



Lænderygsmarter



Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med
lænderygsmarter

Lænderygsmarter

Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmarter

© Sundhedsstyrelsen, 2025.

Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-670-8

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: 10. juni 2025

Format: pdf

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Baggrund og introduktion	4
1.1. Metode	5
2. Målgruppe	6
2.1. Lænderygsmærter	6
2.2. Årsagssammenhænge og risikofaktorer	6
3. Organisering af sundhedsfaglige indsatser i dag	8
3.1. Kontaktmønstre i praksissektor, kommuner og på sygehus	8
4. Omlægning af forløb og indsatser	11
4.1. Tilrettelæggelse af forløb	11
4.2. Kompetenceudnyttelse og tid i det almenmedicinske tilbud	12
4.3. Indsatser i kommuner og praksissektor	12
4.4. Ensartet anvendelse af billeddiagnostik	13
4.5. Nedbringelse af farmakologisk behandling	13
4.6. Data og digitalisering	14
5. Forventningsafstemning og kommunikation	15
4.7. Forventningsafstemning i mødet med sundhedsvæsenet	15
4.8. Borgerrettet information	16
5. Sammenfatning	17
Referenceliste	18
Bilag 1. Procesbeskrivelse	20
.....	21

Baggrund og introduktion

I Danmark lever omtrent 1 mio. mennesker med lænderygsmærter¹ (1). Lænderygsmærter er med andre ord en folkesygdom, som er hyppig og rammer bredt i befolkningen. De fleste mennesker rammes af lænderygsmærter én eller flere gange i løbet af livet. Nogle oplever kun enkelte episoder, mens andre oplever hyppige og/eller vedvarende episoder, som kan lede til nedsat funktionsevne, tab af livskvalitet samt nedsat eller i nogle tilfælde tab af arbejdsevne.

Mennesker med lænderygsmærter udgør en betydelig andel af kontakterne til sundhedsvæsenet (2). Nyere beregninger fra Statens Institut for Folkesundhed viser desuden, at de estimerede ekstraomkostninger i produktivitetstab i 2021 på grund af fravær fra arbejdsmarkedet og tidlig død blandt mennesker med lænderygsmærter beløber sig til 34 mia. kr.(1). Lænderygsmærter kan derfor have store personlige konsekvenser for den enkelte og medfører samtidig en stor samfundsøkonomisk byrde. Der ses også en betydelig social ulighed i forekomst og livsforhold blandt mennesker med lænderygsmærter, bl.a. stiger antallet af eksisterende sygdomstilfælde pr. 100.000 personer gradvist med kortere uddannelse for både mænd og kvinder (2).

Ny viden peger på en ændret sundhedsfaglig tilgang til mennesker med lænderygsmærter, hvor billeddiagnostisk udredning og farmakologisk behandling har en langt mindre rolle i behandlingsindsatsen end tidligere. I stedet bør anvendelsen af støttet egenhåndtering med afsæt i et bredere biopsykosocialt perspektiv styrkes(3). Med den nye tilgang til udredning og behandling af mennesker med lænderygsmærter tydeliggøres behovet for at se på ændret opgavevaretagelse i forhold til de sundhedsfaglige indsatser til målgruppen.

I forbindelse med aftale om regionernes økonomi for 2024 er der etableret et flerårigt samarbejdsprogram, der har til formål at understøtte regionernes arbejde med at udvikle velfærden inden for de økonomiske rammer og tilvejebringe forudsatte administrationsbesparelser samt understøtte regionernes prioriteringer. Som led i samarbejdsprogrammet er der aftalt et arbejdsprogram, der skal bidrage til stærkere prioritering og mindre unødigt aktivitet bl.a. ved at se på forløbene for mennesker med lænderygsmærter.

Formålet med arbejdet med lænderygsmærter er jf. samarbejdsprogrammet at modernisere behandlingsforløbene i overensstemmelse med den nyeste forskning på området og samtidig undgå unødvendig aktivitet på sygehusene bl.a. ved at håndtere mere i primærsektoren og civilsamfundet uden at gå på kompromis med faglighed og kvalitet.

Som led i dette arbejde har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at udarbejde en analyse om indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter. Analysens hovedformål er at angive behovet og mulige potentialer for ændret opgavevaretagelse i forhold til mennesker med lænderygsmærter med henblik på at kunne udarbejde et produkt, der skal danne grundlag for det videre arbejde med at sikre systematisk henvisning af mennesker med lænderygsmærter i rette tid til det rette tilbud.

¹ Mennesker med lænderygsmærter anvendes generelt som begreb i analysen og omfatter både 'borgere' og 'patienter' med smerter i lænderyggen.

1.1. Metode

Analysen er udarbejdet med afsæt i udvalgte eksisterende rapporter, analyser og litteratur. Der er således ikke foretaget en systematisk evidensgennemgang.

Sundhedsstyrelsen har endvidere fået faglige bidrag fra udvalgte fagspecialister, som har bistået med centrale faglige perspektiver og kvalificering af analysen. Fagspecialisterne er udvalgt med øje for, at de har en faglig indsigt i området, som favner bredt.

Danske Regioner og KL har fulgt arbejdet og bidraget løbende med input og kvalificering af analysen. Se bilag 1 for liste over inddragede aktører.

Der har været et ønske om, at analysen skulle beskrive patientstrømme med henblik på at opnå større viden om, hvilke forløb og indsatser mennesker med lænderygsmarter modtager i det samlede sundhedsvæsen. Det indebærer bl.a. viden om, hvor, i hvilken rækkefølge og i hvilket omfang indsatser og behandlinger i patientforløbene finder sted i sundhedsvæsenet. Mulighederne for et dataunderstøttet overblik omhandlende mennesker med lænderygsmarter har vist sig at være begrænsede. Det skyldes både begrænset adgang til relevante data, utilstrækkelig registrering og ufuldstændige oplysninger samt udfordringer i forhold til at afgrænse målgruppen hensigtsmæssigt.

For patienternes forløb i sygehusregi findes der få rapporter, der beskriver sygehuskontakter, kontaktmønstre og billeddiagnostiske undersøgelser, men det har ikke været muligt at indhente data, som beskriver lignende kontaktmønstre i det primære sundhedsvæsen²(4), og dermed udestår overblikket over det samlede patientforløb. Data fra almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor og kommuner har enten ikke været tilgængelig i forskningsøjemed, ikke eksisterende, eller det har kun været muligt at indhente data fra brudstykker af undersøgelser og behandlinger.

² Det primære sundhedsvæsen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og sikrer lige adgang til sundhedsydelser tæt på, hvor befolkningen bor og arbejder. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør både den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Det primære sundhedsvæsen består af indsatser i kommuner, almenmedicinske tilbud, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. og understøttes af udgående funktioner, rådgivning mv. fra sygehusene.

2. Målgruppe

De fleste mennesker vil i deres levetid opleve lænderygsmarter, som for mange vil være en tilbagevendende og episodisk tilstand. Baseret på Den Nationale Sundhedsprofil 2021 estimeres det, at der i 2021 levede i alt 1.062.198 mennesker med lænderygsmarter i Danmark (1).

Lænderygsmarter kan for nogle starte tidligt i livet omkring barndommen eller i ungdomsårene. Mennesker, der oplever lænderygsmarter tidligt i livet, er i øget risiko for også at have lænderygsmarter i voksenlivet(5). Af den omtrent én million danskere er en højere andel af gruppen kvinder (593.625) end mænd (468.573), hvor mænd har den højeste andel pr. 100.000 i aldersgruppen 50-66 år og kvinder den højeste andel i aldersgruppen +75 år (1). Kapitlet beskriver kort målgruppen '*mennesker med lænderygsmarter*', herunder årsagssammenhænge og risikofaktorer for udvikling af lænderygsmarter.

2.1. Lænderygsmarter

Lænderygsmarter anskues ofte som henholdsvis nyopståede eller kroniske. Størstedelen af mennesker med nyopståede lænderygsmarter oplever en spontan bedring efter kort tid. For mange vil smertetilstanden dog være en tilbagevendende og episodisk tilstand, hvor smerterne opleves med varierende intensitet. Derfor er opdelingen i nyopståede eller kroniske lænderygsmarter en simplificeret opdeling, da en nyopstået smertetilstand også kan anskues som en opblussen af en mere kronisk recidiverende tilstand(6). I denne analyse anvendes terminologien dog som et redskab til at identificere forskellige forløb og behov.

Med *nyopståede lænderygsmarter* forstås smerter af op til 3 måneders varighed uanset om vedkommende tidligere har oplevet lænderygsmarter eller ej.

Smertetilstanden defineres som en *kronisk tilstand* i tilfælde med vedvarende eller recidiverende smerter med en samlet varighed over tre måneder gennem det sidste år, der medfører selvoplevet funktionsevnebegrænsning i et sådant omfang, at personen ikke kan udføre eller deltage i ønskede aktiviteter eller ved vedvarende smerter og betydeligt funktionsevnetab i mere end tre måneder.

Mennesker med lænderygsmarter er karakteriseret ved at være en heterogen gruppe, som inkluderer både nyopståede, vedvarende og recidiverende lænderygsmarter, med og uden kendt årsag til smerterne. Dermed opleves funktionsevnebegrænsningen og kompleksiteten af smerterne forskelligt personer imellem og påvirkes af psykiske og sociale faktorer hos den enkelte.

2.2. Årsagssammenhænge og risikofaktorer

Hos mennesker med lænderygsmarter, vil smerterne ofte være lokaliseret i lænderyggen mellem nederste ribbenskant og det nederste af ballerne, hvorfra smerten kan stråle ned i benene. Smerterne kan stamme fra mange strukturer i ryggen, herunder muskler, led og nerver.

Hos de fleste er lænderygsmarter et symptom og skyldes ikke en kendt tilgrundliggende patologisk årsag, men snarere smerteimpulser fra ryggens muskler, led, knogler og andre strukturer, der opfattes og fortolkes i hjernen. Det vurderes, at hos kun 10 pct. af mennesker med lænderygsmarter, kan der identificeres en specifik

patologisk årsag til smerterne(7). Smerterne vil derfor hos langt de fleste kategoriseres som uspecifikke lænderygsmærter, hvor man ikke kan forklare symptomerne med en bagvedliggende sygdom eller strukturel forandrung i ryggen. Lænderygsmærter med en kendt årsag inkluderer for eksempel knoglebrud, kræft, infektion, cauda equina eller diskusprolaps med nerverodspåvirkning(8).

Risikofaktorer for udvikling af lænderygsmærter er generelt omdiskuterede, men ud over tidligere episoder af lænderygsmærter og genetik, peges der på en række livstilsfaktorer som fx overvægt, fysisk inaktivitet og rygning, der kan være relaterede til lænderygsmærter(8).

2.2.1. Udvikling af kroniske lænderygsmærter

Risikofaktorer for, at smertetilstanden bliver kronisk med langvarig funktionsbegrænsning vurderes at være multifaktorielle og relateret til en række fysiske såvel som psykosociale faktorer, såsom stress, angst og depression samt arbejdspladsrelaterede faktorer i form af jobutilfredshed, monotone arbejdsopgaver, dårlige arbejdsrelationer, mangel på social støtte og høje krav(7-10). Udvikling af kroniske lænderygsmærter forstås derfor bedst i et bredere biologisk, psykologisk, socialt perspektiv, hvor smerter og funktionsbegrænsning skal ses i sammenhæng med den enkeltes helbredstilstand både fysisk og mentalt, forståelse for egen situation, smertehåndteringsevne samt sociale faktorer.

Kombinationen af biologiske, psykologiske (herunder eksistentielle) og sociale (herunder kulturelle) komponenter udgør årsagssammenhæng og påvirker konsekvenserne. De indgår alle i smerteoplevelsen og i den måde mennesker med kroniske lænderygsmærter udtrykker og håndterer smerterne på. Der er således tale om et dynamisk og komplekst sammenspil, hvor ovennævnte komponenter alle influerer på hjernens smerteopfattelse og dermed påvirker individets smerteoplevelse, adfærd og funktionsevne(7,11).

3. Organisering af sundhedsfaglige indsatser i dag

Der er stor forskel på forløb for mennesker med lænderygsmerter i sundhedsvæsenet, bl.a. fordi der er stor variation i, hvornår i forløbet og hos hvilken sundhedsfaglig aktør, der søges hjælp. Forløbene kan være kortvarige eller langvarige, og mange mennesker håndterer deres lænderygsmerter helt uden kontakt til sundhedsvæsenet. Andre kan i udredning og behandlingsforløb have behov for indsatser ved forskellige faggrupper på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

Mennesker med lænderygsmerter har i dag 3,6 mio. ekstra kontakter til almenmedicinske tilbud sammenlignet med mennesker uden lænderygsmerter³. De ekstra kontakter udgør 7,5 pct. af alle kontakter til almenmedicinske tilbud. Blandt mennesker med lænderygsmerter i forhold til mennesker uden lænderygsmerter, er der årligt 785.000 ekstra planlagte somatiske ambulante kontakter til sygehus, svarende til 8,2 pct. af alle planlagte somatiske sygehuskontakter. Der er 54.000 ekstra antal akutte somatiske ambulante sygehuskontakter svarende til 6 pct. af alle akutte somatiske ambulante sygehuskontakter. Herudover er der 31.000 ekstra antal planlagte og 80.573 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser svarende til henholdsvis 10,2 pct. og 9,2 pct. af alle planlagte og akutte somatiske indlæggelser(2).

Kapitlet beskriver kort kontaktmønstre og organisering af sundhedsfaglige indsatser for mennesker med lænderygsmerter i dag.

3.1. Kontaktmønstre i praksissektor, kommuner og på sygehus

Ved nyopståede lænderygsmerter vil de fleste mennesker indledningsvist kontakte deres egen læge, lægevagten eller skadestue eller afprøve smertestillende håndkøbsmedicin og/eller andre behandlingsmetoder, som fx kiropraktik, fysioterapi, akupunktur og massage.

Egen læge eller andre relevante aktører i praksissektoren vil ud fra symptomer og eventuel objektiv undersøgelse primært søge at udelukke alvorlig patologi. Hvis der ikke er mistanke om alvorlig patologi, vil behandlingsmulighederne fx være symptomatisk behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller instruktion i øvelser ved egen læge.

Hvis smerten er vedvarende, eller der er mistanke om underliggende sygdom, vil egen læge ofte fortsætte udredningen og behandlingen evt. i samarbejde med specialister på området. Det kan fx være henvisning til yderligere udredning i sygehusregi i form af billeddiagnostik, hvis der er mistanke om underliggende sygdom.

Hvis egen læge vurderer, at der kan være gavn af et patientrettet forebyggelsestilbud såsom sygdomsmestring, fysisk aktivitet mv., kan der for eksempel henvises til en afklarende samtale i kommunen, hvor behov,

³ Jf. Sygdomsbyrderapporten: Opgørelser af den ekstra byrde blandt personer med en given sygdom i forhold til en referencepopulation uden den pågældende sygdom, der har samme køn, alder, længst fuldførte uddannelse og sygelighed fra CCI.

motivation og ressourcer afdækkes med henblik på eventuel igangsættelse af indsatser. Målgruppen for de forebyggende tilbud i regi af §119, stk. 3 er mennesker med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud.

Den symptomatiske behandling af lænderygmerterne fortsætter og kan bl.a. omfatte støttet egenhåndtering, fysioterapi, kiropraktik og i nogle tilfælde farmakologisk behandling. Støttet egenhåndtering kan varetages af en lang række aktører i sundhedsvæsenet, heriblandt almenmedicinske tilbud, fysioterapi- og kiropraktorpraksis samt i kommunerne som led i de patientrettede forebyggelsestilbud.

Støttet egenhåndtering skal give borgeren redskaber til bedre at kunne håndtere sine symptomer og tilbagevendende episoder med smerter. Støttet egenhåndtering kan fx indebære hjælp til formulering af målsætninger, patientuddannelse, færdighedstræning og strategier for gradvis tilbagevenden til normale og værdifulde aktiviteter for borgeren(12). Færdighedstræning vil fx rette sig mod at genetablere funktion og bevægelse.

Egen læge kan også overveje henvisning til kirurgisk vurdering i de tilfælde, hvor lænderygmerterne kan henføres til en specifik muskuloskeletal årsag og hvor anden relevant behandling ikke har haft den ønskede effekt, såfremt der findes et relevant kirurgisk tilbud.

Nogle mennesker vil ved tilfælde af lænderygmerter gøre brug af private sundhedsforsikringer. I disse tilfælde vil de typisk blive udredt og evt. behandlet af en praktiserende speciallæge, kiropraktor eller fysioterapeut. Derudover er der andre mindre grupper sundhedsfaglige behandlere som fx osteopater, der varetager udredning og behandling af mennesker med lænderygmerter.

3.1.1. Kontaktmønstre i sygehusregi og udredning uden for praksissektoren

Sygehusene samt relevante privatpraktiserende speciallæger har ansvaret for den specialiserede udredning og behandling af lænderygmerter, herunder kirurgi. Dansk rygdatabases årsrapport fra 2022-2023(13) viser, at 61.350 patienter i perioden havde en sygehuskontakt pga. rygmerter, hvoraf 61 pct. blev diagnosticeret med rygmerter i lændområdet. For hele gruppen af patienter med rygmerter, det vil sige hele ryggen inklusive nakkesmerter, ses det, at flest patienter har første kontakt på en medicinsk afdeling (35 pct.) og færreste på et privatsygehus (17 pct.).

26 pct. af mennesker med rygmerter har deres første kontakt på en akutafdeling, hvoraf 68 pct. af dem ikke har haft flere sygehuskontakter det efterfølgende år. Det er i den forbindelse Sundhedsstyrelsens vurdering, at andelen af mennesker med rygmerter, der har første kontakt på en akutafdeling er uforholdsmæssig stor, da nyopståede lænderygmerter i videst muligt omfang bør kunne varetages i det primære sundhedsvæsen og dermed som udgangspunkt ikke kræver akut sygehuskontakt.

For hele populationen af mennesker med rygmerter og samlede diagnosekoder herfor ses det, at 14 pct. er blevet opereret inden for et år efter første kontakt. I rapporten fremhæves det blandt andet, at der ses stor variation mellem regionerne i patienternes kontaktmønstre i sygehusregi (13). Herudover ses der regional variation i, hvem der modtager kirurgi i forbindelse med lænderygmerter (14).

Opgørelserne viser, at der er forskel på antallet af kontakter, såvel som hvorvidt patienterne har deres første kontakt i fx medicinsk regi eller ved akutafdelingerne. Ligeledes ses en regional variation i udskrivelsen af genoptræningsplaner til patienter, der er blevet opereret (13). Det kan tyde på, at der er en uensartet praksis for håndtering af mennesker med lænderygmerter på tværs af landets sygehuse.

I forhold til billeddiagnostisk udredning til mennesker med lænderygsmærter ses der stadig regionale forskelle i anvendelsen. Rapporten *Analyse af brugen af billeddiagnostiske undersøgelser af lænderyggen* fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed viser, at det årlige forbrug af MR-scanninger er nogenlunde uændret over de sidste 10 år med et lille fald fra 14,7 til 14,1 pr. 1.000 voksne, jf. tabel 1, hvorimod anvendelse af røntgen er faldet markant fra 20,2 til 13,6 pr. 1.000 voksne, jf. tabel 2 (15). Rapporten viser endvidere, at der er stor variation i forbruget af både MR-scanninger og røntgen på tværs af regionerne.

Resultaterne tyder på, at brugen af billeddiagnostisk udredning fortsat er udbredt i det danske sundhedsvæsen til trods for, at den nye behandlingstilgang peger på, at billeddiagnostisk udredning kun bør spille en mindre rolle i den samlede indsats til mennesker med lænderygsmærter, da der er ringe sammenhæng mellem billeddiagnostiske fund og smærter i lænderyggen(16).

Tabel 1. Køns- og aldersstandardiseret antal MR-scanninger af lænderyggen pr. 1000 voksne, 2014-2023

Region	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nordjylland	9,5	11,2	13,1	14,3	14,8	12,4	14,5	16,0	16,5	14,7
Midtjylland	16,9	18,8	19,3	19,9	20,0	19,2	17,5	18,1	15,6	17,2
Syddanmark	19,0	18,8	18,5	20,0	19,1	16,3	13,7	14,4	12,2	11,6
Hovedstaden	13,4	13,8	12,9	12,4	11,9	13,1	12,8	13,5	12,7	11,9
Sjælland	12,0	13,8	13,3	14,4	15,9	16,7	16,6	17,4	17,9	17,6
Landsplan	14,7	15,7	15,5	16,1	16,1	15,6	14,8	15,5	14,4	14,1

Kilde: Analyse af brugen af billeddiagnostiske undersøgelser af lænderyggen, Indenrigs- og Sundhedsministeriets benchmarkingsenhed

Tabel 2. Køns- og aldersstandardiseret antal røntgen af lænderyggen pr. 1000 voksne, 2014-2023

Region	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nordjylland	26,2	24,2	22,3	22,7	21,2	20,2	17,1	17,8	17,3	17,5
Midtjylland	20,4	20,6	19,7	19,4	17,9	16,9	14,3	14,8	14,0	13,3
Syddanmark	19,3	20,1	19,0	18,4	18,1	14,7	10,5	11,4	11,3	11,5
Hovedstaden	16,7	16,5	16,0	15,7	15,3	15,3	12,7	12,9	12,9	11,9
Sjælland	24,6	25,3	24,7	22,2	20,1	20,7	18,8	20,0	20,6	17,9
Landsplan	20,2	20,3	19,4	18,8	17,7	16,8	13,9	14,5	14,3	13,6

Kilde: Analyse af brugen af billeddiagnostiske undersøgelser af lænderyggen, Indenrigs- og Sundhedsministeriets benchmarkingsenhed

4. Omlægning af forløb og indsatser

Ny viden peger på en ændret sundhedsfaglig tilgang til mennesker med lænderygsmærter, hvor billeddiagnostisk udredning og farmakologisk behandling har en langt mindre rolle i behandlingsindsatsen end tidligere og anvendelsen af støttet egenhåndtering styrkes. De stadigt mange kontakter blandt mennesker med lænderygsmærter i sygehusregi som beskrevet i kapitel 3 viser, at tilgangen endnu ikke er slået bredt igennem i det danske sundhedsvæsen og blandt befolkningen.

Der er et potentiale i at udbrede den nye behandlingstilgang til hele sundhedsvæsenet med henblik på at sikre fagligt opdaterede behandlingsforløb for mennesker med lænderygsmærter og mindske unødigt aktivitet i sygehusregi.

Derudover vil det være en fordel, at mennesker med lænderygsmærter både inden og efter smerternes opståen, har information om den nye sundhedsfaglige tilgang, så de bedre kan forstå og få gavn af deres forløb.

Kapitlet beskriver en række potentialer for, hvordan indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter kan forbedres fremadrettet.

4.1. Tilrettelæggelse af forløb

En fremtidig tilrettelæggelse af både udrednings- og behandlingsforløb kan med fordel finde inspiration fra Region Syddanmark, der i 2023 udgav et nyt tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbsvær(17). Forløbsprogrammet beskriver forløb med afsæt i ny viden på området og har støttet egenhåndtering som omdrejningspunkt. Forløbsprogrammet skal bl.a. bidrage til at tydeliggøre rollefordelingen mellem aktører, og at borgerne i Region Syddanmark i højere grad oplever at få samstemmende informationer, uanset hvem de møder i deres forløb. En udrulning af denne tilgang på tværs af landet kan bidrage til større gennemsigthed i mulige behandlingsindsatser og ensretning af tilgangen til udredning og behandling af mennesker med lænderygsmærter.

Herudover er Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) aktuelt i gang med en opdatering af deres vejledning om rygsmærter, herunder lændesmærter *'Patienten med rygsmærter'* til alment praktiserende læger. Vejledningen forventes færdigopdateret i 2025(18) og kan bidrage til en større ensartethed i alment praktiserende lægers tilgang til målgruppen med afsæt i ny viden på området. Omdrejningspunktet for den opdaterede vejledning er bl.a. ny viden inden for udredning og behandling af mennesker med lænderygsmærter, herunder et bredere biopsykosocialt perspektiv.

Med aftale om sundhedsreform 2024 er det ligeledes besluttet at indføre kronikerpakker (pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom), herunder bl.a. et pakkeforløb for kroniske lænderygsmærter i 2027. Dette tiltag skal medvirke til at ensarte udrednings- og behandlingsforløbene for målgruppen af mennesker med kroniske lænderygsmærter. I arbejdet med udarbejdelse af det kommende pakkeforløb er det væsentligt at sammenlægge indsatser på tværs af hele målgruppen (nyopståede og kroniske), så der ikke skabes parallelle tilbud til mennesker med lænderygsmærter.

4.2. Kompetenceudnyttelse og tid i det almenmedicinske tilbud

Der ses et potentiale i at styrke kompetenceudnyttelsen og inddragelse af andre faggrupper end læger i det almenmedicinske tilbud i lyset af de mange ekstra kontakter til egen læge, der udgøres af mennesker med lænderygsmærter. Formålet med dette vil være at understøtte rette anvendelse af ressourcer og samtidig sikre en tidlig indsats af andre kompetente kliniske faggrupper med fokus på støttet egenhåndtering.

Faggrupper som fx fysioterapeuter og kiropraktorer har kompetencer til selvstændigt at kunne varetage tilstande som fx lænderygsmærter i forhold til vurdering og behandling med træning, sygdomsmestring og manuel behandling. Opgaver som de varetager i fysioterapi- og kiropraktor praksis samt som led i de patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne i dag.

Det er relevant at overveje, om disse og evt. andre faggrupper med relevante kompetencer i højere grad kan indgå i det almenmedicinske tilbud og stå for den almene udredning og behandling af mennesker med lænderygsmærter her. Det kan også potentielt mindske risikoen for at sygeliggøre mennesker med lænderygsmærter unødigt, og der kan sættes ind tidligt med støttet egenhåndtering for den del af målgruppen, hvor der vurderes et behov. Egen læge vil dog fortsat være tovholder for mennesker med lænderygsmærter forløb med ansvar for det samlede overblik og koordinering. Man har allerede i dag erfaringer med bl.a. fysioterapeuter ansat i almenmedicinske tilbud(19).

Det kan i almenmedicinske tilbud også være vanskeligt at finde tid til dybdegående konsultationer med fokus på patientuddannelse og støttet egenhåndtering grundet korte konsultationer. Her er det relevant at overveje, om konsultationstiderne evt. kan udvides.

4.3. Indsatser i kommuner og praksissektor

Når det i det almenmedicinske tilbud vurderes, at en patient med kroniske lænderygsmærter, kan have gavn af en indsats i kommunen, kan der henvises til en afklarende samtale i kommunen, hvor behov, motivation og ressourcer afdækkes med henblik på eventuel igangsættelse af et forebyggelsestilbud.

For at sikre en ensartethed og høj kvalitet i de kommunale forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom udgav Sundhedsstyrelsen i 2024 kvalitetsstandarder, som indeholder krav og anbefalinger til disse kommunale sundhedstilbud (20). Det er dog ikke alle almenmedicinske tilbud, der har kendskab til og anvender denne mulighed i dag. Der ses på den baggrund et potentiale i at udbrede kendskabet i almenmedicinske tilbud til afklarende samtaler i kommunalt regi. Det skal dog bemærkes, at myndighedsansvaret for den patientrettede forebyggelse, herunder forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom flyttes fra kommuner til regioner fra 2027 som led i sundhedsreformen. Det er uvist, hvilken påvirkning dette vil have for tilbud til mennesker med kroniske lænderygsmærter.

Der stilles i dag ikke krav til kommunale indsatser for gruppen af mennesker med lænderygsmærter, hvor smerterne ikke har udviklet sig til en kronisk tilstand (nyopståede lænderygsmærter). Derfor ses der stor variation i, hvad der tilbydes af indsatser på tværs af kommunerne til denne målgruppe. I Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom anbefales det dog, at borgere i risiko for at udvikle kroniske tilstande også tilbydes forebyggende indsatser.

Herudover indebærer tilbud på praksisområdet hos fx kiropraktor eller fysioterapeut som oftest egenbetaling, hvilket kan være en barriere for nogle i at opsøge behandling. Hvis tilbuddet ved fx en fysioterapeut sker på baggrund af henvisning fra egen læge, er der mulighed for at modtage et offentligt tilskud.

Der er iværksat et toårigt forsøg i Region Sjælland, som fraviger kravet om lægehenviisning. Borgere i Region Sjælland kan således i 2025-2026 gå direkte til fysioterapeut(21). Det vil være relevant at se på erfaringerne fra dette forsøg samt tidligere erfaringer fra et lignende projekt i Region Hovedstaden(22) med henblik på udbredelse på tværs af regioner.

Der er på den baggrund et stort potentiale i at styrke og ensarte behandlingstilbud for mennesker med nyopståede lænderygsmærter i det primære sundhedsvæsen med henblik på at sikre lige adgang og undgå unødige indsatser på et sygehus. Dette kan samtidig fordre et større fokus på den sekundære forebyggelse bl.a. for at forhindre udvikling af kroniske lænderygsmærter. Mange mennesker med nyopståede lænderygsmærter vil håndtere deres lænderygsmærter uden involvering af sundhedsvæsenet eller vha. støttet egenhåndtering fra sundhedsfaglige aktører. Nogle vil dog have behov for mere strukturerede indsatser. I den sammenhæng kan der med fordel etableres ensartet struktureret patientuddannelse/mestringsforløb eller superviseret fysisk træning for den delmængde af målgruppen med behov.

I etableringen af ensartede tilbud i det primære sundhedsvæsen kan der fx hentes inspiration fra GLA:D-ryg konceptet, der er et behandlingstilbud til mennesker med langvarige eller tilbagevendende lænderygsmærter, der påvirker hverdagen(23,24). Tilbuddet er udviklet af forskere og behandlere på Syddansk Universitet og er i dag implementeret i flere kommuner og hos privatpraktiserende fysioterapeuter samt kiropraktorer på tværs af landet. Interventionen kombinerer fysisk træning og patientuddannelse, og der er publiceret flere studier om effekten af GLA:D Ryg.

4.4. Ensartet anvendelse af billeddiagnostik

Der er behov for at ensarte kriterier for henviisning til billeddiagnostiske undersøgelser til mennesker med lænderygsmærter på tværs af regionerne med afsæt i ny viden på området. Der er i den forbindelse igangsat flere relevante tiltag, som med fordel kan udbredes.

Her kan bl.a. nævnes Vælg Klogt, der er et fagligt partnerskab, der peger på områder i det danske sundhedsvæsen, hvor der bliver udført unødvendige undersøgelser, behandlinger eller procedurer, der ikke gavner patienter, og i værste fald kan gøre mere skade end gavn. Vælg Klogt har udarbejdet anbefalinger om anvendelsen af billeddiagnostisk udredning hos patienter med nyopståede lænderygsmærter med henblik på at undgå unødvendige undersøgelser(25).

Herudover udgav Region Syddanmark i 2019 en visitationsretningslinje for billeddiagnostik af ryggen. Det har medvirket til et fald på 40 pct. af røntgenundersøgelser og et fald på 30 pct. af MR-scanninger af ryggen i regionen fra 2017-2021(26).

4.5. Nedbringelse af farmakologisk behandling

Der er et potentiale i at nedbringe brugen af farmakologisk behandling, da der i dag er bred faglig enighed om, at farmakologisk smertebehandling kun er relevant for en lille del af patientgruppen og kun bør ses som et mindre element i den samlede behandlingsindsats til mennesker med lænderygsmærter(27).

De specifikke internationale retningslinjer om brugen af farmakologisk behandling peger i forskellige retninger(28), men der er en generel tendens henimod, at farmakologisk behandling ikke anbefales som førstvalg

til behandling af mennesker med lænderygsmærter(27,29). Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt på en opdatering af de kliniske anbefalinger for farmakologisk behandling af akutte lænderygsmærter, der netop skal adressere dette område i dansk kontekst.

4.6. Data og digitalisering

Mulighederne for et dataunderstøttet overblik omhandlende mennesker med lænderygsmærter har vist sig at være begrænsede, jf. afsnit 1.1. For at styrke tilrettelæggelse af forløb og bedre udnyttelse af ressourcer ses et potentiale i at sikre bedre data på området, herunder særligt i det primære sundhedsvæsen.

Når udrednings- og behandlingstilgangen tilpasses ny viden på området, kan der være behov for udvidelse af datagrundlag med beskrivelse af andre faktorer, der har indflydelse på udredning, behandling og prognose. Man kan fx med fordel tænke ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) ind i den fremtidige dataregistrering.

I forbindelse med forenkling af den fælleskommunale datastandard Fælles Sprog III (FSIII) i 2025 forventes det, at der vil blive bedre muligheder for at indhente kommunale data til brug for kvalitetsudvikling mv. I opdateringen af DSAMs vejledning om 'patienten med rygsmerter' er der ligeledes fokus på at styrke diagnosekodningen af mennesker med lænderygsmærter i almenmedicinske tilbud mhp. at styrke datagrundlaget fremover. Der er desuden etableret dataindsamling fra reumatologisk speciallægepraksis. Det er dog vigtigt, at der ligeledes fokuseres på at skabe bedre adgang til indsamlet data i almenmedicinske tilbud samt i speciallægepraksis mv.

Herudover arbejder man også i praksissektoren på at skabe bedre dataindsamling med henblik på kvalitetsudvikling. I kiropraktorpraksis implementeres dataindsamling via IT-programmet Sentinel, og det er oplyst af Kiropraktorerne Videnscenter, at 55 pct. af alle ydernumre pr. 1. oktober 2024 har implementeret programmet. Det er ligeledes med den nyeste overenskomst for praktiserende fysioterapeuter vedtaget, at Sentinel skal implementeres i fysioterapipraksis til dataindsamling i den aktuelle overenskomstperiode. Det forventes dermed, at der inden for en overskuelig fremtid, vil være mulighed for tilgængelige data fra denne del af praksissektoren.

Der findes i dag en række digitale værktøjer, der har til formål at støtte mennesker med lænderygsmærter i egenmestring af hverdagslivet med lænderygsmærter fx selfBACK(30). Lænderygsmærter er ofte tilbagevendende, og det har derfor stor betydning, at borgeren selv kan finde frem til de digitale værktøjer og søge relevant viden for at give bedst mulige forudsætninger for egenhåndtering og dermed mindske unødigt aktivitet i sundhedsvæsenet. Der findes dog ikke et samlet overblik over eksisterende digitale støtteværktøjer, som er baseret på evidensbaseret viden i dag.

5. Forventningsafstemning og kommunikation

Mange mennesker med lænderygsmærter har forventninger til, hvad deres udrednings- og behandlingsforløb i sundhedsvæsenet bør indeholde, og hvordan de selv bør håndtere deres smærter. Disse forventninger er bl.a. et produkt af den udredning og behandling mennesker med lænderygsmærter indtil nu har modtaget i sundhedsvæsenet.

Flere mennesker med lænderygsmærter forventer henvisning til billeddiagnostisk udredning med henblik på hurtig udredning og efterfølgende igangsættelse af behandling. Der ses desuden også forventninger til passive behandlingsformer, som fx farmakologisk behandling, massage eller mobilisering af led i ryggen, der af sundhedsfaglige kan betegnes som symptombehandling, der ikke kan stå alene. Ligeledes ses forventninger til behandlingsformer, hvor det forventes, at der er en lineær årsagssammenhæng mellem smærterne og specifik struktur, som fx kirurgi vil kunne kurere.

Ovenstående kan skabe udfordringer i forventningsafstemningen mellem den sundhedsfaglige og den enkelte med lænderygsmærter, fordi der er en forventning til udrednings- og behandlingsforløbet, som muligvis ikke imødekommes af den sundhedsprofessionelle.

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) udgav i 2023 en spørgeskemaundersøgelse der viser, at 58 pct. af patienter med rygsygdomme/lænderygsmærter oplever, at de ikke får relevante tilbud og behandling af deres sygdom(31).

Det kan ses som en naturlig konsekvens af overgangen til en ny udrednings- og behandlingstilgang med afsæt i ny viden, at der kan opstå uoverensstemmelser i forventningerne mellem mennesker med lænderygsmærter og sundhedsprofessionelle. Denne omstilling tager tid og kræver indsatser målrettet begge parter.

Kapitlet beskriver en række potentialer for, hvordan forventningsafstemning og kommunikation kan styrkes fremadrettet.

4.7. Forventningsafstemning i mødet med sundhedsvæsenet

Det er centralt, at der er rum for og tid til, at patient- og pårørendeperspektivet belyses under den indledende konsultation i sundhedsvæsenet, herunder hvordan lænderygsmærterne påvirker funktionsevne og hverdagsliv.

Manglende forventningsafstemning kan føre til, at mennesker med lænderygsmærter kan føle sig misforståede og opleve, at den sundhedsfaglige ikke 'tager lænderygsmærterne alvorligt', hvis der ikke iværksættes yderligere udredning eller henvisning til specialiserede indsatser.

For nogle sundhedsfaglige fx i almenmedicinske tilbud, er det en del af udfordringsbilledet, at konsultationerne er meget korte, hvormed det ikke altid prioriteres at berøre patient- og pårørendeperspektivet. For at undgå udvikling af kroniske smærter, anbefales det, at der allerede ved første konsultation ligger en systematisk struktureret opfølgingsplan i samarbejde med patienten, så lægen eller andre faggrupper i det

almenmedicinske tilbud ikke først ser patienten igen, hvis smerterne har medført fx sygemelding fra arbejdet. Det er ligeledes væsentligt, at mennesker med lænderygsmærter kan se sig afspejlet i relevant opfølgningsplan samt patientinformation, som kan udleveres ved første konsultation.

Grundet den nye tilgang til både udredning og behandling af mennesker med lænderygsmærter, er der desuden behov for, at relevante kliniske faggrupper i praksissektoren, lægevagt, sygehuse og kommuner kompetenceudvikles fx i forhold til at kommunikere om smerter, smerteforståelse og hensigtsmæssig smerteadfærd. Dette med henblik på, at mennesker med lænderygsmærter modtager ensrettet samt fagligt opdateret rådgivning og indsatser på tværs af aktører i sundhedsvæsenet.

Det er i samme henseende vigtigt, at den nye viden om håndtering af mennesker med lænderygsmærter bliver en del af undervisningen på de sundhedsfaglige grunduddannelser, så de sundhedsprofessionelle, der i fremtiden møder mennesker med lænderygsmærter, gør det med indsigt i den nyeste viden.

4.8. Borgerrettet information

Da mennesker med lænderygsmærter ses forskellige steder i sundhedsvæsenet, er det vigtigt, at der gives ensartet information, uafhængigt af, hvilken faggruppe eller aktør, der udgør kontakten. Der findes i dag allerede en del informationsmateriale til målgruppen på forskellige sundhedsfaglige online platforme i de enkelte regioner, der kan udleveres til patienter mv(15). Der ses i den forbindelse et potentiale i at ensrette og udbrede det eksisterende informationsmateriale, som målgruppen modtager ved deres kontakt til sundhedsvæsenet på tværs af landet.

Indholdet i materialet kan centrere sig om tryghedsskabende information og vejledning i, hvordan man skal forholde sig og hvad man bør være opmærksom på i den første tid med lænderygsmærter. Der bør lægges vægt på den gode prognose for at mindske unødigt nervøsitet og negative forventninger til bedring. Det forventes, at det ved at give den rette rådgivning og nødvendige støtte i den tidlige fase vil kunne forhindres, at nogle mennesker med lænderygsmærter vil udvikle kroniske smerter. Oplysningerne skal tage udgangspunkt i nyere evidensbaseret viden på området.

Herudover ses der et potentiale i, at mennesker med lænderygsmærter får bedre viden fra sundhedsvæsenet om smerterne både i forhold til håndtering og i forhold til forventninger til udrednings- og behandlingsindsatser. Bedre viden om lænderygsmærter blandt befolkningen vil forventeligt også kunne bidrage til, at mennesker, der i fremtiden vil få lænderygsmærter, har mere viden om denne type smerter, herunder prognose og virksomme indsatser. I den sammenhæng kan der med fordel arbejdes på bredere oplysningsindsatser.

5. Sammenfatning

Analysen har belyst behovet for en ændret tilgang samt en række potentialer for ændret opgavevaretagelse i forhold til mennesker med lænderygsmærter, der søger hjælp i sundhedsvæsenet. Overvejelserne og konklusionerne i analysen kan videreføres i det fremtidige arbejde med at modernisere behandlingsforløbene, som beskrevet i samarbejdsprogrammet. De centrale potentialer sammenfattes her:

- Tydelig forventningsafstemning med målgruppen ved kontakt til sundhedsvæsenet understøttet af ensartet rådgivning og information til målgruppen
-
- Udbredelse af ensartet behandlingstilgang med større fokus på støttet egenhåndtering
- Bedre kompetenceudnyttelse og tid i det almenmedicinske tilbud
- Etablering af effektive henvisningsmekanismer til sundhedsfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen
- Ensartet og rationel anvendelse af billeddiagnostiske undersøgelser på tværs af regionerne
- Nedbringelse af farmakologisk behandling
- Bedre monitorering og indsamling af data om målgruppen og dens aktivitet til brug for kvalitets sikring og i forskningsøjemed i hele sundhedsvæsenet

For at den tilsigtede evidensbaserede forbedrede kvalitet i indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter kan ske, er det væsentligt, at man fra nationalt hold såvel som i regioner, kommuner og praksissektor arbejder videre med implementering af ovenstående potentialer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen tager potentialerne fra analysen med i det videre arbejde med udarbejdelse af det kommende pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter som led i sundhedsreformen.

Herudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet et notat, som skal bidrage til at sætte retning for og inspirere sundhedsvæsenets aktørers videre arbejde med at styrke forløbene for mennesker med lænderygsmærter. Notatet tager afsæt i analysen samt Region Syddanmarks tværsektorielle forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær.

Referenceliste

- (1) Mairey IP. Produktionstab ved lænderygsmærter - Notat baseret på Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2024.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. 2022.
- (3) Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-Five Years With the Biopsychosocial Model of Low Back Pain—Is It Time to Celebrate? A Report From the Twelfth International Forum for Primary Care Research on Low Back Pain. *Spine* 2013;38(24):2118-2123.
- (4) RKKP. Dansk Rygdatabase - DaRD - Årsrapport 2022. 2023.
- (5) Kate M. Dunn, Lise Hestbaek, J. David Cassidy. Low back pain across the life course. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2013;27(5):591-600.
- (6) Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC musculoskeletal disorders* 2016;17(220):220.
- (7) Koes B. W., van Tulder M. W. & Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006;332(7555):1430-1434.
- (8) Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet (British edition)* 2018;391(10137):2356-2367.
- (9) Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. *The Lancet (British edition)* 2021;398(10294):78-92.
- (10) Nieminen LK, Pyysalo LM, Kankaanpää MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *Pain reports* 2021;6(1):e919.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværspektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter - Indsatser og organisering. 2023.
- (12) Kongsted A, Ris I, Kjaer P, Hartvigsen J. Self-management at the core of back pain care: 10 key points for clinicians. *Revista brasileira de fisioterapia (São Carlos (São Paulo, Brazil))* 2021;25(4):396-406.
- (13) RKKP. Dansk Rygdatabase (DaRD): Årsrapport 2023. 2024.
- (14) Jensen RK, Skovsgaard CV, Ziegler DS, Schiøttz-Christensen B, Mieritz RM, Andresen AK, et al. Surgical trends and regional variation in Danish patients diagnosed with lumbar spinal stenosis between 2002 and 2018: a retrospective registry-based study of 83,783 patients. *BMC health services research* 2023;23(1):665.
- (15) Indenrigs- og Sundhedsstyrelsens Benchmarkingenhed. Analyse af brugen af billeddiagnostiske undersøgelser af lænderyggen. 2024.
- (16) Dragsbæk L., Jensen T. S., Arnbak B., Thomsen J. L., Axelsen S., Isaksen C., Muff E. & Jensen R. K. Den kliniske relevans af MR-skanning af lænden. 2023;185(V03220158).

- (17) Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær - samarbejde og kommunikation. 2023.
- (18) DSAM. Kommende vejledninger. Senest tilgået 27. november. 2024. Link: <https://www.dsam.dk/kommende-vejledninger>.
- (19) Fysio.dk. Lægepraksis med fysioterapeut ansat. Senest tilgået 21. marts. 2025. Link: <https://www.fysio.dk/laegepraksis-med-fysioterapeut-ansat>.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Kvalitetsstandarder. 2024.
- (21) Sundhed.dk. Leveret af Region Sjælland. Fysioterapi med tilskud uden henvisning. 12. marts. 2025. Link: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/fysioterapeut/administration/fysioterapi-med-tilskud-uden-henvisning/>.
- (22) Dahlerup J, Grew JC, Lund AF, Jacobsen RK, Toft U, Schiøtz ML, et al. Offentligt tilskud til fysioterapi uden lægehenviisning. Resultater fra en clusterrandomiseret afprøvning. Center for Klinisk Forskning af Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden, 2022.
- (23) Kjaer P, Kongsted A, Ris I, Abbott A, Rasmussen CDN, Roos EM, et al. GLA:D ® Back group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain - development, theories and scientific evidence. BMC musculoskeletal disorders 2018;19(1):418.
- (24) GLA:D. Forskning & udgivelser. Senest tilgået 18. november. 2024. Link: <https://glad-ryg.sdu.dk/forskning-og-udgivelser/>.
- (25) Vælg Klogt. Lænderyg. Senest tilgået 18. november. 2024. Link: <https://vaelg-klogt.dk/anbefalinger/laenderyg>.
- (26) Vælg Klogt. Scan mindre: Materialer og råd til hvordan. Senest tilgået 18. november. 2024. Link: <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/laenderyg>.
- (27) Geneva: World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. 2023 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
- (28) Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot J, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J 2018;27(11):2791-2803.
- (29) Traeger A. & Buchbinder R., Harris I. & Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. Canadian Medical Association Journal 2017;189(45):1386.
- (30) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Ny app har dokumenteret effekt på rygsmærter. 17. september. 2021. Link: <https://nfa.dk/nyt/nyheder/2021/ny-app-har-dokumenteret-effekt-paa-rygsmærter>.
- (31) VIVE & Marie Henriette Madsen, Mette Brehm Johansen, Didde Cramer Jensen, Helle, Max Martin, Lars Bo Pedersen, Kathrine Vixø & Rikke Horne Fischer. Udredning og behandling af gigt - En undersøgelse af sammenhæng i gigtpatienters udrednings- og behandlingsforløb. 2023.

Bilag 1. Procesbeskrivelse

Sundhedsstyrelsen har haft ansvaret for udarbejdelse af analysen af indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmarter. I arbejdet har Sundhedsstyrelsen fået rådgivning af en række forskellige aktører.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en koordinationsgruppe bestående af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Koordinationsgruppen har løbende drøftet arbejdet med analysen.

Herudover har en række centrale fagspecialister bidraget med faglige input og kvalificering af analysen samt haft udkast til analysen til kommentering med henblik på faglig kvalificering.

De inddragede fagspecialister er:

- Berit Schjøttz-Christensen, styregruppeforperson for Dansk Rygdatabase, professor, ph.d., speciallæge i reumatologi
- Charlotte Voglhofer, alment praktiserende læge og arbejdsgruppeformand for DSAMs opdatering af vejledningen 'Patienten med rygsmarter'
- Jakob Blaabjerg Espesen, cheflæge, programchef for 'Vælg Klogt' på Sygehus Lillebælt og regional formand for arbejdsgruppen omkring Forløbsprogrammet for borgere med lænderygbesvær i Region Syddanmark
- Jan Hartvigsen, professor og forskningsleder ved Syddansk Universitet, medlem af international ekspertgruppe mod rygsmarter, WHO, kiropraktor

Habilitet

Det er en forudsætning for at deltage i arbejdet, at de inddragede fagspecialister ikke har habilitetsproblemer. Habilitetserklæringer udfyldes og opbevares af Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●