

# Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte

## Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats



CENTER FOR BEVÆGEAPPARATLIDELSER  
CENTER FOR FOLKESUNDHED • REGIONSHOSPITALET SILKEBORG

**Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte.  
Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats**

**Udarbejdet af:**

*Ellen Pallesen*, afdelingslæge, speciallæge i samfundsmedicin og almen medicin, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg/Afdelingen for Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

*Tora Dahl*, konsulent, ergoterapeut, MPH., Sundhedsstyrelsen

*Ole Kudsk Jensen*, overlæge, speciallæge i reumatologi, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg

*David Christiansen*, fysioterapeut, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg

*Bente Knudsen*, socialrådgiver, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg

*Karina Ruby*, Ergoterapeut, Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg

*Claus Vinther Nielsen*, forskningsleder, ledende socialoverlæge, ph.d. speciallæge i klinisk socialmedicin, Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

*Anette Abell*, sociallæge, speciallæge i samfundsmedicin og arbejdsmedicin, Sociallægeinstitutionen, Århus Kommune har bidraget med et notat, der indgår i dele af rapporten

**Udgiver:** Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N, Tlf: 8728 4700, Fax: 8728 4702, e-mail: [folkesundhed@rm.dk](mailto:folkesundhed@rm.dk), [www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

**Grafisk produktion og Tryk:** Venture, Stavtrupvej 34, 8260 Viby J, tlf. 8628 3555

**ISBN:** 978-992553-1-3

**Oplag:** 500 stk.

**Bestilling:** Rapporten kan erhverves i trykt udgave ved henvendelse til Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 15-17, 8200 Århus N, tlf. 8728 4700.

Rapporten kan også hentes i elektronisk udgave fra [www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)



# Forord

I Danmark har sygefraværet igennem en længere årrække haft et betydeligt omfang og fokus på indsatser, der kan nedbringe fraværet har stor opmærksomhed. Der er taget mange initiativer og gjort mange forsøg. Sygefraværet vedbliver at stige.

Kommunerne har beslutningskompetencen, når det drejer sig om administration af Sygedagpenge-loven, og de andre sociale love, der er relevante, når der er tale om støtte til tilbagevenden til arbejdsmarkedet og varige forsørgelsesforanstaltninger. Ikke desto mindre involverer indsatsen overfor sygemeldte mange andre aktører, som også har et ansvar: den sygemeldte, arbejdspladsen, familien, de praktiserende sundhedsprofessionelle (læger, fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.) og sygehuset. Tilbagevenden til arbejde efter sygefravær er oftest ganske ukompliceret. Samspillet mellem den sygemeldte og alle de nævnte aktører kan forløbe uden problemer. Imidlertid er der fra det ukomplicerede et kontinuum af muligheder for, at et forløb kan blive tiltagende svært, kompliceret til håbløst. Alle, der har arbejdet med sygemeldte, og som evaluerer enkeltforløb, der f.eks. har medført alt for tidlig udstødelse fra arbejdsmarkedet af en borger, kender til overvejelser om at ændre praksis. Hvis bare vi tidligt havde iværksat en koordineret, sammenhængende tværfaglig og tværsektorielt indsats overfor vedkommende, kunne vi sikkert have undgået en fastlåst tænkning om sygdommens begrænsninger hos os selv som professionelle, hos den sygemeldte, arbejdsgiver osv.


Imidlertid gives der ikke enkle løsninger. Der er endnu ikke nogen, der har kunnet opstille håndfaste og evidensbaserede kriterier for, hvem der tidligt i et sygefraværsløb, som følge af en given sygdom er i størst risiko for efter et længerevarende fravær ikke at vende tilbage til arbejdsmarkedet og

i givet fald hvilken specifik indsats, der skal iværk-sættes.

Et væsentligt forhold synes dog givet: Det er ikke sygdommen eller sygdommens sværhedsgrad, der alene er afgørende herfor. Måske drejer det sig snarere om, hvilke forventninger og forestillinger den sygemeldte, de professionelle, arbejdsplads og familie har til sygdommen og dens konsekvenser. Forestillinger og forventninger som ikke altid er hensigtsmæssige i forhold til at leve et aktivt og kvalitetsfyldt liv.

Center for Bevægeapparatlidelser (CfB), Regionshospitalet i Silkeborg er etableret 1. august 2004 for at øge fokus på tidlige koordinerede og sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle indsatser overfor sygemeldte med subacutte lænderygsmarter. Centret blev etableret ved en beslutning i Århus Amtsråd. Idéen blev født i dialog med de involverede kommuner. Et væsentligt udgangspunkt først i dette årti var kommunernes bekymring over, at lænderygsmarter efterhånden var begrundelsen for op imod 1/8 af alle sygemeldinger, og sygehusvæsenets oplevelse af manglende muligheder for at skabe hurtige og sammenhængende indsatser. Dette sammenholdt med erkendelse af, at der sjældent kan gives en specifik diagnose henholdsvis behandling, men at lænderygsmarter ofte er noget, man skal lære at leve med, talte for forsøg med nye indsatsmetoder under kontrollerede omstændigheder.

De nye metoder bygger primært på erfaringer fra udlandet, hvor tværfaglige og tværsektorielle indsatser har vist sig effektive. Ligeledes på teorier om sammenhæng mellem det biologiske, psykologiske og sociale, og hvordan den professionelle kontakt ved undersøgelse og dialog kan anvendes til at ændre tanke og handling hos alle involverede aktører



til gavn for den sygemeldte. Endelig anvendelse af procedurer for smidigt samarbejde mellem professionelle, hvor der lægges vægt på respekt for hinandens opgaver og handlemuligheder - ligeledes til gavn for den sygemeldte.

Det afgørende nye er, at indsatsen er koordineret fra det tidspunkt, hvor den sygemeldte henvender sig hos egen læge første gang, til vedkommende er tilbage i arbejde. Egen læge henviser efter 4 ugers sygemelding. CfB har herefter ansvar for udrednings- og arbejdsfstholdelsesprocessen. Den individualiserede indsats er tværfaglig og uden ventetid. Indsatsen ender med aftaler på arbejdspladsen, om hvorledes kravene kan tilpasses den aktuelle funktionsevne og siden øges, så patienten fastholdes i arbejde. Nyt er også den gennemgående kontaktperson, som ved behov og efter aftale, koordinerer samarbejdet med relevante parter omkring den sygemeldte.

Der er gået et år siden vi inkluderede den sidste af de ca. 350 sygemeldte, vi havde planlagt. Det er nu muligt for os at fremlægge de første resultater. Der ligger stadig mange analyser forude, og det er vigtigt, at vi har mulighed for at følge patientgruppen i 2 til 5 år, for også at kunne udtale os om langtidseffekter af indsatsen.

Resultaterne fremlægges i tre rapporter med den fælles betegnelse: *Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte*

*Beskrivelse af den tværfaglige  
og tværsektorielle indsats  
Et års opfølgning  
Det tværfaglige samarbejde*

Resultaterne skal nu publiceres i internationale tidsskrifter.

Vi håber således, at disse rapporter kan være til inspiration for yderligere udvikling af praksis og for den videre forskning i indsatser, der har til formål at reducere sygefraværet.

Vi er glade for, at kommuner og Region Midtjylland har prioriteret at etablere et hospitalsbaseret forskningscenter (CfB), der har til opgave at udvikle og afprøve metoder overfor sygemeldte med bevægeapparatsmerter, hvor fokus er på bio-psyko-sociale, tværfaglige og sammenhængende indsatser mellem kommuner, praktiserende sundhedspersonale, arbejdsplads og hospital. Vi er specielt glade for at Favrskov, Galten, Gjern, Hammel, Randers, Ry, Silkeborg, Skanderborg og Them kommuner har set nødvendigheden af at lave lodtrækningsforsøg og har været med til at financiere driften.

Vi vil meget gerne takke Jer alle.

Vi vil også takke fagforeninger lokalt og nationalt, virksomheder og arbejdsgivere, kommunale koordinationsudvalg og kolleger fra de arbejdsmedicinske klinikker – der alle bakkede projektet op i de tidlige faser. Tak til de lokale koordinationsudvalg for økonomisk støtte til beskrivelse af projektet.

Tak til de sygemeldte som villigt har indgået i projektet, har ladet sig randomisere og flittigt og tilbagevendende svarer på spørgeskemaer efter et halvt, et og to år.

Tak til styregruppen med repræsentanter fra kommuner, hospitalsledelse og afdelingsledelse, der på halvårslige møder med interesse og opmuntring har været med til at bevare optimismen.

Det har været vaskeligt at skaffe ekstern finansiering til evalueringen. Tak til Gigtforeningens udviklingspulje for en donation. Også tak til Klinisk Socialmedicin og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland som både har leveret økonomi og mandskab.

Arbejdsmiljøforskningsfonden har netop bevilliget knap 4 millioner kroner til afledte analyser af dette projekt og til evaluering af et kommende projekt, hvor indsatsen retter sig imod sygemeldte med smerter i skuldre og nakke.

Oktober 2008

Claus Vinther Nielsen, ledende socialoverlæge ph.d.

# Indledning

*Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats* er en af tre rapporter under den fælles betegnelse *Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte*. Denne rapport og de to andre: *Et års opfølgning* og *Det tværfaglige samarbejde* hænger naturligvis sammen, men kan også læses uafhængigt af hinanden.

Interventionsprojektet evalueres i et MTV-perspektiv. Det betyder, at vi evaluerer

- *Effekten* af selve indsatsen (teknologien). Kommer de sygemeldte i arbejde, får de bedre livskvalitet, mindre frygt, bedre sundhedsvaner osv.?
- *Brugerperspektivet*: de sygemeldtes tilfredshed med indsatsen. Bedres funktionsevnen mv.?
- *Organisationen*: hvorledes fungerer det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde?
- *Økonomien*: hvad koster indsatsen pr. patient? Hvad er den økonomiske gevinst ved en eventuel positiv effekt?

De foreliggende tre rapporter har elementer af den tilsligtede evaluering med. Der forestår stadig et analysearbejde over de kommende år af foreliggende data, og nye projekter vil indsamle data med særligt fokus på organisation.

Der refereres i rapporterne til en række udenlandske undersøgelser, som blandt andet har givet inspiration til etablering af Center for Bevægeapparatlidelser (CfB). Karakteristisk for disse undersøgelser er, at der beskrives en tværfaglig indsats, bestående af en række faggrupper og i mindre omfang, hvad det er, de gør. I rapporten *Beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats* beskrives indsatsen. Formålet er at højne bevidstheden om, at indsatsen ikke blot er et spørgsmål om at bringe forskellige monofagligheder sammen og holde møder med bestemte intervaller med bestemt varighed, men i

høj grad et spørgsmål om, hvorledes og på hvilken teoretisk baggrund der handles.

Med denne rapport skal også lyde en opfordring til, at man forsøger at lave lignende beskrivelser i andre projekter af samme karakter.

I rapporten *Et års opfølgning* beskrives blandt andet den evidens, denne indsats bygger på, undersøgelsesdesignet, materialer og metode herunder analysestrategi og resultater heraf.

Der sammenlignes to indsatser en mini-intervention og en CfB-intervention, som begge afviger fra det, man kan kalde normal praksis. Begge har de elementer af tværfaglighed i sig, men CfB-interventionen har den bredeste tværfaglighed. Vi står her overfor et centralt metodisk problem, som vi har kendt til helt fra starten. Det er først indenfor de sidste år, kommunerne for alvor har villet acceptere lodtrækningsforsøg. Det skal understreges, at det ikke kun var tilfældet i de kommuner, som deltog i projektet, og som vi i øvrigt har haft et forbilledligt samarbejde med. Disse accepterede et tilnærmet kontrolleret randomiseret forsøg – et komparativt randomiseret design. Man fandt det blandt andet uetisk, at alle involverede i et projekt med lodtrækning ikke fik et tilbud. Dette forhold og konsekvenserne heraf diskuteres.

I rapporten *Det tværfaglige samarbejde* fremlægges resultater af et kvalitativt studie af CfB's tværfaglige samarbejde. Fokuspunkter i evalueringen er personalets definition af tværfagligt samarbejde, samarbejdets organisering og konkrete erfaringer med fordele og ulemper heraf. Vi har i denne rapport fået eksterne kvalitative forskere til kritisk at fordybe sig i blandt andet nogle af de dilemmaer, der udspiller sig i vores praksis. Rapporten rejser en række spørgsmål, som vi på CfB må forholde os til i vores videre proces, og som mange andre, der arbejder på området, vil have glæde af at læse om.



**Medarbejdere på projektet:**

*Ole Kudsk Jensen*, overlæge, speciallæge i reumatologi

*Ellen Pallesen*, sociallæge, afdelingslæge, speciallæge i samfundsmedicin og almen medicin

*Bente Knudsen*, socialrådgiver

*Karina Ruby*, ergoterapeut

*David Christiansen*, fysioterapeut

*Karen Svidt*, fysioterapeut

*Ole Meyer*, fysioterapeut

*Kirsten Nielsen*, sekretær

*Lone Jensen*, sekretær

*Linda Madsen*, tidligere sekretær

*Tora Dahl*, ledende ergoterapeut, MPH, en af initiativtagerne til projektet og leder af det tværfaglige team i perioden 1. 8. 2004 til 1. 8. 2007

*Anette Abel*, sociallæge, afdelingslæge, speciallæge i samfundsmedicin og arbejdsmedicin indgik i de første år i det tværfaglige team.

*Claus Vinther Nielsen*, forskningsansvarlig, ledende socialoverlæge, ph.d., klinisk lektor, speciallæge i klinisk socialmedicin udfærdigede sammen med Tora Dahl, konceptet og projektbeskrivelsen.

*Jakob Hjort*, MPH, datamanager og teamleder. MTV, Center for Folkesundhed, har stået for etablering af Cfb's datainfrastruktur både med hensyn til administration og forskning.

En række personer har været involveret i evalueringen. Navne og tilhørssteder fremgår af rapporterne.

# Indholdsfortegnelse

<b>Resumé .....</b>	<b>9</b>
<b>Baggrund .....</b>	<b>11</b>
<b>Formål .....</b>	<b>12</b>
<b>Indsatsens fundament .....</b>	<b>13</b>
Viden og myter om rygsmerter .....	13
Risikofaktorer ved uspecifikt rygbesvær.....	13
Generelle risikofaktorer for lænderygsmerter .....	14
Rehabilitering .....	14
Rehabilitering og funktionsevne .....	15
WHO's klassifikation af funktionsevne .....	16
Kroppens funktion og anatomi .....	16
Aktivitet .....	17
Deltagelse.....	17
Personlige faktorer .....	17
Omgivelsesmæssige faktorer .....	17
ICF-modellen som den anvendes i Center for Bevægeapparatlidelser .....	17
Kortlægning i forhold til ICF's komponenter .....	18
Tværfagligt samarbejde .....	18
Tværsektorielt samarbejde med arbejdspladser .....	18
Tværsektorielt samarbejde med socialforvaltningen.....	19
Kommunikation med patienten .....	19
TERM-modellen .....	20
Symptom- og sygdomsforståelse .....	20
Opkvalificering af personalet .....	22
Supervision .....	23
<b>Beskrivelse af indsatserne .....</b>	<b>24</b>
Centrale principper i planlægning af indsatsen .....	24
Indsatsen i forhold til almindelig praksis .....	25
Oversigt over patientens vej igennem forløbet .....	25
Visitationen.....	25
Første dag på Center for Bevægeapparatlidelser.....	26
Modtagelsen .....	26
Undersøgelse hos reumatolog.....	26
Anamnese og klinisk undersøgelse.....	26
Depressionstest .....	26

Billeddiagnostik.....	26
Vurdering ved rygkirurg.....	27
Anden lægelig udredning .....	27
Undersøgelse hos fysioterapeut.....	27
Anamnese og klinisk undersøgelse.....	27
Plan/vejledning .....	27
Afslutning på første dag og randomisering.....	28
Koordinatorens rolle og opgaver.....	28
Første samtale med koordinator.....	29
Koncept for første koordinatorsamtale med koordinator.....	30
Tværfaglig konference .....	32
Kontakt til kommunal sagsbehandler .....	33
Kontakt til arbejdsplads.....	33
Den videre opfølgning .....	34
Opfølgning ved reumatolog.....	34
Opfølgning ved fysioterapeut.....	34
Opfølgning ved koordinator.....	35
Samtaleforløb med koordinator.....	35
Afslutning .....	35
Monofaglige indsatser.....	35
Socialmedicinsk undersøgelse .....	35
Socialmedicinsk samtaleforløb .....	35
Arbejdspladsbesøg ved ergoterapeut .....	36
Undersøgelse af aktivitetsproblemer ved ergoterapeut.....	36
Vurdering af behov for hjælpemidler ved ergoterapeut.....	36
Samtale med socialrådgiver .....	36
<b>Skriftlig kommunikation .....</b>	<b>37</b>
<b>Case.....</b>	<b>38</b>
<b>Reference liste .....</b>	<b>40</b>
<b>Bilag.....</b>	<b>41</b>

# Resumé

Smerter i lænderyggen er en hyppig årsag til langvarigt sygefravær og er et af Danmarks og den vestlige verdens væsentligste folkesundhedsproblemer. Resultaterne af nyere forskning tyder på, at en tværfaglig bio-psyko-social rehabiliteringsindsats i stedet for monofaglige enkeltindsatser overfor sygemeldte med lænderygsmerter kan reducere sygemeldingsperioden og forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet. Litteraturen fra denne forskning er mangelfuld med hensyn til beskrivelse af, hvorledes den tværfaglige rehabiliteringsindsats er tilrettelagt.


I denne rapport beskrives indsatsen ved Center for Bevægeapparatlidelser (CfB) på Regionshospitalet i Silkeborg.

CfB blev etableret som et forsøg fra 01.08.2004-31.07.2008. Den tværfaglige rehabiliteringsindsats blev tilrettelagt som en integreret og koordineret indsats, hvor opgaverne skulle løses i et tværfagligt team. Den tværfaglige rehabiliteringsindsats blev afprøvet som et klinisk randomiseret interventionsstudie.

Indsatsen er baseret på principper fra moderne rehabilitering, hvor der tages udgangspunkt i patientens samlede livssituation for, via en sammenhængende, koordineret og vidensbaseret indsats i et samarbejde mellem patienten, pårørende og fagfolk, at genoprette eller vedligeholde funktionsevnen. Indsatsen er tilrettelagt i henhold til WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, hvor et tværfagligt team har til opgave at afdække alle faktorer af betydning for patientens funktionsevne og sammen med patienten tilrettelægge et forløb, som kan føre til bedring af funktionsevnen og genoptagelse af arbejdet. Det tværfaglige team sikrer, via den monofaglighed teammedlemmerne besidder, helbredsmæssig udredning, vurdering og behandling. Herudover er der lagt stor vægt på, at teammedlem-

merne har erfaring i og løbende trænes i tværfagligt samarbejde. En forudsætning for at patienten kan drage nytte af den viden, de professionelle sidder inde med, og for at det tværfaglige samarbejde kan fungere er, at de enkelte teammedlemmer har gode kommunikative færdigheder. Teamet er derfor oplært og trænes løbende i kommunikation. I kommunikationen med patienten tages udgangspunkt i TERM-modellen med inddragelse af elementer fra systemisk, kognitiv og narrativ praksis.

Patienterne, som har været sygemeldte med lænderygsmerter mellem 4 og 12 uger, henvises af egen læge til CfB og får en tid til undersøgelse indenfor 1 uge. Alle patienter bliver undersøgt af reumatolog, som via en grundig undersøgelse forsøger at afdække årsager til smerterne og vurderer behandlingsmuligheder. Af fysioterapeut, som undersøger behandlingsmulighederne via gradvist øget fysisk aktivitet. Får foretaget MR-skanning og kommer til opfølgning hos fysioterapeuten efter 14 dage, hvorefter de afsluttes. Journalnotater fra undersøgelserne sendes automatisk til socialforvaltningen i kommunen og til egen læge. Dette indebærer i sig selv en indsats, som rækker ud over almindelig praksis og benævnes i rapporten for miniinterventionen. Efter den 1. undersøgelsesdag ved reumatolog og fysioterapeut foregår der en tilfældig fordeling af patienterne, hvorefter halvdelen får miniinterventionen, mens resten, som et supplement hertil, får et forløb med en tværfaglig indsats styret af en koordinator, som følger patienten til raskmelding. Denne indsats har vi kaldt CfB-interventionen. Koordinatoren støtter patienten i at håndtere sine smerter og skabe muligheder for at bedre funktionsevnen. I fællesskab udarbejder patienten og koordinatoren en handleplan for patientens genoptagelse af arbejde, som løbende drøftes og revideres i det tværfaglige team for at sikre, at indsatsen bliver



målrettet. Forløbet med koordinatoren omfatter også en tværsektoriel indsats, idet koordinatoren løbende har kontakt til sagsbehandleren i kommunen, og ved behov kontaktes arbejdspladsen for at give relevant information om patientens situation og undersøge mulighederne for genoptagelse af arbejdet.

CfB-interventionen bygger således på en bio-psyko-social forståelse af, at biomedicinsk behandling alene ikke altid er tilstrækkelig til at sikre optimal

rehabilitering, men at inddragelse af de øvrige elementer i og omkring personen, der har betydning for funktionsevnen, er en nødvendighed. For patienter, der henvises til CfB, har dette en særlig betydning, da lænderygsmerter ofte er komplekse med flere årsagskomponenter og risikofaktorer. Den behandling, vi anbefaler, er gradvist øget aktivitet via motion, genoptagelse af vanlige funktioner inklusive arbejde og afhjælpning af de psykosociale forhold, som kan have en betydning for smerterne.

# Baggrund

Smerter fra bevægeapparatet er et af Danmarks og den vestlige verdens væsentligste folkesundhedsproblemer. Smerter i nakke, skulder og ryg er ofte uspecifikke, dvs. at den specifikke årsag til smerterne enten ikke kan påvises med de tilgængelige undersøgelsesmuligheder, eller at der ikke kan tilbydes nogen specifik behandling, som vil kunne fjerne smerterne. De direkte og indirekte omkostninger af den type smerter er betydelige, og på sygedagpengeområdet konstant stigende over en længere årrække.

Smerter i lænderyggen er en hyppig årsag til langvarigt sygefravær, og sygefravær ud over fire uger medfører øget risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet (1).

Efter interventionsstudier i Finland, Holland, Canada og USA er der fundet evidens for, at en tværfaglig biopsyko-social rehabiliteringsindsats i stedet for monofaglige enkeltindsatser overfor sygemeldte med lænderygssmerter kan reducere sygemeldingsperioden og forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet (2-5).

Det er et gennemgående træk, at litteraturen hvori denne forskning formidles er mangelfuld med hensyn til beskrivelsen af, hvorledes indsatsen er tilrettelagt. Hvem der gør hvad og hvorfor.

På denne baggrund har vi fundet det hensigtsmæssigt og nyttigt at give en detaljeret beskrivelse af, hvilken indsats der gives, når man henvises til CfB. Beskrivelse er et vigtigt supplement til evalueringen af indsatsen bl.a. med henblik på eventuel implementering af indsatsen i praksis og ved planlægning af videre studier.

Først beskrives den forståelsesramme, indsatsen hviler på, med en gennemgang af rationalet bag og det teoretisk grundlag for interventionen. Derefter følger en gennemgang af den formelle organisering af indsatsen med en beskrivelse af patientforløbet, de professionelle monofaglige rolle og opgaver i forløbet og i det tværfaglige team.

CfB på Regionshospitalet i Silkeborg er det første hospitalsbaserede center i Danmark, der foretager tværfaglig udredning og rehabilitering af patienter med lænderygssmerter, hvor indsatsen retter sig specifikt mod sygemeldte, der er i arbejde. Interventionen er særlig derved, at der i rehabiliteringsindsatsen er fokus på arbejdsfastholdelse, og at indsatsen tilrettelægges på baggrund af den viden om patienten, der opnås ved både at inddrage sygdomsorienterede og situationsbaserede aspekter, altså andre forhold i patientens liv udover sygdom, som influerer på muligheden for at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet og den samlede livsførelse. Hospitalet påtager sig en aktiv rolle ved at etablere et tæt samarbejde med den kommunale socialforvaltning og arbejdspladserne, som afviger fra vanlig praksis. Hospitalet forholder sig dermed meget bredere til patientens liv. Disse forhold tilsammen antages at have indflydelse på muligheden for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet og den samlede livsførelse.

På baggrund heraf blev rehabiliteringsindsatsen tilrettelagt som en integreret og koordineret indsats, hvor opgaverne skulle løses i et tværfagligt team. Indsatsen blev afprøvet som et klinisk randomiseret interventionsstudie.

Patienterne blev randomiseret til to indsatser.

- Mini-intervention: undersøgelse ved reumatolog og fysioterapeut samme dag, og ved fysioterapeut efter fjorten dage, herefter tilbagemelding til egen læge og socialforvaltning
- CfB-intervention: miniintervention og tværfaglig indsats.

Begge interventioner adskiller sig fra, hvad der er normal praksis i forhold til sygemeldte med lænderygssvær (se senere).



# Formål

## **Formålet med dette studie var:**

- At undersøge om en helhedsorienteret, tværfaglig, tværsektoriel indsats kan sikre, at patienter med lænderygsmærter kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.
- At udvikle modeller og metoder til tværsektorielt samarbejde, der kan sikre at målet med indsatsen nås.

I denne rapport beskrives indsatsen ved CfB på Regionshospitalet i Silkeborg.

Målgruppen i projektperioden var borgere i alderen 16-60 år, sygemeldte fra arbejde i 4-12 uger med lænderygsmærter, henvist af egen læge

# Indsatsens fundament

## Viden om rygsmerter

Vi ved, at der er en række tilstande, hvor der kan gives en konkret forklaring på de symptomer, patienten har. Det vil sige, at der ved den kliniske undersøgelse og/eller ved den supplerende udredning i form af MR-skanning og blodprøveudredning kan påvises forhold (objektive fund), som kan forklare de symptomer, patienten har. I disse tilfælde kan der stilles en specifik diagnose, som i nogle tilfælde kan behandles.

I de tilfælde hvor der ikke findes sammenhæng mellem patientens smerter og de såkaldte ”objektive fund”, arbejdes der med et begreb uspecifikke lænderygsmerter. Det vil sige, at man giver sygdommen ondt i ryggen et navn, men der er i diagnosen ikke en forklaring på, hvorfor det gør ondt. Man kan ikke med sikkerhed sige, hvor smerterne kommer fra, men man kan udpege forandringer i og uden for ryggen, som kan være medvirkende årsag til smerterne, såkaldte risikofaktorer.

Selvom vi ikke kan se årsagen til smerterne, ved vi en del om, hvad der kan gøre uspecifikke rygsmerter bedre, og hvad der kan gøre dem værre. Således ved vi, at fysisk aktivitet kan lindre smerterne, og at psykisk stress kan forværre og vedligeholde uspecifikke rygsmerter.

*Eksempler på specifikke diagnoser, der stilles på Cfb:*

Diskusprolaps med nerverodstryk  
Følger efter diskusprolaps med nerverodstryk  
Nerverodspåvirkning af anden årsag  
Spinalstenose (forsnævring af rygmarvskanalen)  
Osteoporotisk sammenfald (sammenfald af ryghvirvel som følge af knogleskørhed)  
Mb. Bechterew (gigtsygdom)

## Risikofaktorer ved uspecifik rygbesvær

Vi ved, at diskusdegeneration (såkaldte slidgigtforandringer) kan være årsag til smerterne hos en del med ondt i ryggen, men hos mere end halvdelen med rygsmerter og diskusdegeneration, kommer rygsmerterne ikke fra diskusdegenerationen. Hos den enkelte patient kan man således ofte ikke sige med sikkerhed, om diskusdegenerationen har betydning for smerterne, men man kan give en vurdering af, om det er sandsynligt. Ofte vil diskusdegeneration være en blandt andre medvirkende årsager til smerterne. Hvis der er foretaget MR-skanning, og denne viser Modic-forandringer i det område, hvor der er diskusdegeneration, er det overvejende sandsynligt, at disse forandringer er en væsentlig del af forklaringen på smerterne.

Noget tilsvarende gælder diskusprolaps uden nerverodspåvirkning, idet diskusprolaps forekommer som et tilfældigt fund hos op til en tredjedel af befolkningen. På den anden side ville det være forkert ikke at anerkende diskusprolaps som årsag, når smerterne sidder svarende til prolapsen, og der er lokal ømhed i området. Vi oplever derudover undertiden, at en prolaps uden nerverodspåvirkning ændrer sig til en prolaps med nerverodspåvirkning.

Andre tilstande, som kan være medvirkende årsag til rygsmerter, er Mb. Scheuermann (en tilstand med flere kileformede hvirvler og ændrede enderplader) og skoliose (skæv ryg).

Nedsat kredsløb i ben(ene) hos patienter med rygsmerter er en risikofaktor, idet der som regel også er nedsat kredsløb i ryggen. En depression kan være medvirkende årsag til rygsmerter, men kan også opstå som følge af smerterne.

Endelig er der nogle patienter, hvor smerterne menes betinget af en forstyrret smerteregulation, dvs. en mekanisme i nervesystemet, som ikke kan ses på røntgenbilleder eller MR-skanning. Dette kan for-

klare, at nogle med mange rygsmerter alligevel har normal MR-skanning. Nye data fra CfB støtter, at denne mekanisme jævnligt spiller en rolle.

Se også bilag 1 om mulige årsager til rygsmerter.

### Generelle risikofaktorer ved lænderygsmerter

På CfB lægges der vægt på en grundig helbreds-mæssig udredning og afdækning af alle de forhold hos patienten, som kan have betydning for smer-teoplevelsen og den måde patienten håndterer smerterne på. En anerkendt betegnelse for disse forhold er røde og gule flag (6) (se figur 1). De røde flag er anamnestiske oplysninger, der indikerer alvorlig sygdom, som kræver nærmere udredning. De gule flag dækker over psykosociale forhold, som kan influere på sygdomsforløbet, og som kan være en barriere i forhold til at genoptage arbejdet. Det videre behandlings- og rehabiliteringsforløb tager afsæt i de røde og gule flag.

### Rehabilitering

Traditionelt har der været fokuseret på medicinske årsager, når patienter har søgt behandling og vejledning for lænderygsmerter. Moderne rehabilitering har som udgangspunkt et systemisk perspektiv. Lænderygsmerter og sygemelding ses i den sammenhæng, de optræder i hos den enkelte patient, og dermed får andre forhold end de strikt medicinske betydning (1).

Figur 1: Røde og gule flag

#### Røde flag: (indikerer yderligere udredning)

Debutalder <20 eller >50 år  
Svært traume (f.eks. trafikuheld, fald fra højde)  
Konstante, progredierende, evt. natlige smerter  
Thoracale smerter  
Tidligere malign sygdom  
Behandling med systemisk steroider  
Stofmisbrug, HIV  
Alemensymptomer (vægttab, feber)  
Udbredte neurologiske udfald  
Strukturel deformitet

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (7)(5).

Rehabiliteringsprocessen er karakteriseret ved:

- Fokus på borgerens hverdagsliv, dvs. på personlige aktiviteter og deltagelse i Samfundslivet
- Indsatser, der inddrager borgeren (fx behandling, træning, compensation), rettes også mod borgerens omgivelser (fx fysisk tilgængelighed, sociale miljøer, generelle holdninger)
- Borgerorientering (der arbejdes på grundlag af borgerens forståelse af situationen, vedkommentes betingelser og forudsætninger, og alle beslutninger tages af borgeren i samråd med de involverede fagpersoner)
- Individorienteret (der arbejdes på basis af den enkelte borgers situation, borgerens pårørende inddrages når situationen taler for det)
- Helhedsorientering (hele borgerens fysiske, psykiske og sociale situation indgår ved udarbejdelsen af løsningsmodeller, og alle relevante indsatser fra forskellige sektorer inddrages)

#### Gule flag: (negative prognostiske faktorer)

Opfattelse af at smerter og aktivitet skader ryggen – undgåelsesadfærd  
Sygdomsadfærd som f. eks længerevarende sengeleje, overvejende tro på passiv behandling  
Social tilbagetrækning  
Følelsesmæssige problemer, f.eks. påvirket humør, depression, angst, stress  
Problemer på arbejdet eller utilfredshed med arbejdet  
Verserende arbejdsskades-, forsikrings- eller erstatningssag  
Overbeskyttende familie eller mangel på omsorg fra nærmeste pårørende

- Koordinering af den indholds- og tidsmæssige indsats, dels mellem enkelte specialitydelser, og dels mellem de involverede sektorer (rette indsats på rette tidspunkt)
- Ofte tværfaglig og tværsektoriel indsats i teams, hvor borgeren og eventuelle pårørende som centrum i teamfunktionen, giver de grundlæggende vigtigste bidrag
- Planlægning med fastlagte mål, tidsrammer og med aftalt koordinatorfunktion, der sikrer sammenhæng og borgersamarbejde i rehabiliteringsprocessen
- Et dynamisk, fleksibelt og udviklingsorienteret forløb med kvalitetsstyring, evaluering og justering
- Høj kvalitet og vidensbasering (fx videnskabeligt grundlag) af de anvendte indsatser(5)

Et moderne rehabiliteringsforløb er kendetegnet ved sammenhæng, kontinuitet, patientinddragelse og højt informationsniveau for den sygemeldte.

For at kunne levere en helhedsorienteret indsats blev der etablerede et tværfagligt team. Teamets opgave var at sikre en grundig helhedsorienteret anamnestisk og professionel udredning med henblik på fastlæggelse af en behandlingsplan. En plan som principielt kan rumme medicinsk behandling, fysisk genoptræning ved øget fysisk aktivitet og samtaler hvis formål det er, at patienten lærer at håndtere smerte og en midlertidig eller varig ændret funktionsevne. Endelig fastlæggelse af en plan for hurtigst mulig tilbagevenden til arbejdsmarkedet i tæt samarbejde med socialforvaltning og arbejdsplads.

Det tværfaglige team blev placeret på et hospital, da patienterne dermed, udover den tværfaglige indsats, kunne tilbydes helbredsmæssige udredning på specialistniveau med vurdering ved reumatolog, fysioterapeut og eventuelt andre hospitalsspecialer. Spekulationer, om mulige årsager til rygsmerter, spiller en stor rolle for de fleste patienter og er vigtige spørgsmål at få belyst og afklaret på et højt

fagligt niveau for, at længerevarende sygemeldte kan reorientere sig og tør gøre brug af de anbefalinger, der bliver givet. Almindeligvis tænker man ikke på arbejdsfastholdelse i et patientforløb på et hospital. Man har ikke indsigten, og det er ikke sygehusvæsents opgave. I kommunerne tænker man almindeligvis ikke på diagnostik og behandling. Man har ikke indsigten, og det er ikke socialvæsenets opgave. Hospitalet og socialforvaltningen har hver for sig vigtige opgaver, og den nødvendige koordinering kan mangle eller have mangler i forhold til et hensigtsmæssigt og sammenhængende patientforløb.

Erfaringsmæssigt kan det have alvorlige konsekvenser for nogle patienter, som ikke selv formår at rette op på dette.

Derfor er en væsentlig opgave for det tværfaglige team at tildele alle patienter en koordinator. Koordinatoren kan enten være socialrådgiver, ergoterapeut eller speciallæge i klinisk socialmedicin.

### Rehabilitering og funktionsevne

En udbredt (traditionel biomedicinsk) tænkning er, at lænderygsmerterne er årsagen til sygemeldingen, og at indsatserne derfor må rette sig mod at eliminere disse.

I vores forståelse af hvordan sygdom og funktion hænger sammen, vil opmærksomheden også rette sig mod andre forhold end smerter. Smerterne kan være en umiddelbar årsag til sygemeldingen, men ikke nødvendigvis en hindring for at starte på arbejde. Mennesker håndterer smerter forskelligt afhængigt af forhold, som relaterer sig til det samlede helbred, personen eller de muligheder omgivelserne giver.

For os bliver funktionsevnen, der relaterer sig til helbredet, genstandsfeltet for rehabiliteringsindsatsen. Det kan sammenlignes med den medicinske diagnoses betydning for behandling af sygdomme. Funktionsevne er et samlebegreb, der omfatter *kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og delta-*

gelse. Funktionsevnebegrebet som anvendes her, er identisk med WHO's funktionsevnebegreb (8), som ICF-klassifikationen er baseret på.

Rehabiliteringsindsatsen retter sig således mod patientens samlede funktionsevne. I overensstemmelse hermed må udredning af patientens smerte-problem inddrage alle de aspekter, som kan have betydning for patientens samlede funktionsevne. Begrebsrammen om funktionsevne har sit udgangspunkt i en bio-psyko-social forståelse, hvor erkendelsen er, at funktionsevnen ikke blot er nedsat på grund af smerter, som er kontaktårsagen, men må ses som et dynamisk samspil mellem en lang række faktorer i patientens liv, der gensidigt påvirker hinanden, og som har betydning for oplevelse og konsekvenser af smerterne. I forhold til planlægning af interventionen er det en forudsætning, at indsatsen retter sig mod det, som de professionelle og patienten i samarbejde er enige om at prioritere højest. Indsatsen skal således støtte patienten til at genvinde kontrollen over sit eget liv. Det betyder ikke, at patienten skal kunne alt selv, men fx lærer at skaffe sig støtte til at fastholde eller genvinde magt og handlekompetence i eget liv.

Den kronkete rehabiliteringsindsats for patienter med lænderygsmærter sygemeldt fra arbejde, baserer sig på en biomedicinsk udredning af rygsmerterne og behandling som kan omfatte medicinsk smertebehandling og vurdering ved rygkirurg med henblik på evt. operation. Derefter følger en tværfaglig udredning af andre forhold, som har betydning for personens samlede funktionsevne.

Rehabiliteringsindsatsen kan herefter rette sig mod:

- behandling og lindring af rygsmerterne, herunder smertehåndtering ved hjælp af fysisk aktivitet og/eller samtaler
- at planlægge tilbagevenden til arbejde herunder eventuelt planer for tilrettelæggelse af arbejdet med hensyn til evt. justering af arbejdsopgaver, justering af ansættelsesvilkår m.v.

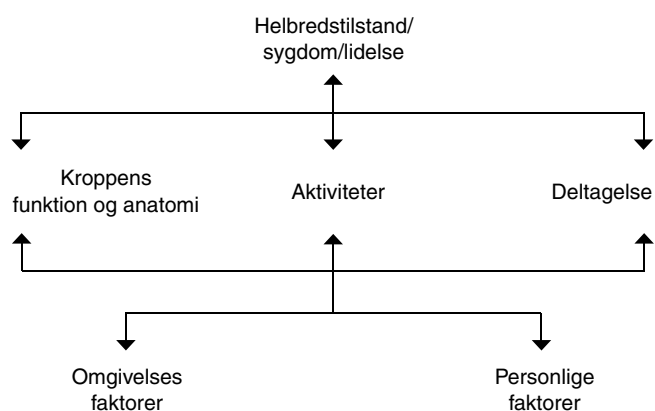
- forhold i patientens livsførelse eller fx konkurrerende sygdomme eller psykiske forhold.

### WHO's internationale klassifikation af funktionsevne (ICF)

ICF-modellen, som danner baggrunden for klassifikationen af funktionsevne, illustrerer at de 3 komponenter (kroppens funktion/anatomi, aktiviteter og deltagelse), der beskriver funktionsevnen, påvirker og påvirkes af hinanden (8). Funktionsevnen interagerer med sygdomme og konteksten (personlige og omgivelsesmæssige faktorer).

Modellen er en dynamisk model – hvor alle forhold – sygdom, funktionsevne og kontekst indbyrdes interagerer i et kompliceret og individuelt mønster.

Ved at anvende denne model om funktionsevne som forståelsesramme bliver det tydeligt og åbent, at der kan være andre forhold end rygsmerter, som påvirker funktionsevnen generelt og arbejds- evnen specifikt.



Klassifikationen kan anvendes til at beskrive forhold, som er påvirket hos patienten efter en taxonomi, som er beskrevet i klassifikationen.

Klassifikationen er, i dette projekt, primært blevet anvendt som begrebsramme og til at systematisere information og dokumentation

#### Kroppens funktion og anatomi

Dimensionen beskriver kroppens funktioner og strukturer. I relation til personer med rygsmerter er det især relevant at beskrive forhold i bevægeap-

paratet og nervesystemet. Ex symptomer som ses ved diskusprolaps som smerter, føleforstyrrelser, manglende reflekser og lammelse.

### Aktivitet

Aktivitetsdimensionen kan beskrive dels de aktiviteter, som personen udfører, dels evnen til at udføre dem (kapacitet). Ofte er fokus på udførelse af daglige gøremål, mobilitet og udførelse af arbejde. Her vil det være muligt, at beskrive på hvilken måde arbejdsopgaverne er vanskelige for personen. I analysen kan årsagssammenhænge findes, fx at arbejdsopgaver ikke kan varetages på grund af smerter, eller at personen ikke kan sidde længe nok til at varetage opgaverne.

### Deltagelse

Dimensionen deltagelse omfatter en persons muligheder for at deltage i samfundet som borger. Fx har personer, som er sygemeldt, en påvirket arbejdsevne (deltagelse), og de kan få problemer med deres selvforsørgelse. Økonomiske problemer kan påvirke den samlede deltagelse.

### Personlige faktorer

De personlige faktorer, der kan påvirke funktions- evnen, kan fx være kvalifikationer og kompetencer, mestringsstrategier, alder køn og uddannelsesniveau.

Der er ikke i ICF taxonomien udviklet en klassifikation af de personlige faktorer, da det anses for at være kulturelt meget sensitivt. Derimod er de personlige faktorer en determinant, som kan anvendes til at forstå den konkrete persons funktionsevne, sammen med de øvrige determinanter.

### Omgivelsesmæssige faktorer

Omgivelsesmæssige faktorer dækker over fysiske forhold som teknologi (hjælpemidler), bygningsmæssige forhold, naturlige og klimatiske forhold, netværk og støttemuligheder i familien og det omgivende samfund herunder lovgivningsmæssige forhold.

I forhold til målgruppen, i CfB, kan funktionsevnen

fx bedres hos en person, som har problemer med tunge løft. Teknologiske muligheder til afhjælpning af de tunge løft kan være afgørende for at eliminere personens begrænsninger.

Arbejdsgiveren/arbejdspladsen og vilkårene på arbejdspladsen er også i klassifikationens betydning omgivelsesmæssige faktorer.


Lovgivning fx på arbejdsmarkedsområdet er i denne sammenhæng også omgivelsesmæssige faktorer, som kan understøtte, at mennesker kan udnytte deres arbejdsevne. Fx kan Lov om Aktiv Socialpolitik betegnes som en omgivelsesmæssig faktor på samfunds niveau, hvor fx muligheden for at få fleksjob kan give mennesker med nedsat funktionsevne fuld deltagelse og selvforsørgelse. Økonomisk kompensation, som enten er løvbaseret (sygedagpenge) eller overenskomstreguleret, hører til omgivelsesmæssige faktorer.

### ICF modellen som den anvendes i Center for Bevægeapparatlidelser

Ved at anvende et bredere funktionsevnebegreb, som grundlag for rehabiliteringsindsatsen, sættes der fokus på andre forhold end rygsmerterne og de evt. biomekaniske årsager til disse.

Smerterne og den kropslige funktionsnedsættelse kan kun i begrænset omfang forklare, hvorfor mennesker med lænderygsmerter er sygemeldte. Den kropslige funktionsnedsættelse er som omtalt en del af den samlede funktionsevne. Det har derfor stor betydning at få beskrevet andre forhold hos personen: udførelse af aktiviteter i relation til hjem, arbejde og fritid, og hvordan evt. begrænsninger påvirker den samlede funktionsevne hos personen.

Ved at anvende ICF som referenceramme for funktionsevne bliver det muligt at forstå, at patienter med præcis samme diagnose, og ens symptomer, og fysiske funktionstab kan opleve meget forskellige ændringer i deres funktionsevne. Fx kan en person med lænderygsmerter, uden væsentlige problemer, passe et kontorarbejde med vekslende arbejdsstillinger, mens et fysisk belastende arbejde



kan være svært at passe. Disse individuelle forskelle er betinget både af personlige faktorer og omgivelsesmæssige faktorer.

### **Kortlægning i forhold til ICFs komponenter**

I CfB-interventionen afdækkes de forskellige elementer i ICF-modellen i et samarbejde mellem patienten, reumatologen, fysioterapeuten og en koordinator. Reumatologen har især fokus på kroppens funktion og anatomi og er opmærksom på personlige og omgivelsesmæssige faktorer, som kan spille ind herpå. Fysioterapeuten fokuserer på aktivitet og er også opmærksom på personlige og omgivelsesmæssige forhold. Koordinatoren fokuserer på deltagelse herunder personlige og omgivelsesmæssige forhold. Der er her tale om en grov opdeling. Alle faggrupper inddrager også de øvrige komponenter i forskelligt omfang. I et længerevarende tværfagligt samarbejde er det tydeligt, at monofaglighederne inspirerer hinanden til i højere grad at involvere hinandens faglige fokus.


### **Tværfagligt samarbejde**

På den tværfaglige konference sammenfattes resultaterne af de enkelte undersøgelsesforløb og samtaler, og på den måde kan alle elementer i ICF-modellen afdækkes. Koordinatoren har til opgave at udarbejde en handleplan for det videre forløb med henblik på bedring af funktionsevnen og tilbagevenden til arbejdet. Handleplanen laves i samarbejde med patienten og udarbejdes på baggrund af de fokuspunkter for indsatsmuligheder, som er fremkommet ved koordinatorsamtalen og fra de øvrige teammedlemmer via den tværfaglige konference. Det er helt afgørende for, at dette samarbejde med patienten kan foregå, at der skabes en god kontakt med patienten (se nedenfor). Koordinatoren skal skabe sammenhæng i det videre forløb, både for patienten i selve forløbet, hvor de forskellige faggrupper i teamet løbende kan inddrages ved behov, men også i forhold til arbejdspladsen, til sygedagpengeafdelingen i kommunen og til andre relevante aktører, for eksempel egen læge, fysioterapeut, kiropraktor m.v.

Det tværfaglige team skal kunne sikre udredning af anden sygdom, der er af betydning for forløbet, herunder depression, angst, PTSD (posttraumatisk stress disorder), og følger af u hensigtsmæssig livsstil. Behovet for anden udredning afdækkes også på den tværfaglige konference. Teamet skal sørge for, at der bliver iværksat relevant behandling, evt. i samarbejde med egen læge eller andre speciallæger, og i samtalerne kunne håndtere kompleksiteten i de forskellige problemstillinger. Fokus er vedvarende, hvilke muligheder den sygemeldte har for at håndtere de helbreds mæssige problemer, der står i vejen for deltagelse.

### **Tværasektorielt samarbejde med arbejdspladser**

En væsentlig aktør i forhold til deltagelse er arbejdspladsen, som patienten er sygemeldt fra. Mulighed for gradvis genoptagelse af arbejdet, evt. med skånehensyn, kan være afgørende for, om man kan gå på arbejde med ondt i ryggen. Spørgsmålet om hvad patienten kan med ondt i ryggen; om patienten kan risikere at forværre tilstanden, er centralt både for patienten, patientens ledelse og kolleger. For arbejdspladsen er spørgsmålet om, hvor længe medarbejderen skal være væk centralt på samme måde, som spørgsmålet om hvorvidt sygdommen betyder, at den pågældende ikke kan vende tilbage til arbejdet på normale vilkår. Ledelsen har brug for at vide, hvornår og hvordan deres medarbejder fremover kan arbejde. Der kan ikke altid gives klare svar, da der er meget usikkerhed om tidshorisonten i nogle smertetilstande. Det gælder arbejdspladser som andre, at når man bliver hørt og forstået, og der kan tales om usikkerhederne, øges handlemulighederne. Når der kan tales om arbejdspladsens problemer med at håndtere langvarigt fravær og usikkerhed omkring, hvornår en medarbejder vender tilbage, skabes flere muligheder for at håndtere fraværet. Der er vores indtryk, at mange arbejdsgivere har gavn af, at der er neutrale professionelle med til at vurdere, om det for en sygemeldt er realistisk at vende tilbage til en tidligere arbejdsfunktion. Det er indtrykket, at det i flere situationer bidrager til at fastholde den sygemeldtes tilknytning til arbejds-



pladsen, også i situationer hvor der kan være tale om et måske langvarigt sygdomsforløb.

En del af den tværfaglige ydelse fra CfB er derfor at have en relevant kontakt til arbejdspladsen. Det består som minimum i at forsøge at arrangere rundbordssamtale<sup>1</sup> på arbejdspladsen, når den sygemeldte er ved at være klar til at genoptage arbejdet. Med inspiration fra systemisk metode er udgangspunktet i dette samarbejde, at alle stemmer skal høres. Det er koordinatoren fra CfB's opgave at skabe et møde, hvor alle føler, at de kan komme til orde, og at de oplever sig set. Fokus er at undersøge, hvordan den sygemeldte kan vende tilbage til arbejde, mens information, om hvad vi ved om ryggen og hensigtsmæssig håndtering af rygsygdommen, indgår som en integreret del af mødet. Koordinator er i relevant omfang i kontakt med virksomheden, enten ved møder eller telefonisk, indtil den sygemeldte har genoptaget arbejdet på normale vilkår, eller det er afklaret, at det ikke vil kunne lade sig gøre. Behov for kontakt er meget forskellig. Nogle arbejdspladser ønsker regelmæssig opfølgning med møder; andre klarer det meste selv sammen med den sygemeldte.

### **Tværasektorielt samarbejde med socialforvaltning**

I forhold til deltagelse er den anden offentlige aktør, kommunerne med socialforvaltningen, central. De står for sygedagpengeudbetalingen, opfølgning og iværksættelse af relevante initiativer, som eventuelt revalidering, hvis en sygemeldt ikke kan genoptage sit arbejde.

Som minimum informerer koordinator mundtligt sagsbehandleren om relevante undersøgelsesfund og den aftalte plan for det videre forløb (handleplan) efter den første samtale. Løbende vil der, derefter blive udsendt skriftlig information fra de efterfølgende opfølgninger.

Derudover kan sagsbehandler deltage i rundbordssamtaler på arbejdspladsen. Hvis arbejdsfasthol-

delse på hidtidig arbejdsplads ikke er mulig, kan der afholdes rundbordssamtaler med den sygemeldte, sagsbehandler, koordinator og øvrige relevante personer.

Endvidere afholdes jævnligt samarbejds møder mellem koordinatorene og sagsbehandlerne i sygedagpengeafdelingerne, hvor sagsbehandlerne informeres om nyeste viden indenfor rygområdet, og hvor øvrige emner af relevans for samarbejdet drøftes.

### **Kommunikationen med patienten**

Fra interventionens start har der været brugt meget energi på at udvikle de kommunikative kompetencer hos alle teammedlemmer og administrativt personale. Vi har været inspireret af systemisk og kognitiv metode og TERM-modellen (9) (se senere).

En forudsætning for at kunne skabe forandring er, at der opstår en alliance mellem patienten og den professionelle. Alliancen tjener til, at patienten føler sig hørt, forstået og taget alvorligt. At patienten får oplevelse af at sidde overfor en kompetent fagperson, som med respekt og anerkendelse kan stille relevante spørgsmål, som får patienten til at tænke anderledes om en problemstilling og derigennem bliver i stand til at handle anderledes. Dette forudsætter gode kommunikative færdigheder (10).

Når vi, som sundhedsprofessionelle, møder mennesker med helbredsmæssige problemer er udgangspunktet for mødet, at vi har en viden om sygdom, behandling og håndtering af symptomer. Denne viden har den syge opsøgt og ønsker at drage nytte af. Centralt for rollen som medarbejdere i det tværfaglige team i CfB er at kunne kommunikere således, at den sundhedsfaglige ekspertise, vi besidder, bliver brugbar for den sygemeldte.

Målet er, at den sygemeldte kan anvende vores faglighed til at skabe de forandringer, de ønsker. Medarbejdere i det tværfaglige team skal kunne bidrage

<sup>1</sup> Begrebet rundbordssamtale dækker over et møde, hvor alle involverede parter informeres om situationen og drøfter handlemuligheder.

til at skabe forandringsprocesser og kombinere dette med en klassisk fagekspertrolle.

Der skal i mødet med den sygemeldte skabes en situation, hvor den sygemeldte føler sig godt tilpas. Overskrifter for tilgangen er nysgerrighed og anerkendelse. Den sygemeldtes virkelighed undersøges med en bred vifte af relevante spørgsmål. Der er tid til at høre svarene uden umiddelbart at tolke, forklare eller rette for eksempel urigtige opfattelser af sygdom. Vi efterprøver om, det vi har hørt er rigtigt opfattet. Vi forsøger at være imødekommende, åbne og ikke dømmende.

Det er et mål at kunne tale med mennesker, så der kommer opmærksomhed på muligheder og veje at gå. Specielt forsøger vi at undersøge hvilke handlinger, der er mulige for den enkelte, og som trækker i retning af, hvad den sygemeldte ønsker at opnå. Vi forsøger at have opmærksomhed på det, der lykkes for den sygemeldte.

I den konkrete samtale, med den sygemeldte, skal medarbejderne kunne skifte mellem at være proceseksperten, der er åben, nysgerrig og anerkendende, og fageeksperten der kan behandle, under vise, korrigere tanker om sygdom og rådgive.

Et mål for teammedlemmers faglighed er, at de kan bidrage til at skabe forandringsprocesser for den

sygemeldte. En forudsætning herfor er løbende uddannelse i kommunikation og supervision for ikke at falde ind i troen på, at ens egen virkelighed og forståelsesramme er gældende for den sygemeldte, samt for at kunne skifte mellem de forskellige ekspertroller.

### **TERM-modellen**

TERM-modellen, The Extended Reattribution and Mangement Model, er udviklet af engelske psykiatere og videreudviklet af Forskningsenheden for Funktionelle lidelser (9). Metoden er udviklet til samtale med somatiserende patienter, men er velegnet til alle vanskelige samtaler. Det er en struktureret metode, som er opbygget i 4 trin:

For nærmere beskrivelse af metoden henvises til litteraturen (9).

### **Symptom- og sygdomsforståelse**

En grundig afdækning af patientens symptom- og sygdomsforståelse er en vigtig del af indsatsen i CfB, da patientens egne tanker herom dermed kan udfordres og ændres, hvis der er behov for det i forhold til at håndtere smerterne bedre og dermed fungere bedre. Generelt er det sådan, at vi hver især, ud fra de forudsætninger vi har, forsøger at

#### **1. Forståelse**

1. Uddyb symptomanamnese (præcisere, ledsagesymptomer, en typisk smertedag)
2. Uddyb signaler om emotionelle problemer
3. Spørg til angst- og depressionssymptomer
4. Afdæk belastninger, stress og ydre faktorer (sociale, arbejdsmæssige og familiære)
5. Spørg til funktionsniveauet (fysisk, socialt og rolle)
6. Afdæk patientens sygdomsforståelse
7. Afdæk patientens forventninger til behandling og udredning
8. Foretag en fokuseret klinisk undersøgelse og evt. parakliniske undersøgelser

#### **2. Lægens bord og Anerkendelse**

9. Giv feedback på resultatet på den fysiske undersøgelse
10. Anerkend, at symptomerne er reelle
11. Forklar, at der ikke er (eller at der er) indikation for yderligere undersøgelser eller somatiske” behandlinger

#### **3. Sammenhæng forhandles**

Forhandl en ny fælles forståelsesmodel med patienten

### Simple forklaringer

- 12. Almindelig reaktion ved stress og belastning/nervøsitet
- 13. Depression sænker smertetærsklen ("mere følsom, når man er nedtrykt")
- 14. Muskelspændinger ved angst og nervøsitet giver smerter

### Demonstrationer

- 15. Praktiske (hyperventilation, muskelspændinger)
- 16. Forbind fysisk besvær, emotionelle reaktioner og hændelser i patientens liv
- 17. Her og nu (nervøs over at skulle komme til lægen)

### I svære tilfælde

- 18. Kendt fænomen, der har et navn; nemlig somatisering
- 19. Basalt set er årsagen ukendt, men ingen dokumentation for skjult somatisk lidelse
- 20. Biologisk forklaring: Nogle er mere kropsligt fintfølede end andre – derfor mere voldsomme symptomer
- 21. Hvordan man handler og reagerer på sine symptomer er vigtigt for, hvordan man får det fremover

### 4. Konkret Efterforløb forhandles

- Opsummer resultatet af dagens samtale. Aftal mål, indhold og form af videre forløb
- 22. Akutte tilfælde. Patienten afsluttes
- 23. Subakutte. Der aftales en samtalerække med faste tider, længde og intervaller
- 24. Kroniske. Evt. en statuskonsultation. Der aftales konsultationer med faste tider og intervaller (se praktiske råd)
- 25. Overvej evt. henvisning til psykiater, psykolog eller specialenhed

håndtere de situationer vi kommer i bedst muligt. Det gælder også, når vi oplever helbredsmæssige problemer. Symptomer fra kroppen tolker vi ud fra vores viden og erfaringer, og de følelser symptomerne vækker. Vores tolkning af symptomerne er afgørende for, hvilken betydning vi tillægger dem. Mange forhold har betydning for, hvornår vi registrerer et symptom, som for eksempel smerte. Vi ved, at biologiske forhold har betydning for smerteoplevelsen. Dels via arv, men også via nervesystemets erfaringer med tidligere smerteoplevelser. Følelsesmæssige reaktioner som stress og depression påvirker smerteoplevelsen. Nogle symptomer vil vi tolke som forbigående eller ligegyldige og uden betydning. Andre symptomer vil vi tolke som værende udtryk for sygdom.

Universelle spørgsmål der stilles, når man er syg (11).

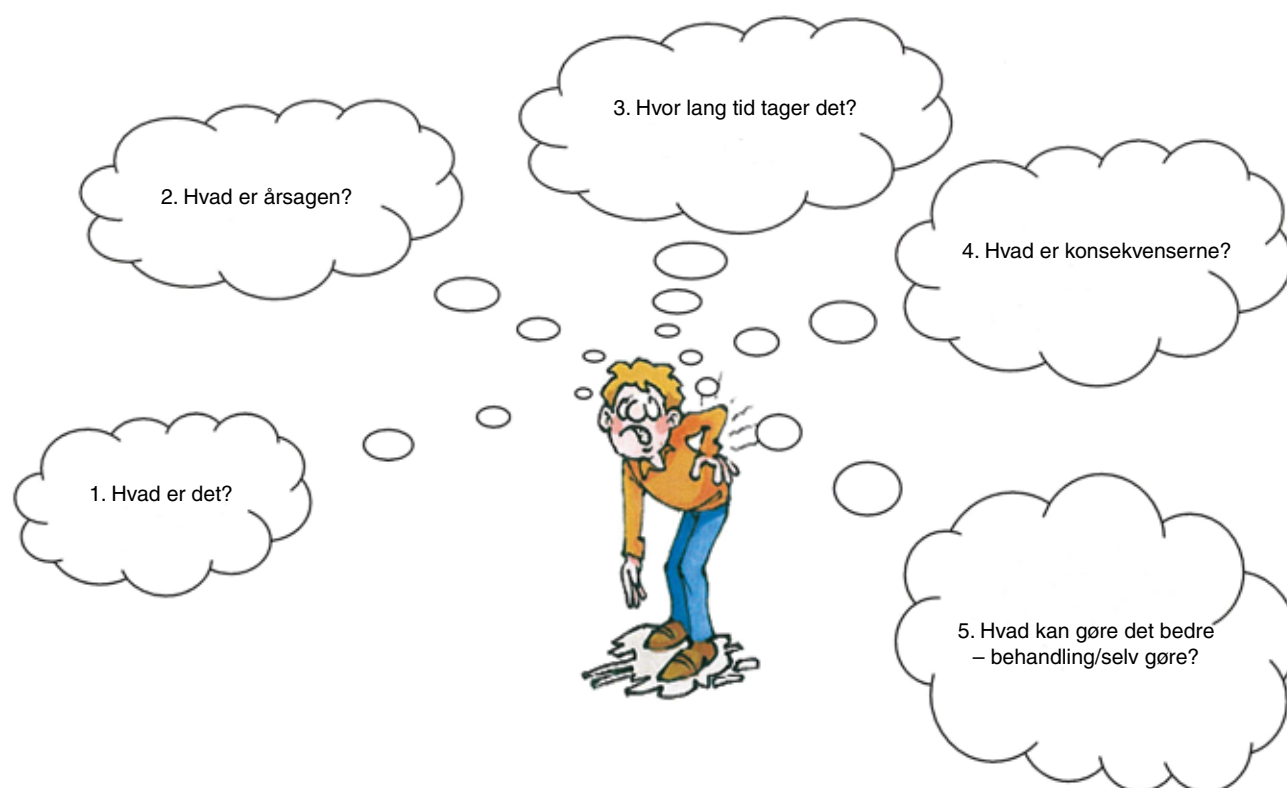
Overalt i verden ser det ud til, at der er en række

spørgsmål, der stilles, når man er syg. Spørgsmålene er universelle, men svarene på dem varierer i forhold til den kultur, man lever i og sygdomsopfattelsen i det pågældende samfund.

#### De 5 spørgsmål

1. Hvad er det – identifikation
2. Hvad forårsagede det – årsag
3. Hvor lang tid vil det vare – tid
4. Hvad vil ske som resultat af dette – konsekvenserne
5. Hvad kan gøre det bedre – behandling og hvad kan jeg selv gøre, kontrol over situationen

På CfB forsøger vi at give svar på disse spørgsmål, først og fremmest til patienten, men også til sagsbehandleren i kommunen og til arbejdsgiveren. De svar og forklaringsmodeller, der gives, har stor betydning for, hvorledes man håndterer sygdom. Se eksempler på svar, vi giver på de 5 spørgsmål, i bilag 2.




I vores kultur er der mange sundhedsprofessionelle, og mange bud på, hvordan man skal forklare og behandle sygdomme i ryggen og håndtere rygsmerter. Et af udgangspunkterne for Cfb har været, at der i den behandling, information, rådgivning og undervisning der gennemføres, skal tages udgangspunkt i dokumenteret viden om behandling, og tiltag der virker. Der skal ikke gennemføres behandling eller rådgivning, hvor det er påvist, at der ikke er effekt, i forhold til enten den kropslige funktion eller funktionsevne. Det betyder, at Cfb informerer om, at nogle fremherskende opfattelser af ryg sygdom og behandling, ikke er i overensstemmelse med den viden, vi har i dag, men mere kan betragtes som myter. På Cfb vil vi gerne være med til at aflive disse myter, både i mødet med den sygemeldte og de aktører, der i øvrigt er relevante at inddrage i forløbet med at håndtere og fungere med rygsmerter, men også overfor sundhedsprofessionelle i det hele taget. Myterne er nærmere beskrevet i bilag 3.

### Opkvalificering af personalet

Mens projektet var under planlægning, var der mange overvejelser om, hvordan en tværfaglig indsats kan organiseres, og implementeres i klinikken. Formålet med den tværfaglige indsats er at skabe sammenhæng for patienten, at løse de fleste problemer på samme sted, med det fælles mål som det tværfaglige team har aftalt med patienten. Når der er tale om komplekse sammenhænge, som kræver medvirken af mange faggrupper, sker det ofte, at hver faggruppe kun koncentrerer sig om sit eget, ved meget lidt om de andre, og ingen har det samlede overblik over, hvilke behov patienten har.

Resultatet af enkeltstående indsatser er, at patienten nogle gange får for meget af det samme, som ikke er det, der er behov for eller ikke får relevante tilbud. I alle tilfælde mangler der koordinering mellem de forskellige tiltag og især i overgange mellem sektorer, her forstået som sygehus, egen læge, kommune, arbejdsplads. Patienten tilbydes, at familien kan involveres, hvis han skønner det hensigtsmæssigt.



Spørgsmål som rejste sig i planlægningen, og som er forsøgt imødekommet:

- Hvordan uddanner man en tværfaglig personalegruppe, sådan at de dels er monofagligt meget dygtige, dels vidende om andre faggruppers arbejdsområder og kompetencer?
- Hvordan udvikler man en kultur, hvor det er muligt at involvere patienten hele tiden undervejs, og giver så meget information og viden som patienten kan bruge i sin egen mestringsproces?
- Hvordan kan man overlade det samlede forløb til en koordinator, som kan være læge, fysioterapeut, ergoterapeut eller socialrådgiver?
- Hvordan får man samlet trådene i forløbet således, at der hele tiden holdes fokus på det vigtige, formålet med indsatsen, at patienten kan komme på arbejdsmarkedet igen og kan fungere i sin hverdag?
- Hvilke rutiner i afdelingen kan understøtte praksis?
- Hvordan træner man gensidig respekt mellem faggrupper, udvikler tillid, undgår magtkampe?

Der var afsat midler til træning og uddannelse, og centret havde en samarbejdskontrakt med DIS-PUK om fælles træning. Formålet med det fælles træningsforløb var at give alle medarbejderne en fælles platform til udvikling af den fælles praksis, udvikling af samtaler og udvikling af det skriftlige materiale, som skulle understøtte processen med at kunne dele information med hinanden.

I etableringsfasen blev der afholdt et to dages kursus med professor Aage Indahl, Oslo Universitet. Indahl er en af de store inspirationskilder til projektet (12).

### **Supervision**

Det tværfaglige team bestående af reumatolog, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og socialmedicinsk læge har modtaget supervision to timer hver anden uge. Supervisionen har omhandlet vanskelige sagsforløb, kommunikation, samarbejde både i teamet og eksternt, og organisatoriske forhold. Supervisionen har været et vigtigt middel til løbende vedligeholdelse af teamets kompetencer og kvalitetssikring.

# Beskrivelse af indsatserne

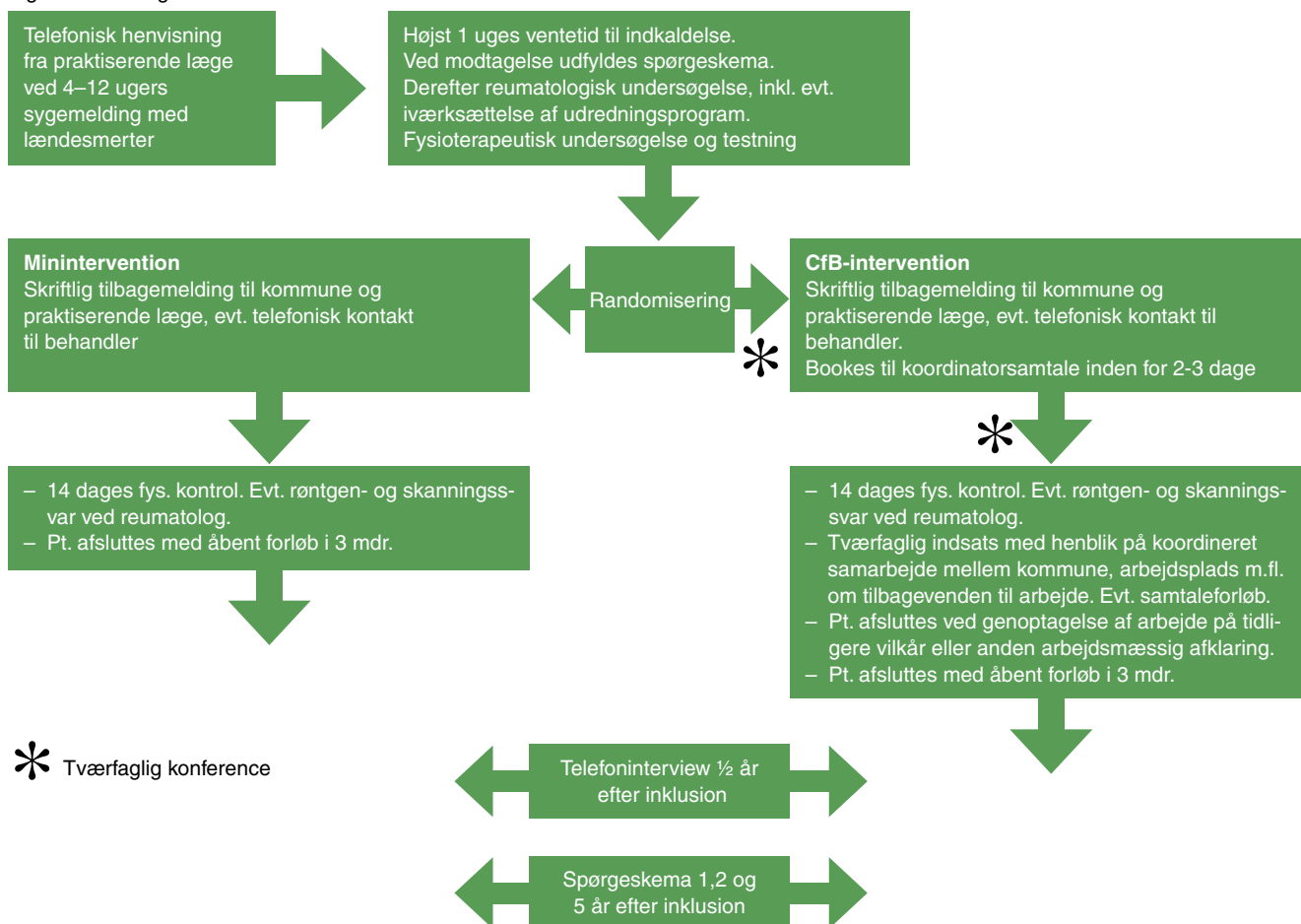
## Centrale principper for planlægning af indsatsen

- At indsatsen foretages ud fra den bedst kendte evidens på området.
- Enkel henvisningsprocedure fra egen læge.
- Hurtig udredning (mål <1 uge).
- Forsøge at smidiggøre arbejdsgange og samarbejde mellem sektorer.
- At udgangspunkt for den samlede indsats er at anerkende patientens problemstilling i sin helhed.
- At indsatsen både er en sygdomsorienteret indsats og en situationsbetinget indsats, som især har fokus på patientens arbejdsliv.
- At indsatsen baseres på moderne principper om

rehabilitering herunder, at ICF-model(5) om funktionsevne og ICF-klassifikationen er grundlæggende til systematisering af dokumentation og beskrivelser.

- At sikre maksimal inddragelse af patienten, og hvis det er relevant patientens nærmeste.
- Prioritere god kommunikation. Træning af personale.
- Højt informationsniveau til patienten og de øvrige aktører (egen læge, socialforvaltning, arbejdsgiver, evt. andre behandlere).
- At de ansatte i afsnittet fungerer som et tværfagligt team med hver sine monofaglige spidskompetencer, og en række fælles kompetencer.

Figur: 2 Flowdiagram



### Indsatsen i forhold til almindelig praksis

De indsatser, der gives i CfB, og som sammenlignes i den videnskabelige evaluering, adskiller sig fra den indsats, der er almindeligt forekommende i Danmark. Begge indsatser adskiller sig fra almindelig praksis ved at have fokus på sygemelding og ved kort ventetid til udredning ved reumatolog og fysioterapeut. Miniinterventionen (figur 2) adskiller sig derudover væsentligst ved, at journalnotater fra undersøgelserne sendes direkte til socialforvaltningen, hvor normal praksis er, at der kun sendes journalnotater til egen læge. CfB-interventionen (figur 2) adskiller sig fra almindelig praksis ved både at indeholde Miniintervention og derudover et koordineret forløb styret af en kontaktperson, og som kan have et samtaleforløb med den sygemeldte.

### Oversigt over patientens vej igennem forløbet

Figur 2 side 23 illustrerer et standardforløb, for begge grupper som indgår i det kliniske studie.

Alle henviste får en tid til undersøgelse ved reumatolog og fysioterapeut indenfor en uge.

### Visitation

Egen læge kan henvise pr. telefon, fx mens patienten er til stede i konsultationen. Alle ansatte i afdelingen kan foretage visitationen på stedet og umiddelbart booke en tid til patienten.

Det er afgørende at få patienterne til afdelingen uden unødigt ventetid. Ligeledes er det afgørende at egen læge, mens patienten er til stede i konsultationen, straks kan erfare, om henvisning til CfB er en mulighed.

Inklusions- og eksklusionskriterierne er følgende (*se nederst på siden*)

Resultater visitationen i en henvisning, faxer lægen en skriftlig henvisning. Patienten får en tid enten via egen læge eller pr. telefon/brev fra CfB.

Nogle patienter bliver visiteret via henvisninger modtaget i den centrale rygvisitation på Regionshospitalet med efterfølgende kontakt af CfB's overlæge til egen læge.

#### Inklusionskriterier

- Lænderygsmerter (med eller uden tegn til nerverodstryk) som primært problem og som årsag til sygemelding
- Sammenhængende sygemelding fra arbejde/fleksjob i de sidste 4-12 uger (Evt. kun delvis sygemelding)
- Bosiddende i Silkeborg, Skanderborg, Randers og Favrskov Kommune
- Alder 16-60 år
- Patienten taler og forstår dansk

#### Eksklusionskriterier

- Sygemelding i mindre end de sidste 4 uger og mere end de sidste 12 uger
- Patienten bosiddende udenfor ovennævnte kommuner
- Sygemelding fra ledighed eller aktiveringsprojekt
- Vedvarende eller progredierende symptomer på nerverodstryk, som indebærer, at der er planer eller ønske om operation herfor
- Operation i ryggen inden for det sidste år, tidligere stivgørende rygoperation, anden specifik eller alvorlig rygsygdom
- Mistanke om cauda equina syndrom eller progredierende parese: konfereres med den akutte rygbagvagt, Århus Sygehus, jf. tidl. udsendt klinisk info
- Graviditet
- Misbrugsproblematik eller primær psykiatrisk lidelse

## Første dag på CfB

### Modtagelsen

Patienten bliver modtaget af afdelingens sekretær, som giver grundig information om projektet, om randomisering og konsekvenser heraf og om opfølgende interview i de næste fem år. Sekretæren sikrer, at patienten underskriver et dokument om informeret samtykke, og at patienten udfylder baseline spørgeskemaet, hvis patienten har behov evt. med hjælp fra en af centrets medarbejder. Spørgeskemaet anvendes også som støtte i de efterfølgende undersøgelser. Sekretæren har en vigtig trygheds- og tillidsskabende rolle, som medvirker til, at der efterfølgende kan skabes god kontakt med patienten og åbenhed omkring patientens symptomer og bekymringer.

Efter modtagelsen hentes patienten i venteværelset af reumatologen.

## Undersøgelse hos reumatolog

### Anamnese og klinisk undersøgelse

Reumatologen foretager en grundig anamneseoptagelse, klinisk rygundersøgelse og vurdering med henblik på at afklare mulig årsag til smerterne, at udelukke alvorlig rygsygdom eller anden sygdom af betydning, og at give anbefalinger i forhold til behandling.

I relation til ICF-modellen er reumatologens undersøgelse fokuseret på diagnostisk undersøgelse af kroppens funktioner og strukturer.

Anamnesen omfatter sygehistorien, beskrivelse af symptomerne, tidligere undersøgelser og hvad der har været prøvet af behandling. En kortfattet beskrivelse af hvad patienten kan og gør i dagligdagen, en screening af de sociale forhold og arbejdsanamnese med fokus på hvad patienten har arbejdet med, hvor længe patienten har været sygemeldt, og hvorfor sygemeldingen har været nødvendig.

Undervejs i den kliniske rygundersøgelse oplyser reumatologen patienten om normale og ikke-normale fund ved undersøgelsen og lægger specielt vægt på de bekymringer, patienten har vedrørende sine symptomer.

På baggrund af anamnesen og den kliniske undersøgelse fortæller reumatologen patienten, hvad der kan være årsag til smerterne. Patienten gøres tillige opmærksom på, hvad der måtte være af andre faktorer, psykosocial stress, depression, tobaksforbrug og andre livsstilsfaktorer m.v., der kan have betydning for smerterne.

Behandlingsmuligheder gennemgås med patienten, herunder drøftes hensigtsmæssig brug af smertestillende medicin. Ved forstyrret nattesøvn og/eller nerverodssmerter, eller hvor medicinsk smertebehandling i øvrigt vurderes, at kunne medvirke til at bedre funktionsevnen påbegyndes eller justeres medicinsk smertebehandling. Fysisk aktivitet og motion anbefales.

Den grundige information tjener til at berolige patienten og bidrager dermed til at flytte fokus fra smerter og sygdom til, hvad patienten kan gøre for at fungere bedre.


Patienten informeres om at gå i arbejde, når han/hun kan, og dette skrives i journalen – evt. hos meget forpinte patienter, f.eks. patienter med prolaps, med tilføjelsen, ”men der går nok nogen tid endnu”. Det præciseres, hvem der tager sig af rådgivning vedr. sygemelding/raskmelding enten egen læge (mini-interventionsgruppe) eller koordinator (CfB-interventionsgruppe).

### Depressionstest

Der er en dokumenteret relation mellem smerter og depression. Det er i forvejen velkendt, at rygsmerter kan medføre depression. Nyere forskning viser imidlertid, at depression i sig selv kan medføre nakke- og rygsmerter. Ved mistanke om depression testes patienten med ICD-10, major depression test (13). Hvis der findes indikation for behandling, foregår dette i samarbejde med egen læge.

### Billeddiagnostik

Sædvanlig praksis i rygambulatorier er, at der kun foretages MR-skanning af ryggen, såfremt der er tegn til nerverodspåvirkning, eller såfremt der af anden grund er mistanke om specifik årsag til smerterne. På CfB har vi valgt at foretage MR-skanning af



ryggen på alle patienter både for at undgå at overse forhold af betydning for smerterne, men også fordi det kan have rådgivningsmæssig betydning, hvis der for eksempel findes diskusprolaps uden nerverodspåvirkning. Derudover har MR-scanning vist sig at være nyttig hos sygemeldte patienter i håndteringen af situationen i forbindelse med sygemelding, også selv om MR-scanningen er normal. En normal scanning betyder afklaring af endnu et lille område af en kompleks problematik. Ved behov foretages røntgenundersøgelse af ryggen.

### **Vurdering ved rygkirurg**

Patienter med nerverodspåvirkning betinget af diskusprolaps eller anden synlig årsag bliver henvist til rygkirurgisk vurdering ved manglende bedring af tilstanden.

### **Anden lægelig udredning**

Hvis reumatologen i sin undersøgelse har mistanke om, at der kan være andre væsentlige patologiske tilstande, f.eks. stofskiftesygdom eller D-vitaminmangel, tages der blodprøver. Evt. henvises til anden speciallæge.

### **Undersøgelse hos fysioterapeut**

Efter undersøgelsen ved reumatolog kommer patienten til undersøgelse hos fysioterapeut. Reumatologen følger patienten og giver fysioterapeuten og patienten et resumé af undersøgelsen, herunder særlige oplysninger som konklusion og objektive fund.

Rationalet bag denne overlevering er, at patienten hører lægens forklaring én gang til, som den fortæles til en ny person, og at patienten har endnu en gang mulighed for at korrigere. Patienten og fysioterapeuten har begge hørt reumatologen og har således mulighed for et fælles forståelsesgrundlag for det videre forløb.

### **Anamnese og klinisk undersøgelsen**


I relation til ICF-modellen er fysioterapeutens undersøgelse fokuseret på aktivitet, men også omgivelser og personlige faktorer.

Den reumatologiske lægelige anamnese bliver suppleret med en klarlægning af funktionsniveau, forværrende og lindrende faktorer, tidligere behandling og nuværende erfaringer med fysisk aktivitet/motion. Der screenes for gule flag ved at spørge ind til patientens sygdoms- og smerteforståelse, håndteringsstrategier, samt hvilken betydning og konsekvens smerterne har for patientens dagligdag herunder arbejde. Begrænsninger i den daglige aktivitet bliver vurderet ved hjælp af Patient Specifik Funktions Skala (PSFS), hvor de tre største begrænsninger identificeres og scores på funktions-skala 0-10 (14).

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i MDT undersøgelsesmetodik, Mekanisk Diagnose og Terapi (15). Det undersøges, hvordan patientens smerter respondere på forskellige testbevægelser, og der foretages palpation af muskulære strukturer. Testbevægelser og palpationsundersøgelsen bruges til at give patienten en forståelse af, hvordan bevægelse kan påvirke smerter, herunder bevægelsesretninger som evt. kan bruges til smertelindring/håndtering. I mange tilfælde bruges testbevægelserne også til at vise, at bevægelse ikke skader ryggen, og at ryggen bedst kommer i orden igen ved at være i aktivitet og bevægelse. Ved den kliniske undersøgelse er der således et specielt fokus på patientens symptomer og bekymring. Under hele undersøgelsen er fysioterapeuten forklarende og guidende i forhold til undersøgelse/test og fund, sådan at patienten kan følge med i hele undersøgelsens forløb og den efterfølgende konklusion.

### **Plan/Vejledning**

Vejledning gives ud fra den samlede reumatologiske og fysioterapeutiske konklusion. Der lægges en plan for træning og aktivitet i samarbejde med patienten, hvor både nuværende og tidligere erfaringer med bevægelse inddrages. Der gives råd om smertehåndtering og smertelindrende strategier/øvelser ud fra, hvad undersøgelsen har vist, vil kunne lindre smerte og/eller bedre bevægeligheden.



Plan for træning og genoptagelse af aktivitet lægges ud fra et "graded exposure" princip, hvor træning og daglig aktivitet gradvist øges. Der aftales specifikke delmål og udleveres et dagbogsskema for fysisk aktivitet til støtte og motivation. Er patienten i et behandlingsforløb hos kiropraktor eller fysioterapeut kontaktes og informeres disse om samlet konklusion af undersøgelsen og den aftalte plan. Der gives tid til kontrol efter 14 dage, og sygemeldte informeres om muligheden for telefonisk kontakt i perioden.

### Afslutning på første dag og randomisering

Patienten afslutter dagen hos sekretæren, som sikrer, at patienten har fået en tid til opfølgning hos fysioterapeut. Sekretæren foretager randomiseringen og oplyser patienten om, hvilken indsats der gives efterfølgende. Det undersøges om patienten har forstået næste skridt.

Bliver patienten randomiseret til miniintervention, vil der være opfølgende undersøgelse hos fysioterapeuten efter 14. dage og svar på diverse undersøgelser hos reumatologen, når disse foreligger. Derefter bliver patienten afsluttet. Evt. spørgsmål vedrørende håndtering af situationen, sygemelding og genoptagelse af arbejdet klarer patienten selv eller i samarbejde med sagsbehandler i kommunen og/eller egen læge.

Bliver patienten randomiseret til CfB-intervention, vil der være opfølgende undersøgelse ved fysioterapeuten efter 14 dage og svar på diverse undersøgelser ved reumatologen, når disse foreligger. Derudover får patienten tilknyttet en koordinator, som følger patienten til han/hun raskmeldes. I forløbet med koordinatoren vil patienten få en tværfaglig indsats, som planlægges via tværfaglige konferencer. Koordinatoren ved CfB er enten ergoterapeut, læge specialist i klinisk socialmedicin/samfundsmedicin eller socialrådgiver. Koordinatorerne får tildelt nye patienter efter tur. Af kapacitetsmæssige årsager indgår fysioterapeuten ikke som koordinator.

Patienten får en tid til første samtale med koordinator en af de nærmeste dage efter det første besøg.

### Koordinatorens rolle og opgaver

I relation til ICF-modellen (8) er koordinatorens undersøgelse primært fokuseret på aktivitet og deltagelse samt de kontekstuelle faktorer – omgivelsermæssige og personlige faktorer.

Koordinatorens opgave er således at sikre en relevant undersøgelse af patientens dagligdag, at koordinere udredningsforløbet på CfB, og at koordinere indsatsen omkring genoptagelse af arbejdet med inddragelse af de relevante aktører omkring patienten.

Figur 2. Interventionerne på CfB

#### Mini-intervention

(Reumatolog og fysioterapeut)

Undersøgelse ved reumatolog

Undersøgelse ved fysioterapeut

MR-skanning og evt. supplerende udredning med svar ved reumatolog

Opfølgning ved fysioterapeut efter 14 dage

Tilbage melding til egen læge og kommunen

#### CfB-intervention

(Reumatolog, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og socialmedicinsk læge)

Undersøgelse ved reumatolog

Undersøgelse ved fysioterapeut

MR-skanning og evt. supplerende udredning med svar ved reumatolog


Opfølgning ved fysioterapeut efter 14 dage

Forløb ved koordinator til raskmelding med kontakt til arbejdsplads og sagsbehandler

Tværfaglige konferencer

Monofaglige indsatser ved behov

Tilbage melding til egen læge og kommunen



ten, som minimum kommunal sygedagpengeafdeling og arbejdsplads.

Koordinatoren er ansvarlig for processen med at udrede patientens helbredsforhold forløber kontinuerligt og sammenhængende. Herunder har koordinatoren til opgave at sikre, at patienten føler sig forstået, har indsigt i og udviklet en forklaring på sine symptomer herunder en forståelse for, at der i nogle tilfælde ikke findes en effektiv behandling, som kan fjerne symptomerne. Koordinatoren støtter patienten i at håndtere sin smertetilstand, og herunder også dagligdagens krav. Sammen med patienten kortlægger koordinatoren de arbejdsmæssige muligheder. Er der behov for offentlige hjælpemuligheder, formidler koordinatoren dette. Koordinatoren afdækker patientens behov for støtte til at etablere kontakt med relevante parter. Således kan koordinatoren være den, som etablerer eller formidler kontakt til kommunen og arbejdspladsen. Koordinatoren har ansvaret for at lave de nødvendige aftaler og deltage i samtaler og møder sammen med patienten på arbejdspladsen og evt. i kommunens sygedagpengeafdeling. Koordinatoren udarbejder sammen med patienten en handleplan for det videre forløb, som løbende justeres.

Der lægges vægt på, at den helhedsorienterede rehabiliteringsindsats skræddersyes i forhold til patientens aktuelle behov. Videre at der tages hånd om problemstillinger, som har betydning for patienten, og i tilfælde hvor der er behov for andre faggruppers indsats at få denne etableret.

Det har været et centralt princip i indsatsen at undgå overinvolvering. Fx er alle patienter tilbudt en rundbordssamtale med involvering af arbejdsgiver. Hvis patienten giver udtryk for, at det ikke er nødvendigt, er det ikke foretaget.

Koordinatorens rolle er således at få afdækket patientens behov, at bringe problemstillingerne tilbage til det tværfaglige team til drøftelse på konferencer, og etablere nødvendige monofaglige indsatser. Disse beskrives særskilt.

### Første samtale med koordinator

Formålet med denne samtale er at gå mere i dybden med andre aspekter end de medicinske. Samtalen er tilstræbt at forløbe i en atmosfære af nysgerrighed og anerkendelse overfor patienten. Ved samtalen kortlægges problemer og muligheder i forhold til arbejdsplads samt ressourcer og evt. belastninger i øvrigt, som kan have betydning for håndtering af den aktuelle smertetilstand. Der lægges vægt på at patienten føler sig set, hørt og forstået som en forudsætning for, at patienten kan reorientere sig i sin nye situation, finde nye veje at gå og handle aktivt i stedet for passivt at afvente en bedring. Formålet er, at sikre at patienten har redskaber til selv at håndtere sin situation bedst – hurtigst muligt.

Der er udarbejdet et koncept for samtalen, som baseres på ICF-funktionsevnebegreb (7) og desuden indeholder elementerne i den ressourceprofil, som sagsbehandleren i kommunen kan udarbejde i et sygedagpengeforløb.

Samtalen omfatter indledningsvis en opsummering af patientens forventninger, præsentation af koordinatoren og dennes funktion og derefter en gennemgang af journalnotatet og opfølgning på undersøgelserne ved reumatolog og fysioterapeut. Rationalet bag dette er:

1. at sikre at patienten har forstået de forklaringer og instruktioner som blev givet ved den første undersøgelse hos reumatolog og fysioterapeut. Gennemgangen har desuden den funktion, at processen gentages, at forløbet så at sige bevidnes endnu engang. At patienten har mulighed for at spørge, om det som ikke blev forstået, og ting der er dukket op hos patienten siden den første undersøgelse. Dermed bliver det muligt at spørge ind til, hvordan patienten forholder sig til de vurderinger og anbefalinger, der er givet og udfordre patienten i forhold til de anbefalinger, det ikke er lykkedes at gå i gang med.
2. at sikre at oplysningerne er korrekte. Det kan være faktuelle oplysninger om patienten,

og forhold fra anamnesen, som ikke er gengivet korrekt. Det sker, at patienten ikke er enig i konklusionerne. Der lægges vægt på, at skelne mellem det som patienten kan have indflydelse på – egne oplysninger, og det som er de professionelles vurderinger. En eventuel uenighed om den professionelle vurdering er en god anledning til en klarificerende samtale og kan være befordrende for den videre proces. I tilfælde af, at der er faktuelle oplysninger, som skal rettes gøres dette umiddelbart. Er patienten ikke enig i en professionel vurdering gøres der et opfølgende notat herom.

Samtalen rummer herudover en række elementer, der skal afdække patientens funktionsevne, personlige og sociale forhold, uddannelses og arbejdsforhold med særlig fokus på arbejdsfunktioner og relationer på arbejdspladsen. Specielt lægges der vægt på, hvilken betydning situationer og handlinger har haft for patienten, og hvad det afdækker

af muligheder og barrierer. Samtalen slutter med, at koordinatoren giver et sammendrag og en konklusion på samtalen til patienten, og ud fra det udarbejder koordinator og patient en handleplan for patientens videre forløb med henblik på genoptagelse af arbejdet. Patienten informeres om, at handleplanen efterfølgende vil blive drøftet og evt. justeret på den tværfaglige konference. Patienten informeres tillige om, at der vil blive lavet et skriftligt notat fra samtalen, som vil blive sendt til sagsbehandler i kommunen, når patienten har læst og accepteret teksten. Patienten informeres om, at koordinatoren pr. telefon kontakter sagsbehandleren og informerer om patientens forløb i CfB og handleplanen. Patienten informeres desuden om, hvordan det tværfaglige team vil kunne inddrages i det videre forløb og at det er koordinatoren, som er tovholder for dette, ud fra hvad patienten og koordinatoren finder behov for.

#### Koncept for første samtale med koordinator – den undersøgende samtale

Emner der drøftes	Kommentarer og eksempler på spørgsmål
<b>Opfølgning på reumatologisk – og fysioterapeutisk undersøgelse</b> Udlevering af journal-kopi til sygemeldte – afklaring af spørgsmål og kommentarer dertil. Hvordan var det at være til undersøgelse?, kunne du bruge informationen til noget? Hvordan er det gået med anbefalingerne fra reumatolog og fysioterapeut? Er der andre helbreds-mæssige problemer, som du synes fylder, men som ikke er blevet berørt til helbredsundersøgelse? Sygemeldingsdato noteres, heltid eller fuldtids-sygemelding	Formål: møde patienten på, at pågældende har et helbredsproblem – se og anerkende det.  Skal indeholde dato for 1. sygedag
<b>Uddannelse</b> Skolegang afsluttet, årstal og klassetrin Gennemførte og påbegyndte uddannelser Årstal for påbegyndelse og afslutning af uddannelse Årsag til eventuelle afbrydelser Uddannelse gennemført som led i revalidering	Har du den uddannelse, du ønsker dig?  På langs og på tværs



<b>Arbejdsmarkedserfaring</b> Kronologisk liste med alle arbejdsforhold Årstal for påbegyndelse og afslutning, titel, arbejdsplads navn, årsag til ophør	På langs og på tværs
<b>Aktuel ansættelse</b> Arbejdsplads, afdeling, jobfunktion Antal år i aktuelle arbejdsforhold, evt. skift på aktuelle arbejdsplads Beskrivelse af jobfunktion Organisering af arbejdet, ledelse, relation til kolleger, organisationsform Hvad gør det vanskeligt på arbejdspladsen at gå i arbejde nu? Hvad skal der til for at genoptage arbejdet? – er det muligt i nogen funktioner, evt. andre steder på virksomheden? Kender du virksomhedens sygepolitik og politik for arbejdsfastholdelse, fungerer den? Hvilke personer vil det være relevant at inddrage i samtaler om genoptagelse af arbejde? Er du bange for at blive afskediget?	Er du glad for dit arbejde?, trives du på arbejde?
<b>Socialt og familiært</b> Civilstand, antal børn, heraf hjemmeboende Ægtefælle/samlever i arbejde, rask Specielle forhold vedrørende/særlige forpligtigelser i forhold til familie eller netværk Økonomisk situation nu og på sigt Bolig og indretning Dødsfald/sygdom blandt venner og familie, de seneste et til to år	
<b>Aktiviteter</b> I hvilke situationer er du berørt af dit rygproblem (mest – mindst).  Hvordan kan det blive bedre?	Mest berørt/ største savn, arbejds-, fritids-, motionsmæssigt samt i familiære og personlige gøremål Hvad er noget af det vigtigste for dig at lave? Hvad holder du mest af? Beskriv en almindelig dag inkl. nattesøvn. Spørg ind i detaljer + personlig pleje Lader du være, af frygt for at det skal komme til at gøre ondt, eller holder du op fordi det gør ondt?


<p><b>Tanker om symptomerne</b></p> <p>Hvad tænker du om årsagerne til rygsmerter?          Er der forhold, du anser som specielt betydende for, at du er begyndt at få smerter?          Er der noget du er bange for i forhold til ryggen?          Hvad betyder smerterne for fremtiden?          Hvad tænker din familie om dine rygsmerter?          Hvad tænker din arbejdsgiver/kollegaer om dine smerter?          Hvad tror du kan hjælpe dig?</p>	<p>Hvad bekymrer dig især?          Hvad er det værst tænkelige, det bedste der kan ske?          Synes du smerterne er meget slemme?          Hvornår er du god til at klare smerter, hvornår går det værre?</p> <p>I diverse relationer</p>
<p><b>Personlige ressourcer</b></p> <p>Hvilken tilgang har du til livet?          Temperament, hvordan løser du de ting der kommer på din vej?          Hvordan plejer du at klare vanskelige situationer? – har der været mange af dem?          Hvordan er dit humør, ændringer i forbindelse med aktuelle – tegn til depression.          Kender du til ængstelighed og bekymringer, angst?          Tanker om fremtiden          Hvordan håndterer du smerter, hvad gør du?</p>	<p>Hvordan er det at være dig?          Hvordan vil det være for dig at ændre vaner?          Er du god til at tage de hensyn, der skal tages?          Hvad sker der med dig, når du ikke kan klare det du plejer?          Skal beskrive triaden – depression/angst/somatisering.</p>
<p><b>Resumé</b></p>	<p>Alder, køn, civilstatus, uddannelse, arbejdsmarkedstilknæytning, helbred, funktionsniveau + andet væsentligt.</p>
<p><b>Oplæg til handleplan</b></p> <p>Ydelser – teampersoner og aktiviteter, samt indikationen herfor.          Altid stillingtagen til arbejdspladsindsats          Påbegyndelse af arbejde, hvornår, deltid.</p>	<p>Præsentation af teamet, hvad kan man bruge de enkelte teammedlemmer til.          Hvordan kommer vi videre nu          Ønsker, overvejelser, håb.</p>

### Tværfaglig konference

Der afholdes tværfaglige konferencer tre gange om ugen. Den tværfaglige konference udgør det faglige bagland for det tværfaglige team, hvor det enkelte teammedlem får med- og modspil fra de andre i teamet. Konferencen har et fagligt sigte, men er også et læringsforum for alle, da der i dette forum gives indblik i de monofaglige kompetencer og indfaldsvinkler, som indgår i det fælles vidensgrundlag. Det tværfaglige team består af reumatologen, fy-

sioterapeuten, ergoterapeuten, socialrådgiveren og den kliniske socialmediciner. Alle teammedlemmer deltager i konferencen. Patienten deltager ikke. Alle patienter, der får CfB-interventionen, bliver drøftet på den tværfaglige konference.

Efter første dags undersøgelser giver reumatologen og fysioterapeuten et kort resumé af sygehistorien, de objektive fund, konklusionerne heraf og iværksatte behandlingstiltag og øvrige anbefalinger til



koordinatorene. Ved denne overlevering lægges specielt vægt på, om der er særlige helbredsmæssige hensyn, og om der er psykosociale faktorer, som vurderes af betydning for patientens situation (røde og gule flag, figur 1). De videre rehabiliteringsmæssige konsekvenser heraf diskuteres.

Det tværfaglige team skal kunne sikre udredning af anden sygdom, der er af betydning for forløbet, herunder depression, angst, PTSD (posttraumatic stress disorder), og følger af uheldsmæssig livsstil. Behovet for anden udredning afdækkes også på den tværfaglige konference. Teamet skal sørge for, at der bliver iværksat relevant behandling, evt. i samarbejde med egen læge eller andre speciallæger, og i samtalerne kunne håndtere kompleksiteten i de forskellige problemstillinger. Fokus er vedvarende hvilke muligheder den sygemeldte har, for at håndtere de helbredsmæssige problemer, der står i vejen for deltagelse.

Når patienten har været til første samtale med koordinatoren, drøftes patienten igen på konferencen. Koordinatoren giver et kort resumé af samtalen med særlig fokus på, hvad koordinatoren ser som supplerende indsatsområder i forhold til de sociale, arbejdsmæssige og personlige forhold (gule flag). Handleplanen for genoptagelse af arbejde gennemgås, diskuteres og justeres ved behov.

I forbindelse med rundbordssamtale på arbejdspladsen og/eller i socialforvaltningen vil koordinatoren igen drøfte patientens forløb med henblik på opfølgning på, og justering af handleplanen.

I det videre forløb sørger koordinatoren for, at patienten bliver drøftet, når der har været en kontakt, det være sig ved opfølgningen ved fysioterapeuten og koordinatoren, svar på diverse undersøgelser, monofaglige indsatser m.v. Formålet med disse drøftelser er at sikre sig, at der vedvarende foregår en aktiv rehabiliteringsproces med henblik på genoptagelse af arbejdet, og at koordinatoren får de fornødne input fra de øvrige teammedlemmer til at facilitere forløbet. Grundlag for supplerende reumatologisk eller fysioterapeutisk vurdering drøftes

ved behov, herunder også ændring i medicin eller behov for supplerende lægelig information. På konferencen drøftes løbende behov for inddragelse af de øvrige teammedlemmer til fagspecifikke ydelser.

### **Kontakt til kommunal sagsbehandler**

I forhold til deltagelse er den anden offentlige aktør, kommunerne med socialforvaltningen, central. De står for sygedagpengeudbetalingen, opfølgning og iværksættelse af relevante initiativer som eventuelt revalidering, hvis en sygemeldt ikke kan genoptage sit arbejde.


Efter den første samtale med koordinatoren kontakter denne sagsbehandleren i kommunen og informerer om patientens forløb på CfB og den aftalte handleplan for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Detaljerer i betingelser for genoptagelse af arbejde, herunder genoptagelse af arbejdet som fuldtids- eller deltidssygemeldt drøftes med sagsbehandleren. Løbende sendes der skriftlig information fra de efterfølgende samtaler.

Sagsbehandler inviteres til at deltage i rundbordssamtaler på arbejdspladsen. Hvis arbejdsfastholdelse på hidtidig arbejdsplads ikke er mulig, kan der afholdes rundbordssamtaler med den sygemeldte, sagsbehandler, koordinator og øvrige relevante personer i kommunen.

Endvidere afholdes jævnligt samarbejds møder mellem koordinatorene og sagsbehandlerne i sygedagpengeafdelingerne, hvor sagsbehandlerne informeres om nyeste viden indenfor rygområdet, og hvor øvrige emner af relevans for samarbejdet drøftes.

### **Kontakt til arbejdsplads**

En væsentlig aktør i forhold til deltagelse, er arbejdspladsen som patienten er sygemeldt fra. Mulighed for gradvis genoptagelse af arbejdet, evt. med skånehensyn, kan være afgørende for, om man kan gå på arbejde med ondt i ryggen. Spørgsmålet om hvad patienten kan, med ondt i ryggen; om patienten kan risikere at forværre tilstanden, er centralt både for patienten, patientens ledelse og kolleger.



For arbejdspladsen er spørgsmålet om, hvor længe medarbejderen skal være væk centralt på samme måde som spørgsmålet om, hvorvidt sygdommen betyder, at den pågældende ikke kan vende tilbage til arbejdet på normale vilkår. Ledelsen har brug for at vide, hvornår og hvordan deres medarbejder fremover kan arbejde.

Der kan ikke altid gives klare svar, da kan være meget usikkerhed om tidshorisonten ved nogle smertetilstande. Det gælder arbejdspladser som andre, at når man bliver hørt og forstået, og der kan tales om usikkerhederne, øges handlemulighederne. Når der kan tales om arbejdspladsens problemer med at håndtere langvarigt fravær og usikkerhed omkring, hvornår en medarbejder vender tilbage, skabes flere muligheder for at håndtere fraværet. Der er vores indtryk, at mange arbejdsgivere har gavn af, at der er neutrale professionelle med til at vurdere, om det for en sygemeldt er realistisk at vende tilbage til en tidligere arbejdsfunktion. Det er indtrykket, at det i flere situationer bidrager til at fastholde den sygemeldtes tilknytning til arbejdspladsen, også i situationer hvor der kan være tale om et måske langvarigt sygdomsforløb.

En del af den tværfaglige ydelse fra Cfb er derfor at have en relevant kontakt til arbejdspladsen. Det består som minimum af at forsøge at arrangere rundbordssamtale på arbejdspladsen, når den sygemeldte er ved at være klar til at genoptage arbejdet. Med inspiration fra systemisk metode, er idéen i dette samarbejde, at alle stemmer skal høres. Det er koordinatoren fra Cfb's opgave at skabe et møde, hvor alle føler, at de kan komme til orde, og at de oplever sig set. Formålet er at undersøge og lægge plan for, hvordan og hvornår den sygemeldte kan vende tilbage til arbejde. Information om hvad vi ved om ryggen, og hensigtsmæssig håndtering af patientens rygssmerter indgår som en integreret del af mødet.

Koordinator er i relevant omfang i kontakt med virksomheden, enten ved møder eller telefonisk, indtil den sygemeldte har genoptaget arbejdet på normale vilkår, eller det er afklaret, at det ikke vil

kunne lade sig gøre. Behov for kontakt er meget forskellig. Nogle arbejdspladser ønsker regelmæssig opfølgning med møder; andre klarer det meste selv sammen med den sygemeldte.

## Den videre opfølgning

### Opfølgning ved reumatolog

Patienten kommer til svar på MR-scanning og evt. andre bestilte undersøgelser. Svaret gives på ikke-sygeliggørende måde så nuanceret som muligt, dvs. med vurdering af, i hvilken udstrækning evt. fund har betydning for smerterne. Det tværfaglige team/koordinator kan derudover rekvirere ny reumatologisk vurdering efter behov.

### Opfølgning ved fysioterapeut

Forløbet siden sidste undersøgelse gennemgås. Der tages udgangspunkt i dagbog for fysisk aktivitet. Fysioterapeuten fokuserer på de positive forandringer og giver anerkendelse og ros for den indsats, patienten har ydet. Patienten spørges til ændringer i smertetilstand og aktivitetsniveau samt medicinforbrug. Der tages udgangspunkt i de tre aktiviteter, som sygemeldte før har haft problemer med, og der foretages en ny funktionsscore (PSFS).

Patienten spørges desuden til, om det har været muligt at bruge den fysioterapeutiske vejledning omkring øvelser og fysisk aktivitet.

Der foretages opfølgende fysisk undersøgelse efter samme koncept som ved den første, som både har til formål at vurdere fremgang/forværring og bekræfte patienten i, at alt er som det skal være. I tilfælde af forværring kan der foretages ny reumatologisk vurdering, hvis der er fundet behov herfor ved tværfaglig konference.

Patienten vejledes og instrueres i fremtidige belastninger i forhold til fysisk aktivitet og arbejdsfunktioner. Evt. justeringer af fysisk aktivitet og øvelser foretages, hvis nødvendigt.

### Opfølgning ved koordinator

Det tilstræbes at opfølgning ved koordinator foretages umiddelbart efter opfølgningen ved fysioterapeuten. Fysioterapeuten giver da et resumé af opfølgningen og oplyser om evt. justering af planen for fysisk aktivitet, motion og træning til patienten og koordinatoren. Igen har denne form for overlevering det formål, at patienten er blevet hørt. Patienten og koordinator får samme information således, at der skabes et fælles grundlag og udgangspunkt for den videre samtale om håndtering af symptomerne.

I opfølgningen med koordinatoren drøftes, hvad der er sket siden sidst i forhold til de forskellige indsatsområder. Koordinatoren undersøger handleplanen følges, og handleplanen justeres i forhold hertil. Kommer der ved samtalen andre forhold, end de tidligere berørte, som der skal tages vare på, vil det blive tilføjet handleplanen.

Det vil være opfølgning hver 14. dag. Opfølgningen kan være telefonisk eller ved fremmøde, evt. i den sygemeldtes hjem.

### Samtaleforløb med koordinator

Koordinator kan tilbyde et egentligt samtaleforløb om forhold, som patienten og koordinatoren finder væsentlige for at komme videre.

### Afslutning

Patienterne følges af koordinator til de er tilbage i arbejde og raskmeldes, eller til der foreligger en plan i kommunen for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Alle patienter afsluttes med et åbent forløb i tre måneder, hvor de kan henvende sig ved behov. Ved afslutningen udarbejder koordinator en slutstatus, et kortfattet resumé af sygehistorien, objektive fund og forløbet, som sendes til patienten, sagsbehandler og egen læge.

### Monofaglige indsatser

Udover samtaleforløb med koordinator, og den indsats som koordinatoren varetager, kan de øvrige faggrupper (ergoterapeut, klinisk socialmediciner, socialrådgiver) bidrage med monofaglige indsatser.

Disse aftales på de tværfaglige konferencer, hvor behovet identificeres. I det følgende gennemgås disse monofaglige indsatser.

#### Monofaglige indsatser:

Socialmedicinsk undersøgelse

Socialmedicinsk samtaleforløb

Arbejdspladsbesøg ved ergoterapeut

Undersøgelse af aktivitetsproblemer ved ergoterapeut

Vurdering af behov for hjælpemidler ved ergoterapeut

Samtale med socialrådgiver

### Socialmedicinsk undersøgelse

Udgangspunkt for at iværksætte en socialmedicinsk undersøgelse kan være, at patienten har

- Svag tilknytning til arbejdsmarkedet
- Besvær med at håndtere smerter
- Mange smerter
- Lav funktionsevne
- Sygdomsbekymring, uhensigtsmæssig sygdomsadfærd
- Psykiske symptomer eller sygdom som depression, angst, medicinsk uforklarede symptomer(funktionelle lidelser), posttraumatisk stress disorder (PTSD)
- Flere sygdomme

Den socialmedicinske undersøgelse omfatter en grundig undersøgelse af patientens dagligdag og er således en udbygning af den 1. koordinerende samtale, men med den socialmedicinske faglige optik.

### Socialmedicinsk samtaleforløb

Socialmedicinsk samtaleforløb tilbydes hvis det ud fra en tværfaglig vurdering findes nødvendig for at øge funktionsevnen, og hvis patienten ønsker det. Metoderne i samtalerne er inspireret af en systemisk og narrativ tilgang (16), TERM, The Extended Reattribution Model, (se tidligere) anvendes som en systematisk fremgangsmåde. Der er fokus på at øge den sygemeldtes handlemuligheder bl.a. gen-



nem anerkendelse og indsigtsgivende samtale, der gør det muligt for patienten at arbejde med sine problemer.

Det tidsmæssige omfang af samtaleforløbet vurderes individuelt og kan variere fra få til mange samtaler. Hver samtale varer ca. 1 time.

### **Arbejdspladsbesøg ved ergoterapeut**

Hvis der er behov for aftaler om ændringer af arbejdsforhold aftales arbejdspladsbesøg med patient og arbejdsgiver. Nogle patienter er afhængige af, at arbejdspladsen kan indrettes på særlige måder i forhold til patientens problemstilling og normale opgaver.

### **Undersøgelse af aktivitetsproblemer ved ergoterapeut**

Mennesker, som har mange smerter gennem lang tid, kan få problemer i forhold til at få dagligdagen til at hænge sammen. Der kan være tale om problemstillinger i forhold til almindelige daglige gøremål, i forhold til personlige færdigheder, opgaver som personen er vant til at udføre i netværket, hjemmet og i forhold til ægtefælle og børn.

### **Vurdering af aktivitetsproblemer ved ergoterapeut**

I de tilfælde hvor det tværfaglige team skønner, at der kan være behov for en særlig indsats for at fremme aktivitet og deltagelse iværksættes en yderligere

udredning. Centret anvender COPM, Canadian Occupational Performance Measure (17), som giver et billede af patientens egenvurdering af aktivitets- og deltagelsesproblemer og patientens prioritering heraf. På baggrund heraf kan der fastlægges en plan efter forhandling mellem ergoterapeut og patient. COPM skal overvejes, hvis patienten ikke viser tegn på bedring ved fysioterapeutisk kontrol efter 14 dage.

### **Vurdering af behov for hjælpemidler ved ergoterapeut**

Der kan være behov for hjælpemidler i relation til patientens arbejdsliv eller i hjemmet. Der foretages en konkret vurdering, og hvis der er et behov, formidler ergoterapeuten kontakt til kommunen vedr. bevilling, og aftaler det videre forløb med afprøvning m.v.

### **Samtale med socialrådgiver**

Socialrådgiveren kan have samtale med patienten med henblik på udredning og vejledning i forhold til

- sociale forhold og økonomi,
- børnefamilieområdet,
- lovgivning på beskæftigelsesområdet og arbejdsmarkedsforhold generelt,
- ansøgninger indenfor sociallovgivning, forsikringsforhold og gældssanering.



# Skriftlig kommunikation

Udover den almindelige hospitalsjournal, som indeholder journalnotater fra de forskellige undersøgelser, patienten har været til, blodprøvesvar og resultater af andre undersøgelser har vi i CfB valgt at have en separat bilagssamling til hver patient. Disse bilag består af samtalenotatet fra den første koordinerende samtale, notat fra rundbordssamtaler på arbejdsplads og i kommunen, og notater af mere personlig art, som patienten har givet i kopi til koordinatoren. Koordinatoren skriver kun resumé og handleplan ind i hospitalsjournalen.

Denne form for journalisering er valgt, da det fulde samtalenotat, og de øvrige nævnte bilag, kan indeholde en række personfølsomme oplysninger, som vi ikke mener bør ligge i en hospitalsjournal, hvor de er frit tilgængelige for hele hospitalets personalegruppe. Opbevaring sker både på papir og elektronisk. Materialet er omfattet af lovgivning om offentlighed i forvaltningen og følger Datatilsynets

bestemmelser med hensyn til opbevaring af persondata.

Journalnotater fra reumatolog og fysioterapeutundersøgelser sendes direkte til patient, sagsbehandler i kommunen og den praktiserende læge ganske få dage efter undersøgelsen. På den måde sikres en hurtig overlevering til både patient, sagsbehandler og praktiserende læge og sagsbehandleren sparer tid, ved ikke selv at skulle rekvirere journaloplysningerne.

Sagsbehandleren får løbende tilsendt journalnotater fra den tværfaglige indsats for hver enkelt patient og kan lade oplysningerne indgå i den sagsbehandling, der skal foregå i sygedagpengesagen.

Når et forløb afsluttes udarbejder koordinatoren en slutstatus med et kortfattet resumé af sygehistorie, objektive fund og forløbsbeskrivelse. Slutstatus sendes til sagsbehandler og praktiserende læge, når den er godkendt af patienten.

# Case

## Rygsmærter og mange belastninger

45-årig kvinde, der har haft ufaglært arbejde, siden hun forlod folkeskolen. Bliver siden uddannet som social- og sundhedshjælper og arbejder som sådan i 4 år. Derefter har hun arbejdet på en stor industri-virksomhed med montagearbejde og lagerarbejde, kører bl.a. truck. Arbejdspladsen ligger 35 km fra hjemmet. Hun kører bil til og fra arbejde. Har skiftende arbejdstider. Kvinden er fraskilt og alene med 2 børn på 7 og 17 år. Der er problemer i samværet med den fraskilte mand, og det ældste barn har en lang række psykiske og sociale problemer.

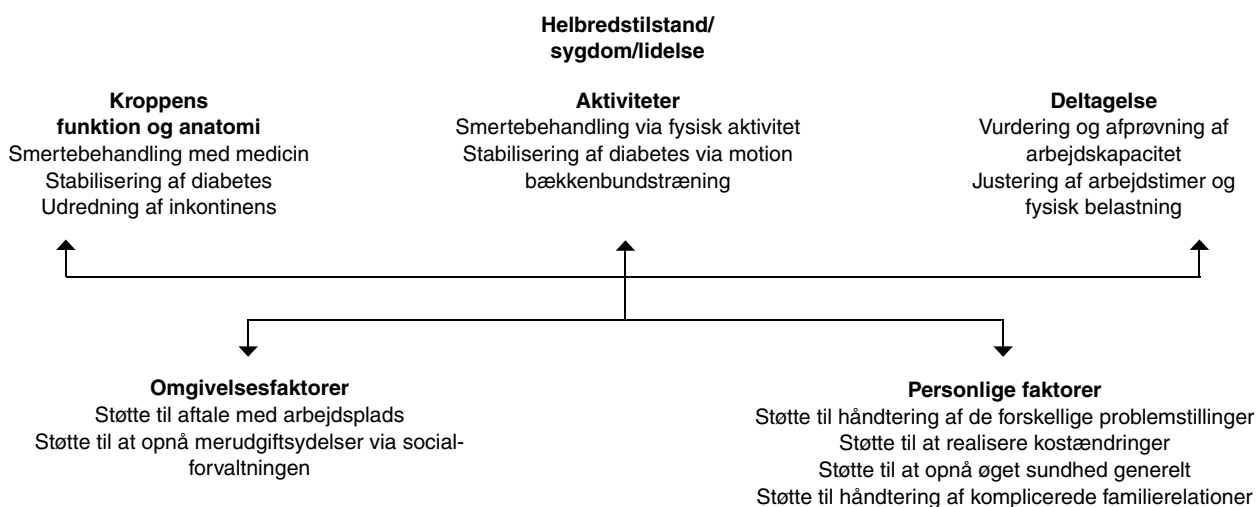
På henvisningstidspunktet har kvinden været sygemeldt fra sit arbejde i 11 uger. Hun har igennem mange år haft tilbagevendende rygsmærter. I tillæg har hun en diabetes I, som er dårligt reguleret og med komplikationer i form af svingende blodsukker, hyppige vandladninger og nedsat køresyn.


Undersøgelserne på CfB viser, at hun har degenerative forandringer i lænderyggen, som kan forklare rygsmærterne. Der er overvejelser om stivgørende operation, men hun lindres smertemæssigt af fysisk aktivitet, specifikke øvelser og smertestillende behandling. Overvejelserne om operationen sættes derfor i bero.

Kortlægning af indsatsområder i forhold til ICF-modellen (*se nederst på siden*):

Det bliver tidligt i forløbet tydeligt, at komplikationerne til sukkersygen påvirker kvindens funktions-evne betydeligt og udgør en væsentlig barriere for hende i forhold til at håndtere rygsmærterne, idet hun ikke har tilstrækkelig energi til at motionere. Udover den grundige vurdering af årsager til smerterne og vejledning om indsats i forhold hertil, retter indsatsen sig derfor imod bedre regulering af sukkersygen. Der tages kontakt til endokrinologisk ambulatorium, som involveres i de problemstillinger, som patienten har med ikke at have overskud til at overvåge blodsukker, have hensigtsmæssige kostvaner og rytmer, og mangel på fysisk aktivitet. Det endokrinologiske ambulatorium tilbyder et forløb med en tættere opfølgning, kostvejledning, hyppigere målinger og undersøgelser i en periode. Denne indsats har god effekt, kvinden får mere energi, og det lykkes hende efterhånden at blive fysisk mere aktiv, hvorefter smerterne aftager.

Et samtaleforløb med socialmedicin er medvirkende til, at kvinden får øget indsigt i, hvilken betydning hendes sukkersyge har for helbredet generelt og hvilke forhold i kvinden liv, der kan have en





betydning for, hvordan hun får reguleret sin sukkersyge. Det bliver klart for hende, at psykisk pres medfører, at hun mister overblik og overskud til at regulere sin sukkersyge og til at motionere. Via de socialmedicinske samtaler får kvinden også større indsigt i, hvilken betydning de familiemæssige forhold har for hendes situation, og hvordan hun bedre kan forholde sig til de følelsesmæssige belastninger, hun bliver udsat for i familien.

Økonomien har også en væsentlig betydning for funktionsevnen. Via samtaler med socialrådgiver får kvinden bedre overblik over sin økonomi og hjælpemuligheder i forhold hertil og kvinden får hjælp til at søge økonomisk støtte. Den økonomiske støtte bidrager yderligere til, at kvinden bedre kan regulere sin sukkersyge.

Formentlig som følge af bedre regulering af sukkersygen aftager de hyppige vandladninger.

I starten af forløbet har koordinatoren haft kontakt til kvindens arbejdsplads med henblik på arbejdsfastholdelse. Der afholdes rundbordssamtale på arbejdsstedet med deltagelse af kvinden, arbejdsgiver og koordinatoren. På mødet bliver det klart, at det er et problem for kvinden at arbejdspladsen ligger 30 minutters kørsel væk, idet rygsmerterne forværres ved bilkørsel. Et andet problem, der bliver afdækket via rundbordssamtalen, er at kvinden har svært ved at holde til de skiftende arbejdstider. Konklusionen på rundbordssamtalen bliver derfor, at kvinden ikke vil kunne genoptage sit arbejde.

Koordinatoren kontakter efterfølgende sagsbehandler i kommunen og på et møde i kommunen hvor kvinden, sagsbehandleren og koordinatoren deltager aftales det, at der etableres arbejdsprøvning i nærområdet. Der afholdes et nyt møde i

kommunen, hvor kommunens jobkonsulent deltager. På mødet aftales, at kvinden påbegynder arbejdsprøvning i en montagevirksomhed, hvor hun vil kunne tilbydes lettere og varierede arbejdsfunktioner.

Kvinden besøger virksomheden med jobkonsulenten, og det aftales helt konkret, at kvinden starter med 4 timers arbejde om dagen med lettere og varierede funktioner.

Det aftales, at jobkonsulenten laver opfølgning på arbejdsstedet med henblik på aftaler om optrapning af arbejdstid og funktioner. Da kvinden fortsat går til samtaler med den socialmedicinske læge på CfB, aftales det, at forløbet med koordinatoren stopper, og at det videre samarbejde foregår mellem kvinden, jobkonsulent og den socialmedicinske læge. I samtaleforløbet på CfB støttes kvinden i at håndtere sin nye arbejdsituation, holde fast i motion og livsstilsændring. I dette forløb har den socialmedicinske læge et tæt samarbejde med jobkonsulenten, så den gradvise optrapning af arbejdet tilpasses funktionsevnen. Der går nogen tid med at få justeret arbejdstiden, arbejdsindholdet og arbejdspladsindretningen så arbejdet ikke indebærer belastninger, der forværrer kvindens smerter, og hvor det fortsat er muligt for hende at holde sukkersygen velreguleret. Det lykkes efter perioder med sygemeldinger. Der foretages ergonomisk vurdering af arbejdsstedet og gennemføres en hensigtsmæssig indretning. Efter ca. et års sygemelding er det klart, at det ikke er realistisk, at kvinden bliver i stand til at klare fuldtidsarbejde. I samarbejde med kommunen etableres fleksjob.



## Reference liste

- (1) Waddell G. The Back Pain Revolution. 1 ed. Edinburgh: Elsevier Limited; 1998.
- (2) Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007 Feb 1;32(3):291-8.
- (3) Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. *J Occup Environ Med* 2003 May;45(5):499-506.
- (4) Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, Hurri H, Mutanen P, Rissanen P, et al. Mini-intervention for subacute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2003 Mar 15;28(6):533-40.
- (5) Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997 Dec 15;22(24):2911-8.
- (6) Kestrel, Swanpool, Falmouth. Physiotherapy Pain Association Year Book. Topical Issues in Pain 5: Treatment, Communication, Return to Work, Cognitive behavioural Pathophysiology. Cornwall: CNS Press Ltd.; 2008.
- (7) Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: MarcellisborgCentret; 2004.
- (8) Schiøler G, Dahl T. ICF-International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. København: Sundhedsstyrelsen; 2003.
- (9) Fink P, Rosendal M, Toft T. Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis, TERM-modellen, The Extended Reattribution and Management Model. Et efteruddannelsesprogram for ikke-psykiatriske læger. 2008.  
RefType: Internet Communication
- (10) Schjødt J. Kommunikationstræning, kognitiv terapi og TERM-modellen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* [6/7]. 2008.  
RefType: Magazine Article
- (11) Kognitiv terapi - modeller og metoder. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
- (12) Indahl A. Når ryggen smerter - vær tryk ved din ryg. 1. ed. København: Munksgaard; 2004.
- (13) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- (14) Pengel LH, Refshauge KM, Maher CG. Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain. *Spine* 2004 Apr 15;29(8):879-83.
- (15) McKenzie R, May S. The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy. 2nd ed. Waikanae: Spinal Publications New Zealand Ltd; 2004.
- (16) Andersen T. Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne. København: Dansk Psykologisk Forlag; 1994.
- (17) Law Mea. Canadian Occupational Performance Measure. 2nd ed. Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE; 1994.

# Bilag

## Bilag 1 • Klassifikation af rygsmerter

Sædvanligvis opdeles rygsmerter i specifikke ryglidelser og uspecifikke rygsmerter. I det følgende præciseres hvad dette indebærer. Listen er ikke fuldstændig. Der kan også være uenighed om nogle af de tilstande, som er beskrevet under uspecifikke rygsmerter evt. i stedet for burde placeres under specifikke ryglidelser, f. eks. Modic-forandringer. Ordet degenerative forandringer anvendes i stedet for slidgigtforandringer, fordi disse forandringer mest kommer som følge af stigende alder og arvelig disposition og sjældent pga. fysisk belastning:

### Specifikke ryglidelser

#### *Diskusprolaps med nerverodspåvirkning*

Nerverodspåvirkningen skyldes både mekanisk tryk og kemisk påvirkning. Det forekommer jævnligt, at der ikke klinisk er tegn til nerverodspåvirkning, selv om MR-scanning tyder på, at prolapsen trykker på nerveroden. Hos ca. 10 % med symptomer og tegn på nerverodspåvirkning giver MR-scanning ingen forklaring.

#### *Radikulopati*

Nerverodspåvirkning uden synlig årsag på MR.

#### *Følger efter diskusprolaps med nerverodspåvirkning*

Vedvarende symptomer og kliniske tegn på nerverodspåvirkning hos patient, som tidligere har haft diskusprolaps med nerverodspåvirkning.

#### *Spinalstenose*

Dårlig plads til nerverødder pga. af snævre pladsforhold i rygmarvskanalen, som regel på grund af degenerative forandringer.

#### *Recesstenose*

Dårlig plads til en nerverod pga. lokale degenerative forandringer.

#### *Spondylolisthese med nerverodspåvirkning*

Fremadglidning af 4. eller 5. lændehvirvel i forhold til underliggende hvirvel eller korsben, medførende dårlig plads til en eller flere nerverødder.

#### *Osteoporotisk sammenfald*

Sammenfald af en eller flere ryghvirvler som følge af knogleskørhed.

#### *Mb. Bechterew*

Arveligt betinget specifik gigtsygdom i rygsøjle, fejlstyring af immunapparatet.

#### *Scoliose*

Udtalt skævhed af rygsøjlen. Mindre skævhed er normalt forekommende og har ingen betydning for rygsmerter.

#### *Kræftsygdom i rygsøjlen eller rygmarven*

Meget sjældent forekommende (<1%). Når det findes, er det oftest fordi en kræftsygdom har bredt sig til ryggen, såkaldte metastaser.

#### *Infektion i rygsøjlen*

Ligeledes meget sjældent forekommende.

Specifikke ryglidelser kan modificeres i positiv eller negativ retning af ledsagende psykiske aspekter; en depression vil fx typisk kunne forværre forløbet.

#### **Uspecifikke rygsmerter**

I de fleste tilfælde kan man ikke se eller på anden måde afsløre den præcise årsag til rygsmerter. Ofte er der flere årsager, dvs. smerterne er multifaktorielle eller komplekse, fordi årsagerne ofte indbyrdes påvirker hinanden.

Følgende er eksempler på tilstande, som kan optræde som medvirkende og tit også vedligeholdende årsag til rygsmerter:

#### *Diskusdegeneration*

Især højdereduktion af disci, i mindre grad spondylose og arthrose i facetled. I ca. halvdelen af tilfældene er tilstedeværende degenerative forandringer dog ikke årsag til smerterne.

#### *Modic-forandringer*

En speciel form for degenerative forandringer, som ikke kan ses på røntgenbilleder, men kun på MR. Disse forandringer er mere entydigt forbundet med rygsmerter end almindelige degenerative forandringer. Forekommer kun, hvor der i forvejen er degenerative forandringer.

#### *Diskusprolaps uden nerverodspåvirkning*

Findes hos op til 1/3 af befolkningen, men kan være årsag til akutte rygsmerter uden udstråling til ben.

#### *Mb. Scheuermann*

Udviklingsfejl, flere kileformede hvirvler og uregelmæssige dækplader.

#### *Forstyrret smertereulation*

Dvs. en forstyrrelse af den del af nervesystemet i rygmarv og hjerne, som regulerer og formidler smerter. Ses ofte i forbindelse med psykisk stresstilstand, bekymrings- eller angsttilstand.

#### *Depression*

Smerter, specielt langvarige, kan medføre depression; men depression hos personer, som ikke har rygsmerter, kan øge risikoen for, at der opstår ryg- eller nakkesmerter efterfølgende.

#### *Nedsat kredsløb i ryg (og ben)*

Degenerative forandringer forekommer hyppigere, når der er forkalkning i aorta (hovedpulsåren), og også andre undersøgelser tyder på, at nedsat kredsløb har betydning hos nogle rygpatienter.

## Bilag 2 • Svar der gives i Cfb, i forhold til de 5 spørgsmål

### *Hvad er det*

Diagnose og forklaring.

### *Årsag*

Forklaring hvor det er muligt.

Ved uspecifikke smerter kan der orienteres om forskellige teorier, revner i bruskbåndskive, forstyrret smerteregulation, muskulære smerter som følge af uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre.

Der gives beroligende forklaring, specielt i forhold til at det ikke er farligt at bruge kroppen.

Slidforandringer skyldes ikke så meget brug af kroppen som alder og genetisk disposition. Når der er degenerative forandringer, kan tungt arbejde/forskellige funktioner få det til at gøre mere ondt.

Selv ved grundig udredning finder man kun årsag til smerterne ved 50 % af de, der undersøges på speciallægeniveau. For de øvrige 50 % kan der ikke stilles specifik diagnose.

Der er ikke tvivl om, at det gør ondt. Mange faktorer kan være vedligeholdende for smerter, depression, angst, uhensigtsmæssig adfærd, bekymring.

Der er viden om, hvad man kan gøre for at behandle og hjælpe sygemeldte med at håndtere smerter, selv om man ikke kender årsagen til smerterne.

### *Tid*

Som udgangspunkt kan man ikke vide, hvor længe det varer, men det meste bliver bedre, i nogle tilfælde går det over.

Hvis der er tale om diskusprolaps tager det typisk 3-6 måneder.

Dét, at symptomerne har varet over 4 uger og medført sygemelding gør, at det er vigtigt at tage det alvorligt og finde ud af, om der kan gøres mere.

### *Konsekvenser*

Man kan gå på arbejde, når man synes, man kan klare det.


Der indgår en bred vurdering i forhold til, om man kan klare at gå på arbejde. Man kan godt gå på arbejde, selvom man har smerter, men man skal kunne håndtere smerterne, så man ikke kommer ind i en ond cirkel med øgede smerter. Dét er specielt væsentligt at have for øje hos sygemeldte med forstyrret smerteregulation, psykiske symptomer eller uhensigtsmæssig smerteadfærd.

Som udgangspunkt kan man ikke vide, om en sygemeldt med rygsmerter kan vende tilbage til tungt arbejde før efter ca. et halvt år. Dét, at have haft en episode med langvarig sygemelding på grund af ryggen, behøver ikke at betyde, at man ikke kan klare fysisk tungt arbejde. Dette gælder også ved diskusprolaps med nerverodstryk. Men ved diskusprolaps med nerverodstryk er det relevant at være mere opmærksom på, at der ikke kommer tiltagende tegn til nerverodstryk (smerter ned i benet) ved genoptagelse af arbejde.

Hos langt de fleste bliver rygsmerterne mindre eller forsvinder, men der er en tendens til, at der senere kommer nye smerteperioder. Hvis smerterne ikke bliver mindre, må der løbende vurderes på, hvad konsekvenserne bliver i forhold til arbejdslivet.

### *Hvad kan der gøres*

- Relevant biomedicinsk behandling
- Smertestillende medicin
- Fysisk aktivitet, motion



- Smertekontrol, øvelser – hvis fysioterapeut har vurderet det som muligt

- I videst muligt omfang, hold fast i daglige aktiviteter

Håndtering af de forhold, der findes af betydning for smerterne og deres håndtering, herunder behandling af anden sygdom som for eksempel depression og angst.

Smerterne skal håndteres hensigtsmæssigt; ikke for forsigtig, men man skal som hovedregel ikke provokere smerterne ned i benet ved nerverodstryk.

Løbende information og koordinering med relevante implicerede.



### Bilag 3 • Myter om årsager til rygsmerter

Man kan finde årsagen til rygsmerter, hvis blot man bliver undersøgt grundigt nok med scanninger.

*Svar: nej, ikke i de fleste tilfælde.*

Man får slidgigt i ryggen af fysisk belastning.

*Svar: nej, det er mest betinget af arv og alder.*

Man får rygproblemer af siddende arbejde.

*Svar: Nej, fysisk tungt arbejde øger risikoen for rygsmerter. Hvis man har rygproblemer, kan man have problemer med at sidde.*

Man får rygproblemer af pludselig overbelastning eller decideret skade.

*Svar: Nej, kun hos 30-40 %, de fleste tilfælde opstår gradvist eller ved almindelige dagligdags aktiviteter.*

Smerterne skal være helt væk, før man kan genoptage sit arbejde.

*Svar: nej.*

Man kan ikke gå på arbejde, når man spiser smertestillende medicin.

*Svar: Jo, brug af smertestillende medicin kan være fornuftig, hvis det gør at man kommer til at fungere bedre.*

Hvis bare man træner nok, forebygger det nye rygsmerter.

*Svar: Nej, det er ikke bevist. Formentlig er meget motion i dagligdagen vigtigere, men der findes ingen sikker forebyggelse af rygsmerter.*





## Andre rapporter fra samme projekt:

Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte  
Det tværfaglige samarbejde



CENTER FOR BEVÆGEAPPARATLIDELSER  
CENTER FOR FOLKESUNDHED • REGIONSHOSPITALET SILKEBORG

Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte  
Et års opfølgning



CENTER FOR BEVÆGEAPPARATLIDELSER  
CENTER FOR FOLKESUNDHED • REGIONSHOSPITALET SILKEBORG



Randers Kommune



Skanderborg  
KOMMUNE



Silkeborg Kommune



Favrskov  
Kommune

regionmidtjylland **midt**