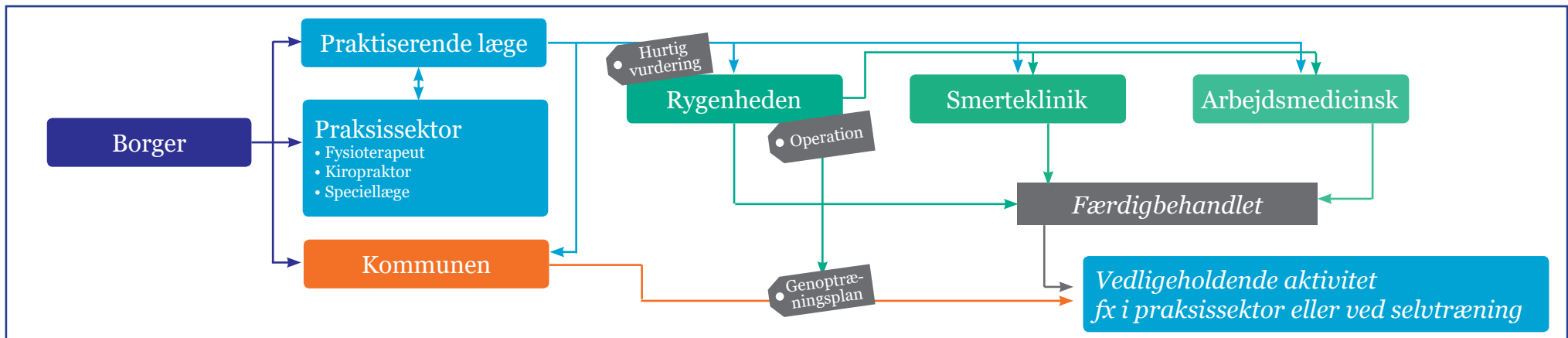




Længerevarende rygmerter med/uden smerteudstråling (over 3 mdr.) Konservativ behandling/udredning/kirurgisk vurdering

Karakteristika	Formål	Intervention og behandlingsmål	Ansvarlig
<p>Konstante rygmerter m./u. smerteudstråling (over 3 mdr.). Betydelig funktionsevnednedsættelse med kompleksitet ift. de omgivelsesmæssige faktorer.</p> <p><i>Moderat til høj kompleksitet ift. funktionsevne og høj kompleksitet ift. de omgivelsesmæssige og personlige faktorer jf. stratificeringsmodellens gruppe 3-4</i></p>	<p>Forventningsafstemning af forløb og målsætning</p> <p>Hurtig tilbagevenden til tidligere funktionsevne ift. krop-, aktivitet- og deltagelsesniveau.</p> <p>Afklaring af diagnostiske tiltag (udredning, diagnostik og operationsvurdering)</p>	<p>Konservativ behandling inkl. farmakologisk smertebehandling.</p> <p>Billeddiagnostik/MR hvis ikke tidligere udført.</p> <p>Kirurgisk vurdering hvis ikke tidligere udført.</p> <p>Vurdering ift. arbejdsmarkedstilknytning og forsørgelsesgrundlag</p> <p>Evt. kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (SOFT), Beskæftigelsesindsatser.</p>	<p>Sekundær sektor: Rygheden Køge</p> <p>Praktiserende læge er tovholder</p> <p>Praksis sektor: Praktiserende læge, fysioterapeut, kiropraktor og evt. speciallæge.</p> <p>Kommune: Sundheds og Beskæftigelsesområdet</p>

Flowdiagram

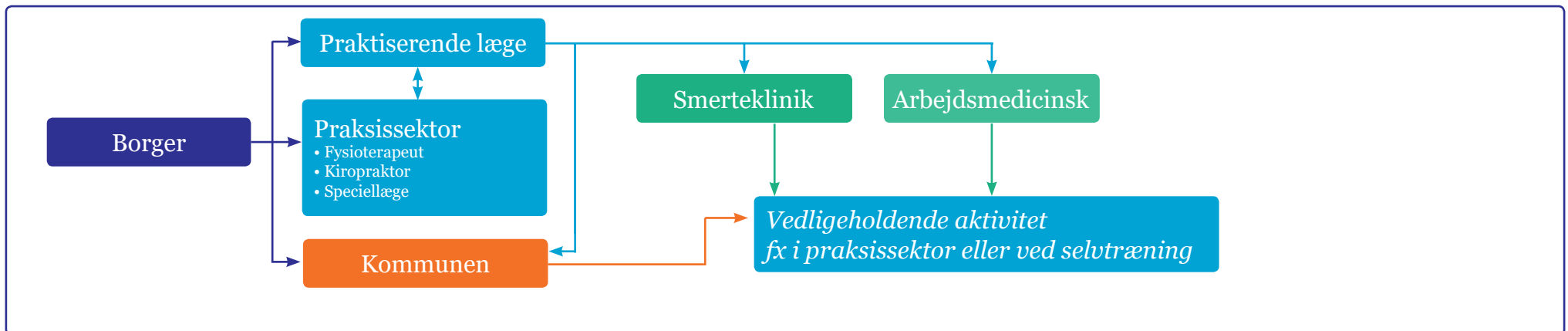




Kompleks kronisk rygsmerter m./u. smerteudstråling Farmakologisk behandling – efterforløb – rehabilitering

Karakteristika	Formål	Intervention og behandlingsmål	Ansvarlig
<p>Kroniske komplekse rygsmerter m./u. smerteudstråling med kompleksitet ift. de omgivelsesmæssige faktorer (ofte comorbiditet).</p> <p><i>Høj kompleksitet ift. helbredstilstand, funktionsevne, omgivelsesmæssige og personlige faktorer jf. stratificeringsmodellens gruppe 4.</i></p>	<p>Forventningsafstemning af forløb og målsætning ift. udtømte udredningsmuligheder</p> <p>Færdig udredt ift. somatiske diagnoser</p>	<p>Evt. henvisning smerteklinik i sekundærsektor</p> <p>Evt. kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (SOFT), Beskæftigelsesindsatser.</p>	<p>Praktiserende læge er tovholder</p> <p>Kommune: Sundheds og Beskæftigelsesområdet</p> <p>Sekundær Sektor: Smerteklinikken på Holbæk, Næstved og Køge Sygehus.</p>

Flowdiagram





Implementering

Forløbsprogrammet er tænkt som et anvendelsesorienteret værktøj, der skal understøtte fagpersoners hverdag. En effektiv implementering af forløbsprogrammet kræver, at samarbejdspartnerne forholder sig til forløbsprogrammet og afsætter de nødvendige ressourcer til implementeringsarbejdet. Anvendelsen af programmet kræver, at parterne har den nødvendige kapacitet og besidder de rette kompetencer, så forløbsprogrammets hensigter og organisatoriske principper omsættes i praksis. Endeligt er det vigtigt, at parterne løbende arbejder sammen om at udvikle og afprøve nye tilbud, som tilgodeser patienter og pårørendes behov, og som er baseret på evidens eller best practice.

Implementeringen af forløbsprogrammet er forankret i Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation, hvor Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS) som udvalg stiller de selvstændige virksomheder ansvarlige for den fælles implementering, herunder udarbejdelse af en fælles plan for implementering af forløbsprogrammet i hele regionen og opfølgning på planen.

Planen omfatter som minimum en tidsplan for kommunikationsaktiviteter, fælles kompetenceudvikling og andre understøttende aktiviteter samt inddragelse af andre nødvendige aktører, her særligt de kommunale samarbejdsfora for somatik (KSSer). Den ansvarlige aktør for den enkelte aktivitet fremgår endvidere af planen. TSS skal sikre, at der afsættes ressourcer til at gennemføre den fælles implementeringsplan. Planen lægges frem sammen med forløbsprogrammet, når dette sendes til godkendelse. Planen er dynamisk og fremgår af "[Bilag 7](#)" på side 30. TSS behandler én gang årligt status på implementering af forløbsprogrammet.

I det enkelte KSS aftales eventuelle fælles lokale implementeringsaktiviteter og opfølgning herpå. Det enkelte sygehus, den enkelte kommune og praksis er ansvarlig for implementering inden for egen organisation. Der kan med fordel udarbejdes selvstændige implementeringsplaner for den enkelte organisation, der viser, hvordan man lokalt lever op til de fælles aftaler – tværgående som lokale.

Målet er, at forløbsprogrammet er implementeret inden for det første år efter vedtagelsen i Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at alle indledende kommunikationsaktiviteter er gennemført, og at eventuelle kompetenceudviklingstiltag er igangsat.

Der afsættes midler i Region Sjællands tværsektorielle pulje til at understøtte implementeringen af det reviderede program. Dertil kan der ansøges om yderligere midler, fx til tværsektoriel kompetenceudvikling.

Forløbsprogrammets implementeringsplan findes som "[Bilag 7](#)" på side 30.



Monitorering og opfølgning

Der er frem til næste hovedrevision af forløbsprogrammet særligt fokus på at udvikle en fælles tilgang til monitorering af kvalitet med indikatorer for effekten af forløbsprogrammet. Der skal udpeges op til seks indikatorer inden for følgende tre kvalitetsdimensioner:

- Den organisatoriske kvalitet, der fx siger noget om kapacitet, sammenhæng, flow, økonomi og rammer for arbejdet.
- Den kliniske/faglige kvalitet, som omhandler de sundhedsfaglige kerneydelser; diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.
- Den borgeroplevede kvalitet, der bl.a. omfatter borgerens tilfredshed med kontakten med sundhedsvæsenet og patientens vurdering af eget helbred som følge af kontakten.

Dimensionerne skal ses i en helhed – ikke isoleret. Metoderne til at monitorere kan være såvel kvantitative som kvalitative. Der er fokus på at anvende flest mulige eksisterende data samt på at eventuelle data vedrørende den kliniske/faglige kvalitet skal basere sig på registreringer, der er en del af arbejdsgangene. Klinikere og frontpersonale skal ikke registrere data, der alene skal anvendes til monitorering af programmet.

Patientuddannelse er undtaget fra den specifikke monitoreringsopgave for forløbsprogrammet. Der er under sundhedsaftalen nedsat en gruppe med særligt fokus på dette felt, nemlig Den koordinerende enhed for patientuddannelser.

Målgruppen for resultaterne af monitoreringen af forløbsprogrammet er TSS og de enkelte KSSer, der skal bruge monitoreringsresultaterne til at drøfte samarbejdet om at sikre sammenhængende patientforløb samt opgavefordeling og kapacitet ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, jf. LEON-princippet (laveste effektive omkostningsniveau).

Der nedsættes som følge af revisionsarbejdet en følgegruppe, der varetager monitoreringen af forløbsprogrammet. Rammer og indhold for gruppens arbejde beskrives i et selvstændigt kommissorium, der godkendes af TSS.

Arbejdsgruppen vedrørende revision af forløbsprogrammet har foreslået en række indikatorer for monitorering af forløbsprogrammet. Følgegruppen tager forslaget til indikatorer med i sit arbejde. Indikatorer til forløbsprogrammet fremgår af [bilag 8](#).



6.1 Evaluering og revision af forløbsprogrammet

Hovedrevisionen af forløbsprogrammet finder sted som følge af en ny sundhedsaftale.

Når der ikke er tale om en ændring af betydning for parterne, kan programmet justeres administrativt.

Vurdering af behovet for justering sker årligt for at sikre at ny faglig viden og organisatoriske forandringer er med i programmet. Det skal bl.a. sikres, at forløbsprogrammet fortsat lever op til nationale retningslinjer.

Både hovedrevisionen af forløbsprogrammet og den løbende justering finder sted på grundlag af en løbende monitorering af forløbsprogrammet.

Justeringerne godkendes af TSS efter inddragelse af relevante parter. TSS skal i den forbindelse vurdere behovet for eventuelle aktiviteter som følge af en justering. Justeringerne i forløbsprogrammet kommunikeres gennem [Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation](#).

De enkelte medlemmer af TSS har ansvar for at gøre opmærksom på, hvis der undervejs opstår behov for justeringer af forløbsprogrammet.

Vurdering af behov for justering samt forslag til konkrete ændringer i forløbsprogrammet foretages af TSS ud fra indstilling fra den faglige følgegruppe for forløbsprogrammet.

Rammer og indhold for gruppens arbejde beskrives i et selvstændigt kommissorium, der godkendes af TSS.



Bilag 1

Deltagere i arbejdsgruppen

Deltager	Organisation	Særlig rolle
Lisbeth Schrøder, Ledende overfysioterapeut	Næstved-Slagelse-Ringsted sygehuse	Formand
Jesper Vind Troelsen, Udviklingsterapeut	Slagelse Kommune	Projektleder
Benedicte Rostock, Leder af Træningsenheden	Greve Kommune	
Marianne F. Olsen Fysioterapeut	Kalundborg Kommune	
Bettina Eiger, Fysioterapeut	Køge Kommune	
Suzette Hansen, Fysioterapeut	Lejre Kommune	
Ida Ulriksen, Fysioterapeut	Næstved Kommune	
Tina Holm, Faglig udviklingskonsulent	Roskilde Kommune	
Robert Elbæk Jull, Afdelingsfysioterapeut	Holbæk Sygehus	
Per Pallesen, Specialeansvarlig overlæge	Roskilde-Køge sygehuse	
Lene Stigaard, Praktiserende læge	PLO	
Hans Andersen Praktiserende fysioterapeut	SU-region Sælland (Næstved)	
Nis Alnor Kiropraktor	Kiropraktorkredsforening Region Sjælland	
Daniel Hansen Specialeansvarlig overlæge	Roskilde-Køge sygehuse	
Christian Olsen Fysioterapeut	Roskilde-Køge sygehuse	
Jeppe Kruse Fysioterapeut	Rygenheden Køge Sygehus	
Michael Buth Rasmussen Fysioterapeut	Næstved-Slagelse-Ringsted sygehuse	
Mette Harreby, Ledende overlæge	Roskilde-Køge sygehuse	(ad hoc medlem)



Ved at vurdere kompleksiteten af helbredstilstand og funktionsevne over for kompleksiteten af de kontekstuelle faktorer kan patienterne overordnet stratificeres i fire grupper. Opdelingen i fire grupper er et forsimplet billede af virkeligheden og tjener derfor alene som illustration af, hvornår parterne skal på banen i behandlingsforløbet. Stratificeringsværktøjet vil i aftaleperioden blive udviklet yderligere.

Gruppe 1:

Har lav kompleksitet i forhold til helbredstilstand og funktionsevne samt lav kompleksitet i forhold til kontekstuelle faktorer.

Borgere i denne gruppe mestrer egen situation og klarer sig primært ved egen indsats. Der kan være behov for let støtte, information og råd fra primær praksis og/eller kommune.

Gruppe 2:

Har høj kompleksitet i forhold til helbredstilstand og funktionsevne samt lav kompleksitet i forhold til kontekstuelle faktorer.

Borgere i denne gruppe har behov for specifik sundhedsfaglig kompetence i form af information og råd samt evt. enkeltstående tilbud fra primær praksis, sygehus og/eller kommune.

Gruppe 3:

Har lav kompleksitet i forhold til helbredstilstand og funktionsevne samt høj kompleksitet i forhold til kontekstuelle faktorer.

Borgere i denne gruppe har behov for en moderat indsats i form af undervisning, vejledning og støtte med henblik på erhvervelse af handlekompetencer. Borgerne kan have behov sammensatte tilbud samt eventuelt en koordinerende funktion. Forløbet foregår i et koordineret samarbejde mellem primær praksis, sygehus og kommune.

Gruppe 4:

Har høj kompleksitet i forhold til helbredstilstand og funktionsevne samt høj kompleksitet i forhold til kontekstuelle faktorer.

Borgere i denne gruppe har typisk behov for udvidet indsats i form af undervisning og vejledning, vedvarende behov for sundhedsfaglig støtte samt behov for koordinerende funktion. Forløbet foregår koordineret og i samarbejde mellem primær praksis, sygehus og kommune.



[Retur til model for stratificering](#)



Hurtig vurdering

Hotline kontaktes i subakutte tvivlstilfælde, fx. let progredierende parese trods behandling, eller tvivlsspørgsmål om hvordan en skanning skal vurderes. Hotline kan også kontaktes vedrørende forværring / re-prolaps i den første tid efter en operation. Patienter med tegn på cauda equina (eller svære samt hurtigt progredierende pareser) skal til nærmeste akutmodtagelse. Længerevarende problemstillinger skal henvises efter vanlige retningslinjer. Det samme gælder behandlingssvigt.

Hotline

Tlf. 47 32 33 49

Mail: koe-rygvisitation@regionsjaelland.dk



Indsatser i praksis sektor

Undersøgelles- og behandlingsforløbet indledes i praksissektoren (praktiserende læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og speciallæger). Varighed af det indledende forløb er individuelt, men kan normalt vare op til 8 uger. Er patienten i et vellykket forløb, som dog ikke er afsluttet efter 8 uger, kan denne tidsperiode forlænges i praksissektor. Den færdigbehandlede patient kan herefter fortsætte med egen træning eller henvises til et kommunale forebyggelsestilbud (SOFT) via sundhed.dk med dette link: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/> Patienten kan også henvises til kommunal indsats undervejs i 8 ugers forløbet, hvis behandlingsmulighederne er udtømte.

Ved et ikke tilfredsstillende forløb i praksissektoren efter 8 uger henvises patienten til [Rygheden](#). Her gennemgås et ikke-kirurgisk udrednings og behandlingsforløb og afhængig af resultatet heraf kan patienten indstilles til operation, afsluttes fra rygklinikken, afsluttes tilbage til praksissektoren, kommunale forebyggelsestilbud (SOFT) via sundhed.dk med dette link: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/>. Operationsindikationen er uafhængig af tidsforløbet.

Rygproblemernes håndtering i forhold til tidsforløbet i Praksissektor

Den praktiserende læge er ofte indgangsporten til det danske sundhedssystem og langt de fleste patienter færdigbehandles i praksissektoren. Den praktiserende læge er tovholder, og kan henvises til behandling hos fysioterapeut eller opfordre til behandling hos kiropraktor. Endvidere kan egen læge henvises til øvrige relevante udrednings- og behandlingstilbud i sekundærsektoren. Patienten kan tilgå rygforløbsprogrammet via praktiserende læge, praktiserende kiropraktor eller praktiserende fysioterapeut. Tilgår patienten forløbsprogrammet via praktiserende fysioterapeut uden henvisning, er dette dog uden sygesikringstilskud.

Indgangsporten kan i visse tilfælde også være hos kiropraktor eller fysioterapeut, og i disse tilfælde koordineres forløbet med praktiserende læge jf. flowdiagrammet.

Praktiserende læge, kiropraktoren og fysioterapeutens rolle kan vejledende beskrives på følgende måde i forhold til tidsforløbet:

Tidspunktet for den første kontakt.

T2 uger efter 1. kontakt med fortsatte rygproblemer

T4 uger efter 1 kontakt med fortsatte rygproblemer

T8 uger efter 1. kontakt med fortsatte rygproblemer

Den første patientkontakt:

T 0: Hvis den første kontakt er en konsultation, foretages når mulig og relevant en grundig undersøgelse efter [DSAM's kliniske vejledning fra 2006](#). Findes tegn på rodtryk vurderes alvorligheden heraf. Her er det vigtigt at pointere, at et rodtryk ikke i sig selv er et ”Rødt flag”, og patienten kan i de lettere tilfælde håndteres i praksissektoren.

I de fleste tilfælde drejer det sig om såkaldte uspecifikke rygsmærter, med eller uden ledsagende smerteudstråling, hvor ætiologien ikke er nøjagtig kendt, men hvor 90% af patienterne er symptomfrie inden for tre måneder. I disse tilfælde kan problemet ofte løses med et konservativt behandlingsforløb, bestående af en grundig information om det forventelige forløb og vigtigheden



af fysisk aktivitet og råd om kontakt til fysioterapeut/kiropraktor. Endvidere passende smertestillende behandling efter behov, evt. retningspecifikke øvelser, træning af neuromuskulær kontrol, smertecentraliserende /smertereducerende øvelsesinstruktion eller manuelle ledmobiliserende teknikker samt superviseret øvelsesterapi.

Afhængig af anamnese og eventuelt kendskab til patienten kan jobsituation, eventuelle skånehensyn og sygemelding drøftes. Der kan i lettere tilfælde være telefonisk kontakt med rådgivning. Der kan ligeledes henvises til speciallæge som led i den initiale udredning.

Patientkontakten efter 2 uger, T2

T2: Ved betydelig smerte og funktionsnedsættelse efter 2 uger og senest efter 4 uger bør patienten vurderes igen m.h.t. ”røde flag” og rodtryk. Ved rodtryk af sværere karakter bør patienten henvises til MR skanning¹, og evt. samtidig henvises til [Rygheden](#), ortopædkirurgisk afdeling, Køge Sygehus. Både praktiserende læger og kiropraktorer har mulighed for at henvise til MR skanning.

Ved uspecifikke rygsmærter og (lettere) rodtryksproblematikker fortsættes relevant konservativ behandling som beskrevet under T0. Generelt er røntgen på dette tidspunkt ikke nødvendigt, med mindre der er mistanke om mere specifikke lidelser.

Patientkontaktene efter 4 uger T4

T4: Patienten kan hensigtsmæssigt revurderes ved T4. Hvis ikke der er signifikant fremgang, da henvisning til MR, og evt. samtidig henvisning til [Rygheden](#).

Patientkontakten efter 8 uger, T8

T 8: På dette tidspunkt burde patienten være i klar bedring hvis ikke symptomfri. Er dette ikke tilfældet, er patienten nu i risikogruppe for ”komplekse kroniske rygsmærter”. Derfor er det væsentligt at have kontakt med patienten igen senest efter 8 uger. En relevant faglig vurdering må ske igen, og hvis behandlingen foregår hos fysioterapeut eller kiropraktor må man overveje at tilbagehenvise patienten til egen læge. Hvis ikke det er gjort, bør der foretages en MR-scanning.

Behandling og træning hos fysioterapeut og kiropraktor (baseret på evidens og best practice).

Fysioterapeut: Fysioterapeuten stiller diagnose gennem anamnese og objektiv undersøgelse med udelukkelse af ”røde flag” og en vurdering af den enkelte patients trænings- og behandlingsbehov, efter gældende kliniske retningslinjer². Patienten informeres og vejledes i arbejdsforhold, og individuelt tilpasset træningsprogram. I information til patienten indgår også forebyggelsestiltag. Trænings- og behandlingsprogram indeholdende retningspecifikke øvelser, neuromuskulær kontrol samt smertecentraliserende/smertereducerende øvelser og træning, manuelle ledmobiliserende teknikker og superviseret øvelsesterapi.

Henvisning fra egen læge er en forudsætning for at modtage tilskud fra sygesikringen. Efter afsluttet behandlingsforløb bør der sendes epikrise til patientens praktiserende læge.

1 [Vejledning for Almen praksis på sundhed.dk](#) og [Vejledning for Kiropraktorer på sundhed.dk](#)

2 [NICE guidelines \[CG88\]](#)



Kiropraktor: Kiropraktoren stiller diagnose gennem anamnese, objektiv undersøgelse og evt. røntgenundersøgelser, hvis det er indiceret. Behandling indeholder typisk ledmanipulation, øvelser og smertecentraliserende/smertereducerende øvelser og træning. Behandlingen er altid individuelt tilpasset i forhold til fysisk, psykisk og socialt udgangspunkt. Behandling indeholder forebyggende råd og vejledning ligesom akupunktur og bløddelsbehandling kan indgå i behandlingsforløbet.

Kiropraktorerne har et struktureret [overenskomstbestemt forløb](#) for patienter med akut lumbalt rodtryk.



Indsatser i sekundær sektor

Visitation

Alle patienter med behov for en tværfaglig og en specialiseret udredning og behandling for rygproblemer m/u smerteudstråling, henvises til Rygheden, Ortopædkirurgisk afdeling, Køge Sygehus. Herfra visiteres patienterne af rygkirurgerne, på baggrund af deres symptomer og ud fra en række kriterier, til et relevant tilbud på et af Region Sjællands Sygehuse. Rygheden vurderer patienten i forhold til et forløb i rygklinikken eller behov for en umiddelbar kirurgisk afklaring og behandling.

Henvisning (se mere på sundhed.dk)

Henvisning til tværfaglig specialiseret udredning og behandling af patienter med rygproblemer m/u smerteudstråling fremsendes elektronisk enten via Edifact (eksterne samarbejdspartnere) eller via Opus Patient (intern henvisning i sygehusregi) til:

Rygheden:

Telefon for patienter: 47 32 43 50 - Hverdage kl. 09.00 – 12.00

Telefon for læger: 47 32 33 85

Fax: 47 32 33 47

EDifact.nr.: KOE Fælles Rygvisitation - SKS: 3800E2V

Lokationsnummer: 5790001992644

Udredning og behandling:

Udredning og behandling af patienter med rygproblemer varetages af rygklinikkerne på, Sjællands Universitetshospital, Køge/Roskilde, Slagelse, Næstved, Holbæk og Nykøbing Falster Sygehuse.

Der tilrettelagt et behandlingsforløb efter konsultation hos specialuddannet fysioterapeut, der tager udgangspunkt i et tværfagligt forløb og hvor den kirurgiske vurdering løbende kan inddrages.

I det tværfaglige team indgår reumatologer, fysioterapeuter, ortopædkirurgiske rygkirurger, smerteklinikken, arbejdsmedicinsk afdeling samt billeddiagnostisk afdeling.

Der afholdes tværfaglige konferencer ugentligt, hvor de patienter, som ikke responderer adækvat, vurderes i forhold til yderligere behandlingstilbud fra det tværfaglige team.

Alle patienter gennemgår et individuelt tilrettelagt forløb og kan variere markant ift. hvilke faggrupper som bliver inddraget, forløbets udstrækning og form (telefon kontrol, individuelle kontroller eller hold).

Kommunikation

Alle individuelle patientkontakter dokumenteres i journalnotat som sendes til patientens egen læge – forudsat patienten ikke modsætter sig dette. Borgerne kan tilgå deres egen journal via NEM-ID på sundhed.dk.



Indsats i den kommunale sektor

I dette bilag beskrives overordnet den sundheds-, social og beskæftigelsesfaglige indsats i kommunerne i forhold til borgere med rygproblemer. Den kommunale indsats støtter borgeren i at flytte fokus fra sygdom til sundhed og fra patientrollen til borgerrollen. Ydelserne tager så vidt muligt udgangspunkt i det forløb borgeren tidligere har deltaget i praksis sektor og sygehus. Kommunerne har mulighed for at iværksætte ydelser og tilbud med et rehabiliterende, kompenserende eller vedligeholdende sigte bl.a. inden for Sundhedsloven, Serviceloven og Beskæftigelsesindsatsloven. Eksempler på ydelser kan være 'genoptræning', 'socialpædagogisk bistand', 'revalidering' og 'specialundervisning'.

Vigtige elementer i den kommunale indsats¹ :

- Udredning af borgerens funktionsevne
- Inddragelse af og samarbejde med borgeren og evt. de nærmeste pårørende
- Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen
- Vurdering af hvilken tidsramme som er nødvendig for at opnå de opstillede mål
- Relevante indsatser af høj faglig kvalitet
- Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge
- Opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering

Indsatsen kan tilrettelægges som et samlet kommunalt forløb, hvor de enkelte del-indsatser koordineres og indpasses mest hensigtsmæssigt. Kommunerne kan gøre brug af en række værktøjer i den gældende lovgivning til at sikre samarbejde og koordination om rehabiliteringsforløb fx genoptræningsplaner efter [Sundhedslovens](#) § 84, jobplaner efter kap. 9 i [Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats](#), opfølgingsplaner efter [Sygedagpengelovens](#) § 16 og sociale handleplaner efter [Servicelovens](#) § § 140 og 141² .

Sundhedsområdet

Genoptræningsplaner og genoptræning efter Sundhedslovens §§ 84 og 140

Sygehuset udarbejder en skriftlig genoptræningsplan til almen eller specialiseret ambulante genoptræning, hvis der er et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning. Henvisning til genoptræning efter behandling på sygehus – en ”genoptræningsplan” - skal i henhold til [Sundhedsaftalen 2015-2018](#) mellem Region Sjælland og kommunerne foregå via MedCom. Almen genoptræning foregår i kommunerne og specialiseret genoptræning på sygehuset. Genoptræningsplanen udleveres til patienten og sendes efter aftale med patienten til dennes bopælskommune og alment praktiserende læge. Sygehus informerer borger om, hvilke forventninger borgeren kan have til effekt af indsatsen ud fra rygdiagnose og kompleksitet. Dette noteres i genoptræningsplan. Genoptræningsperioden er tidsbegrænset, og kommunerne informerer borgeren om muligheden for selv at forsætte den fysiske aktivitet gennem daglige aktiviteter eller ved at deltage i et privat eller et offentligt tilbud.

1 [Vejledning om kommunal rehabilitering](#)

2 [Vejledning om kommunal rehabilitering](#)



Sundhedsfremme og forebyggelse efter sundhedslovens § 119

Ifølge Sundhedslovens § 119 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis, og etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne.

Oplysninger om den enkelte kommunes sundhedsfremmende og forebyggende tilbud er tilgængelige via sundhed.dk, eller via den enkelte kommunes hjemmeside. Kommunen afklarer med borger, hvilken indsats der er den rette. Sygehus og praksis sektor rådgiver borger i, hvad der vil være relevant ud fra borgerens rygproblematik. Kommunikationen sker elektronisk via MedCom standarden REFO1, og lokationsnummer til de enkelte kommuner fremgår på sundhed.dk.

Socialområdet

Genoptræning og vedligeholdende træning efter Servicelovens § 86

Ifølge § 86 i [serviceloven](#) skal kommunerne tilbyde genoptræning eller vedligeholdelse til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Målgruppen for genoptræning efter denne bestemmelse er typisk ældre borgere, der efter sygdom, som ikke er behandlet i sygehusregi og som er midlertidigt svækket³. Bestemmelsen vil således sjældent blive bragt i anvendelse til dette forløbsprogramms målgruppe.

Det er den enkelte kommune, der visiterer til genoptræning efter serviceloven, og der er ikke krav om en lægefaglig vurdering af træningsbehovet. Ansøgning herom foregår via kommunale Myndighedsafdeling eller via selvbetjeningsløsning på borger.dk eller kommunens hjemmeside med NEM-ID.

Jf. § 83a forgår tildeling af praktisk hjælp og personlig pleje som en rehabiliterende indsats, hvor borgeren rehabiliteres i bedst muligt selv at varetage opgaver i relation til praktisk hjælp og personlig pleje⁴.

Beskæftigelsesområdet

Beskæftigelsesindsatsen vil ofte blive påbegyndt som led i en sygedagpengesag og en indsats mod at fastholde borgere, der som følge af fx. muskel-skelet-lidelser er i risiko for at miste deres arbejde, vil blive sat i gang som en vigtig del af en rehabiliteringsindsats. I andre tilfælde vil indsatsen blive iværksat for at sikre borgere med nedsat arbejdsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Nedsat funktion og mange smerter 1 år efter debut af rygsmerter er en af de vigtigste risikofaktorer for om borgerens lykkes at komme tilbage til arbejdsmarkedet⁵. Fysisk træning kan hos borgere med ikke-akutte og uspecifikke smerter give moderat til god langtidseffekt på arbejdsevne vurderet som sygefravær⁶.

3 [Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner](#)

4 [Vejledning om kommunal rehabilitering](#)

5 [Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – MTV Sundhedsstyrelsen 2010](#)

6 [SST Håndbog for fysisk aktivitet side 319](#)

Implementeringsplan 2015-2018 – Revideret forløbsprogram for Patienter med rygproblemer

Ansvarlig: Det tværgående samarbejdsforum for somatik (TSS).

Planen er koordineret med implementeringsplanerne for de tre øvrige reviderede forløbsprogrammer under TSS.

Økonomi: Der er afsat 150.000 kr. i Den tværsektorielle pulje i Region Sjællands Budget 2016 til revision af forløbsprogrammet. Midlerne er bl.a. afsat til afholdelse af aktiviteter, til informationsmateriale samt til eventuel deltagelse i aktiviteter fra praksissektor. Derudover er det den ansvarlige for den enkelte aktivitet, der ved behov sikrer yderligere midler til aktiviteten, fx i form af puljeansøgninger, egenfinansiering af personalebeteiligung mv.

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Formidling af selve programmet	Layout, format mv. for digital udgave af forløbsprogrammet, herunder interaktivt flowchart som indgang til programmet samt opdatering af hjemmeside. Vurdering af behov særlige produkter, fx pixi-udgaver.	TSS (KU Sund)	2. kvartal 2016
Særligt kommunikationsspor for praksissektor	Fokus på særlige behov for implementeringsaktiviteter og/eller kommunikationsprodukter. I samarbejde med bl.a. Primær Sundhed og KAP-S.	TSS (KU Sund)	2. kvartal 2016
Kick Off i TSS	<ul style="list-style-type: none"> Præsentation af digital udgave. Vurdering af behov justering af implementeringsplan. Beslutning om rammer og indhold for faglige følgegrupper til hvert forløbsprogram, herunder eventuel igangsættelse af udpegninger. 	TSS	3. kvartal 2016
Dialogmøder med KSSer	Møder med de 4 Kommunale Samarbejdsfora for Somatik (KSSer): Holbæk, Nykøbing F, Næstved-Slagelse-Ringsted og Roskilde-Køge. <ul style="list-style-type: none"> Drøftelse af det lokale ansvar for implementering af det reviderede forløbsprogram. Drøftelse af behovet for eventuel central understøttelse til lokale, fælles eller interne implementeringsaktiviteter. Drøftelse af afholdelse af temadag for de fire forløbsprogrammer (se selvstændigt punkt herom). Udpegning af lokal tovholder. 	TSS	3./4. kvartal 2016
Lokale implementeringsplaner	<ul style="list-style-type: none"> Aftale eventuelle fælles aktiviteter på tværs af sektorer, herunder behov for tværsektoriel kompetenceudvikling. Vurdering af behov for eventuelle lokale følgegrupper. Aftale om, hvornår den enkelte kommune og det enkelte sygehus har implementeret programmet. Tidspunkter for status til TSS. Planen sendes til TSS til orientering.	KSSer	3./4. kvartal 2016

Aktivitet	Indhold	Ansvarlig	Start
Temadage i KSSer	<p>Temadag i hvert KSS. Dagene er som udgangspunkt halve dage. Dagene afholdes fælles for de fire programmer og i samarbejde mellem TSS og det enkelte KSS. Programmet kan bl.a. indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fælles intro til de fire programmer: Hvad er nyt? • Et fælles fagligt indlæg. • Workshops om tværsektoriel kommunikation, fx quick learn om henvisninger. • Workshops rettet mod det enkelt program: Hvilke konkrete ændringer er der og hvordan håndteres de? 	TSS / KSS	4. kvartal 2016 / 1. kvartal 2017
Særligt fokus for dette forløbsprogram	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbejdsgruppen anbefaler, at der afsættes midler til et Ph-d projekt, som synliggør såvel kvalitative som kvantitative gevinster af forløbsprogrammet. 2. Arbejdsgruppen ønsker, at der afsættes midler til et pilotprojekt, der undersøger effekterne af at give de praktiserende fysioterapeuter lige vilkår med øvrig praksissektor i relation til tværsektorielt kommunikation (se Afrapportering vedr. projekt Forløbsledelse , herunder implementeringsrapport for forløbsprogrammet i KSS Næstved-Slagelse-Ringsted) 3. Arbejdsgruppen ønsker en klar strategi ift. samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet, for at bedre muligheden for "En borger - én plan". 	TSS	4. kvartal 2016
Status på implementering	Årlig status på implementeringen af forløbsprogrammet	TSS	Ultimo året
Revision af forløbsprogram	Årlig vurdering af behov for revision af forløbsprogram	TSS	Ultimo året



Kvalitetsmål	Datakilder	Succeskriterier
Kendskab til målgruppen og implementering af forløbsprogram i primær praksis	Audit undersøgelse	Gentagelse af Audit undersøgelse fra 2012 Audit 2012 , audit 2013
Synliggøre de forventede resultater af forløbsprogrammet organisatoriske, kliniske og borgerrettede perspektiv jf. forventning om gevinster ved den sammenhængende indsats.	Ph.d. – studie	Arbejdsgruppen foreslår at afklare de afledte effekter af forløbsprogrammet via Ph.d. studie støttet af tværsektorielle puljemidler under Sundhedsaftalen. Såvel kvalitative som kvantitative effekter synliggøres.
Proces og effektindikatorer	Datakilder	Succeskriterier
Antallet af MR scanninger	Rtg. Afdelinger Reg. Sjælland	Antallet af MR henvisninger bør ikke stige som følge af ensretning ift. henvisningsrettighed
Henvisninger til ryghed	Excel opgørelse hos Rygheden Køge (Per Pallesen)	Antallet af henvisninger falder da flere bliver afhjulpel i Primær praksis. Antallet af operationer stagnerer.
Henvisninger til Primær praksis	Audit opgørelse (svært at udspecificere for rygproblemer gr. ICPC kodning) Kommunale omsorgssystemer K17. Audit undersøgelse Spørgeskema	Antallet af henvisninger stiger da færre bliver henvist til Regional ryghed.
Antallet af sygemeldinger gr. rygproblemer	DREAM database	Den hurtige adgang til primær praksis understøtter hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet.
Henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud (SOFT)	MedCom henvisninger REFO1	Henvisningerne stiger i takt med at de relevante målgrupper afklares efter færdigudredning (Færre henviste til smerteklinik?)
Stratificering af målgruppen	Audit undersøgelse Spørgeskema	Den primære målgruppe er fordelt jf. stratificering i forløbsprogrammet. Passer det jf. ønsket om kapacitetsudnyttelse.