



Da Erland Olesen blev indlagt med en diskusprolaps, ville han først opereres. Men han gav fysioterapi og træning en chance, og det har han aldrig fortrudt.

Side 6



Hvorfor skal det være dyrere for patienten, hvis hun hvis vælger træning frem for operation? Spørgsmålet kommer fra Charlotte Hyttel, der har trænet sig fra to diskusprolaps.

Side 8



Kun 20 år gammel, måtte Søren Fogsgaard sygemeldes med to diskusprolaps. I dag er han takket være fysioterapi og hjemmetræning i gang igen og næsten så god som ny.

Side 12

# Pludselig gav det et smæld i ryggen

Debatoplæg om aktiv, tværfaglig behandling  
af lumbal diskusprolaps

# Forord

Hvert år bliver cirka 11.000 danskere opereret for en ryglidelse<sup>1</sup> – og antallet af operationer er steget betydeligt de seneste år. Alene fra 2003 til 2007 skete der en stigning i antallet af rygoperationer på omkring 40 procent (1). Stigningen er først og fremmest sket på de private hospitaler. Samtidig med denne udvikling er vores viden om, hvordan man kan behandle ryglidelser uden at skulle gennemføre risikable operationer, vokset. Operationer kan ikke undgås, men der er videnskabelig dokumentation for, at behovet for rygoperationer kan nedsættes ved at opprioritere den ikke-kirurgiske behandling i form af aktiv, tværfaglig behandling<sup>2</sup>.

Med dette debatoplæg ønsker Danske Fysioterapeuter at fremme diskussionen om de faglige, organisatoriske og politisk-økonomiske barrierer, der står i vejen for, at rygpatienter i hele landet kan få glæde af den nyeste viden om ikke-kirurgisk behandling. For der er mange fordele for patienter, sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien ved at tilbyde aktiv, tværfaglig behandling som alternativ til en rygoperation.

I debatoplægget tages der udgangspunkt i behandling af patienter med lumbal diskusprolaps. En beregning, som Danske Fysioterapeuter har foretaget, viser, at der årligt kan spares mellem 12 og 25 millioner kroner ved at tilbyde disse patienter en aktiv, tværfaglig behandling i stedet for en operation. Beregningen medtager alene de direkte omkostninger ved behandlingerne. Flere undersøgelser peger på, at patienter, der får en aktiv, tværfaglig behandling, har mindre sygefravær og hurtigere kommer tilbage i arbejde (2,3). Da patienter med lumbal diskusprolaps næsten alle er i den erhvervsaktive alder, vil der formentlig være yderlige besparelser at hente i form af mindre udbetaling af sygedagpenge ved at tilbyde patienterne aktiv, tværfaglig behandling.

Debatoplægget giver endvidere en række bud på, hvilke tiltag, Danske Fysioterapeuter mener, der skal sættes i værk for at indfri potentialet ved aktiv, tværfaglig behandling. Eksempelvis bør det være et krav, at patienterne gennemgår en tværfaglig udredning samt et træningsforløb på minimum 4-8 uger, før der tilbydes en operation, og at der indføres realistiske DRG-takseringer på ikke-kirurgiske behandling, således at sygehusene får en økonomisk motivation til at vælge aktiv, tværfaglig behandling frem for operation.

*Johnny Kuhr*

Formand for Danske Fysioterapeuter

1. Notat udarbejdet af Rygcentret i Ringe. Rygoperation i DK i årene 2000-2007. Anvendelse af Landspatientregistrets data.

2. Aktiv, tværfaglig behandling er defineret som en aktiv, fysisk, psykisk og social flerfaglig intervention.

## Stor stigning i antallet af rygoperationer

I 2007 fik cirka 11.000 danskere en rygoperation. Mange af disse operationer kunne formentlig have været erstattet af ikke kirurgisk behandling, viser dansk og international forskning. Eksempelvis peges der i en oversigtsartikel i forskningstidsskriftet *Spine* på, at aktiv behandling på lang sigt har samme eller bedre effekt på mange patienter med lumbal diskusprolaps sammenlignet med operation (4), mens en anden oversigtsartikel i *Spine* konkluderer, at patienterne skal inddrages mere i beslutningen om valg af intervention blandt andet ved, at de oplyses om fordele og ulemper ved de forskellige interventioner (5).

Ifølge formanden for Dansk Reumatologisk Selskab, Berit Schiøttz-Christensen, kunne 1/3 af operationerne undgås, hvis der var bedre tilbud til patienterne om ikke-kirurgisk behandling og vejledning. Hun peger på, at de danske sygehuse har for lidt kapacitet til at screene og behandle rygpatienter i et aktivt træningsforløb inden en eventuel operation (6).

Når sygehusene i stort omfang vælger at operere frem for at tilbyde aktiv, tværfaglig behandling, skyldes det formentlig et sammenfald af flere forskellige omstændigheder. Ikke mindst, at der er et økonomisk incitament til at operere frem for at tilbyde et aktivt, tværfagligt behandlingsforløb.

Ledende overlæge på Rygcentret i Ringe, Claus Manniche og ledende overlæge på reumatologisk afdeling på Sygehus Vendsyssel, Claus Rasmussen, vurderer, at DRG takstsystemet, der udløser betaling til sygehusene, tilgodeser operationer i forhold til mindre indgribende behandlingsformer som for eksempel aktiv, tværfaglig behandling (7).

Dette er særligt problematisk, når princippet om at "pengene følger patienten" skal efterleves. Der følger nemlig kun penge med til operationer. Derfor har sygehusejerne ingen umiddelbar økonomisk interesse i at forbedre de ikke kirurgiske behandlingsmuligheder.

En anden faktor er formentlig, at behandlingsgarantien har gjort det lettere for patienterne at blive opereret hurtig-

gere, samtidig med at antallet af privathospitaler, der tilbyder rygoperationer, er vokset. Ifølge tre overlæger på Hvidovre Hospital, Stig Sonne-Holm, Lars Ebskov og Steffen Jacobsen, er der ikke sket et fald i ventetiden på operation på trods af en stigning i antallet af operationer (8).

Dertil kommer, at patienterne selv presser på for at få en operation frem for at få tilbudt en aktiv, tværfaglig behandling. Opfattelsen blandt patienter er ofte, at en operation er den bedste og mest effektive behandling mod deres ryglidelse. Dog viser et studie, at bedre information om fordele og ulemper ved forskellige behandlingsformer kan medføre, at patienten i højere grad vil fravælge operation (9).

Endelig spiller det ind, at der ikke er klare kriterier for, hvornår de enkelte sygehuse vælger at give en patient en rygoperation, samt hvilken type operation der tilbydes. (10) Det viser sig blandt andet ved, at det er vanskeligt at få et præcist overblik over antallet af operationer inden for den enkelte diagnose, da operationskoderne ikke anvendes ens landet over.

Der er mange forskellige ryglidelser og diagnoser, som forudsætter forskellige behandlinger. Danske Fysioterapeuter anerkender da også fuldt ud værdien af operationer til mange sygdomme. Vi ved imidlertid også, at operationer kan være risikable på både kort og lang sigt, og at 10 procent af de opererede lumbale rygpatienter får komplikationer, og nogle efterfølgende får det værre end før operationen (11). Derfor er der god grund til at være meget omhyggelig med ikke at ordinere operation som første valg.

I de kliniske retningslinjer, som er udarbejdet af American Pain Society, konkluderes det eksempelvis, at der ikke er klar evidens for operation til lumbale rygpatienter. Organisationen har udarbejdet otte anbefalinger, og ingen af anbefalingerne har operation som første valg (5).

Sammenfattende er der følgende oplagte fordele ved den aktive, tværfaglige behandling:

- Aktiv, tværfaglig behandling er billigere sammenlignet med operation
- Aktiv, tværfaglig behandling kan udskyde eller træde i stedet for operation
- Aktiv, tværfaglig behandling giver ingen bivirkninger
- Aktiv, tværfaglig behandling udelukker behov for evt. reoperation

## God evidens for ikke-kirurgisk behandling

Af de godt 11.000 danskere, der i 2007 fik en rygoperation, havde omkring hver femte diagnosen lumbal diskusprolaps. Præcis denne patientgruppe er der god dokumentation for at give en aktiv, tværfaglig behandling i stedet for operation.

En evaluering af de tværfaglige reumatologiske rygambulatorier i Nordjyllands amt viser god effekt af aktiv, tværfaglig behandling til patienter med lumbal diskusprolaps. Siden ambulatoriet blev oprettet, er antallet af operationer blevet halveret i amtet. Af de patienter, der er behandlet på ambulatoriet, har 88 procent kunnet færdigbehandles uden operation, opgjort efter to år, mens 86 procent af patienterne var i arbejde et år efter behandlingens afslutning. Patienterne er generelt tilfredse med behandlingen, og 88 procent ville vælge samme behandling i tilfælde af, at de igen fik diagnosen lumbal diskusprolaps (2,12). At behovet for rygoperationer kan nedsættes ved en opprioritering af den aktive, tværfaglige behandling er videnskabeligt dokumenteret også i udlandet (13).

At der er god evidens for, at ikke-kirurgisk behandling i form af aktiv behandling har samme eller bedre effekt for mange patienter med lumbal diskusprolaps sammenlignet med operation, peges der på i en oversigtsartikel i forskningstidsskriftet *Spine* samt i en artikel i tidsskriftet *Annals of the Rheumatic Diseases*, hvor det blandt andet påvises, at aktiv behandling på lang sigt har samme eller bedre effekt for mange patienter med lumbal diskusprolaps sammenlignet med operation (4,14). Et dansk studie viser blandt andet, at der er bedre effekt af træning end af operation for patienter med lumbal diskusprolaps i forhold til at nedsætte eller undgå udstrålende smerter til knæ eller fod (15).

## Der kan spares 12–25 millioner

For patienter med lumbal diskusprolaps er der evidens for, at ikke-kirurgisk behandling har en god effekt. Derfor har Danske Fysioterapeuter valgt at lave en beregning på, hvad det årligt koster henholdsvis at operere og tilbyde aktiv, tværfaglig behandling til patienter med lumbal diskusprolaps.

I hele landet blev der foretaget 7.820 rygoperationer i offentligt regi og 2.952 rygoperationer i privat regi i 2007 (14)<sup>3</sup>.

I 2007 fik 2.493 borgere i Danmark foretaget en operation som følge af en lumbal diskusprolaps. Opgørelsen bygger på tal fra Landspatientregisteret. 1.955 af patienterne blev opereret på et offentligt sygehus, mens 538 blev opereret på et privat sygehus<sup>4</sup>.

3. Det er muligt, at tallene i virkeligheden er større, da privathospitalerne ikke havde indberetningspligt til Landspatientregistret i 2007. Når man kigger på tallene, er der registreret meget lav aktivitet på enkelte privathospitaler. Derfor antager Danske Fysioterapeuter, at antallet af operationer i virkeligheden er 1.500 større, og at det samlede antal rygoperationer på privathospitalerne dermed kommer op på cirka 4.500 i 2007.
4. Der er brugt et forsigtigt skøn i forhold til antallet af rygoperationer for lumbal diskusprolaps i undersøgelsen. I beregningen indgår tre operationskoder, hvor det med sikkerhed vides, at diagnosen er lumbal diskusprolaps. Der vil med stor sandsynlighed være patienter med lumbal diskusprolaps under andre operationskoder. Men da det ikke entydigt kan afgøres, hvor mange patienter der er tale om, er disse ikke medtaget i undersøgelsen.

I beregningen skønnes det, at det vil være relevant at tilbyde halvdelen af patienter med lumbal diskusprolaps en ikke-kirurgisk behandling. Udgangspunktet er erfaringerne fra det reumatologiske rygambulatorium i Nordjylland, hvor halvdelen af patienterne fik tilbudt et aktivt træningsforløb. 88 procent af disse patienter kunne færdigbehandles uden operation, mens 12 procent efterfølgende måtte opereres (2). Det svarer til, at 1097 patienter med lumbal diskusprolaps i 2007 kunne færdigbehandles uden operation.

Prisen på en diskusprolapsoperation i regneeksemplerne er med udgangspunkt i taksterne fra DRG-systemet sat til 39.738 kroner<sup>5</sup>, hvilket svarer til prisen på den mest simple og ukomplicerede operation, selv om prisen på en operation i en del tilfælde vil være højere.

Prisen for en ikke-kirurgisk behandling er (side 7) opgjort på to forskellige måder. Dels er der benyttet et eksempel

med udgangspunkt i, hvordan et aktivt, tværfagligt behandlingsforløb er sammensat på Vendsyssel Sygehus, dels er der sammensat og opgjort et eksempel med udgangspunkt i sundhedsstyrelsens takstvejledning. Forskellen på de to eksempler er, at der i eksempel 1 er medtaget udgifter til socialrådgiver og kvalitetssikring<sup>6</sup>.

Beregningerne medtager alene de direkte omkostninger ved behandlingerne. Flere undersøgelser peger på, at patienter, der får en aktiv, tværfaglig behandling i stedet for en operation, har mindre sygefravær og hurtigere kommer tilbage i arbejde (2,3). Da patienter med en lumbal diskusprolaps næsten alle er i den erhvervsaktive alder, vil der formentlig være yderlige besparelser at hente i form af mindre udbetaling af sygedagpenge ved at tilbyde patienterne aktiv, tværfaglig behandling.

Patientens egentid til træning er ikke medtaget i beregningen.

## Lumbal diskusprolaps

### FAKTA

Rygsøjlen er opbygget af hvirvler adskilt af bruskskiver (diskus). Diskus udgør en stødpude mellem hvirvlerne. Diskus indeholder en geléagtige kerne, som er omgivet af en bindevævssring.

En diskusprolaps er en ryglidelse, hvor en udposning af kernen i en diskus presser mod rygmarvskanalen

Udposningen påvirker nerverne, som løber ud fra rygmarven, hvilket er årsagen til smerter i lænd

og ben. Bensmerterne er typisk værre end rygsmerterne, og der kommer desuden ofte snurren, tab af følesans og nedsat kraft i det område, som nerven forsyner, f.eks. i benet.

90-95 procent af alle diskusprolaps er sidder i lænden. Diskusprolaps i lænden ses oftest i 30-50 års alderen. Det er en aldersbetinget nedbrydning af diskus som oftest er skyld i en diskusprolaps, men en diskusprolaps kan også ses i forbindelse med skader.

5. Beløbet er en gennemsnitspris på operationskoderne for en lumbal diskusprolaps.

6. På sygehusene er der en løbende kvalitetsudvikling, og udgifterne er lagt oven i selve forløbsprisen.



# Ville aldrig overveje en operation

**Erland Olesen er 62 år og malermester i Frederikshavn. Da han i maj 2009 blev akut indlagt med en diskusprolaps, var hans første tanke, at han skulle opereres med det samme – om nødvendigt på et privathospital. Han gik dog med til at give fysioterapi og træning en chance, og det har han ikke fortrudt. I dag ville han aldrig overveje en operation, siger han.**

Da Erland Olesen i maj 2009 faldt om i sit køkken, var hans kone nødt til at ringe 112. Den dengang 61-årige malermester var lammet af smerter og kunne ikke selv komme op. Han blev akut indlagt på rygambulatoriet på Vendsyssel Sygehus, hvor lægerne fortalte ham, at han havde fået en diskusprolaps mellem tredje og fjerde ryghvirvel.

Erlands Olesens første indskydelse var, at han skulle opereres med det samme, så han kunne komme tilbage til sin forretning og 12 svende. Men lægerne var bekymrede for, at en operation ville give arvæv, og anbefalede en behandling bestående af fysioterapi og medicin. Erland Olesen drøftede det med sin kone, og de blev enige om, at han skulle give det 14 dage. Men så skulle man også i gang med det samme – ellers ville han tage direkte på privathospital og blive opereret. Dagen efter indlæggelsen begyndte han at træne.

Erland Olesen var indlagt på rygambulatoriet i fire uger og er meget glad for den behandling, han fik der. Blandt andet havde han stor gavn af den daglige træning i varmtvandsbassin, og på trods af smerter mærkede han dagligt fremskridt, så tanken om operation blev hurtigt helt droppet. Efter udskrivelsen fortsatte han med at komme til fysioterapi på rygambulatoriet, i starten en gang om ugen og senere med længere intervaller, indtil december 2009 hvor han blev helt raskmeldt.

Erland betegner selv sin fysiske tilstand i dag som et sted mellem 80 og 90 procent af, hvad den var inden diskusprolapsen. F.eks. kan han hen ad eftermiddagen blive træt i ryggen og få behov for at hvile sig lidt. Derfor overholder han meget flittigt sit faste træningsprogram: Hver morgen, mandag til fredag inden arbejde, cykler han til Frederikshavn Svømmehal og træner. I starten nøjedes han med at gå i varmtvandsbassinet og gøre de øvelser, han havde fået på rygambulatoriet, men nu svømmer han også en time.

Når man spørger Erland, om han i tilfælde af en ny diskusprolaps ville vælge træning frem for operation igen, er svaret et klart ja. Men han understreger samtidig, at han ikke er kommet sovende til sine fine resultater. Det har været et hårdt forløb med mange smerter, som krævede en stærk vilje, men som han selv siger: "Når man først har prøvet ikke at kunne gå, så vil man gøre meget for ikke at komme til at opleve det igen".

### Eksempel 1 – Lumbal diskusprolapsoperation versus aktiv, tværfaglig behandling baseret på erfaringer fra Vendsyssel sygehus

Lumbal diskusprolapsoperation	39.738 kr.
Udredning af tværfagligt team + aktiv intervention; 2 timer undersøgelse og 5 x træning/vejledning/øvelser. Samarbejde med primær- og socialektoren, kvalitetssikring	25.000 kr.
Besparelse pr. patient	<b>14.738 kr.</b>

Hvis antagelsen er, at halvdelen af disse patienter vil have samme effekt af en aktiv, tværfaglig behandling som af en operation, vil det medføre en besparelse på cirka 18 millioner kroner. Besparelsen er fundet ved, at halvdelen af 2.493 rygpatienter kunne have gavn af en aktiv, tværfaglig behandling;  $1.246 \times 14.738$  kroner = 18 millioner kroner.

Hvis vi antager, at 12 procent af de patienter, der tilbydes en aktiv, tværfaglig behandling, alligevel bliver opereret som følge af en udebleven effekt af interventionen, vil besparelsen alt i alt være cirka 12 millioner kroner. Beløbet er fundet ved: 18 millioner kroner minus 12 procent af  $1.246 \times 39.738$  kroner = 12 millioner kroner.

### Eksempel 2 – Lumbal diskusprolapsoperation versus aktiv, tværfaglig behandling baseret på Sundhedsstyrelsens takstvejledning<sup>7</sup>

Lumbal diskusprolapsoperation	39.738 kr.
Tværfaglig udredning (2 x 1.832 kr. + 2 x 1.255 kr.) + aktiv intervention; individuelt superviseret i 4 uger med træning 3 x ugentligt samt hjemmeøvelser (12 x 688 kr.)	14.430 kr.
Besparelse pr. patient	<b>25.308 kr.</b>

Hvis antagelsen er, at halvdelen af disse patienter vil have samme effekt af en aktiv, tværfaglig behandling som af en operation, vil det medføre en besparelse på cirka 31 millioner kroner. Besparelsen er fundet ved, at halvdelen af 2.493 rygpatienter kunne have gavn af en aktiv, tværfaglig behandling;  $1.246 \times 25.308$  kr. = 31 millioner kroner.

Hvis vi antager, at 12 procent af de patienter, der tilbydes en aktiv, tværfaglig behandling, alligevel bliver opereret som følge af en udebleven effekt af interventionen, vil besparelsen være cirka 25 millioner kroner. Beløbet er fundet ved: 31 millioner kroner minus 12 procent af  $1.246 \times 39.738$  = 25 millioner kroner.

Beregningen viser, at det danske sundhedsvæsen årligt kan spare mellem 12 og 25 millioner kroner ved at tilbyde patienter med lumbal diskusprolaps en tværfaglig, aktiv behandling i stedet for en operation.

7. SST – takstvejledning 2009

# På rygsæksferie efter intensiv træning

**Charlotte Hyttel er 31 år og folkeskolelærer. I september 2009 fik hun ved en scanning konstateret to diskusprolaps. Hun blev stillet valget mellem operation og træning, men valgte træning efter at have lyttet til venners og families erfaringer. Det har hun ikke fortrudt og hun undrer sig over, hvorfor det skal være så meget dyrere for patienten at vælge træningsvejen.**



Charlotte Hyttel kunne godt mærke, at der var noget, der ikke var, som det skulle være, da hun en dag i august 2009 spillede kajakpolo. Særligt de vred med overkroppen, man skal fortage for at vende kajakken hurtigt, gjorde ondt i det nederste af ryggen. Dagen efter var hendes smerter blevet så slemme, at hun havde en fornemmelse af "ikke at kunne bære sin egen ryg".

Charlotte Hyttel havde før haft problemer med smerter og stivhed i sin ryg, men ikke mere end smertestillende medicin og et par behandlinger hos en fysioterapeut kunne klare. Denne gang var dog anderledes: Da hun opsøgte sin læge i august 2009, skulle hun nærmest bæres derhen, og hun havde en ubehagelig fornemmelse af, at det meste af venstre ben sov.

Hun bad lægen om at blive henvist til København Kommunes Ryg- og Genoptræningscenter, som en ven havde fortalt hende om. På centeret er behandlingen – i modsætning til hos den praktiserende fysioterapeut, hvor der er en egenbetaling på ca. 300 kr. pr. behandling – helt gratis for patienten. Hun nåede at træne på centeret et par uger, før en MR-skanning viste, at hun havde to diskusprolaps i den nederste del af ryggen.

Da diagnosen var stillet, fik hun i midten af september 2009 valget mellem operation og træning. Fordi hun ikke selv skulle betale for den fysioterapeutiske behandling og vejledning, valgte Charlotte Hyttel i første omgang at fortsætte træningsvejen. Hun syntes alle-

rede, at behandlingen på Rygcenter København og de hjemmeøvelser, hun blev vist der, var begyndt at hjælpe lidt. Samtidig havde hun fra venner og familie hørt flere historier om operationer, der ikke havde haft den hurtige og gode effekt, man havde håbet på, og hvor der var tiltrådt en del komplikationer.

Det valg er hun glad for i dag, hvor hun efter en kortere periode på nedsat tid igen har fuldt skema på sit arbejde på en privatskole i Hvidovre og netop har været på en 14-dages rygsækstur til Vietnam og Cambodia.

Behandlingen på rygcenteret blev afsluttet i november 2009, og siden har Charlotte Hyttel klaret sig med sine hjemmeøvelser. Hun er også begyndt at træne på en crosstrainer og går indimellem til spinning, men lægger forsigtigt ud. Hun underviser heller ikke i sit nyeste fag, idræt, endnu, fordi hun er bange for at komme til skade i forsøget på at passe på en hel klasse energiske børn, der springer rundt. Som hun siger: "Jeg skal ikke ud i det her igen!"



## Regionerne kan spare mellem 1,4 og 7,6 millioner kroner om året

Det vil i givet fald være de enkelte regioner, som kan spare penge på at tilbyde patienter med lumbal diskusprolaps et aktivt, tværfagligt behandlingsforløb. Derfor er det relevant at beregne hvor store besparelser der vil være i hver af landets fem regioner.

I beregningen er antallet af operationer i de enkelte regioner opgjort ved at vægte befolkningsstørrelsen i regionen i forhold til hele landet og gange denne faktor med antallet af operationer i Danmark i henholdsvis offentligt og privat regi. Der udregnes efter, at halvdelen af patienter med en lumbal diskusprolaps kunne have gavn af en aktiv, tværfaglig behandling, samt at 12 procent af de patienter, der tilbydes en aktiv, tværfaglig behandling, alligevel bliver opereret som følge af en udebleven effekt af interventionen.

Der er 1,6 millioner indbyggere i Region Hovedstaden (29,6 procent af borgerne i Danmark), 0,8 millioner indbyggere i Region Sjælland (14,8 procent), 1,2 millioner indbyggere i Region Syddanmark (22,2 procent), 1,2 millioner indbyggere i Region Midtjylland (22,2 procent) og 0,6 millioner indbyggere i Region Nordjylland (11,1 procent).

2007	Besparelse i kr. (eks. 1)	Besparelse i kr. (eks. 2)	Besparelse i alt i kr.
Region Hovedstaden			
579 (faktortal) Off	2,9 mio.	6,0 mio.	3,7-6 mio.
159 (faktortal) Priv.	0,8 mio	1,6 mio.	
Region Sjælland			
289 (faktortal) Off.	1,4 mio.	3,0 mio.	1,8-3,8 mio.
80 (faktortal) Priv.	0,4 mio.	0,8 mio.	
Region Syddanmark			
434 (faktortal) Off.	2,2 mio.	4,5 mio.	2,8 - 5,7 mio.
119 (faktortal) Priv.	0,6 mio.	1,2 mio.	
Region Midtjylland			
434 (faktortal) Off.	2,2 mio.	4,5 mio.	2,8 - 5,7 mio.
119 (faktortal) Priv.	0,6 mio.	1,2 mio.	
Region Nordjylland			
217 (faktortal) Off.	1,1 mio.	2,2 mio.	1,4 - 2,8 mio.
60 (faktortal) Priv.	0,3 mio.	0,6 mio.	

Beregningen viser, at de enkelte regioner årligt kan spare mellem 1,4 og 7,6 millioner kroner ved at tilbyde patienter med lumbal diskusprolaps et aktivt, tværfagligt behandlingsforløb i stedet for operation.

## Væk med faglige, organisatoriske og politisk-økonomiske barrierer

Hvis flere patienter med lumbal diskusprolaps skal tilbydes ikke-kirurgisk behandling i form af en aktiv, tværfaglig behandling, er der en række faglige, organisatoriske og politisk-økonomiske barrierer, der bør fjernes.

Danske Fysioterapeuter vurderer, at følgende tiltag bør indføres:

- Tværfaglig udredning bør ske inden valg af behandling
- Passiv ventetid bør begrænses
- Tværfaglig udredning skal ske tidligt for alle relevante patienter
- Det skal være et krav, at der ikke må foretages en operation uden et forudgående aktivt, tværfagligt behandlingsforløb på minimum 4-8 uger (med mindre helt særlige omstændigheder gør sig gældende)
- Patienterne skal tidligt i forløbet grundigt informeres objektivt og nuanceret om effekt/risici ved operationer versus andre behandlinger
- Der bør oprettes flere specialiserede, tværfaglige rygangulatorier med større kompetencedeling mellem reumatologer, kiropraktorer og fysioterapeuter
- Der bør udformes mere realistisk DRG-taksering af et specificeret og kvalitetssikret træningsforløb
- Der bør forskes mere i ikke-kirurgiske behandlingsmetoder

## Perspektiverne i ikke-kirurgisk behandling og aktiv træning

Det er en tendens i sundhedsvæsenet, at der bliver opereret mere, og operationerne foretages tidligere og tidligere i sygdomsforløbet. Det betyder, at mindre indgribende behandlingsmetoder fravælges. Danske Fysioterapeuter er opmærksom på udviklingen og vil med debatoplægget sætte fokus på dette.

Debatoplægget baserer sig på en kortlægning af diagnosen lumbal diskusprolaps, som Danske Fysioterapeuter har foretaget. Konklusionerne fra kortlægningen af lumbal diskusprolaps kan formentlig overføres til andre diagnoser. Derfor mener Danske Fysioterapeuter, at der er behov for en generel diskussion af problemstillingerne om operation kontra aktiv intervention. Ellers sagt på anden vis, om vi bør operere mindre og i større omfang tilbyde patienter aktiv, tværfaglig behandling.

Mange tusinde mennesker går rundt med smerter i ryg, knæ, hofter mm., og disse mennesker har krav på at få tilbudt den bedste behandling med færrest risici. I 2005 rapporterede 662.000 personer, at de havde haft muskel- og skeletsmerter af mindst 6 måneders varighed<sup>8</sup>.

Derfor finder Danske Fysioterapeuter det meget relevant at kortlægge andre diagnoser, så kravet kan efterleves på baggrund af evidensen på området.

8. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) Statens Institut for Folkesundhed

## Litteratur

1. Kehlet H, Hindsøe K, Iversen MG. *Udvikling og afregningsmønster for kirurgi i privat og offentligt sygehusregi i Danmark 2004-2008*. Ugeskrift for Læger 2009;171(19):1590-1593
2. *Evaluering af de reumatologiske rygambulatorier i Nordjyllands Amt - med fokus på behandlingen af diskusprolaps*. Sundhedsstyrelsen 2004
3. Løvschall C, Bech M, Rasmussen C, Petersen T, Hartvigsen J, Jensen C, Douw K. *Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen - en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2010
4. Chou R, Baisden J, Carragee EJ et al. *Surgery for low back pain: a review of the evidence for an american pain society clinical practice guideline*. Spine 2009; 34(10): 1094-1109
5. Chou R, Loeser JD, Owens DK et al. *Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain*. Spine 2009; 34:1066-1077
6. *Reumatologer: Regioner skyld i unødige rygooperationer*, Dagens Medicin 20-02-2009
7. *Rygpatienter indkaldes seks gange for at sikre hospitalets økonomi*, Dagens Medicin 20-02-2009
8. *Patienter får overflødige operationer*, Dagens Medicin 29-06-2009
9. Mulley AG. *The need to confront variation in practice*. BMJ 2009; 339:1007-1009
10. Rasmussen S, Jensen CM, Iversen MG. *Lumbal spondylodese for degenerativ ryglidelse i Danmark i 2005-2006*. Ugeskr Læger 2009;171(39):2804-2807
11. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD et al. *Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation* JAMA 2006; 296(20): 2441-2450
12. Rasmussen C, Nielsen GL, Hansen VK et al. *Rates of lumbar disc surgery before and after implementation of multidisciplinary nonsurgical spine clinics*. Spine 2005;30:2469-2473
13. Klein BJ, Radecki RT, Foris MP et al. *Bridging the gap between science and practice in managing low back pain. A comprehensive spine care system in a health maintenance organization setting*. Spine 2000;25:738-740
14. Brox JJ, Nygaard O, Holm I et al. *Four-year follow-up of surgical versus non-surgical therapy for chronic low back pain*. Ann Rheum Dis. 2009
15. Albert H. *Ikke-kirurgisk behandling af patienter med radiculære smerter til UE*. Ph.d. afhandling.



# Næsten så god som før

**Søren Fogsgaard er 20 år og fra Svendborg. I slutningen af august 2009 fik han konstateret to diskusprolapser i den nedre del af ryggen. Hans læge gav ham valget mellem operation og træning, men anbefalede at forsøge med træning først. Det råd fulgte Søren Fogsgaard, og i dag er han tilbage på arbejde og føler sig næsten, som han var, inden hans rygproblemer startede.**

En eftermiddag i august 2009, en time før han skulle møde på sit arbejde som telefoninterviewer, fik 20-årige Søren Fogsgaard pludselig meget ondt i ryggen. Det føltes, som om der var noget, der sagde smæld nederst i ryggen, og så blev han nærmest lammet af smerter og kunne ikke andet end at ligge ned. Dagen efter kørte hans forældre ham til hans praktiserende læge, som henviste til en MR-scanning.

Søren Fogsgaard havde tidligere på året haft problemer med ryggen. I maj begyndte han, tilsyneladende uden

nogen særlig grund, at have ondt over lænden, men ikke så kraftigt, så han fortsatte med at passe sit arbejde og med at træne i det lokale fitnesscenter, som han plejede. Smerterne tog dog til, så til sidst gik han til læge, som henviste ham til en fysioterapeut, hvor han kom nogle gange. Han fik også nogle behandlinger hos en kiropraktor, og efter et stykke tid følte han sig så god som ny. Men i august var det anderledes.

Scanningen af Søren Fogsgaards ryg viste to diskusprolapser i den nederste del af lænden, og han fik af sin læge valget mellem en operation og genoptræning på Rygcenter Ringe. Søren Fogsgaards umiddelbare tanke var, at han helst ville undgå at komme under kniven – han kendte flere, som var blevet opereret, og som år efter stadig døjede med komplikationer i form af arvæv mm. Så da lægen anbefalede ham at forsøge sig med træning først, var der ikke så meget at betænke sig på.

Søren Fogsgaard modtog fra starten af september 2009 fysioterapi på Rygcenter Ringe en gang om ugen, samtidig med at han hjemmetrænede efter fysioterapeutens anvisninger hver dag – i begyndelsen var der øvelser, der skulle laves en gang i timen. Det var hårdt, men gjorde også godt. Hans smerter aftog, og han kunne bevæge sig mere og mere som før. Efterhånden blev der længere mellem besøgene på rygcenteret, og i januar 2010 blev behandlingen afsluttet.

Søren Fogsgaard er i dag tilbage på sit arbejde og er begyndt at træne i fitnesscenter igen. Det meste af tiden føler han sig, som han var, før hans rygproblemer startede. Han satser på at komme helt derhen ved at være forsigtig og lytte efter kroppen, når den f.eks. siger, at nu skal han lige sidde ned og hvile sig et øjeblik.

