



FORLØBSPROGRAM FOR BORGERE MED LÆNDERYGBESVÆR

Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland og
Sundhedsråd Østsjælland og Øerne

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND 
- vi er til for dig

Forord

Lænderygbesvær er en udbredt folkesygdom, som for mange borgere har store konsekvenser i hverdagen. Tilstanden påvirker livskvalitet og helbred i betydelig grad og er blandt de hyppigste årsager til sygefravær i Danmark.

I de senere år er der sket et paradigmeskifte i behandlingen af borgere med lænderygbesvær. Hos de fleste betragtes lænderygbesvær i dag som en vedvarende eller tilbagevendende tilstand, hvor smerter kommer og går. I dag er der langt større fokus på støttet egenhåndtering, hvor borgeren aktivt involveres i at mestre sin tilstand og håndtere tilbagevendende eller vedvarende smerter. Fokus i den sundhedsfaglige indsats er at styrke borgernes evner til egenhåndtering og mestring med støtte fra fagpersoner, fysisk aktivitet og kognitive tilgange og støtte til tilknytning af beskæftigelse og uddannelse.

Region Sjællands forløbsprogram, der senest er revideret i 2016, er udarbejdet før dette paradigmeskifte og afspejler derfor ikke denne forståelse. Forløbsprogrammet tager heller ikke højde for Vælg Klogt-anbefalingen fra 2020 om at undgå at lave MR-scanninger eller røntgenundersøgelser af patienter med nyopståede lænderygsmerter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse. Der er derfor behov for at revidere forløbsprogrammet, så det afspejler den

nyeste faglige viden, gældende organisering og de tilbud, der findes på området.

Formålet med forløbsprogrammet er at sikre en fælles forståelse af behandlingen af lænderygbesvær på tværs af sektorer, styrke samarbejdet omkring borgerne og sikre, at den enkelte får det rette tilbud på det rette tidspunkt. Det er afgørende, at borgerne oplever en rød tråd i deres forløb – uanset hvilken fagperson de møder.

Arbejdet med denne revision har taget afsæt i Region Syddanmarks forløbsprogram, som i dag står som et fagligt pejlemærke på området. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at erfaringerne herfra danner grundlag for den videre udvikling nationalt, og det forventes, at de kommende kronikerpakker for lænderygsmerter vil bygge videre på disse gode erfaringer. Samtidig er revisionen tilpasset de kvalitetsstandarder, der i dag gælder for borgere med kroniske sygdomme.

Det er vores håb, at dette forløbsprogram kan sikre en fælles forståelse af behandlingen af lænderygbesvær på tværs af sektorer, herunder inddragelse af civilsamfundet. Dette vil styrke samarbejdet omkring borgerne og bidrage til, at den enkelte får det rette tilbud på det rette tidspunkt.

Trine Birk

Formand for Sundhedssamarbejdsudvalget
og Regionsformand

Pernille Beckmann

Næstformand for Sundhedssamarbejdsudvalget
og borgmester i Greve Kommune

Indhold

Forord	2
1. Introduktion.....	5
1.1. Baggrund for forløbsprogrammet	6
1.2. Målgruppen i forløbsprogrammet	7
1.3. Et nyt paradigme.....	9
1.4. Formålet med forløbsprogrammet for borgere med lænderygbesvær	10
1.5. Forløbsprogrammets anvendelse.....	11
2. Starten på borgerens forløb	12
2.1. Samarbejde med borgeren	12
2.2. Borgerens kontakt til sundhedsvæsenet.....	13
3. Forebyggelse og tidlig opsporing af risikogrupper	14
3.1. Forebyggelse.....	14
3.2. Risikofaktorer for langvarigt og funktionsbegrænsende lænderygbesvær ..	14
3.3. Forekomst af lænderygbesvær i forskellige befolkningsgrupper	14
4. Diagnosticering.....	16
4.1. Diagnosticering.....	16
4.2. Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF	17
4.3. Billeddiagnostik.....	20
5. Planlægning af forløb og principper for valg af indsatser.....	23
5.1. Generelle principper for formål med forløb og valg af indsatser	23
5.2. Planlægning af forløb	23
6. Beskrivelse af målgrupper og opmærksomhedspunkter	25
6.1. Mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse.....	25
6.2. Mistanke om cauda equina syndrom	25
6.3. Mistanke om nerverodspåvirkning	25
6.4. Mistanke om lumbal spinalstenose.....	25
6.5. Ukompliceret uspecifik lænderygbesvær	26
6.6. Kompliceret uspecifik lænderygbesvær	26
6.7. Behov for vedvarende støttet egenhåndtering	26

7.	Indsatser til borgere med lænderygbesvær	27
7.1.	Støttet egenhåndtering	27
7.2.	Struktureret mestringsforløb	29
7.3.	Fysisk aktivitet	31
7.4.	Manuel behandling	32
7.5.	Medicinsk smertebehandling	33
7.6.	Kognitive tilgange, herunder Kognitiv Funktionel Terapi (CFT)	34
7.7.	Rygmedicinsk indsats på sygehus	34
7.8.	Rygkirurgisk indsats på sygehuse	35
7.9.	Arbejdsmarkedstilknytning	36
7.10.	Genoptræning i kommunerne	39
7.11.	Kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedslovens § 119	41
7.12.	Tværfaglige smertecentre	46
8.	Henvisning og kommunikation	49
8.1.	Henvisning til privat praktiserende fysioterapeuter	49
8.2.	Henvisning til privat praktiserende kiropraktorer	50
8.3.	Henvisning til privat praktiserende speciallæger og privat praktiserende psykolog	51
8.4.	Henvisning til sygehuse eksklusive smertecentre	51
8.5.	Henvisning til kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme (§ 119)	52
8.6.	Henvisning til genoptræning (§140)	53
8.7.	Kontakt til beskæftigelsesområdet	54
8.8.	Henvisning til tværfaglige smertecentre	54
9.	Referencer	56

1. Introduktion

Dette forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere over 18 år med lænderygbesvær i Region Sjælland.



Definition af lænderygbesvær

Lænderygbesvær defineres i dette forløbsprogram som træthed, gener og/eller smerter i lænderyggen med eller uden udstråling til ben(ene) og med varierende grader af funktionsbegrænsning, herunder arbejdsevne. Anatomisk afgrænses lænderyggen til området mellem nederste ribbenskant og nederste del af sædepartiet.

Forløbsprogrammet er gældende hos alle aktører i praksissektoren, i de sjællandske kommuner og på sygehusene i Region Sjælland.

Forløbsprogrammet er skrevet til de fagprofessionelle og ledere, som er i kontakt med borgere, der har lænderygbesvær. Forløbsprogrammet gælder både fagprofessionelle, som ofte møder borgere med lænderygbesvær, samt fagprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med lænderygbesvær. Fagprofessionelle kan derfor være medarbejdere i praksissektoren, på sygehusene samt i kommunerne. For kommunerne gælder det medarbejdere fra sundhedsområdet, ældreområdet, beskæftigelsesområdet, uddannelsesområdet og socialområdet.

Forløbsprogrammet beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommuni-

kationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med lænderygbesvær.

Dette forløbsprogram erstatter "Forløbsprogram for patienter med rygproblemer" i Region Sjælland, der senest blev revideret i 2016.

Danske og internationale kliniske retningslinjer peger samstemmende på nye og sammenhængende strategier for håndtering af lænderygbesvær. Vi er i disse år derfor vidne til et paradigmeskifte inden for lænderygbesvær. Omdrejningspunktet i den nye tilgang til behandling af lænderygbesvær er støttet egenhåndtering.

Revisionen af forløbsprogrammet er foretaget af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra alle sektorer:

Praksisområdet:

- Hans Andersen, Fysioterapi
- Peter Kryger-Baggesen, Kiropraktik
- Charlotte Høgsted Voglhofer, Almen praksis

Region Sjælland:

- Hassan Shakir, specialeansvarlig læge, Sjællands Universitetshospital Køge (formand)
- Trine Boye Gottschalck, specialeansvarlig fysioterapeut, Rygcenter Sjælland Slagelse, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Mojgan Sarafrazi, speciallæge i reumatologi, Rygcenter Sjælland Køge, Sjællands Universitetshospital Køge

Kommuner:

- Mia Linda Møller, leder af Sundhedscenter Sorø (næstformand)
- Annette Bruijn Schlaikjer, fysioterapeut og teamleder, Køge Kommune
- Teis Hernvig Finsen, fysioterapeut og udviklingsterapeut, Faxe Kommune
- Tine Bo Andresen, sundhedskonsulent, Sorø Kommune

Sekretariat:

- Sara Winther Kirkegård, konsulent, Sundhedsstrategisk Planlægning
- Hasse Petersen, chefkonsulent, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
- Ulla Kjeldsen Kragh, chefkonsulent, Det Nære Sundhedsvæsen

Arbejdsgruppen har været samlet til tre workshops, hvor indholdet i forløbsprogrammet er blevet drøftet. Imellem workshopkene har repræsentanter fra arbejdsgruppen været inddraget og givet input til udvalgte afsnit. Herudover er der indhentet input fra en række fagpersoner fra forskellige områder. På beskæftigelsesområdet har Janni Fonnesbæk Moisen, Slagelse Kommune og Berit Lyed Kristoffersen, Greve Kommune været inddraget. Trine Kamp, Tværfagligt Smertecenter Sjællands Universitetshospital Køge og Karina Vinum, Billeddiagnostisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital Køge har også været inddraget.

Tilrettelæggelse af processen, den konkrete bearbejdning af input, gennemskrivning af programmet etc. er varetaget af formandskabet i samarbejde med sekretariatet.

1.1. Baggrund for forløbsprogrammet

Lænderygbesvær er en folkesygdom. Konsekvenserne er for nogle borgere store, og de samfundsøkonomiske omkostninger er enorme. Der er derfor behov for, at sundhedsvæsenet møder borgernes behov for et sammenhængende sundhedstilbud.

Næsten alle borgere, der søger hjælp for deres lænderygbesvær, ses i praksissektoren, hvor de udgør en væsentlig del af besøgene.

- Borgere med lænderygbesvær besøger årligt deres praktiserende læge 3,5 mio. flere gange

sammenlignet med borgere uden lænderygbesvær. Som gruppe udgør de 7,5 % af alle besøg hos de praktiserende læger ¹⁾

- Borgere med lænderygbesvær besøger årligt kiropraktor og fysioterapeut 1 mio. flere gange sammenlignet med borgere uden lænderygbesvær. Som gruppe udgør de 20,8 % af alle besøg hos kiropraktorer og fysioterapeuter ¹⁾
- Borgere med lænderygbesvær ses også på sygehusene. Der er årligt 31.242 ekstra antal planlagte somatiske indlæggelser blandt borgere med lænderygsmerter sammenlignet med borgere uden lænderygsmerter. For de akutte somatiske indlæggelser gælder det, at der årligt er 80.573 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med lænderygsmerter sammenlignet med borgere uden lænderygsmerter. Dertil kommer ekstra 784.868 planlagte og 54.052 ekstra akutte ambulante hospitalsbesøg ¹⁾.

Smerter i ryg og lænd kan have stor betydning for funktionsniveauet og livskvaliteten hos den enkelte person. I den nationale undersøgelse Danskernes sundhed 2023 ²⁾ angiver 57,1 % af svarpersonerne, at de har haft smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage. Heraf angiver et gennemsnit på 17,2 % på tværs af alle regioner, at de har været meget generede af dette, mens andelen i Region Sjælland er på 20,2 % og dermed den højeste i landet.

Derudover kan smerter i ryg og lænd også resultere i sygefravær og nedsat arbejdsevne. Ekstra sygedage på grund af lænderygsmerter udgør på landsplan 13,4 % af alle sygedage blandt erhvervsaktive personer ³⁾. Blandt mænd er lænderygsmerter den sygdom, der er årsag til flest ekstra sygedage, mens den hos kvinder er årsag til næstfleste ekstra sygedage.

Lænderygbesvær er årsag til flest tilkendelser af førtidspension blandt alle sygdomme med

4.154 ekstra tilkendelser af førtidspension årligt svarende til 38,1 % af alle tilkendte førtidspensioner. Tilsammen betyder det et samfundsmæssigt produktionstab på grund af lænderygbesvær på 21 mia. kr. årligt ³⁾.

Tallene viser, at konsekvenserne ved lænderygbesvær for den enkelte kan være store, og de samfundsmæssige omkostninger er enorme. Der ønskes med forløbsprogrammet her at skabe et udgangspunkt og en fælles forståelse mellem fagprofessionelle for, hvordan et sammenhængende forløb for den enkelte borger kan styrkes.

For den enkelte borger er gevinsten ”mindre støj”, da de får ensartede budskaber, uanset hvilke fagprofessionelle de kommer i kontakt med. Dette forventes at resultere i bedre funk-

tions- og arbejdsevne, færre smerter og bedre livskvalitet.

Den samfundsmæssige gevinst består i, at borgerne med større sandsynlighed kan bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelse, ligesom det sandsynligvis vil resultere i en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i Region Sjælland.

1.2. Målgruppen i forløbsprogrammet

Målgruppen i forløbsprogrammet er sjællandske borgere over 18 år med lænderygbesvær med eller uden udstråling til ben, som i deres hverdag er påvirket af det i en eller anden grad.



Borgere med lænderygbesvær kan overordnet opdeles i følgende kategorier:

Lænderygbesvær som har en kendt specifik årsag

Hos cirka 10 % af borgere med lænderygsmarter kan man identificere en specifik smertekilde ⁴⁾. Specifikke årsager til rygsmarter inkluderer fx fraktur, cancer, infektion, cauda equina syndrom, systemisk sygdom, intraabdominale årsager som fx abdominal aorta aneurisme, diskusprolaps med nerverodspåvirkning, spinal stenose, inflammatorisk ryg sygdom etc. ⁵⁾.

En udenlandsk undersøgelse af borgere, der søger behandling i praksissektoren, viser, at der hos borgere med rygsmarter i under 1 % af tilfældene findes en underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som årsag til rygsmarterne ⁶⁾. Risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er dog væsentlig større hos borgere med en tidligere cancer diagnose ^{7), 8), 9)}. Ligeledes stiger risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse med alderen ¹⁰⁾.

Uspecifik lænderygbesvær

Uspecifik lænderygbesvær er en klinisk diagnose og betyder ikke, at borgeren ikke er tilstrækkeligt udredt. Hos de fleste er lænderygbesvær et symptom og ikke en medicinsk sygdom. Her skyldes lænderygbesværet ikke, at borgeren har en underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som infektion, systemisk sygdom eller cancer, men snarere smerteimpulser fra ryggens muskler, led, knogler og andre strukturer, der opfattes og fortolkes i hjernen ⁵⁾.

I modsætning til tidligere, hvor forebyggelse og behandling tog udgangspunkt i, at smerterne skyldtes en skade i ryggen, eller at smerterne stammede fra en strukturel årsag, som kunne identificeres ved en klinisk undersøgelse og/eller ved billeddiagnostik, peger forskningen nu på, at der er ringe sammenhæng mellem

kliniske diagnostiske test og billeddiagnostiske fund og borgerens symptomer og funktionsnedsættelse.

Disse undersøgelser bidrager derfor kun sjældent til diagnostisk afklaring, de er sjældent anvendelige til at guide behandlingen, og de informerer ikke i særlig grad om prognosen for den enkelte borger ^{5), 11), 12)}.

Hos cirka ni ud af ti borgere med lænderygbesvær kan man således ikke identificere én specifik smertekilde, og disse borgere får derfor diagnosen "uspecifik lænderygbesvær", også sommetider kaldet "almindeligt rygbesvær", "lumbago" eller "godartede rygsmarter" ⁴⁾. Disse smerter forstås bedst i et bredere bio-psyko-socialt perspektiv, hvor smerte og funktionsbegrænsning skal ses i sammenhæng med borgerens almene helbredtstilstand fysisk og mentalt, forståelsen for egen situation, evnen til smertehåndtering samt omgivelsernes (familiens, arbejdspladsens og sundhedsvæsenets) evne til at støtte, rådgive og levere relevant behandling ¹³⁾.

Derfor bygger evidensbaserede danske og internationale kliniske retningslinjer i dag på et bredere biologisk, psykologisk og socialt perspektiv. Her fokuseres i første omgang på, at borgere med lænderygbesvær uanset varighed skal have information og rådgivning samt viden om, hvordan de bedst håndterer smerterne i hverdagen ¹⁴⁾. Dernæst skal de tilbydes behandlinger med dokumenteret effekt og med få eller ingen alvorlige bivirkninger. I svære tilfælde henvises til videre udredning og behandling i sekundærsektoren.

Børn og unge med lænderygbesvær

Nyere forskning viser, at lænderygbesvær for mange begynder omkring 12-13-års alderen, og at forekomsten stiger i teenageårene ¹⁵⁾. Ligesom hos voksne, hvor underliggende ikke-muskuloskeletale lidelser er sjældne, så kan

lænderygbesvær også hos børn altovervejende klassificeres som værende ”uspecifik” ¹⁶⁾. Indsatser og anbefalinger til børn og unge med lænderygbesvær ligner på mange punkter de indsatser og anbefalinger, som beskrives i forløbsprogrammet her. Børn og unge med lænderygbesvær er dog ikke en del af dette forløbsprogram.

Borgere med nakkebesvær

Indsatser og anbefalinger til borgere med nakkebesvær vil på mange punkter ligne de indsatser og anbefalinger, som beskrives i dette forløbsprogram. Målgruppen af borgere med nakkebesvær er dog ikke en del af forløbsprogrammet.

Definitioner

I udarbejdelsen af forløbsprogrammet anvendes følgende definitioner og benævnelser:

- **Praksissektoren/de privat praktiserende:** Praksissektoren/de privat praktiserende dækker over de privat praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer og fysioterapeuter
- **Primær og sekundær sektor:** Det primære sundhedsvæsen omfatter sundhedstilbud, der varetages af kommunerne og praksissektoren. Den sekundære sundhedssektor dækker den del af sundhedsvæsenet, der kan overtage eller videreføre behandling fra primærsektoren. I denne sammenhæng vil det være sygehusene i Region Sjælland
- **Fysisk aktivitet:** Fysisk aktivitet dækker over alle former for bevægelse for borgeren med lænderygbesvær. Det kan både handle om målrettet træning med bestemte øvelser ligesom det kan handle om almindelige daglige aktiviteter
- **Lænderygbesvær:** Lænderygbesvær defineres i dette forløbsprogram som træthed, gener og/eller smerter i lænderyggen med eller uden udstråling til ben(ene) og med varierende grader af funktionsbegrænsning

herunder arbejdsevne. Anatomisk afgrænses lænderyggen til området mellem nederste ribbenskant og nederste del af sædepartiet

1.3. Et nyt paradigme

Der er i de senere år sket et paradigmeskifte inden for lænderygbesvær. Omdrejningspunktet i den nye tilgang til behandling af lænderygbesvær er støttet egenhåndtering. Læs mere herom i faktaboksen ”Nyt paradigme inden for lænderygbesvær”.

Nyere forskning viser, at lænderygbesvær hos de fleste er en vedvarende eller episodisk tilstand, hvor smerter af varierende intensitet og varighed kommer og går i et for det enkelte genkendeligt mønster ¹⁷⁾. Hos de fleste er episoderne kortvarige og med minimal påvirkning af dagligdagsfunktioner og livskvalitet. Hos nogle bidrager smerterne og episoderne dog til mere varig funktionsnedsættelse, der bevirker, at man kun med besvær eller slet ikke kan passe sine daglige gøremål, sit arbejde og sin sociale tilknytning til venner og familie.



Nyt paradigme inden for lænderygbesvær

Paradigmeskiftet for lænderygbesvær er kortfattet baseret på følgende viden:

- Lænderygbesvær er hos mange en vedvarende eller episodisk en tilstand, hvor smerter og funktionsbegrænsning af varierende intensitet og varighed kommer og går ¹⁷⁾
- Lænderygbesvær begynder for mange allerede i 12-13-års alderen ¹⁵⁾

> > >

- Hos ca. 9 ud af 10 borgere med lænderygssmerter kan der ikke findes en specifik årsag til smerterne. Disse borgere diagnosticeres med uspecifik lænderygsbesvær ⁴⁾
- Der er ikke grundlag for klare anbefalinger omkring ergonomiske tiltag bortset fra almindelig sund fornuft og en reduktion af meget tunge eller hyppigt gentagne løft
- Sygdomsmestring og støttet egenhåndtering er omdrejningspunktet ¹⁴⁾
- Det anbefales at holde sig fysisk og socialt aktiv, men hvordan er der ikke afgørende evidens for
- Billeddiagnostik har begrænset plads i udredning af borgere med lænderygssmerter ^{18), 20)}
- Medicinsk smertebehandling kan ikke stå alene og bør kun spille en mindre rolle i den samlede indsats for borgere med lænderygssmerter

Forskning viser også, at mange almindelige behandlinger (for eksempel medicin, manuel terapi, træning og patientuddannelse) nok forkorter episoderne med lænderygsbesvær, men at behandlingen kun bidrager begrænset til at ændre på det længerevarende forløb. I et studie blandt danske patienter, der søgte praktiserende læge grundet lændesmerter, rapporterede cirka 90 %, at de oplevede tilbagevendende episoder eller vedvarende lændesmerter et år efter henvendelsen. Heraf rapporterede ca. 15 % vedvarende milde smerter, ca. 25 % vedvarende moderate til svære smerter og 50 % lændesmerter, der kom og gik ²¹⁾.

Derfor er en opdeling af lænderygsbesvær i akut, subakut og kronisk lænderygsbesvær ikke længere hensigtsmæssig.

Dette forløbsprogram adskiller sig grundlæggende fra rygforløbsprogrammet fra 2016, hvor hovedfokus var på hurtig og specifik diagnostik med henblik på at få iværksat den korrekte behandling og derved undgå vedvarende lænderygsbesvær.

Det nye rygforløbsprogram tager afsæt i, at lænderygsbesvær hos de fleste er en længerevarende eller episodisk tilstand, hvor smerter af varierende intensitet og varighed kommer og går. Hovedomdrejningspunktet er derfor støttet egenhåndtering og tværfaglig tilgang til rehabilitering med henblik på, at borgerne klædes på til bedre selv at håndtere tilbagevendende eller længerevarende smerter, samtidig med at sundhedsvæsenet bruges mere hensigtsmæssigt.

Triagering, med henblik på tidligt at identificere om den enkelte borger har underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, lænderygsbesvær på baggrund af specifik muskuloskeletal lidelse eller uspecifik lænderygsbesvær, er naturligvis også første skridt i det nye forløbsprogram.

Borgere med lænderygsbesvær udredes med grundig anamnese og objektiv undersøgelse. Imidlertid bidrager kliniske diagnostiske test og billeddiagnostiske fund kun sjældent til diagnostisk afklaring hos borgere med uspecifik lænderygsbesvær. De er sjældent anvendelige til at guide valg af behandling, og de informerer ikke i særlig grad om prognosen for den enkelte patient. Læs mere om billeddiagnostisk udredning i afsnit 4.3.

1.4. Formålet med forløbsprogrammet for borgere med lænderygsbesvær

Forløbsprogrammet for borgere med lænderygsbesvær beskriver den tværfaglige, tværsektori-

elle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som praksissektoren, kommuner og sygehuse-
ne i Region Sjælland yder i samarbejdet med borgere med lænderygbesvær.

Forløbsprogrammets vigtigste fokus er både aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation og samarbejdet med borgeren og eventuelt pårørende.

Forløbsprogrammet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse uafhængigt af forløbsprogrammet, ligesom alle aktører selv sagt følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings-, rehabiliterings- og beskæftigelsesindsats for borgere med lænderygbesvær i Region Sjælland
- Ensartet forståelse af og kommunikation vedrørende lænderygbesvær
- Sammenhæng i borgerens forløb
- Samarbejde med borgeren og deres pårørende
- En hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i Region Sjælland

1.5. Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med lænderygbesvær. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor borgere med lænderygbesvær er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet kan bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke retningslinjer
- Et værktøj til den overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for borgere med lænderygbesvær
- Inspiration til hvordan sektorerne og de fagprofessionelle sammen kan udvikle fremtidens indsatser og samarbejde for borgere med lænderygbesvær

2. Starten på borgerens forløb

2.1. Samarbejde med borgeren

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere, og når det er relevant også pårørende, inddrages aktivt under hele forløbet. Information og vejledning bør indeholde mestring, årsager, prognose, symptomer og diagnose, ligesom oplysning om behandlings- og støttemuligheder. Dialog og vidensdeling kan styrke samarbejdet om behandling samt fremme sygdomsforståelse og accept.

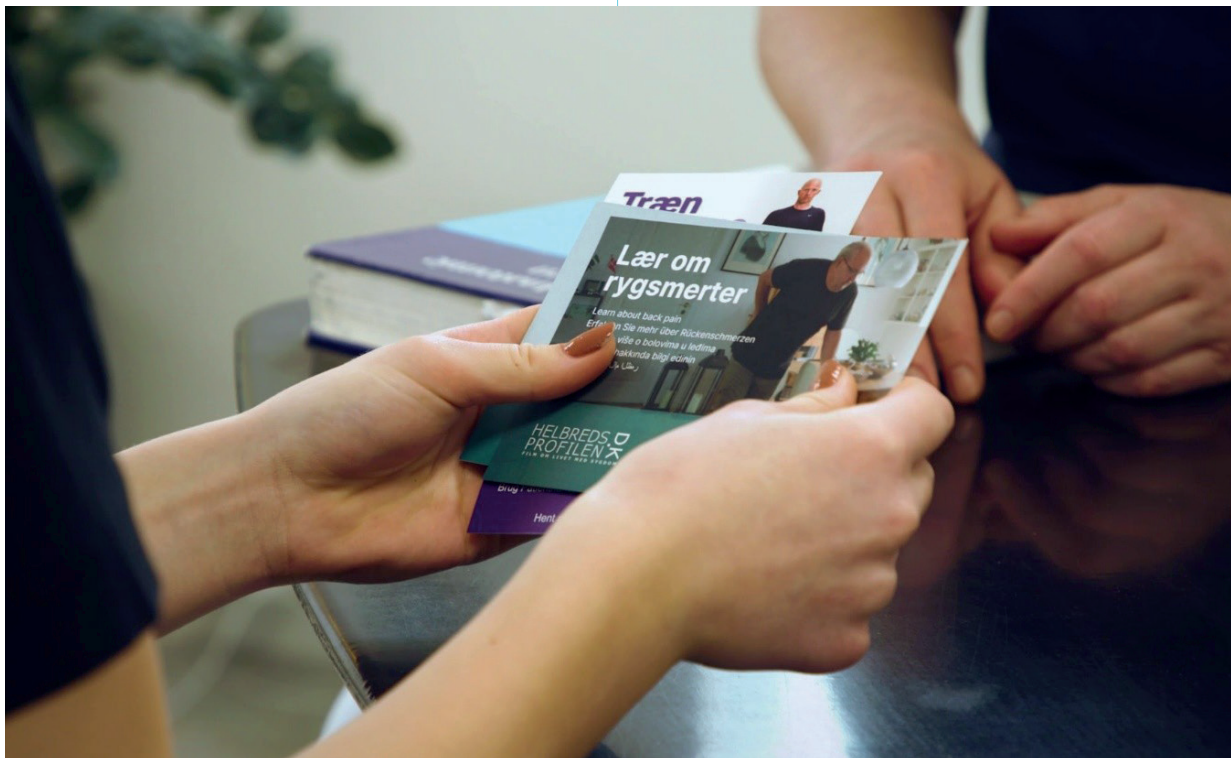
Inddragelse sker gennem vidensdeling mellem borger og fagprofessionel, så den enkelte borgers præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket. Gennem inddragelsen kan borgeren bidrage til planlægningen af og beslutninger om sit forløb samt handle aktivt i forhold til håndteringen af egen sygdom. Inddragelse i eget forløb er derigennem med til at øge kvaliteten i indsatsen for borgeren med lænderygsbesvær.

Ved i højere grad at indgå i dialog om hvilket tilbud og tiltag, der passer bedst til borgers liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for at behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine symptomer.

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre, dvs. øget compliance ^{22), 23)}

På [Helbredsprofilen](#) ligger flere videoer, som kan bruges i samtalen med borgere med lænderygsbesvær.



2.2. Borgerens kontakt til sundhedsvæsenet

Der er stor forskel på de enkelte forløb for borgere med lænderygbesvær. Dette hænger bl.a. sammen med, at det er forskelligt fra borger til borger, hvor og hvornår de starter med at søge hjælp. Nogle borgere håndterer deres lænderygbesvær uden kontakt til sundhedsvæsenet. Andre kontakter praksissektoren ved debut af lænderygbesvær, mens andre igen først henvender sig senere i deres forløb eller efter at have haft flere episoder af lænderygbesvær. Der er også stor forskel på, hvorvidt der er en eller flere i praksissektoren, der er involveret i samme forløb.

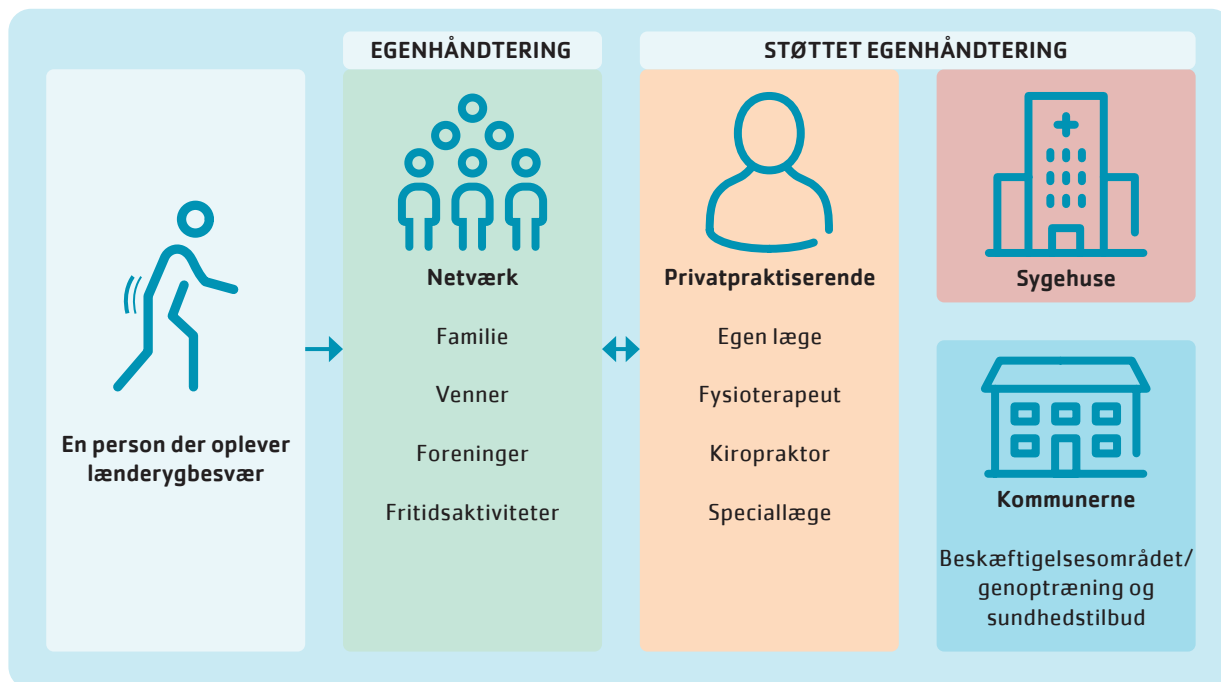
Den praktiserende læge er tovholder for borgers forløb. Den praktiserende læge modtager information fra øvrige aktører om opstart af

forløb, plan for udredning og behandling samt afslutning af forløb, hvorved deres tovholderfunktion understøttes. Ved den mindste mistanke om tilstande uden for de privat praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer's virksomhedsområde involveres den praktiserende læge.

Som illustreret i figur 1 kan borgere, der oplever lænderygbesvær, således deles op i tre hovedgrupper:

- Borgere, der oplever lænderygbesvær, som klarer sig selv uden kontakt til sundhedsvæsenet
- Borgere, der oplever lænderygbesvær, og som har kontakt til praksissektoren
- Borgere, der oplever lænderygbesvær, som både har kontakt til praksissektoren samt kommunale tilbud og/eller sygehuse

Figur 1: Egenhåndtering og støttet egenhåndtering ved lænderygsmærter



3. Forebyggelse og tidlig opsporing af risikogrupper

3.1. Forebyggelse

Der er ikke videnskabeligt grundlag for at anbefale særlige forebyggelsesinitiativer for specifikt at hindre opståen af lænderygbesvær hverken på arbejdspladsen eller i privatlivet (primær forebyggelse). Der bør i stedet fokuseres på sekundær forebyggelse, det vil sige at forhindre, at borgere, der har lænderygbesvær, udvikler episodiske eller vedvarende smerter og funktionsnedsættelse.

Først og fremmest skal man opfordre til at holde sig fysisk aktiv og til at fortsætte så normal en hverdag på arbejdet og i fritiden, som det er muligt.

Der er ikke grundlag for klare anbefalinger omkring ergonomiske tiltag bortset fra almindelig sund fornuft og en reduktion af meget tunge eller hyppigt gentagne løft ^{24), 25), 26)}.

Desuden anbefales fysisk aktivitet eventuelt i kombination med patientuddannelse som forebyggelse af fremtidige episoder af lænderygbesvær ²⁷⁾.

3.2. Risikofaktorer for langvarigt og funktionsbegrænsende lænderygbesvær

Der er flere kendte risikofaktorer for langvarigt og funktionsbegrænsende lænderygbesvær. Risikofaktorerne kan opdeles i følgende grupper ⁵⁾:

- Fysiske helbreds faktorer:
Omfatter udstrålende smerter til et eller begge ben, høj smerteintensitet, betydelig nedsat funktion, lang varighed, samtidige smerter

andre steder i kroppen, generelt dårligt helbred med andre fysiske sygdomme

- Psykologiske faktorer:

Omfatter depression, bekymring, utryghed, og en følelse af magtesløshed. Derudover kan borgerens sygdomsforståelse, forventninger og mestringsstrategier have betydning for forløbet

- Sociale og kulturelle faktorer ²⁸⁾:

Omfatter uddannelsesniveau, indkomst- og socialgruppe, sociale faktorer på arbejdspladsen og sprog/kommunikationsformer, normer og værdier omkring sundhed, sygdom og behandling, religiøse og spirituelle overbevisninger, familie- og samfundsstrukturer, tillid til sundhedsvæsenet og sundhedsopfattelser

Livsstilsfaktorer som rygning, overvægt og begrænset fysisk aktivitet, der alle er relaterede til et generelt dårligt helbred, er også relateret til lænderygbesvær. Årsagssammenhængen mellem alle disse faktorer og udviklingen af længerevarende og funktionsbegrænsende lænderygbesvær er kompleks ⁵⁾.

3.3. Forekomst af lænderygbesvær i forskellige befolkningsgrupper

Med baggrund i undersøgelsen Danskernes sundhed 2023 ²⁾ er det muligt at se, i hvilke befolkningsgrupper lænderygbesvær er hyppigst.

I undersøgelsen er der blevet spurgt ind til, om respondenterne inden for de seneste 14 dage har været generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd. Svarmulighederne var: 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet' eller 'Nej'.

Herunder ses en opgørelse over dem, der har



angivet, at de har været meget generet inden for de seneste 14 dage:

- På landsgennemsnit angiver 17,2 % at have været meget generet af lænderygbesvær. Region Sjælland har den højeste forekomst (20,2 %), mens Region Hovedstaden har den laveste forekomst (15,3 %)
- Andelen med lænderygbesvær er lidt større blandt kvinder (19,8 %) end blandt mænd (14,4 %). Dette mønster ses på tværs af alle aldersgrupper
- Blandt mænd oplever flest lænderygbesvær i aldersgruppen 45-54 år (18,1 %), mens det for kvinder gælder aldersgruppen ≥ 75 år (26,2 %).
- Der ses en klar sammenhæng mellem højest fuldførte uddannelsesniveau og forekomsten af borgere med lænderygbesvær. Blandt dem, der har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau, har 26,2 % svaret, at de har lænderygbesvær. Det gælder kun for 9,6 % af dem med en lang videregående uddannelse
- I forhold til arbejdsmarkedet er andelen med lænderygbesvær højere blandt førtidspensionister (35,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,1 %) sammenlignet med beskæftigede (14,6 %)

Det, at forekomsten af lænderygbesvær er højere hos borgere med en kort uddannelse samt hos borgere uden for arbejdsmarkedet, betyder, at lænderygbesvær bidrager til uligheden i sundhed.

4. Diagnosticering

4.1. Diagnosticering

Borgere med lænderygbesvær udredes med grundig anamnese og objektiv undersøgelse. Se faktaboksen "Diagnosticering" for uddybning.

Diagnosticisk triage sigter mod at identificere

- a) underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse
- b) lænderygbesvær på baggrund af specifik muskuloskeletal lidelse (fraktur, diskusprolaps med nerverodspåvirkning, spinalstenose etc.)
- c) uspecifik lænderygbesvær

Hvis der er mistanke om en specifik år-

sag til smerterne – både underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse eller specifik muskuloskeletal lidelse – diagnosticeres dette yderligere ud fra de kliniske retningslinjer på området.

Uspecifik lænderygbesvær er en klinisk diagnose. Det er ikke ensbetydende med at man ikke er tilstrækkeligt udredt.

Tabel 1 viser et overblik over aktørernes indsatser i forbindelse med diagnosticering. Underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er sjælden (under 1 %) ⁶⁾, men risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er væsentlig større hos borgere med en tidligere



Diagnosticering

- Borgere med lænderygbesvær udredes med grundig anamnese og objektiv undersøgelse
- Formål med udredning: Diagnosticisk og psykosocial triagering
- Diagnosticisk triage sigter mod at identificere:
 - o underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse
 - o lænderygbesvær på baggrund af specifik muskuloskeletal lidelse (fraktur, diskusprolaps med nerverodspåvirkning, spinal stenose etc.)
 - o uspecifik lænderygbesvær
- Underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er sjælden (under 1 %) ⁶⁾
- 80 % af borgere med lænderygbesvær har mindst ét rødt flag uden at have underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse ⁶⁾
- Risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er væsentlig større hos borgere med en tidligere cancer diagnose ^{7), 8), 9)}
- Risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse stiger med alderen ¹⁰⁾
- Hos cirka ni ud af ti borgere med lænderygbesvær kan der ikke findes en specifik årsag til smerterne, og disse borgere diagnosticeres med uspecifik lænderygbesvær ⁴⁾
- Der findes ikke kliniske tests, der med sikkerhed kan identificere den fysiske smertekilde, eller som kan guide behandlingsvalg eller forudsige prognosen for borgere med uspecifik lænderygbesvær ^{5), 11), 12)}
- Billeddiagnostik har begrænset værdi i udredning af borgere med lænderygbesvær. Allerede i 40-års alderen har mindst 50 pct. af borgere uden lænderygbesvær degenerative forandringer som fx diskusprolaps og artrose ^{18), 20)}

Tabel 1: Overblik over aktørernes indsatser i forbindelse med diagnosticering

	Praksissektoren				Kommunerne		Regionen
	Privatpraktiserende				Sundhedsloven		
	læger	fysioterapeuter	kiropraktorer	speciallæger	§ 119	§ 140	Jobcentret Sygehusene
Diagnosticering	x	x	x	x			x
Vurdering af funktionsevne (ICF)	x	x	x	x	x*	x**	x
Henvisning til billeddiagnostik	x		x	x			x

* Kommunerne er ifølge [Sundhedslovens § 119](#) forpligtet til at skabe rammer for en sund levevis for borgerne, etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud samt patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. I 2027 overføres myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse fra kommunerne til sundhedsrådene som en del af sundhedsreformen.

** Kommuner skal ifølge [Sundhedslovens § 140](#) tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, som beskrevet i en genoptræningsplan.

cancer diagnose ^{7), 8), 9)}. Ligeledes stiger risikoen for underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse med alderen ¹⁰⁾.

Såkaldte røde flag er ikke pålidelige til udredning af underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, fordi de er uspecifikke. Omkring 80 % af borgere med lænderygbesvær i praksissektoren har mindst ét rødt flag uden at have underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse.

Fælles for de røde flag er, at de hverken enkeltvis eller samlet er dokumenteret brugbare til at identificere underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som fx cancer ^{29), 30)}. Røde flag har derfor begrænset selvstændig værdi, men er en hjælp til på struktureret vis at forholde sig til den diagnostiske triage, og de bør indgå som en del af den samlede kliniske vurdering ³¹⁾. Se eksempler på røde flag nedenfor.

Mange borgere med lænderygbesvær har haft lænderygbesvær før. Der bør generelt være opmærksomhed på at afdække, hvilke tilbud borgeren tidligere har fået og effekten af disse, samt om der er behov for fornyet tilbud.

Røde flag

I litteraturen er der identificeret 46 forskellige røde flag. Oftest nævnt er ³¹⁾:

- Traume
- Tidligere cancer
- Utilsigtet vægttab
- Nattesmerter
- Manglende motorisk funktion
- Manglende evne til vandladninger

4.2. Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF

Da lænderygbesvær ofte påvirkes af flere faktorer, vurderes borgerens samlede funktionsevne ud fra den enkeltes individuelle fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige kontekst. Dette skal ske med henblik på at lave en plan for, hvilke indsatser borgeren bør tilbydes for enten at lindre lænderygsmerterne, forbedre funktionsevnen og/eller bidrage til i højere grad at kunne mestre smerterne i det daglige. Udredningen foretages derfor med udgangspunkt i



komponenterne fra International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

ICF er et fagligt anerkendt redskab. ICF-forståelsesrammen er et vigtigt supplement til ICPC-koden/ICD-koden, og kvalificerer borgerens rehabilitering i et bio-psyko-socialt perspektiv.

ICF indeholder tre domæner, som beskriver funktionsevnen:

- 1) kroppens funktioner og anatomi
- 2) aktivitet
- 3) deltagelse

Derudover beskriver to domæner borgerens kontekst:

- 1) omgivelser
- 2) personlighedsfaktorer

Denne ramme kan være med til at give et overblik over borgerens samlede situation og ressourcer. Det forventes at alle domæner berøres, og at der går i dybden med de domæner og i den grad, der findes klinisk relevant. Figur 2 viser forståelsesrammen for ICF.

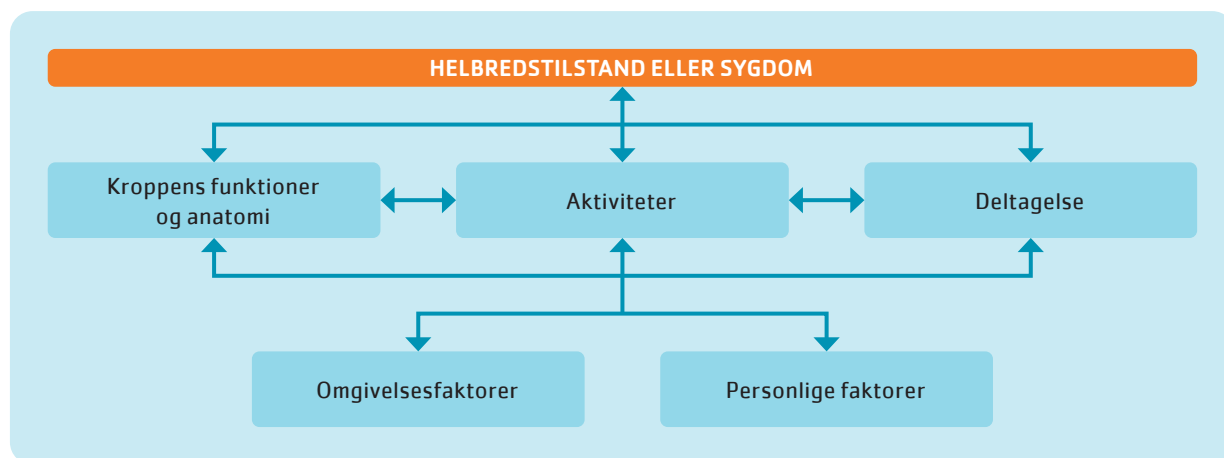
Kroppens funktioner og anatomi

I vurderingen af kroppens funktioner og anatomi indgår anamnese og objektiv undersøgelse.

Anamnese bør indeholde information om varighed, smerteintensitet, lokalisering af smerter og borgerens opfattelse af smerterne, herunder årsager. Der spørges ind til det generelle aktivitetsniveau, både på arbejde og i fritiden, energiniveau, søvn og komorbiditet, såvel fysisk som mental.

Desuden kortlægges borgerens tidligere

Figur 2: Forståelsesramme for ICF



behandlingserfaringer og forventninger til det aktuelle forløb.

Den objektive undersøgelse bør indeholde vurdering af borgerens bevægeadfærd samt basal neurologisk undersøgelse.

Der findes ikke kliniske tests, der med sikkerhed kan identificere den fysiske smertekilde, eller som kan guide behandlingsvalg eller forudsige prognosen for borgere med uspecifik lænderygbesvær ^{5), 11), 12)}. Den medicinske og psykosociale triagering beror således på en samlet vurdering.

Aktivitet

Vurdering af hvad borgeren fysisk kan udføre, hvilket bl.a. omfatter almindelig daglig livsførelse, fx stå/sidde- og løftekapacitet, almindeligt husarbejde, gangfunktion og personlig hygiejne. Aktivitetsniveauet beskrives primært ved borgerens selvoplevede aktivitetsbegrænsning og barrierer herfor. Til vurdering af borgerens aktivitetsniveau kan der eventuelt suppleres med validerede spørgeskemaer, fx Roland Morris Disability Questionnaire ³²⁾ til at vurdere funktionsniveau som følge af lænderygbesvær, Oswestry Disability Index ³³⁾ til at måle funktionsevne hos borgere med lænderygbesvær, eller European Quality of life – 5 Dimensions (EQ-5D) ³⁵⁾ til vurdering af helbredsrelateret livskvalitet.

derygbesvær, eller European Quality of life – 5 Dimensions (EQ-5D) ³⁵⁾ til vurdering af helbredsrelateret livskvalitet.

Deltagelse

Vurdering af borgerens evne til at håndtere den aktuelle situation, deltagelse i arbejdslivet, fritidsinteresser, sociale sammenhænge mv. Begrænset deltagelse kan være smertebetinget, men kan også skyldes andre faktorer, såsom bekymring for at skade ryggen eller bevægelsesangst, som derfor bør afdækkes. Deltagelse beskrives primært ved borgerens egen oplevelse af begrænsning og barrierer for ændring. Til screening for risikofaktorer for sygefravær og psykosociale faktorer hos personer med lænderygbesvær kan der eventuelt anvendes Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ) ³⁴⁾.

Omgivelsesfaktorer

Omgivelsesfaktorerne beskrives ved tilknytning til arbejdsmarkedet og sociale relationer samt økonomi. Der bør være fokus på varighed og omfang af eventuel sygemelding, samt mulighed for aflastning på arbejdspladsen, delvis tilbagevenden til arbejde og støtte i hjemmet. Andre omgivelsesfaktorer, der har betydning, er adgang til transport, andre kom-

munale indsatser og igangværende erstatnings-sager.

Personlige faktorer

Vurdering af borgerens coping strategier herunder forståelse af årsagen til smerterne i forhold til at mestre fx den arbejdsmæssige og sociale situation trods smerter. Desuden faktorer, der kan have betydning for den enkeltes evne til at håndtere den aktuelle situation, fx depression, angst, overvægt, hjerte- eller lungesygdom. Læs mere om risikostratificeret indsats i afsnit 5.2. Planlægning af forløb.

Samlet ICF-vurdering

Vurderingen af hvert domæne samles med henblik på at identificere betydende faktorer for forbedring eller forværring, ressourcer, behandlingsmuligheder, mulige justeringer på arbejdspladsen, og relevante indsatser i forhold til eventuel komorbiditet. Den samlede vurdering har fokus på samspillet mellem smerter og funktionsbegrænsninger i forhold til borgerens sygdomsforståelse, forventninger, psykosociale tilstand og målsætninger. ICF-vurderingen foretages af alle aktører i praksissektoren, i kommunerne og på sygehusene.

ICF-rammen understøtter den fagprofessionelle i en bio-psyko-social tilgang til borgerens kliniske præsentation og faciliterer en aktiv (rehabiliterende) tilgang til borgeren, hvor det primære fokus er på sygdomsforståelse og egenhåndtering med funktionsrettet træning og smertelindrende manuel behandling som eventuelt supplement. Den fordrer, at den enkelte fagprofessionelle afdækker alle relevante nuancer i borgerens problematik for at kunne kvalificere den efterfølgende indsats.

4.3. Billeddiagnostik

Billeddiagnostik har en begrænset plads i diagnosticering af borgere med lænderygbesvær.

Billedfund kan være vanskelige at tolke, fordi degenerative forandringer som fx diskusprotrusioner og -prolapser, spinalstenose, facetledsartrose og Modic-forandringer også er meget hyppigt forekommende hos borgere, der ikke har lænderygbesvær. Allerede i 40-årsalderen er der degenerative forandringer hos minimum 50 % af borgere, som ikke har smerter ^{18), 20)}.

Størstedelen af nyopståede tilfælde af lænderygsmarter er godartede og går over af sig selv. Rutinemæssig billeddiagnostik vil i disse tilfælde ikke have betydning for patientens muligheder for at komme sig. Billeddiagnostik kan påvise aldersrelaterede ændringer i rygraden og tilfældige fund. Disse fund vil ofte ikke være årsagen til rygsmerterne, og de vil ikke kræve behandling, men de kan derimod gøre patienten unødvendigt bekymret. De tilfældige fund kan føre til flere undersøgelser og i yderste konsekvens føre til unødvendig operation.

Derfor offentliggjorde Vælg Klogt-organisationen i oktober 2020 en anbefaling om at undgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmarter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse. Læs mere om anbefalingen og baggrunden for den [her](#).

Det anbefales, at der kun henvises til billeddiagnostik ved mistanke om underliggende



Anbefaling fra Vælg Klogt

Undgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmarter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse.

ikke-muskuloskeletal lidelse, eller hvor billed-diagnostiske undersøgelser muligvis vil ændre diagnosen og/eller behandlingstilbuddet.

Årsagerne kan fx være:

- Mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse
- Ved mistanke om nerverodspåvirkning med væsentlig funktionsbegrænsning og høj smerteintensitet, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 8 uger, kan borgeren henvises til Rygcenter Sjælland Køge eller evt. MR-scanning
- Progredierende neurologiske udfald
- Nyopstået (inden for 48 timer) nedsat kraft grad 3 eller derunder ¹⁹⁾
- Ved mistanke om spinalstenose, gangrelaterede bensmerter og/eller betydelig funktionsbegrænsning, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 8-12 uger, kan borgeren henvises til Rygcenter Sjælland Køge eller evt. MR-scanning
- Mistanke om fraktur

Forskning peger på, at det er af betydning, at scanningsfund formidles på en letforståelig måde til borgeren af en kliniker med kendskab til borgerens problematik, som kan vurdere betydningen af scanningsresultaterne i forhold til borgerens symptomer og kliniske undersøgelser ³⁶⁾. Selve formidlingen er også af betydning. Beskrives almindelige aldersbetingede forandringer og ubetydelige strukturelle anomalier som normale fund, undgår man i højere grad at skabe unødigt bekymring og frygt ³⁶⁾. Er man som kliniker i tvivl om fortolkningen af de billeddiagnostiske fund, er man velkommen til at henvende sig til rådgivning hos Rygcenter Sjælland Køge på 93 56 81 82 på hverdage mellem 8.00-15.00.

På Helbredsprofilen kan der findes flere op-

lysninger om rygsmerter: [Rygsmerter - Helbredsprofilen](#).

Se Tabel 2: Retningslinje for henvisninger ved mistanke om specifikke diagnoser.

Se Tabel 1: Overblik over aktørernes indsatser i forbindelse med diagnosticering.



Henvisning til MR-scanning for praksissektoren

Henvisning til MR-scanning **accepteres** ved:

- Mere end 8 ugers konservativ behandling
- Med nerverodspåvirkning
- Spinalstenose
- Ved kroniske (> 3 mdr.) og betydeligt funktionsbegrænsende smerter

Henvisning til MR-scanning **afvises** ved:

- Cauda Equina syndrom/medullær påvirkning eller progredierende pareser (kraftgrad < 3)
- Cancer eller infektion
- Rygsøjlegigt
- Pacemaker/ICD

Tabel 2: Retningslinje for henvisninger ved mistanke om specifikke diagnoser

Ved mistanke om:	Henvis til:
Cauda Equina syndrom/medullær påvirkning eller progredierende pareser (kraftgrad < 3)	Nærmeste akutafdeling
Cancer eller infektion	Diagnostisk pakkeforløb på lokalsygehus/cancer-udredning
Kompressionsfraktur, listese eller arkolyse	Røntgen af det relevante område foreslås. Derudover er der ikke rutinemæssig indikation for røntgen af columna
Rygøjlegigt (Spondylarthritis/Morbus Bechterew)	Reumatolog
Nerverodspåvirkning, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 8 uger	Rygcenter Sjælland Køge MR-scanning
Spinalstenose – gangrelaterede bensmerter og betydelig funktionsbegrænsning – hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 8-12 uger	Rygcenter Sjælland Køge MR-scanning
Ved kroniske (> 3 mdr.) og betydeligt funktionsbegrænsende smerter, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 12 uger	Rygcenter Sjælland Køge MR-scanning
Patienter med behov for MR-scanning med Pacemaker/ICD	Rygcenter Sjælland Køge

Se også visitationsmeddelelsen for [MR lænderyg på Sundhed.dk](#).

5. Planlægning af forløb og principper for valg af indsatser

5.1. Generelle principper for formål med forløb og valg af indsatser

Formålet med de indsatser, som tilbydes til borgere med lænderygbesvær, er at:

- Styrke borgerens egenhåndtering
- Bibringe borgerne viden om og forståelse af deres tilstand
- Forbedre funktion herunder arbejdsevne samt understøtte borgerne i at udvikle strategier til at håndtere perioder med forværring af smerter og ændret funktionsniveau
- Lindre smerter
- Begrænse/forhindre tilbagefald

Når det vurderes hvilke indsatser, der vil være de rette til den enkelte borger, bør følgende overvejelser indgå:

- Indsatserne baseres på anbefalinger fra evidensbaserede kliniske retningslinjer
- Indsatserne baseres på borgerens ønsker og erfaringer
- Resultaterne af indsatsen bruges til at planlægge det videre forløb og de næste indsatser
- Der evalueres løbende på fremgangen. Hvis der ikke er fremgang, eller hvis fremgangen er utilfredsstillende, så ændres tilgang og indsatser

5.2. Planlægning af forløb

Der findes grundlæggende to tilgange til planlægning af forløb for borgere med lænderygbesvær: En gradueret indsats og en risiko-stratificeret indsats. Der er ikke evidens for, at den ene tilgang er mere effektiv end den anden ^{37), 38)}.

Gradueret indsats:

Alle borgere tilbydes den samme basis intervention, hvor beslutninger vedrørende behandlingstilbud er baseret på behandlingsrespons og borgerens præference. I denne tilgang tilbydes mere omfattende interventioner kun til borgere med utilfredsstillende effekt af en mere enkelt tilgang.

Risikostratificeret indsats:

Alle borgere tilbydes intervention baseret på deres risikoprofil. Risiko-stratificeringsværktøjer har til formål at understøtte evidensbaseret klinisk beslutningstagning. Der findes forskellige tilgange til risikostratificering (risikostratificering baseret på prognostiske faktorer, på behandlingsrespons eller på underliggende mekanismer) ^{37), 38), 39)}.

Det mest testede risikostratificeringsværktøj på rygområdet er STarT Back Screening Tool, hvor borgeren modtager behandling svarende til en lav, medium eller høj risiko for udvikling af kronicitet. Effekten af stratificering ved hjælp af STarT-skemaet varierer afhængig af undersøgelsesrammerne. Således peger flere studier på en god effekt af stratificering med STarT-skemaet, mens andre ikke har vist en effekt – herunder en randomiseret klinisk undersøgelse fra Danmark ^{39), 40), 41), 42)}.

I de danske nationale kliniske retningslinjer for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede lændesmerter og lumbal radiculopati anbefaler man ikke rutinemæssig brug af stratificeringsværktøjer ⁴³⁾.

Planlægningen af indsatser for den enkelte skal altid tage udgangspunkt i diagnosen, sundhedskompetencer og dermed den samlede vurdering. Indsatsen tager udgangspunkt i problemets kompleksitetsgrad, borgerens mål, erfaringer, motivation, behov og ressourcer,

herunder fysisk, psykisk og social formåen og indsatsen skal ske i et tæt samarbejde med borgeren. Det anbefales, at borgerens pårørende inddrages. Læs mere om begrebet Sundhedskompetence [her](#).

6. Beskrivelse af målgrupper og opmærksomhedspunkter

6.1. Mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse

Borgere med lænderygbesvær udredes med grundig anamnese herunder såkaldte røde flag og objektiv undersøgelse. Hvis der i den samlede kliniske vurdering opstår mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse som årsag til lænderygbesværet henvises til relevant udredning ud fra den mistænkte lidelse. Selvom hyppigheden af underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse er lav, er det vigtigt både tidligt, men også senere i forløbet at være opmærksom og handle på tegn på underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse.

6.2. Mistanke om cauda equina syndrom

Hos borgere, hvor der er mistanke om cauda equina syndrom eller parese med kraftgrad 3 eller derunder, som er opstået indenfor 48 timer, er der indikation for akut henvisning til vurdering i lokal akutmodtagelse.

Se også [Henvisning for rygpatienter på Sundhed.dk](#).

6.3. Mistanke om nerverodspåvirkning

Hos borgere, hvor der er mistanke om nerverodspåvirkning håndteres med samme overordnede tilgang som borgere med uspecifik lænderygbesvær, herunder grundig information om diagnose og forventet prognose. Herudover særligt for denne gruppe løbende vurdering af, om der er tegn på cauda equina/ progredierende neurologiske udfaldssymptomer, der kræver akut evaluering.

Hos borgere, hvor der er mistanke om nerverodspåvirkning foretages der regelmæssig monitorering. Hvis relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 8 uger, kan borgeren henvises til Rygcenter Sjælland Køge eller evt. MR-scanning (Se Tabel 2: Retningslinje for henvisninger ved mistanke om specifikke diagnoser).

Der findes følgende overenskomstbaserede pakkeforløb:

- Standardiseret prolapspakkeforløb for lænd og nakke med undersøgelser og faste opfølgningstidspunkter i kiropaktorpraksis (prolapspakkeforløb). Læs mere [her](#).
- Strukturerede pakkeforløb for nerverodspåvirkning i nakke og lænd i fysioterapipraksis. Læs mere [her](#).

Indholdet er baseret på Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer og bør ske i tæt samarbejde med borgerens praktiserende læge.

6.4. Mistanke om lumbal spinalstenose

Borgere, hvor der er mistanke om symptomgivende lumbal spinalstenose håndteres med samme overordnede tilgang som borgere med uspecifik lænderygbesvær, herunder grundig information om diagnose og forventet prognose ^{44), 45), 46)}.

Ved mistanke om lumbal spinal stenose, hvor relevant håndtering og behandling ikke har medført tilfredsstillende klinisk bedring efter 8-12 uger, kan borgeren henvises til Rygcenter Sjælland Køge eller evt. MR-scanning (Se

Tabel 2: Retningslinje for henvisninger ved mistanke om specifikke diagnoser).

Der findes følgende overenskomstbaserede pakkeforløb:

- Standardiseret pakkeforløb med undersøgelser og faste opfølgningstidspunkter i kiropraktorpraksis (stenosepakkeforløb). Læs mere om pakkeforløbene [her](#).
- Standardiseret pakkeforløb for lumbal spinalstenose i fysioterapipraksis. Læs mere om forløbene [her](#).

Indholdet i pakkeforløbene er baseret på Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer og sker i tæt samarbejde med borgerens praktiserende læge.

6.5. Ukompliceret uspecifik lænderygbesvær

Borgere med ukompliceret uspecifik lænderygbesvær håndteres typisk i praksissektoren. Af hensyn til sammenhæng i borgerens forløb bør der være kommunikation om behandlingsforløbet mellem de involverede aktører, så forløbet og eventuelle ændringer i planen er gennemsigtige for både borgeren og de involverede aktører.

Der findes følgende overenskomstbaserede pakkeforløb i fysioterapipraksis til patienter med primære smerter i lænderyggen. Pakkeforløbet indeholder undersøgelse, patientuddannelse og superviseret træning. Læs mere om pakkeforløbet "Primære smerter i lænderyggen" [her](#).

I kiropraktorpraksis tilrettelægges indsatsen på baggrund af kiropraktoroverenskomstens ydelser typisk omfattende undersøgelse, manuel behandling, træning og patientuddannelse.

6.6. Kompliceret uspecifik lænderygbesvær

For borgere med en mere kompliceret klinisk præsentation (fx langvarige smerter, betydelig funktionsnedsættelse, væsentlige psykosociale elementer og/eller komorbiditet), kan der være behov for en tværfaglig og/eller tværsektoriel indsats. Disse forløb kan involvere aktører i praksissektoren, sygehusene herunder smertecentrene, kommunale genoptræning, sundhedstilbud, og beskæftigelsesområdet, hvis borgeren er sygemeldt eller arbejdsstruet. Kommunikation mellem de involverede aktører er essentielt for at skabe et godt og gennemsigtigt forløb for borgeren.

6.7. Behov for vedvarende støttet egenhåndtering

Der er borgere, som efter endt behandling fortsat har smerter og funktionsbegrænsning i et omfang, der har væsentlig indgriben i deres hverdag, arbejdsmæssigt og privat. Mange af disse vil have behov for støttet egenhåndtering og behandling, der kan imødekommes i primærsektoren, evt. med supplement af de kommunale "LÆR AT TACKLE"-kurser.

Der bør kun henvises til revurdering hos henvisende instans, hvis der er en væsentlig ændring i tilstanden.

7. Indsatser til borgere med lænderygbesvær



Figur 3 og tabel 3 viser praksissektorens, sygehusenes og kommunernes forskellige indsatser til borgere med lænderygbesvær, der søger hjælp hos fagprofessionelle. Se også Figur 4: ”Overblik over indsatser og henvisningsmuligheder for hver aktør i primær og sekundær sektor ved borgere med lænderygbesvær”, som fremgår efter afsnit 7.12.

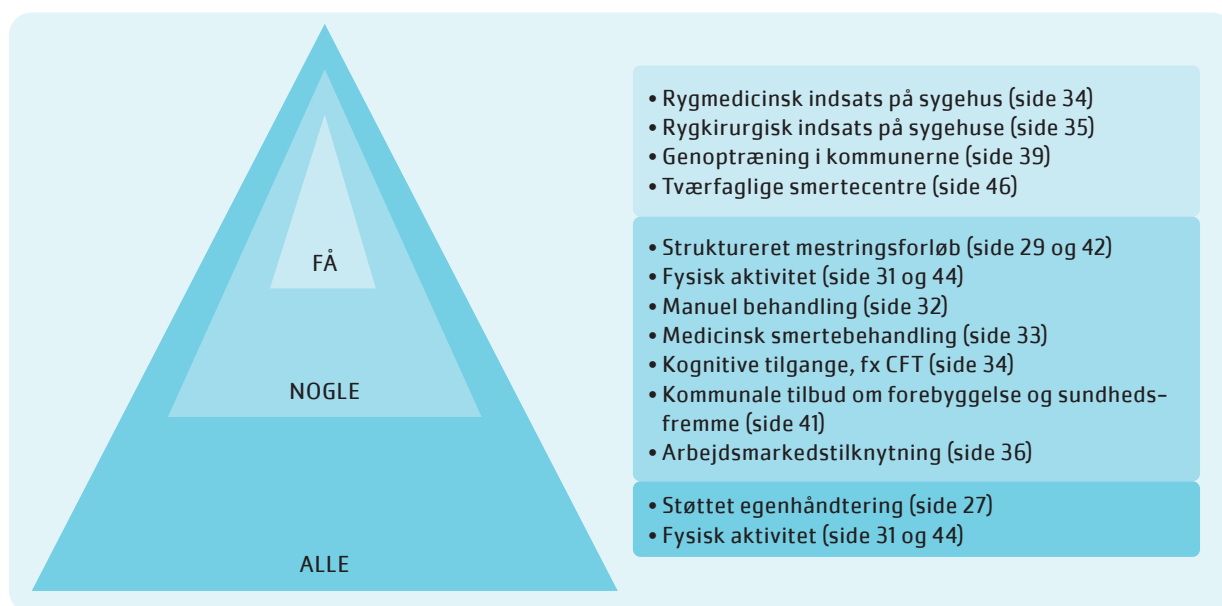
Støttet egenhåndtering er omdrejningspunktet i indsatsen til borgere med lænderygbesvær. Ud over støttet egenhåndtering afhænger forløbet af borgerens konkrete situation. De øvrige indsatser kan således tillægges, men ikke stå alene.

I forhold til de omtalte behandlinger er det ikke altid muligt at lave en faggruppespecifik opdeling i forhold til, hvem der leverer specialiserede tilbud, da det i høj grad afhænger af den individuelle klinikers kompetencer inden for det enkelte område.

7.1. Støttet egenhåndtering

Cirka to tredjedele af borgere med lænderygbesvær, som henvender sig hos praksissektoren, fortæller om tilbagevendende eller vedvarende grad af smerter et år efter henvendelsen ⁴⁷⁾. De færreste borgere med episodisk eller vedvaren-

Figur 3: Indsatser til borgere med lænderygbesvær



de lænderygbesvær undgår fremtidige episoder og/eller bliver helt fri for smerter ¹⁷⁾.

Et godt liv på trods af lænderygbesvær beror derfor på evnen til at tilpasse sig og håndtere de deraf afledte fysiske, psykiske, sociale og følelsesmæssige udfordringer ⁴⁸⁾. Støttet egenhåndtering er således omdrejningspunktet i det samlede tilbud til borgere med lænderygbesvær ¹⁴⁾.

Støttet egenhåndtering som en del af et behandlingstilbud skal give borgeren viden, færdigheder og indsigt i sin situation. Det involverer elementer som værdibaseret målsætning, handleplaner, problemløsning, mestringsforløb og færdighedstræning ⁴⁹⁾. Færdighedstræning vil typisk rette sig mod at genetablere funktion og bevægelse.

Støttet egenhåndtering indebærer, at borgeren kan tage velinformerede beslutninger om sit eget helbred og sin behandling, og at borgeren kan håndtere lænderygbesvær på en måde, der giver færrest muligt begrænsninger i hverdagen ^{49), 50)}.

Støttet egenhåndtering bør indeholde vejledning i strategier for gradvis tilbagevenden til normale og værdifulde hverdagsaktiviteter som fx arbejde og fritidsaktiviteter.

Støttet egenhåndtering bør tage udgangspunkt i borgerens sundhedskompetencer, herunder handlekompetencer inden for bl.a. energiforvaltning, balancen mellem aktivitet og hvile, kommunikation til andre om ens rygbesvær, psykisk påvirkning og hvor man finder hjælp og afslapning. At støtte borgeren i hvordan man opnår sundhedskompetencer er derfor central i støttet egenhåndtering.

Individuel, værdibaseret målsætning samt den enkelte borgerens sundhedskompetencer guider indsatsen for borgerens egenhåndtering. Frem for et traditionelt fokus på at behandle et strukturelt/mekanisk problem, afdækker kliniker og borger i fællesskab de fysiske, mentale og praktiske hindringer, der står i vejen for at borgeren kan deltage i aktiviteter, der opleves værdifulde. Dermed identificeres borgerens specifikke behov for viden, kompetencer og håndteringsværktøjer.

Tabel 3: Overblik over hvilke indsatser, der varetages af de enkelte aktører

		Støttet egenhåndtering side 27	Struktureret mestringsforløb, side 29 og 42	Fysisk aktivitet side 31 og 44	Manuel behandling side 32	Medicinsk smertebehandling side 33	Kognitive tilgange, fx CFT side 34	Rygmedicinsk indsats på sygehus side 34	Rykirurgisk indsats på sygehus side 35	Arbejdsmarkedstilknytning side 36	Genoptræning i kommunerne (Sundhedsloven §140), side 39	Kommunale forebyggelsestilbud (Sundhedsloven §119), side 41
Praksissektoren	Privat praktiserende fysioterapeuter	x	x	x	x		(x)					
	Privat praktiserende kiropraktorer	x	x	x	x							
	Privat praktiserende læger	x				x				x		
	Privat praktiserende speciallæger	x				x				x		
Kommunerne	Sundhedstilbud	x	x	x*			(x)			x		x
	Genoptræning	x		x	(x)		x			x	x	
	Beskæftigelsesområdet	x								x		
Sygehusene	Rygcenter Sjælland Køge	x				x	x	x	x	x		
	Rygcenter Sjælland (Næstved/Slagelse) Rygklinik Holbæk	x				x	x	x		x		
	Tværfaglige smertecentre	x	x	x		x	x			x		

Forklaring til tabel 3: Parentes i tabellen angiver, at indsatsen ikke er en standardydelse hos aktøren. *Kommunerne skal i forlængelse af kvalitetsstandards for mennesker med kronisk sygdom afklare om borgerne har brug for tilbud om fysisk aktivitet. Læs mere her: [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandards](#)

7.2. Struktureret mestringsforløb

Mestring er en vigtig del af støttet egenhåndtering. Mestringsforløb skal bibringe borgeren viden om og forståelse for sin tilstand og rationalet for en aktiv tilgang trods smerter samt

færdigheder og værktøjer til smertehåndtering og kan alene være tilbuddet til borgeren. Mestringsforløb bør sigte mod at fjerne misforståelser om ryggen, der skaber unødvendige begrænsninger for et aktivt liv og mod at udvikle kompetencer og adfærd, der fører til bedre helbred⁵⁰⁾.



Mestringsforløb kan desuden indeholde følgende elementer tilpasset patienten:

- Gennemgang af hvad lænderygbesvær er, herunder årsager, prognose, varighed og forventet udvikling samt indflydelse på funktionsevne, adfærd og mental velbefindende
- Information om smertemekanismer/smertefysiologi med henblik på at give borgeren en opdateret viden om egen tilstand og at rette eventuelle misforståede årsagssammenhænge
- Viden om faktorer der kan medføre forværring eller bedring af smerter, fx livsstil/livsomstændigheder, ressourcer versus belastninger, søvnmangel, håndtering af træthed/prioritering af energi, stress mv
- Strategier for hensigtsmæssig håndtering af daglige fysiske og sociale aktiviteter, smerter og eventuelle psykiske konsekvenser fx pacing (balance mellem aktivitet og hvile), seksualitet, kommunikation og medicin
- Arbejdsmarkedstilknytning: Borgere i den erhvervsaktive alder skal oplyses om deres muligheder for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet, samt hvordan beskæftigelsesområdet kan hjælpe dem hertil
- Færdighedstræning: Betydningen og vigtigheden af at fortsætte daglige aktiviteter, fysisk aktivitet, vejledning og træning i øvrigt, herunder træning i hverdagsaktiviteter

Støttet egenhåndtering, herunder patientuddannelse, er en kontinuerlig proces og en integreret del af de indsatser, som borgeren er i gang med. Indsatsen tager udgangspunkt i bor-

gerens behov og tilpasses den enkelte borgers viden, erfaring, motivation og intellektuelle formåen. Indsatsen foregår i et aktivt samspil mellem borger og fagprofessionelle. Indsatsen skal på den måde styrke borgerens handlekompetence, sundhedskompetence og livskvalitet 51). Støttet egenhåndtering er ikke ensbetydende med, at borgeren skal overlades til at håndtere sit lænderygbesvær på egen hånd.



Mestring

- Hver borger håndterer sine gener med lænderygbesvær
- Et struktureret mestringsforløb kan give borgeren de bedste forudsætninger for at leve et så godt hverdagsliv som muligt med lænderygbesvær
- Et struktureret mestringsforløb kan indeholde emner som vaner, søvn, sociale omgivelser/fællesskaber/netværk, samt hvordan man kan ændre egen adfærd

7.3. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan ikke stå alene, men kan være et supplement til støttet egenhåndtering. Faktaboksen ”Fysisk aktivitet” opsummerer viden om fysisk aktivitet ved lænderygbesvær. Fysisk aktivitet kan reducere smerter, forbedre funktion og forebygge nye episoder hos borgere, som har lænderygbesvær ^{52), 25)}. Derfor anbefaler både danske ⁴³⁾ og internationale retningslinjer ⁵³⁾ fysisk aktivitet til både nyopstået og langvarigt lænderygbesvær. Anbefalingerne bygger på omfattende forskning sammenfattet i mange oversigtsartikler ⁵²⁾. Selvom effekterne af fysisk aktivitet på smerte og funktion ikke er store på gruppeniveau ⁵⁴⁾, kan effekterne for

den enkelte borger være store. Når fysisk aktivitet er superviseret ⁵⁵⁾ eller i kombination med kognitive tilgange ⁵⁶⁾, ser det ud til, at effekterne bliver større ⁵⁷⁾. Især når fysisk aktivitet ikke står alene, men indgår i et individuelt tilpasset program.

Fysisk aktivitet har ikke kun til formål at reducere smerter, men også at forebygge inaktivitet, livsstilssygdomme og øge den generelle funktionsevne i hverdagen. Mange klarer sig fint med de tilbud, der er tilgængelige i de frivillige organisationer, fitnesscentre og lignende, mens nogle har brug for rådgivning og vejledning af fagprofessionelle. Fysisk aktivitet, som er superviseret, foregår oftest hos en privat praktiserende fysioterapeut eller kiropraktor eller i et kommunalt tilbud.

Fysisk aktivitet skal tage udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens fysiske og mentale udgangspunkt, behov, forventninger, følelser og træningsmål. Den fysiske aktivitet bør tilrettelægges, så borgeren støttes i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen. Målet er, at borgeren bliver i stand til at reflektere over sit lænderygbesvær og bruge fysisk aktivitet som en del af egenhåndteringen. Borgeren bør således opnå og anvende viden om sin krop og om fysisk aktivitet som middel til at håndtere symptomer og/eller forebygge følger og forværring. Fysisk aktivitet kan også give borgeren en oplevelse af egen fysisk formåen og tryk ved at være fysisk aktiv både på arbejdet og i fritiden ⁵⁸⁾.

Fysisk aktivitet kan for nogle borgere forårsage forværring af smerter, hvorfor nogle kan opfatte fysisk aktivitet som skadeligt. Det er derfor vigtigt, at borgere oplyses om, at der godt må være smerter/gener eller opblussen under og lige efter den fysiske aktivitet så længe disse klinger af eller når et vanligt niveau i løbet af kort tid. Fysisk aktivitet skal ikke forværre borgerens sædvanlige smerter/gener over lænderygbesvær.

gere tid. Samtalen med borgeren bør i første omgang rette sig mod at undgå inaktivitet, dernæst mod forslag om forskellige former for fysisk aktivitet.

Det er vigtigt, at borgeren har kendskab til rationalet bag fysisk aktivitet for derigennem at



Fysisk aktivitet

- Fysisk aktivitet for borgere med lænderygbesvær er anbefalet af nationale og internationale kliniske retningslinjer ⁵³⁾
- Fysisk aktivitet for borgere med lænderygbesvær omfatter generel fysisk aktivitet og konditionstræning såvel som øvelser, der giver styrke, smidighed, kontrol og balance
- Træning kan reducere smerter, forbedre funktion og forebygge lænderygbesvær hos borgere med episodisk eller vedvarende lænderygbesvær på samme niveau som andre anbefalede behandlinger som for eksempel manuel terapi ⁵²⁾
- Effekten af træning på smerte og funktion er ikke store på gruppeniveau, men kan være store for den enkelte borger ⁵²⁾
- Det er i dag ikke muligt at identificere borgere, der responderer godt på træning eller at fremhæve bestemte former for træning frem for andre ⁵²⁾
- Effekten af træning er størst, når det er superviseret, kombineret med andre behandlinger og med kognitive tilgange ^{54), 55), 56)}
- Fysisk aktivitet bør tilpasses, så borgerens fysiske udgangspunkt, forståelse, mentale forestillinger og følelser inddrages

finde frem til de former for fysisk aktivitet, der motiverer borgeren og samtidig tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlekompetencer. Dette skal ske via en samtale med borgeren eller ved i fællesskab at udarbejde en plan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud. Mål og delmål kan med fordel omfatte aktiviteter eller færdigheder, der har værdi for borgeren, og som lænderygbesværet afholder borgeren fra at gøre ⁵⁹⁾. Nye vaner for aktivitet kan være svære at indarbejde, hvorfor det er vigtigt at understøtte motivation og blivende adfærdsændring.

7.4. Manuel behandling

Manuel behandling kan ikke stå alene, men kan være et supplement til støttet egenhåndtering. Faktaboksen "Manuel behandling" giver en opsummering på viden om manuel behandling.

Manuel behandling består af manipulation og mobilisering af led mellem ryghvirvlerne i lænd-



Manuel behandling

- Manuel behandling anbefales i danske og internationale evidensbaserede kliniske retningslinjer for borgere med uspecifik lænderygbesvær uanset varighed ^{43), 61), 62)}
- Der er evidens for, at manuel behandling kan reducere smerter og forbedre funktion hos borgere med vedvarende lænderygbesvær på samme niveau som andre anbefalede behandlinger for eksempel fysisk aktivitet ⁶⁰⁾
- Manglende bedring efter 4-5 behandlinger indikerer, at yderligere manuel behandling sandsynligvis ikke vil medføre klinisk relevant bedring ⁶³⁾

den og i bækkenet samt forskellige former for bløddelsbehandling af muskulatur og senevæv. Ofte bliver manuel behandling udført som en kombination af flere teknikker og anvendes hyppigst ved opblussen af lænderygbesvær.

Formålet med manuel behandling er at forbedre bevægelse og funktion af led og muskler samt lindre smerter.

Manglende bedring efter 4-5 behandlinger indikerer, at yderligere manuel behandling sandsynligvis ikke vil medføre klinisk relevant bedring ^{(60), (61), (62), (63)}.

7.5. Medicinsk smertebehandling

Medicinsk smertebehandling kan ikke stå alene, men kan være et supplement til støttet egenhåndtering. Faktaboksen ”Medicinsk smertebehandling” giver en opsummering på viden om medicinsk smertebehandling. Læger bør være forbeholdne ved ordination af medicinsk smertebehandling til borgere med lænderygbesvær, særligt bør der udvises tilbageholdenhed i forhold til langvarigt brug. Det skyldes, at der ved langvarig brug af medicinsk smertebehandling kan opstå alvorlige bivirkninger, og ved visse lægemidler kan der udvikles afhængighed og brug for større dosis efter længere tid (tolerance) ^{(43), (64), (65), (66)}.

Medicinsk smertebehandling bør kun spille en mindre rolle i den samlede indsats for borgere med lænderygbesvær. Se NKA: Brug af paracetamol, NSAID og opioider til behandling af akutte lænderygsmerter hos voksne og Farmakologisk behandling af kroniske nociceptive smerter.

Ordineres der medicinsk smertebehandling, skal målet for den enkelte borger være bedst mulig smertelindring (og ikke nødvendigvis

smertefrihed, som sjældent opnås) og færrest muligt bivirkninger, og en for borgeren acceptabel balance mellem virkning og bivirkninger. En fælles forståelse af målet mellem læge og borger er vigtig.

Løbende opfølgning på ordinationer af smertelindrende lægemidler er væsentlig for at evaluere effekten og opnå målet for behandlingen samt undgå unødige medicinering. Det anbefales, at der følges op på effekt af og bivirkninger efter få dage og igen senest tre til fire uger efter en ny ordination, og at omlægning og/eller afslutning af ordinationer løbende overvejes, samt at der altid foreligger en plan for seponering.



Medicinsk smertebehandling

- Medicinsk smertebehandling af lænderygbesvær omfatter primært Paracetamol, NSAID, Gabapentin eller opioider. Disse har traditionelt været meget anvendte til behandling af lænderygbesvær i Danmark
- I de senere år er evidensbaserede kliniske retningslinjer imidlertid ændret til ikke at anbefale disse behandlinger som førstelinjevalg hos borgere med lænderygbesvær. Dette skyldes manglende dokumentation for effekt eller dokumenteret meget lille effekt kombineret med risiko for alvorlige bivirkninger
- Hvis man ønsker at anvende farmakologisk behandling for muskuloskeletale smerter anbefaler Sundhedsstyrelsen ved episodiske smerter Paracetamol, NSAID eller opioider i kort tid (dage eller få uger), mens man ved vedvarende smerter kun anbefaler medicinsk smertebehandling i særlige tilfælde uanset præparat ^{(43), (64), (65), (66)}

7.6. Kognitive tilgange, herunder Kognitiv Funktionel Terapi (CFT)

Formålet med en systematisk kognitiv tilgang er, at klinikerer identificerer kognitive, emotionelle, sociale og adfærdsmæssige faktorer, som bidrager til at fastholde patientens nedsatte aktivitetsniveau og smerter. Dette sker via en reflektiv og validerende proces, hvor der identificeres strategier, som kan facilitere smertekontrol i forbindelse med værdsatte dagligdagsfunktioner, med henblik på effektiv egenhåndtering.

En lovende kognitiv behandlingsform, særligt ved længerevarende lændesmerter, er Kognitiv Funktionel Terapi (CFT). CFT har i flere randomiserede kliniske studier vist god effekt på funktionsniveau. Derudover har CFT i ét randomiseret klinisk studie vist effekt på

reduktion af smerte, sammenlignet med traditionelle behandlingsformer som øvelsesterapi og manuel behandling ⁷²⁾.

CFT består af tre elementer:

- 1) Forståelse af hvilke elementer der bidrager til smerten – ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv
- 2) Eksponering til aktivitet med smertekontrol – identifikation af bevægestrategier som kan understøtte tilbagevenden til værdsatte aktiviteter
- 3) Understøtte relevante livsstilsændringer

7.7. Rygmedicinsk indsats på sygehus

Borgere henvist til Regions Sjællands fælles rygvistation, bliver enten visiteret til rygmedicinsk eller rygkirurgisk forløb. Der laves en forundersøgelse, der indeholder en bred diagnostisk udredning og vurdering, herunder om der er klinisk mistanke om underliggende ikke-muskuloskeletal lidelse, som i så fald udredes nærmere. Læs mere om henvisning af rygpatienter [her](#).

På baggrund af den kliniske vurdering af den enkelte borgers behov kan der laves en fysioterapeutisk funktionsvurdering og forslag til smertebehandling, som iværksættes af egen læge. I tilfælde af komplekse problematikker tages borgeren op til konference med Smerteklinikken med henblik på anbefalinger eller tværfaglige forløb. Ved behov overgår borgeren til en rygkirurgisk vurdering. Ellers afsluttes en tredjedel af borgerne efter den initiale vurdering og vejledning. De øvrige ses til enkelte efterfølgende kontroller før forløbet overgår til primærsektoren.

I rygmedicinsk forløb afsluttes borgerne til kommunal genoptræning, opfølgning hos fysioterapeut/kiropraktor, privat praktiserende læge,



Kognitiv Funktionel Terapi (eng. Cognitive Functional Therapy, CFT)

- CFT understøtter den rehabiliterende tankegang i ICF-modellen og en biopsykosocial tilgang til patienten, som anbefales i såvel danske og internationale retningslinjer ^{43), 62)}
- CFT har demonstreret lovende effekt hos borgere med langvarige lændesmerter gennemført på borgere i Rygcenter Sjælland Køge og Smertecenter Syd ^{67), 68)}
- CFT har i internationale randomiserede undersøgelser vist bedre effekt på borgere med langvarige lændesmerter sammenlignet med manuel behandling og øvelser, holdtræning og vanlig behandling ^{69), 70), 71), 72)}

til egenhåndtering eller til kommunale sundhedstilbud.

I forhold til medicinsk smertebehandling er det overordnede princip på Rygcentrene og Rygklinikken, at der kun ordineres medicin hos borgere, der er i længere forløb, og hvor der er klinisk begrundelse for at medicinen ordineres netop her. Se mere herom i afsnittet Medicinsk smertebehandling. Ellers kan der fra sygehuset laves forslag til smertebehandling, som borgeren kan drøfte med egen læge.

7.8. Rygkirurgisk indsats på sygehuse

Stillingtagen til kirurgi er multifaktoriel. Som udgangspunkt skal der være god overensstemmelse mellem borgerens symptomer, objektive fund og billeddiagnostiske fund, for at man vil overveje at tilbyde en operation.

Faktaboksen "Operation" giver en opsummering om viden i forhold til operation.



Operation

- Operation anvendes ikke ved uspecifik lænderygbesvær
- Henvisning til sygehus kan overvejes ved tilstande, hvor lænderygbesvær og/eller bensmerter kan henføres til en specifik årsag fx diskusprolaps eller spinalstenose, hvor anden relevant behandling ikke har medført den ønskede bedring efter 8 uger
- Kirurgi kan også være indikeret ved rygsmerter som følge af frakturer og ved visse systemiske sygdomme, hvor et relevant kirurgisk tilbud eksisterer

(43), (73)

Herudover afhænger operationsindikationen også af borgerens generelle medicinske status (komorbiditet, alder, overvægt, rygning osv.) samt forventningerne til et godt resultat af operationen. Fordelene ved operationen skal overstige de potentielle risici ved indgrebet.

Kirurgisk tilgang til borgere med lænderygbesvær med udstråling til et eller begge ben

Hos borgere med nervepåvirkning hvor kirurgi overvejes, skal kirurgen i sin vurdering tage hensyn til, om borgeren forventes at få en betydende smertelindring og funktionsforbedring ved kirurgien set i forhold til borgerens habituelle lænderygbesvær, som ikke vil forventes bedret ved kirurgi for nervepåvirkning.

Hos denne gruppe borgere, hvor der klinisk er tegn på nervepåvirkning på grund af diskusprolaps, spinalstenose eller andre årsag, bør man, hvis der ikke er tilfredsstillende effekt af relevant konservativ behandling efter 8 uger, overveje henvisning til billeddiagnostik eller vurdering på sygehus.

Hvis der på billeddiagnostik findes relevant nervepåvirkning, som passer med borgerens udstrålende smerter og der fortsat ikke er tilfredsstillende effekt af konservativ behandling, henvises til vurdering på sygehuset, da effekten af kirurgi aftager med ventetiden på kirurgi.

Kirurgisk tilgang til borgere hvor lænderygbesvær er det primære problem

Borgere, der ikke har strukturelle forandringer, som kan forklare deres smerter – og altså har uspecifikke rygsmerter – har ikke gavn af operation.

En lille gruppe af borgere, der har vedvarende eller episodisk lænderygbesvær på baggrund af strukturelle forandringer, som fx skoliose, kyfose, spondylolistese, svære degenerative

forandringer eller fraktursequelae, kan have gavn af operation, hvis billeddiagnostik viser mulig årsagssammenhæng til lænderygbesværet. Hos disse borgere kan man, hvis der trods tre måneders konservativ behandling fortsat ikke opleves bedring, og lænderygbesværet medfører fast daglig receptpligtig medicinsk smertebehandling eller en betydende begrænsning i daglige aktiviteter, herunder at borgeren er jobtruet eller sygemeldt, overveje henvisning til billeddiagnostik eller vurdering på sygehus. Hvis der på billeddiagnostik er mulig årsagssammenhæng med lænderygbesværet, kan man overveje henvisning til vurdering på sygehus.

Anbefalingen om henvisning efter 8 uger bortfalder ved tegn på røde flag. Se afsnit 4.1. Diagnosticering.

7.9. Arbejdsmarkeds-tilknytning

Uddannelse og arbejde skaber identitet og et fast holdepunkt i tilværelsen. Det er forbundet

med store personlige og økonomiske omkostninger, når borgere på grund af sygdom mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

Borgere med lænderygbesvær kan være truet på deres evne til at forblive på arbejdsmarkedet på grund af deres symptomer og den deraf afledte funktionsevnedesættelse. For de borgere, der er sygemeldte, er der en risiko for ikke at komme tilbage i arbejde. Det er derfor vigtigt, at arbejdsmarkedstilknytning er en integreret del af indsatsen for borgere med lænderygbesvær ⁷³⁾.

Der er en tæt gensidig sammenhæng mellem borgernes sundhed og deres uddannelsesniveau- eller arbejdsmarkedstilknytning. Borgere med sundhedsmæssige udfordringer har oftere et højere sygefravær og kan opleve, at det er svært at få eller fastholde et arbejde på ordinære vilkår. Samtidig kan ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode udgøre en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser.



Borgerens vej gennem en sygemelding med lænderygbesvær

Beskæftigelsesområdet arbejder ud fra gældende lovgivning. Læs mere herom på hjemmesiden for [Beskæftigelsesministeriet](#) eller på hjemmesiden for [Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering](#).

For borgere i beskæftigelse

Arbejdsgiveren kan anmode den sygemeldte om en mulighedserklæring, hvis der er tvivl om mulighederne for arbejde. En mulighedserklæring kan anvendes, inden borgeren og under borgerens sygemelding, hvis borgeren tidligere har været sygemeldt gentagne gange. Formålet med mulighedserklæringen er at afdække, hvad borgeren kan udføre på sit arbejde på trods af sin sygdom, og hvilke tiltag der allerede er sat i værk. Mulighedserklæringen har således til formål at bidrage til, at borgeren fastholdes i arbejde. Der er tre parter om at udfylde erklæringen: Arbejdsgiveren, den sygemeldte og den praktiserende læge. Mulighedserklæringen betales af borgerens arbejdsgiver.

Når borgeren sygemeldes fra sit arbejde, afholder arbejdsgiveren udgiften til løn eller sygedagpenge de første 30 dage. Herefter kan arbejdsgiver få refusion fra borgerens hjemkommune til de fortsatte udgifter. Efter 5-7 uger vil samarbejdet mellem borgeren og beskæftigelsesområdet starte. Derfor er det vigtigt, at samarbejdet kommer i gang så hurtigt som muligt. Hvis borgeren har en forventning om at vende tilbage til sit arbejde senest 3 måneder efter den første samtale med sagsbehandleren, kan det aftales, at der ikke skal være flere samtaler.

Hvis en sygemelding forventes at vare længere end 8 uger, kan arbejdsgiver og sygemeldte via en såkaldt fast track-ordning anmode om, at beskæftigelsesområdet indkalder til en tidlig opfølgningssamtale. Læs mere her: [Sygedagpengeopfølgning](#).

Der er mellem parterne på beskæftigelsesområdet udgivet to pjecer om fast track-ordningen: Der er en [Pjece om Fast Track til sygemeldte](#) og en [Pjece om Fast Track til arbejdsgiveren](#).

Borgeren har også mulighed for en deltidssygemelding. Formålet med en delvis sygemelding er at forebygge et længerevarende og mere alvorligt sygdomsforløb, samt at sikre at borgeren fastholdes i sit job. I mange tilfælde kan en delvis sygemelding forebygge en længerevarende fuldtidssygemelding.

En delvis sygemelding kan være en god løsning, når borgeren i en periode er delvist fraværende fra arbejdet fx på grund af behandlinger eller hvis borgeren kun kan klare dele af sit normale arbejde. Det kan være en borger, der aktuelt har så betydelig lænderygbesvær, at borgeren i en periode ikke kan løse alle sine opgaver, eller at det giver forværring at gennemføre en hel arbejdsdag.

En delvis sygemelding kan benyttes hvis borgeren er uarbejdsdygtig grundet egen sygdom og sygefraværet er på mindst 4 timer om ugen.

Hvis borgeren fortsat er uarbejdsdygtig pga. sygdom efter udløb af sygedagpenge (22 uger), skal beskæftigelsesområdet revurdere borgers situation og tage stilling til, om sygedagpenge kan forlænges. I den proces spiller de lægelige oplysninger i sagen en væsentlig og nogle gange afgørende rolle. Derfor er samarbejdet mellem borger, sagsbehandler og de øvrigt involverede helt afgørende for, at borgeren får de korrekte oplysninger, råd og vejledning.

Hvis borgeren ud fra den gældende lovgivning ikke kan få forlænget sin periode med sygedagpenge og fortsat er uarbejdsdygtig på grund af sin sygdom (fx lænderygbesvær), overgår borgeren til et forløb typisk på en lavere forsørgelse.

Fokus for ethvert forløb inden for beskæftigelsesområdet er, at borgeren får en tværfaglig og sammenhængende indsats, der bidrager til at fastholde eller hjælpe borgeren tilbage i arbejde eller i uddannelse.

Forløbet kan bestå af tilbud efter beskæftigelseslovgivningen (vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud og mentor). Udover en beskæftigelsesindsats kan forløbet suppleres med andre indsatser i kommunalt regi, fx under Sundhedsloven.

Beskæftigelsesområdet er forpligtet til at tilbyde hjælp i forhold til handicap eller vedvarende sygdom, så borgeren kan fastholde sit arbejde fx ved hjælp af personlig assistance eller hjælpemidler. Dette foregår under en hver tids gældende regler for kompensation.

Arbejdsgiver og ansatte kan søge kommunen om en § 56 ordning. Ordningen sikrer, at arbejdsgiver får refusion fra første sygedag når fraværet skyldes den givne sygdom.

Beskæftigelsesområdet i adskillige kommuner har medarbejdere ansat, der kan tage ud på arbejdspladser/uddannelsesinstitutioner for at vurdere behovet for hjælp.

Den praktiserende læge, Rygcentre, Rygklinikken og kiropraktorer kan henvise til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Holbæk Sygehus med henblik på vurdering af, om arbejdet eller tidligere arbejde har betydning for rygproblematikken.

For borgere der ikke er i beskæftigelse, men tilknyttet arbejdsmarkedet

Borgere, der er uden et arbejde, opretholder retten til dagpenge ved sygdom. Disse borgere skal sygemelde sig. Herefter vil beskæftigelsesområdet inden for lovgivningen initiere relevante indsatser.

Sagsbehandlerens opgaver i mødet med borgeren med lænderygbesvær

Når borgeren sygemeldes på grund af lænderygbesvær, er det vigtigt, at der etableres et godt samarbejde mellem borgeren og sagsbehandleren inden for beskæftigelsesområdet. Sagsbehandleren har en vigtig opgave i at vejlede borgeren bedst muligt i forhold til de udfordringer, som borgerens lænderygbesvær giver i forhold til arbejdet. Sagsbehandlerens indsats understøttes bedst ved et tæt samarbejde med borgerens praktiserende læge og øvrige sundhedsaktører.

Det anbefales, at sagsbehandlerne inden for beskæftigelsesområdet har viden om og forståelse for rygområdet, der dækker over det samlede borgerforløb. Dette med henblik på, at borgeren modtager samme information og budskaber hos alle involverede aktører. Borgeren skal hjælpes til at forstå og mestre sit lænderygbesvær. Kommunerne kan med fordel etablere et samarbejde mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet med henblik på at tilbyde borgerne indsatser som fysisk aktivitet samt mestring af lænderygbesvær. Deltagelse i sundhedstilbud samt deling af personfølsomme oplysninger omkring borgeren skal ske med borgerens samtykke.

Læs mere herom i afsnittet ”Kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedslovens § 119”.

Sagsbehandleren har til opgave gennem dialog med borgeren at klarlægge, om borgeren kan vende tilbage til sit tidligere job, eller om der er brug for at se på andre jobmuligheder inden for andre fagområder, hvor belastningen af borgerens lænderyg er mindre. For mange borgere vil det være en proces at acceptere de ændrede jobbetingselser, og her kan sundhedsområdet spille en vigtig funktion i forhold til undervisning i egenhåndtering og accept af sygdommen.

Et fælles sundhedsfagligt ansvar

Det er et fælles sundhedsfagligt ansvar at have fokus på borgerens arbejdsmarkedstilknytning. Indsatsen bør bestå af at afdække borgerens funktionsniveau og hvilken betydning lænderygbesvær har for den enkeltes mulighed for at varetage sit arbejde, både fysisk og psykisk.

De fysiske aspekter indebærer bl.a. arbejdsområde, arbejdsmængde, indflydelse på pauser, eventuelt ændrede arbejdsprocedurer, ændret arbejdspladsindretning, hjælpemidler og personlig assistance.

De psykologiske aspekter er fx forhold til ledelse og kollegaer, lederens indstilling, frygt for forværring af symptomer eller en bekymring for at skade ryggen.

Ligeledes bør det undersøges, om der er muligheder for arbejdstilpasning, fx tidsbegrænsede ændringer i fysisk belastning af arbejdet og mere skånsomme arbejdsstillinger med henblik på arbejdsfastholdelse, eller om der skal være tale om et brancheskifte.

Det er vigtigt at formidle til borgeren, at fysisk aktivitet oftest er gavnligt for både smerter og funktionsevne.

Alle fagprofessionelle bør tidligt i borgerens forløb vurdere, om der er behov for indsatser med fokus på arbejdsmarkedstilknytning. En del af vurderingen bør foregå som en naturlig del af konsultationen, mens andre dele kan foregå i kommunalt regi eller på Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Holbæk Sygehus.

7.10. Genoptræning i kommunerne

Kommunerne har jf. Sundhedsloven §140 ansvaret for at tilbyde genoptræning til borgere, som gennem deres kontakt med sygehuset



Præhabilitering

Præhabilitering er en målrettet indsats, hvor patienter forbereder sig fysisk og psykisk på en kommende operation eller medicinsk behandling. Formålet er at forbedre patientens almentilstand og dermed øge chancen for et bedre forløb og hurtigere recovery efter indgrebet.

får en genoptræningsplan. Der kan udarbejdes en genoptræningsplan, når der foreligger en lægefaglig vurdering af nedsat funktionsevne, og patienten har et dokumenteret behov for genoptræning i henhold til gældende retningslinjer. Der kan ikke udarbejdes en genoptræningsplan, hvis der er tale om præhabilitering.

Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet herunder en angivelse af hvilke funktionsevne-nedsættelser, som genoptræningen skal rette sig imod. De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Se desuden beskrivelse af Den Gode Genoptræningsplan (D-GGOP).

Udgangspunktet er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren er henvist med en genoptræningsplan fra sygehuset. Genoptræningsplanen skal afsendes samme dag som borgeren afsluttes på sygehuset.

I BEK nr. 918 af 22. juni 2018 fremgår det at:

- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage,

har borgeren ret til frit at vælge en privat leverandør, som Kommunernes Landsforening har indgået aftale med

- Hvis borgeren har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes

Genoptræning på basalt eller avanceret niveau

Ifølge Sundhedsstyrelsens Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner skal kommunerne ved modtagelse af genoptræningsplanen vurdere,



Genoptræning

- **Formål:** At sikre genoptræning til borgere med et lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehus.
- **Målgruppe:** Borgere med nedsat funktionsevne, som har modtaget en genoptræningsplan fra hospitalet.
- **Ansvar:** Kommunen har ansvar for at tilbyde og iværksætte genoptræning – med mulighed for frit valg af leverandør, hvis opstart ikke sker inden for 7 dage.
- **Indhold:** Genoptræningen skal være individuelt tilrettelagt og tage udgangspunkt i borgerens behov for terapeut faglig støtte og mål.
- **Samarbejde:** Kommunen kan samarbejde med regioner, andre kommuner eller private leverandører.

om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau:

- På basalt niveau gælder, at borgeren typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktions- evne og/eller genoptræningsindsatsen.
- På avanceret niveau, gælder, at borgeren typisk har omfattende funktionsevnenedsættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Hvis borgeren har behov for genoptræning på avanceret niveau, skal det varetages af fysioterapeut med særlige kompetencer og relevant efteruddannelse og erfaring. Der kan desuden være et øget behov for at koordinere med andre faggrupper herunder socialrådgiver, beskæftigelsesområdet og borgerens praktiserende læge.

Genoptræningsforløbet

Når borgeren påbegynder genoptræning i kommunen, vil der foregå en relevant fysioterapeutisk og/eller ergoterapeutisk undersøgelse, en funktionsevnevurdering og en afdækning af fysiske, psykiske og sociale ressourcer, med udgangspunkt i ICF. Se mere herom i afsnit 4.2. Vurdering af borgerens samlede funktionsevne ud fra ICF.

I samråd med borgeren vil der blive planlagt et genoptræningsforløb, der er målrettet den enkelte borger og tager udgangspunkt i borgerens mål.

Indholdet af genoptræning kan bestå af flere elementer, afhængig af hvad der vurderes relevant, herunder:

- Fysisk aktivitet herunder træning/øvelser



- Holdtræning/individuel træning eller hjemmetræning
- Manuel behandling
- Kognitiv funktionel terapi
- Energiforvaltning, aktivitetstræning og mestring
- Gradvis eksponering
- Rådgivning og vejledning om lænderygbesvær
- Smertehåndtering mhp. at understøtte fysisk aktivitet, bevægelse og deltagelse
- Digital understøttet træning
- Brobygning til det frivillige foreningsliv

Genoptræningsforløbet er et afgrænset forløb, der tager udgangspunkt i funktionsnedsættelsen og borgerens mål. Ved afslutning sendes slutnotat til borgerens praktiserende læge (behov for samtykke).

Genoptræning omfatter generel fysisk aktivitet og konditionstræning såvel som øvelser, der giver styrke, smidighed, kontrol og balance. Herudover omfatter genoptræning også ergo-

terapeutiske indsatser som energiforvaltning, aktivitetstræning og mestring.

Er man som kliniker i tvivl om genoptræningsforløbet, fx med hensyn til den forventede fremgang, er man velkommen til at henvende sig til rådgivning hos Rygcenter Sjælland Køge på 93 56 81 82 på hverdage mellem 8.00-15.00.

7.11. Kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme efter Sundhedslovens § 119

Kommunalbestyrelsen har jf. Sundhedsloven §119 ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgerne. Målgruppen for anbefalingerne er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyg-

gelsestilbud. Borgere med lænderygbesvær kan være en del af denne målgruppe.

Udgangspunktet for dette forløbsprogram er, at borgere med lænderygbesvær kan gøre brug af de eksisterende forebyggelsestilbud, som den enkelte kommune og civilsamfundet allerede har etableret. Med dette forløbsprogram lægges der ikke op til, at kommunerne skal igangsætte nye tilbud målrettet borgere med lænderygbesvær. Det er forskelligt fra kommune til kommune hvilke § 119 forebyggelsestilbud, der er etableret.

Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhedstilbud - sundhed.dk](https://sundhedstilbud-sundhed.dk).

I forløbsprogrammet anbefales det, at borgere der henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud, opfylder kriterierne i nedenstående faktaboks.

Den afklarende samtale

Et kommunalt forebyggelsestilbud indledes med en individuel afklarende samtale, som det er beskrevet af Sundhedsstyrelsen i [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder](#).

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i et forebyggelsestilbud. For at afdække borgerens behov anbefales det,



Anbefalinger af kriterier for henvisning til afklarende samtale

- Borgere hvor målet er at forebygge forværring af sygdomsforløb
- Borgere hvor et livsstils- og smertemestringforløb vurderes at være hjælpsom

at den afklarende samtale omhandler dialog med udgangspunkt i ICF. Se uddybning i afsnit 4.2. Vurdering af borgerens samlede funktions- evne ud fra ICF.

Målet med den afklarende samtale er at afklare om det er muligt, at borgeren ved hjælp af en kort vejledning selv kan arbejde videre med at forbedre egen sundhed eller om borgeren skal tilbydes et kommunalt forebyggelsestilbud. Den fagprofessionelle kan også afklare, om borgeren kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

Kommunerne har et ansvar for at sikre en tværgående koordinering af borgerens kommunale forløb. Derfor skal et forebyggende tilbud koordineres med borgerens øvrige kommunale indsatser. Det kan være socialfaglige indsatser eller beskæftigelsesindsatser.

Kommunalt forebyggelsestilbud til borgere med lænderygbesvær

Det vurderes, at borgere med lænderygbesvær særligt vil kunne have gavn af følgende forebyggelsestilbud:

Sygdomsmestring

Kommunerne tilbyder forskellige rehabiliteringsindsatser, hvor sygdomsmestring er en aktiv del. Sygdomsmestringstilbud tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens beskrivelse i [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder](#), hvor sygdomsmestring har til formål at styrke borgeres egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet samt gøre borgere i stand til på bedst mulig måde at leve livet med lænderygbesvær.

'Sygdomsmestring' refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der sigter mod at støtte borgeren i sin forståelse af livet med lænderygbesvær. Indsatsen kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret. Se uddybning under

afsnit 7.1. Støttet egenhåndtering og afsnit 7.2. Struktureret mestringsforløb.

Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhedstilbud - sundhed.dk](https://sundhedstilbud-sundhed.dk).

I rehabiliteringsforløb og/eller genoptræningsforløb er udgangspunktet for smertehåndtering Sundhedsstyrelsens Afdækning af smerteområdet – Fagligt oplæg til en smertebehandlingsplan samt Sundhedsstyrelsens Strategi for smerteområdet – En handlingsplan målrettet mennesker med kroniske smerter. Ifølge denne er smerter en kompleks størrelse og ikke bare en sansemæssig oplevelse som følge af en skade. Smerter ledsages også af følelsesmæssige elementer som ubehag, frygt og angst. Når en person oplever smerter, vil personens tidligere erfaringer og den sociale og kulturelle baggrund også påvirke den måde, hvorpå personen opfatter og reagerer på smerten. Smerteoplevelsen varierer ikke blot fra person til person, men også hos den enkelte person på forskellige tidspunkter og under forskellige livsomstændigheder.

LÆR AT TACKLE-kurser

LÆR AT TACKLE kroniske smerter er et kursus for borgere med vedvarende smerter.

Forløbet giver deltagerne redskaber til at håndtere deres smerter og de konsekvenser, smerterne har for deres hverdag. Det kan være i forhold til arbejde, hjemmet eller omkring relationer. Desuden møder de andre, der er i samme situation som dem selv. Dermed får de styrket deres netværk.

Ifølge Komiteen for Sundhedsoplysninger er effekten af indsatsen LÆR AT TACKLE kroniske smerter, at borgeren oplever færre smerter, større livstilfredshed, mindre funktionsbegrænsning, øget self-efficacy (tro på egne evner), færre sygdomsbekymringer, mindre afhængighed af andre og færre katastrofetanke om smerte. Instruktørerne på LÆR AT TACKLE-kurserne er uddannede frivillige, som selv lever et liv med kroniske smerter.

Nogle kommuner har andre tilbud med fokus på smertemestring. Overblikket over den



enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhedstilbud - sundhed.dk](https://sundhedstilbud-sundhed.dk).

Hjælp til bedre søvn

Søvnproblemer er udbredt blandt voksne danskere. Ifølge [afsnittet om søvn i Sundheds og sygelighedsundersøgelsen](#) (2017) samt [Statens Institut for Folkesundhed](#), så er søvnproblemer udbredt blandt voksne danskere. Søvnløshed rapporteres af op mod 8 ud af 10 patienter med kroniske smerter ⁷⁴⁾ og opleves som en væsentlig årsag til lav fysisk og mental livskvalitet og sundhed ⁷⁵⁾. Kroniske smertepatienter, der oplever søvnløshed, rapporterer ofte stærkere og mere udbredte smerter ⁷⁶⁾.

Omfanget af søvnproblemer er til dels afhængigt af den enkeltes livsstil, adfærd, psykologiske tilstand og faktorer i det omgivende miljø. Søvn har stor indvirkning på evnen til at håndtere daglig livsførelse. Søvnproblemer er symptomer og gener, der er forbundet med søvn. Dårlig søvnkvalitet omfatter vanskelighed med at falde i søvn, oplevelsen af mangel på sammenhængende søvn og for tidlig opvågning trods tilstrækkelig mulighed for at sove.

Søvnproblemer kan være så alvorlige, at der kræves behandling med fx sovemedicin eller psykologisk søvnbehandling, der har vist sig mindst lige så effektiv som behandling med sovemedicin. Se [afsnittet om søvn i Sundheds og sygelighedsundersøgelsen](#) ⁷⁷⁾. Psykologisk søvnbehandling består som regel af kombinationer af forskellige søvnbehandlingsteknikker og livsstilsråd. Stimulus-kontrol-terapi, afspændingsteknikker og kombineret kognitiv adfærdsterapi har vist sig lige så effektiv som sovemedicin og foretrækkes af de fleste borgere med søvnproblemer.

Kommunerne kan tilbyde søvnvejledning ved uddannede søvnvejledere. Hvis borgeren har andre udfordringer end dårlig nattesøvn fx smerter, så bør søvnvejlederen sammen med

borgeren søge at arbejde med disse udfordringer sideløbende, da der ofte er en sammenhæng. Uanset hvilke(n) udfordringer, der er tale om, er det relevant at optimere alle forhold omkring søvn.

Søvnvejlederen kan også være med til at opspore eventuelle søvnsygdomme og opfordre borgeren til at opsøge sin praktiserende læge. De kommunale indsatser omkring søvn kan fx måles ved hjælp af [Pittsburgh Sleep Quality Index \(PSQI\)](#).

Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på [Sundhedstilbud - sundhed.dk](https://sundhedstilbud-sundhed.dk).

Mental sundhed – angst og depression

Borgere særligt med kroniske lænderygproblemer, oplever i højere grad at blive påvirket på deres mentale sundhed og kan have en øget risiko for at udvikle en depression.

Borgere der henvises til forløb i kommunen under § 119 vil blive tilbudt en afklarende samtale, der også afdækker det mentale. Kommunerne har rehabiliteringstilbud i forlængelse af den afklarende samtale, der bl.a. retter sig mod mestrings, det dobbelte KRAM mm.

Nogle kommuner har desuden LÆR AT TACKLE-kurser til voksne over 18 år, der oplever symptomer på angst og/eller depression og ønsker at lære nye måder at håndtere hverdagens udfordringer på.

Kommuner kan tillige opfordre borgeren til at tilmelde sig på [internetpsykiatrien](#) – der har digitale forløb med online behandling til borgere med psykiske udfordringer, herunder symptomer på let til moderat depression og angst.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet tager udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens behov, forvent-



Det dobbelte KRAM

Det dobbelte KRAM bruges som ramme i sundhedsfremme og forebyggelse – med fokus på både krop og psyke. Modellen bygger på et salutogent perspektiv.

K Kost – sund og nærende mad

K Kompetencer – viden, læring og evner til at håndtere livets udfordringer

R Rygning – fravær af tobaksprodukter

R Relationer – nære, tillidsfulde og inkluderende sociale netværk

A Alkohol – ansvarligt forbrug

A Accept – evnen til at erkende livets vilkår – og at man ikke har kontrol over alt

M Motion – regelmæssig fysisk aktivitet

M Mestring – strategier og motivation til at tackle modgang og skabe mening

Modellen kan kombineres med et eller flere S'er:

- **Søvn** – god og tilstrækkelig søvn er afgørende for både fysisk og mental sundhed
- **Stress** – evnen til at håndtere og forebygge stress er vigtig for trivsel
- **Seksualitet** – anerkendelse af seksualitet som en del af livskvalitet og identitet
- **Sociale relationer** - betydning for trivsel, livskvalitet og levetid

77), 78), 79), 80), 81)

ninger og træningsmål – se Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder. Tilbuddet bør tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen og bliver livslang. Der skal allerede i opstarten af tilbuddet være fokus på hvordan borgeren efter afslutning kan gøre brug af frivillige eller private træningstilbud. Se uddybning i afsnit 7.3. Fysisk aktivitet.

Det anbefales, at borgere, som tilbydes et tilbud indeholdende fysisk aktivitet på grund af lænderygbesvær, er blevet vurderet af praktiserende læge, kiropraktor eller fysioterapeut. Overblikket over den enkelte kommunes tilbud kan findes på Sundhedstilbud - sundhed.dk.

Afslutning på et kommunalt forebyggelsestilbud

Som afslutning på et kommunalt forebyggelsestilbud bør den sundhedsprofessionelle afklare, om borgeren har behov for opfølgning på de forskellige elementer. Det kan ske gennem en afsluttende samtale.

Når en borger afsluttes fra et forebyggelsestilbud i kommunen, udarbejdes der et afslutningsnotat, som sendes til borgerens praktiserende læge. I afslutningsnotatet informerer kommunen om årsagen til forebyggelsestilbuddet og giver et kort resumé af forløbet. Desuden informeres der om, hvad der er aftalt med borgeren fremadrettet. Afslutnings-



notatet sendes elektronisk, det skal ske via MedCom-standarden XDIS15. Sygehuslægen modtager kun afslutningsnotatet, hvis de har skrevet sig på som kopimodtager i henvisningen.

7.12. Tværfaglige smertecentre

I Region Sjælland findes tre tværfaglige smertecentre: Tværfagligt Smertecenter Næstved, Tværfagligt Smertecenter Holbæk og Tværfagligt Smertecenter Køge.

Behandlingen foregår i tværfaglige teams bredt sammensat af bl.a. læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter.

De tværfaglige smertecentre tilbyder behandling og vejledning til borgere med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor:

- Den kroniske smertetilstand skal være diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i relevante specialer
- Monofaglig terapi er forsøgt, men har ikke haft effekt

Det er ikke et krav, at fx alle sekundære analgetika er forsøgt anvendt, men der skal foreligge information vedr. den forsøgte behandling, og hvorfor der er afstået fra yderligere behandlingsforsøg.

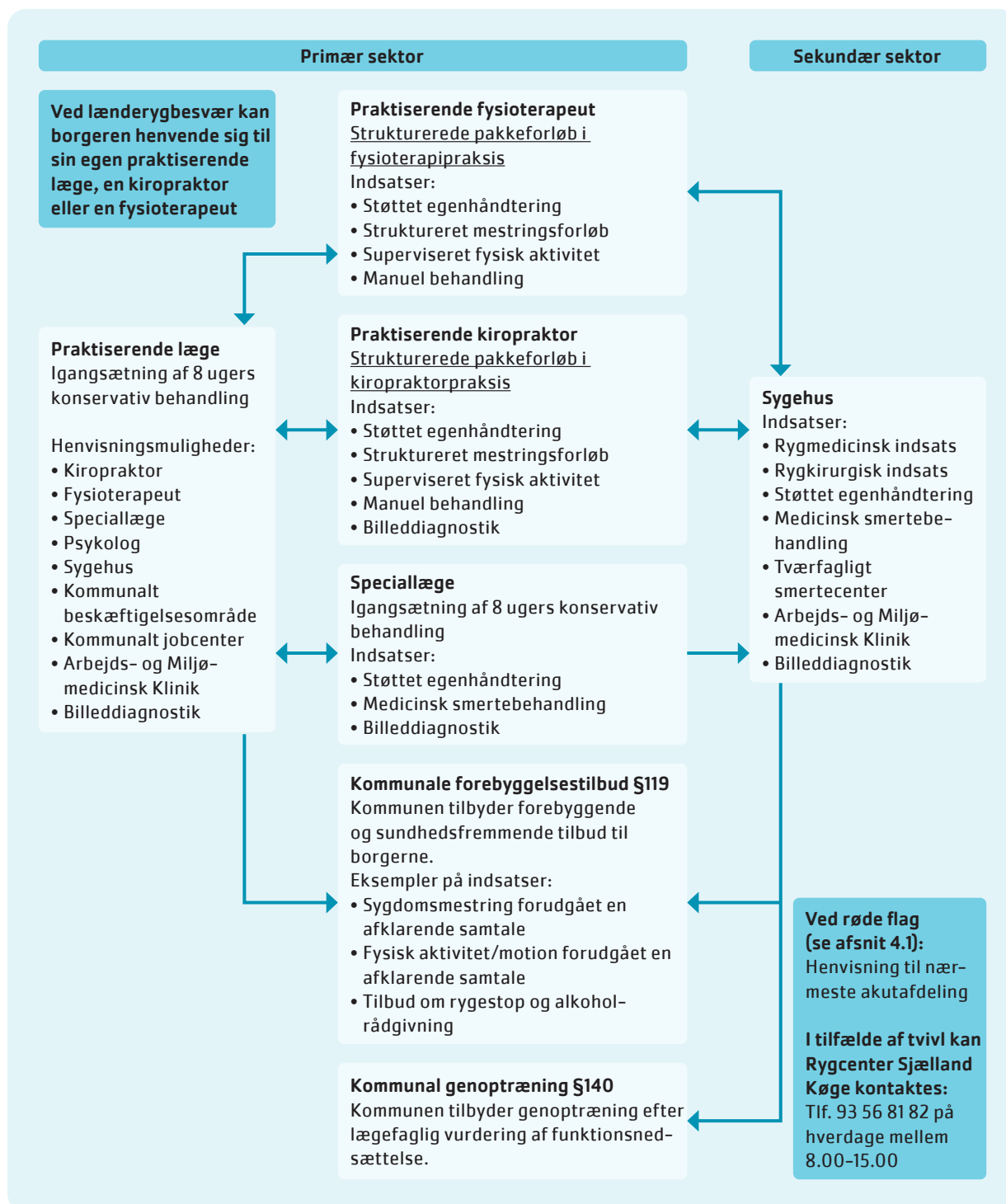
- Psykiatriske lidelser skal være diagnostisk

- afklarede, stabiliserede og velbehandlede
- Sociale og psykologiske problemer med alvorlig konsekvens for arbejds- og hverdagsliv, som nødvendiggør en multidisciplinær behandling
- Patienten skal være motiveret for et forløb, som ofte kræver ændringer i livet
- Patienterne tilbydes udelukkende ambulant behandling

Behandlingen i de tværfaglige smertecentre arbejdes der ud fra en bio-psyko-social smerteforståelse, som kræver adfærdsmæssige og tankemæssige ændringer i patientens livsførelse. Derfor bør der forud for henvisningen til Tværfagligt Smertecenter vurderes om patientens har overskud og ressourcer til at indgå i forhold til ovenstående, og om patienten er interesseret i at indgå i et forløb. Støttet egenhåndtering er den centrale indsats i behandlingen i de tværfaglige smertecentre, ligesom der fokuseres på justering eller nedtrapning af den medicinske smertebehandling.

Tværfagligt Smertecenter Køge tilbyder desuden telefonisk rådgivning til praktiserende læger og sygehuslæger i forhold til behandling af patienter med kroniske komplekse non-maligne smerter. Læs mere her: [Lægefaglig specialistrådgivning på Sjællands Universitetshospital](#)

Figur 4. Overblik over indsatser og henvisningsmuligheder for hver aktør i primær og sekundær sektor ved borgere med lænderygbesvær



8. Henvisning og kommunikation

Samarbejde og kommunikation mellem de involverede aktører er essentiel for et godt og sammenhængende forløb for borgere med lænderygbesvær. Kommunikation mellem de involverede aktører er betinget af borgerens samtykke. Det anbefales, at kommunikation primært sker elektronisk.

Gensidig information mellem aktørerne er særlig vigtigt, hvis borgeren har parallelle forløb.

Den praktiserende læge er tovholder for borgers forløb. Den praktiserende læge modtager information fra øvrige aktører om opstart af forløb, plan for udredning og behandling samt afslutning af forløb, hvorved deres tovholder funktion understøttes.

Tabel 4 viser, hvilke henvisningsmuligheder de forskellige aktører har. Se også Figur 4: "Overblik over indsatser og henvisningsmuligheder for hver aktør i primær og sekundær sektor ved borgere med lænderygbesvær".

8.1. Henvisning til privat praktiserende fysioterapeuter

Sygehuse samt privat praktiserende læger og speciallæger kan henvise borgere med lænderygbesvær til en privat praktiserende fysioterapeut. Henvisningen afsendes digitalt via henvisningshotellet: Den Ny Henvisnings Formidling (DNHF).

Tabel 4: Overblik over henvisningsmuligheder mellem aktørerne

		Henvisning til privat praktiserende fysioterapeuter, side 49	Henvisning til privat praktiserende kiropraktorer, side 50	Henvisning til privat praktiserende speciallæger, side 51	Henvisning til sygehuse eksklusiv smertecentre, side 51	Henvisning til kommunale forebyggelses tilbud (§119), side 52	Henvisning til genoptræning (§140), side 53	Kontakt til beskæftigelsesområdet side 54	Henvisning til tværfaglige smertecentre, side 54
Praksissektoren	Borgeren selv	x	x			x*		x	
	Privat praktiserende læger	x	x	x	x	x		x	x
	Privat praktiserende kiropraktorer				x			x	
	Privat praktiserende fysioterapeuter							x	
	Privat praktiserende speciallæger	x	x		x			x	x
Sygehuse	Sygehuse	x			x	x	x	x	x

* Enkelte kommuner har valgt at borgeren skal henvises fra egen læge eller sygehus.

Henvisning bør overvejes ved:

- smerter og funktionstab
- hvis borgeren har tilbagefald, som borgeren ikke kan håndtere
- hvis borgeren er uafklaret om egen tilstand og har brug for opsamling
- hvis borgeren har behov for støtte til at forblive i aktivitet og på arbejdsmarkedet
- hvis borgeren er ophørt med at være fysisk aktiv
- hvis borgeren har behov for vejledning og sundhedsfaglig støtte til at genoptage tidligere aktivitetsniveau

Der bør være en tilbagemelding til borgerens praktiserende læge efter igangsættelse af en indsats hos privat praktiserende fysioterapeut. Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder en beskrivelse af indsatser og status for forløbet, som den praktiserende læge kan tage med i den samlede plan for borgeren.

Det anbefales, at det af epikrisen fremgår, om borgerens tilstand vurderes at kunne håndteres hos den privat praktiserende fysioterapeut, eller om praktiserende læge bør følge op på forløbet.

I Region Sjælland kan borgerne også henvende sig direkte til en privat praktiserende fysioterapeut, som har overenskomst med Region Sjælland, og få behandling med tilskud – uden først at skulle have en lægehenvisning. Mobil fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi kræver fortsat lægehenvisning.

Læs mere om direkte adgang til fysioterapi med tilskud uden lægehenvisning i materialet til [Almen Praksis](#) og [Fysioterapeuter](#). Ordningen gælder fra 31. marts 2025 til og med 31. december 2026.

8.2. Henvisning til privat praktiserende kiropraktorer

Borgeren: Privat praktiserende kiropraktorer er en primær indgang til sundhedsvæsenet. Der er således ikke behov for en henvisning for at få tilskud fra den offentlige sygesikring til behandling hos privat praktiserende kiropraktor. Kiropraktoren er selvstændigt ansvarlig for diagnostik og har rettigheder til relevant billeddiagnostik (røntgen, MR og CT).

Privat praktiserende læger og speciallæger: Privat praktiserende læger og speciallæger kan henvise borgere med lænderygbesvær til en privat praktiserende kiropraktor. Henvisning laves via en speciallægehenvisning (XREF06).

Henvisning bør overvejes ved:

- smerter og funktionstab
- hvis borgeren har tilbagefald, som borgeren ikke kan håndtere
- hvis borgeren er uafklaret om egen tilstand og har brug for opsamling
- hvis borgeren har behov for støtte til at forblive i aktivitet og på arbejdsmarkedet
- hvis borgeren er ophørt med at være fysisk aktiv
- hvis borgeren har behov for vejledning og sundhedsfaglig støtte til at genoptage tidligere aktivitetsniveau

Der bør være en tilbagemelding til borgerens praktiserende læge efter igangsættelse af en indsats hos privat praktiserende kiropraktor jf. kiropraktoroverenskomsten.

Det anbefales, at tilbagemeldingen indeholder en beskrivelse af indsatser og status for forløbet, som den praktiserende læge kan tage med i den samlede plan for borgeren.

Det anbefales, at det af epikrisen fremgår, om borgerens tilstand vurderes at kunne håndteres hos den privat praktiserende kiropraktor, eller om praktiserende læge bør følge op på forløbet. De privat praktiserende kiropraktorer skal desuden, som et led i gældende overenskomst, orientere praktiserende læge ved henvisning til billeddiagnostik på sygehus.

8.3. Henvisning til privat praktiserende speciallæger og privat praktiserende psykolog

Praktiserende læger kan henvise til privat praktiserende speciallæger. De kan henvise borgere med lænderygbesvær og samtidigt depression, udtalt bevægeangst og/eller emotionelle barrierer til en privat praktiserende psykolog med udgangspunkt i tilskudsordningen til psykologbehandling.

8.4. Henvisning til sygehuse eksklusive smertecentre

Praktiserende læger, privat praktiserende speciallæger og privat praktiserende kiropraktorer kan henvise borgere til udredning og behandling på sygehusene.

Henvisningerne til planlagt udredning af borgere med lænderygbesvær med eller uden udstrålende bensmerter modtages samlet i Rygcenter Sjælland Køge i en fællesvisitation, som dækker både det rygmedicinske og det rykirurgiske speciale i hele regionen. I fællesvisitationen laves der en vurdering af, hvor borgeren i første omgang vil have mest gavn af at blive vurderet, og der visiteres ud fra dette. Herefter vil borgeren blive indkaldt i rygmedi-

cinsk eller rykirurgisk afsnit, alt efter hvad der vurderes mest hensigtsmæssigt for borgerens forløb.

Der er stor opmærksomhed på hvilke borgere, der bør vurderes direkte i rygmedicinsk eller rykirurgisk spor ud fra den kliniske beskrivelse af især kraftgrad, symptom varighed, forsøgte behandlingstiltag, smerteintensitet og udbredelse samt funktionsniveau, herunder arbejdsdygtighed. Dette sammenholdt med eventuelt foreliggende billeddiagnostik. For eksempler på røde flag se afsnit 4.1. Diagnostisering under "Røde flag".

Efter første kontakt flyttes borgerens forløb mellem rygmedicinsk og rykirurgisk speciale ved behov ud fra en klinisk vurdering.

Borgere, der henvises specifikt til en vurdering i henholdsvis rygmedicinsk eller rykirurgisk speciale, vil derfor ikke nødvendigvis ende i det speciale, de specifikt er henvist til.

Som udgangspunkt modtages henvisninger på borgere, hvor relevant konservativ behandling igennem 8 uger ikke har haft tilstrækkelig effekt på smerteniveau og/eller funktions- og arbejdsevne, eller hvor det findes relevant med en kirurgisk eller medicinsk vurdering på grund manglende effekt af konservativ behandling. Faktaboksen "Henvisningerne til sygehuse bør indeholde følgende oplysninger" giver en opsummering af, hvilke elementer henvisningerne bør indeholde.

Akutte borgere kan henvises til nærmeste akutmodtagelse. Henvisningen skal ske ud fra konkrete faglige retningslinjer og med orientering til borgerens praktiserende læge.

Borgere kan henvises til billeddiagnostik på sygehus jævnfør Tabel 2: Retningslinje for henvisninger ved mistanke om specifikke diagnoser.



Henvisningerne til sygehusene bør indeholde følgende oplysninger

Henvisningsårsag

- Hvilken sygdom der mistænkes
- Hvad der ønskes undersøgt

Sygehistorie

- Symptomdebut
- Lokalisation af smerte og udstråling
- Sygemelding, funktionsniveau
- Øvrige væsentlige sygdomme inkl. tidligere rykirurgi
- Aktuell medicin inkl. FMK ajourført

Objektive fund

- Kraftgrad
- Føleforstyrrelser
- Højde/vægt, BMI
- Billeddiagnostiske fund – med angivelse af hvor og hvornår undersøgelse er lavet
- Øvrige parakliniske fund

Behandling

- Hvilken behandling har været afprøvet

Øvrige forhold ved patienten

- Tolkebistand
- Telefonnummer
- Transportmuligheder
- Hvad patienten er informeret om

Når relevant kan borgere også henvises til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Holbæk Sygehus.

Når borgeren afsluttes fra sygehus, sendes der en epikrise til praktiserende læge med information om konklusion og hvilken videre plan, der foreslås for borgeren. Det kan være opfølgning på smertestillende behandling eller overve-

jelser vedrørende henvisning til yderligere udredning i andet sygehusregi. Hvis henviser er privat praktiserende speciallæge eller privat praktiserende kiropraktor, sendes kopi af epikrisen til henvisende fagprofessionelle.

Borgere, der er diagnosticerede og færdigudredte med et samtidigt behov for et intensivt tværfagligt rehabiliteringsforløb, kan henvises til private specialiserede sygehuse.

For information om henvisning til regionens tværfaglige smertecentre, se afsnit 8.8. Henvisning til tværfaglige smertecentre.

8.5. Henvisning til kommunale tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme (§ 119)

Borgeren: I flere kommuner i Region Sjælland kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i et forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra praktiserende læge eller sygehuset. Overblikket fra den enkelte kommune kan findes på [Sundhedstilbud - sundhed.dk](http://Sundhedstilbud-sundhed.dk).

Praktiserende læger: Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud sker, når den praktiserende læge vurderer, at borgeren ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktions- evne og helbredsforhold kan have gavn af et eller flere forebyggelsestilbud.

I vurderingen bør borgerens fysiske, psykiske og sociale situation, ressourcer, herunder egenomsorg, motivation og præferencer som beskrevet i ICF-modellen tænkes ind. Aktuell risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet for de erhvervsaktive bør altid give anledning til overvejelse om henvisning.

Når praktiserende læger henviser til et kommunalt forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk, og det skal ske via MedCom-standarden XREF15 (tidligere REF01). Henvisning sker typisk ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Henvisningen skal i alle tilfælde indeholde relevante oplysninger omkring borgeren med angivelse af henvisningsdiagnosen. Derudover anføres kliniske oplysninger, herunder henvisningsformål, anamnese og praktiske forhold.

Hvis der er henvist til andet kommunalt tilbud anbefales det, at det fremgår af henvisningen med henblik på koordinering af de kommunale indsatser.

Når en borger afsluttes fra et forebyggelsestilbud i kommunen, udarbejdes et afslutningsnotat, som sendes til borgerens praktiserende læge. I afslutningsnotatet informerer kommunen om årsagen til forebyggelsestilbuddet og giver et kort resumé af forløbet. Desuden informeres der om, hvad der er aftalt med borgeren fremadrettet. Afslutningsnotatet sendes elektronisk, det skal ske via MedCom-standarden XDIS15.

Privat praktiserende kiropraktor, privat praktiserende fysioterapeut og privat praktiserende speciallæger: Hvis det vurderes, at en borger har behov for et kommunalt tilbud om forebyggelse eller sundhedsfremme, opfordres borgeren til at gå til praktiserende læge. Borgeren kan bede sin praktiserende læge om en henvisning til et kommunalt tilbud om forebyggelse eller sundhedsfremme. Det er forskelligt fra kommune til kommune hvilke sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, der tilbydes. Overblikket fra den enkelte kommune kan findes på Sundhedstilbud - sundhed.dk.

Nogle kommuner har forebyggelsestilbud, som ikke kræver en lægehenvi

I flere kommuner i Region Sjælland kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i et forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra praktiserende læge eller sygehuset.

Ved særligt udsatte borgere, som har brug for ekstra støtte, kan privat praktiserende kiropraktorer, privat praktiserende fysioterapeuter og privat praktiserende speciallæger sende en korrespondance til borgerens praktiserende læge med besked om, at borgeren ønsker en henvisning til et kommunalt forebyggelsestilbud.

I vurderingen bør borgerens fysiske, psykiske og sociale situation, ressourcer, herunder egenomsorg, motivation og præferencer som beskrevet i ICF-modellen tænkes ind. Ligesom aktuel risiko for at falde ud af arbejdsmarkedet for de erhvervsaktive bør give anledning til overvejelse om henvisning.

8.6. Henvisning til genoptræning (§140)

Sygehusene kan henvise borgeren til kommunal genoptræning, hvis borgeren efter indlæggelse eller ambulant forløb vurderes at have et lægefagligt begrundet behov for en kommunal genoptræningsindsats. Efter operation laves som udgangspunkt altid en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen udarbejdes sammen med borgeren og beskriver borgerens funktionsevnetab ud fra ICF-modellen. Genoptræningsopgaven indeholder forslag til, hvordan borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller hvis dette ikke kan opnås bedst mulig funktionsevne. Planen udarbejdes med afsæt i borgerens funktionelle målsætninger. Som led i at afstemme forventninger til et kommunalt genoptræningsforløb, er det vigtigt, at genoptræningsplanen også indeholder en prognose, som har været drøftet med borgeren.

Genoptræningsplanen skal sendes via Med-Com-standarden for Den gode genoptræningsplan (GGOP), som kan læses [her](#).

8.7. Kontakt til beskæftigelsesområdet

Borger: Borgeren kan selv henvende sig til beskæftigelsesområdet med henblik på en fastholdelsesindsats eller råd og vejledning om fx brancheskift.

Praktiserende læge: Borgerens praktiserende læge kan kontakte en kommunal job-/fastholdelseskonsulent indenfor beskæftigelsesområdet for borgere i den erhvervsaktive alder, hvor det vurderes, at der er risiko for at miste arbejdstilknytning. Kontakten sker elektronisk til socialmedicinsk behandling på [attesten LÆ 165](#).

Hvis der er henvist til andet kommunalt tilbud anbefales det, at det fremgår af henvisningen med henblik på koordinering af de kommunale indsatser.

Privat praktiserende kiropraktor, privat praktiserende fysioterapeut og privat praktiserende speciallæger og sygehuse: Hvis det vurderes, at en borger i den erhvervsaktive alder er i risiko for at miste arbejdstilknytning, bør borgeren opfordres til at opsøge det lokale beskæftigelsesområde i egen kommune. Opfordringen bør ske med orientering til praktiserende læge. Læs mere herom i afsnit 7.9. Arbejdsmarkedstilknytning.

8.8. Henvisning til tværfaglige smertecentre

Privat praktiserende læge, privat praktiserende speciallæge og sygehuse kan henvise til et af Region Sjællands tværfaglige smertecentre.

De tværfaglige smertecentre tilbyder behandling og vejledning til borgere med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor:

- Den kroniske smertetilstand skal være diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i relevante specialer
- Monofaglig terapi er forsøgt, men har ikke haft effekt

Se mere om henvisningskriterier til de tværfaglige smertecentre [her](#).



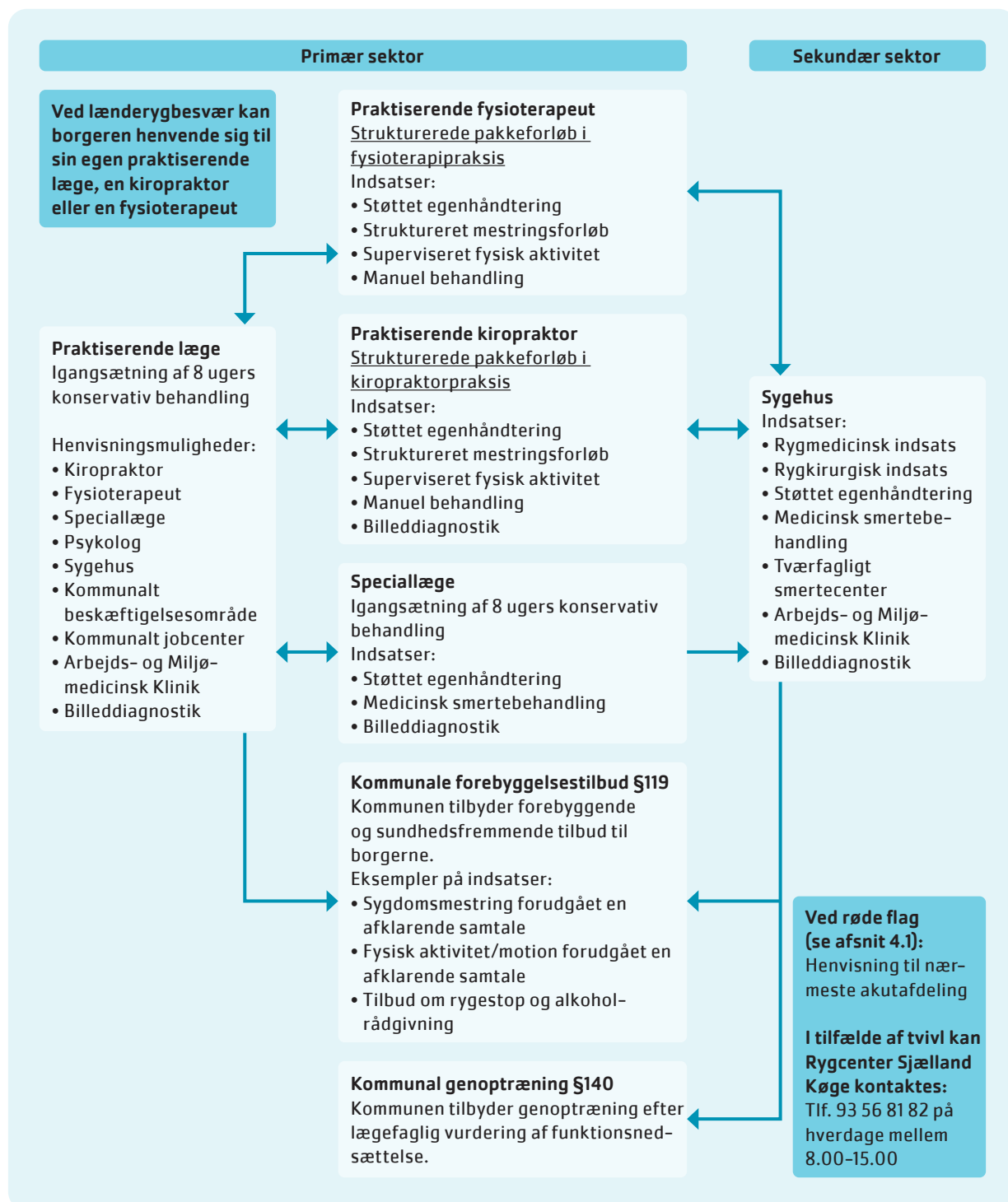
Henvisning til tværfaglige smertecentre

Privatpraktiserende læge kan henvise til et af Region Sjællands tværfaglige smertecentre.

De tværfaglige smertecentre tilbyder behandling og vejledning til borgere med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor:

- monofaglig terapi ikke har haft effekt, og
- patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer, og
- der er alvorlig konsekvens for arbejdsliv og/eller hverdagsliv, og
- de kroniske smerter har udløst sociale og/eller psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats

Figur 4. Overblik over indsatser og henvisningsmuligheder for hver aktør i primær og sekundær sektor ved borgere med lænderygbesvær



9. Referencer

- 1) Mairey I, Rosenkilde S, Borring Klitgaard M, Thygesen LC. *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen; 2022
- 2) Jensen HAR, Møller SR, Jezek AH, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. *Danskernes sundhed 2023*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2024
- 3) Sundhedsstyrelsen. *Resultater fra rapporterne Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – sygdomme og risikofaktorer*; 2023
- 4) Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. *Diagnosis and treatment of low back pain*. BMJ. 2006 Jun 17;332(7555):1430-4. doi: 10.1136/bmj.332.7555.1430. PMID: 16777886; PMCID: PMC1479671.
- 5) Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. *What low back pain is and why we need to pay attention*. Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29573870.
- 6) Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH. *Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain*. Arthritis Rheum. 2009 Oct;60(10):3072-80. doi: 10.1002/art.24853. PMID: 19790051.
- 7) Jensen AØ, Jacobsen JB, Nørgaard M, Yong M, Fryzek JP, Sørensen HT. *Incidence of bone metastases and skeletal-related events in breast cancer patients: a population-based cohort study in Denmark*. BMC Cancer. 2011 Jan 24;11:29. doi: 10.1186/1471-2407-11-29. PMID: 21261987; PMCID: PMC3037922.
- 8) Nørgaard M, Jensen AØ, Jacobsen JB, Cetin K, Fryzek JP, Sørensen HT. *Skeletal related events, bone metastasis and survival of prostate cancer: a population based cohort study in Denmark (1999 to 2007)*. J Urol. 2010 Jul;184(1):162-7. doi: 10.1016/j.juro.2010.03.034. Epub 2010 May 16. PMID: 20483155.
- 9) Cetin K, Christiansen CF, Jacobsen JB, Nørgaard M, Sørensen HT. *Bone metastasis, skeletal-related events, and mortality in lung cancer patients: a Danish population-based cohort study*. Lung Cancer. 2014 Nov;86(2):247-54. doi: 10.1016/j.lungcan.2014.08.022. Epub 2014 Sep 10. PMID: 25240518.
- 10) Traeger AC, Underwood M, Ivers R, Buchbinder R. *Low back pain in people aged 60 years and over*. BMJ. 2022 Mar 22;376:e066928. doi: 10.1136/bmj-2021-066928. PMID: 35318211.
- 11) Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. *Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions*. Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29573872.
- 12) Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. *Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature*. Chiropr Man Therap. 2015 Mar 23;23:13. doi: 10.1186/s12998-015-0054-y. PMID: 25802737; PMCID: PMC4369880.
- 13) 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 (Phila Pa 1976). 2013 Nov 15;38(24):2118-23. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182a8c5d6. PMID: 23970112.
- 14) Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, Straker L, Maher CG, O'Sullivan PPB. *What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review*. Br J Sports Med. 2020 Jan;54(2):79-86. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878. Epub 2019 Mar 2. PMID: 30826805.
- 15) Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. *At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years*. Spine (Phila Pa 1976). 1998 Jan 15;23(2):228-34. doi: 10.1097/00007632-199801150-00015. PMID: 9474731.
- 16) Hébert JJ, Beynon AM, Jones BL, Wang C, Shrier I, Hartvigsen J, Leboeuf-Yde C, Hestbæk L, Swain MS, Junge T, Franz C, Wedderkopp N. *Spinal pain in childhood: prevalence, trajectories, and diagnoses in children 6 to 17 years of age*. Eur J Pediatr. 2022 Apr;181(4):1727-1736. doi: 10.1007/s00431-021-04369-5. Epub 2022 Jan 14. PMID: 35028728.
- 17) 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 Musculoskelet Disord*. 2016 May 21;17:220. doi: 10.1186/s12891-016-1071-2. PMID: 27209166; PMCID: PMC4875630.
- 18) Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner JA, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. *Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations*. AJNR Am J Neuroradiol. 2015 Apr;36(4):811-6. doi: 10.3174/ajnr.A4173. Epub 2014 Nov 27. PMID: 25430861; PMCID: PMC4464797.
- 19) Den Neurologiske Undersøgelse. *KRAFT*. 2017. https://neurous.dk/?page_id=81

- 20) Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. *Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain*. BMJ. 2021 Feb 12;372:n291. doi: 10.1136/bmj.n291. PMID: 33579691; PMCID: PMC8023332.
- 21) Kongsted A, Hestbæk L, Kent P. *How can latent trajectories of back pain be translated into defined subgroups?* BMC Musculoskelet Disord. 2017 Jul 3;18(1):285. doi: 10.1186/s12891-017-1644-8. PMID: 28673341; PMCID: PMC5496263.
- 22) Coulter A. *Patient engagement--what works?* J Ambul Care Manage. 2012 Apr-Jun;35(2):80-9. doi: 10.1097/JAC.0b013e318249e0fd. PMID: 22415281.
- 23) Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, Pacheco-Brousseau L, Funderup J, Gunderson J, Barry MJ, Bennett CL, Bravo P, Steffensen K, Gogovor A, Graham ID, Kelly SE, Légaré F, Sondergaard H, Thomson R, Trenaman L, Trevena L. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jan 29;1(1):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub6. PMID: 38284415; PMCID: PMC10823577.
- 24) de Campos TF, Maher CG, Fuller JT, Steffens D, Attwell S, Hancock MJ. *Prevention strategies to reduce future impact of low back pain: a systematic review and meta-analysis*. Br J Sports Med. 2021 May;55(9):468-476. doi: 10.1136/bjsports-2019-101436. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32646887.
- 25) Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, Teixeira-Salmela LF, Hancock MJ. *Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Intern Med. 2016 Feb;176(2):199-208. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7431. PMID: 26752509.
- 26) Schmidt KG, Rasmussen CDN. *Praksis- og evidensbaserede anbefalinger i rådgivningen og muskelskeletbesvær på arbejdspladsen (PERMA): Afslutningsrapport til Arbejds miljø forskningsfonden*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2020.
- 27) Huang R, Ning J, Chuter VH, Taylor JB, Christophe D, Meng Z, Xu Y, Jiang L. *Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain*. Br J Sports Med. 2020 Jul;54(13):766-770. doi: 10.1136/bjsports-2018-100035. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31672696.
- 28) Bruun KD, Vægter HB. *Smerter set fra et bio-psyko-socialt perspektiv*. 2023. Medicin.dk. <https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318892>
- 29) Verhagen AP, Downie A, Maher CG, Koes BW. *Most red flags for malignancy in low back pain guidelines lack empirical support: a systematic review*. Pain. 2017 Oct;158(10):1860-1868. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000998. PMID: 28708761.
- 30) Parreira PCS, Maher CG, Traeger AC, Hancock MJ, Downie A, Koes BW, Ferreira ML. *Evaluation of guideline-endorsed red flags to screen for fracture in patients presenting with low back pain*. Br J Sports Med. 2019 May;53(10):648-654. doi: 10.1136/bjsports-2018-099525. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30337350.
- 31) Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. *Red flags presented in current low back pain guidelines: a review*. Eur Spine J. 2016 Sep;25(9):2788-802. doi: 10.1007/s00586-016-4684-0. Epub 2016 Jul 4. PMID: 27376890.
- 32) Albert HB, Jensen AM, Dahl D, Rasmussen MN. *Kriterievalidering af Roland Morris-spørgeskemaet. Et oversat internationalt skema til vurdering af ændringer i funktionsniveau hos patienter med lændesmerter og iskiass [Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica]*. Ugeskr Laeger. 2003 Apr 28;165(18):1875-80. Danish. PMID: 12772398.
- 33) Fairbank JC, Pynsent PB. *The Oswestry Disability Index*. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Nov 15;25(22):2940-52; discussion 2952. doi: 10.1097/00007632-200011150-00017. PMID: 11074683.
- 34) Linton SJ, Hallden K. *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (Short). Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (Modified)(Linton & Hallden, 1998)*
- 35) Garratt AM, Furunes H, Hellum C, Solberg T, Brox JI, Storheim K, Johnsen LG. *Evaluation of the EQ-5D-3L and 5L versions in low back pain patients*. Health Qual Life Outcomes. 2021 May 28;19(1):155. doi: 10.1186/s12955-021-01792-y. PMID: 34049574; PMCID: PMC8160396.
- 36) Rajasekaran S, Dilip Chand Raja S, Pushpa BT, Ananda KB, Ajoy Prasad S, Rishi MK. *The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of 'clinical reporting': results from an RCT and blinded trials*. Eur Spine J. 2021 Jul;30(7):2069-2081. doi: 10.1007/s00586-021-06809-0. Epub 2021 Mar 21. PMID: 33748882.
- 37) Kongsted A, Kent P, Quicke JG, Skou ST, Hill JC. *Risk-stratified and stepped models of care for back pain and osteoarthritis: are we heading towards a common model?* Pain Rep. 2020 Sep 23;5(5):e843. doi: 10.1097/PR9.0000000000000843. PMID: 33235943; PMCID: PMC7678800.

- 38) Foster NE, Hill JC, O'Sullivan P, Hancock M. *Stratified models of care*. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2013 Oct;27(5):649-61. doi: 10.1016/j.berh.2013.10.005. Epub 2013 Oct 10. PMID: 24315146.
- 39) Murphy SE, Blake C, Power CK, Fullen BM. *Comparison of a Stratified Group Intervention (STarT Back) With Usual Group Care in Patients With Low Back Pain: A Nonrandomized Controlled Trial*. Spine (Phila Pa 1976). 2016 Apr;41(8):645-52. doi: 10.1097/BRS.0000000000001305. PMID: 26630423.
- 40) Riis A, Rathleff MS, Jensen CE, Jensen MB. *Predictive ability of the start back tool: an ancillary analysis of a low back pain trial from Danish general practice*. BMC Musculoskelet Disord. 2017 Aug 23;18(1):360. doi: 10.1186/s12891-017-1727-6. PMID: 28835238; PMCID: PMC5569517.
- 41) Cherkin D, Balderson B, Wellman R, Hsu C, Sherman KJ, Evers SC, Hawkes R, Cook A, Levine MD, Piekara D, Rock P, Estlin KT, Brewer G, Jensen M, LaPorte AM, Yeoman J, Sowden G, Hill JC, Foster NE. *Effect of Low Back Pain Risk-Stratification Strategy on Patient Outcomes and Care Processes: the MATCH Randomized Trial in Primary Care*. J Gen Intern Med. 2018 Aug;33(8):1324-1336. doi: 10.1007/s11606-018-4468-9. Epub 2018 May 22. PMID: 29790073; PMCID: PMC6082187.
- 42) Morsø L, Olsen Rose K, Schiøttz-Christensen B, Sowden G, Søndergaard J, Christiansen DH. *Effectiveness of stratified treatment for back pain in Danish primary care: A randomized controlled trial*. Eur J Pain. 2021 Oct;25(9):2020-2038. doi: 10.1002/ejp.1818. Epub 2021 Jul 2. PMID: 34101953; PMCID: PMC8518659.
- 43) Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, Andersen MØ, Fournier G, Højgaard B, Jensen MB, Jensen LD, Karbo T, Kirkeskov L, Melbye M, Morsel-Carlson L, Nordsteen J, Palsson TS, Rasti Z, Silbye PF, Steiness MZ, Tarp S, Vaagholt M. *National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy*. Eur Spine J. 2018 Jan;27(1):60-75. doi: 10.1007/s00586-017-5099-2. Epub 2017 Apr 20. PMID: 28429142.
- 44) Ammendolia C, Hofkirchner C, Plener J, Bussi  res A, Schneider MJ, Young JJ, Furlan AD, Stuber K, Ahmed A, Cancelliere C, Adeboyejo A, Ornelas J. *Non-operative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication: an updated systematic review*. BMJ Open. 2022 Jan 19;12(1):e057724. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057724. PMID: 35046008; PMCID: PMC8772406.
- 45) Katz JN, Zimmerman ZE, Mass H, Makhni MC. *Diagnosis and Management of Lumbar Spinal Stenosis: A Review*. JAMA. 2022 May 3;327(17):1688-1699. doi: 10.1001/jama.2022.5921. PMID: 35503342.
- 46) Bussi  res A, Cancelliere C, Ammendolia C, Comer CM, Zoubi FA, Ch  tillon CE, Chernish G, Cox JM, Gliedt JA, Haskett D, Jensen RK, Marchand AA, Tomkins-Lane C, O'Shaughnessy J, Passmore S, Schneider MJ, Shipka P, Stewart G, Stuber K, Yee A, Ornelas J. *Non-Surgical Interventions for Lumbar Spinal Stenosis Leading To Neurogenic Claudication: A Clinical Practice Guideline*. J Pain. 2021 Sep;22(9):1015-1039. doi: 10.1016/j.jpain.2021.03.147. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33857615.
- 47) da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ. *Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review*. J Orthop Sports Phys Ther. 2017 May;47(5):305-313. doi: 10.2519/jospt.2017.7415. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28355981.
- 48) Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. *How should we define health?* BMJ. 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163. PMID: 21791490.
- 49) Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. *Processes of self-management in chronic illness*. J Nurs Scholarsh. 2012 Jun;44(2):136-44. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x. Epub 2012 May 2. PMID: 22551013; PMCID: PMC3366425.
- 50) Kongsted A, Ris I, Kjaer P, Hartvigsen J. *Self-management at the core of back pain care: 10 key points for clinicians*. Braz J Phys Ther. 2021 Jul-Aug;25(4):396-406. doi: 10.1016/j.bjpt.2021.05.002. Epub 2021 May 24. PMID: 34116904; PMCID: PMC8353288.
- 51) Sundhedsstyrelsen. *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Kvalitetsstandarder*. 2024
- 52) Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. *Exercise therapy for chronic low back pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 28;9(9):CD009790. doi: 10.1002/14651858.CD009790.pub2. PMID: 34580864; PMCID: PMC8477273.
- 53) Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Mors   L, Hill JC, van der Windt DA. *Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines*. Eur J Pain. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33064878; PMCID: PMC7839780.
- 54) O'Keeffe M, Hayes A, McCreesh K, Purtill H, O'Sullivan K. *Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis*. Br J Sports Med. 2017 Jan;51(2):126-132. doi: 10.1136/bjsports-2015-095410. Epub 2016 Jun 24. PMID: 27343238.

- 55) Matarán-Peñarrocha GA, Lara Palomo IC, Antequera Soler E, Gil-Martínez E, Fernández-Sánchez M, Aguilar-Ferrándiz ME, Castro-Sánchez AM. *Comparison of efficacy of a supervised versus non-supervised physical therapy exercise program on the pain, functionality and quality of life of patients with non-specific chronic low-back pain: a randomized controlled trial*. Clin Rehabil. 2020 Jul;34(7):948-959. doi: 10.1177/0269215520927076. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32517498.
- 56) O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, O'Sullivan K. *Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain*. Phys Ther. 2018 May 1;98(5):408-423. doi: 10.1093/ptj/pzy022. Erratum in: Phys Ther. 2018 Oct 1;98(10):903. doi: 10.1093/ptj/pzy087. PMID: 29669082; PMCID: PMC6037069.
- 57) Ho EK, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM, Hayden JA, Ferreira ML, Ferreira PH. *Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis*. BMJ. 2022 Mar 30;376:e067718. doi: 10.1136/bmj-2021-067718. PMID: 35354560; PMCID: PMC8965745.
- 58) Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter*; 2017
- 59) Gardner T, Refshauge K, McAuley J, Goodall S, Hübscher M, Smith L. *Patient led goal setting in chronic low back pain-What goals are important to the patient and are they aligned to what we measure?* Patient Educ Couns. 2015 Aug;98(8):1035-8. doi: 10.1016/j.pec.2015.04.012. Epub 2015 Apr 27. PMID: 25959985.
- 60) Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. *Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. BMJ. 2019 Mar 13;364:l689. doi: 10.1136/bmj.l689. PMID: 30867144; PMCID: PMC6396088.
- 61) Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians; Denberg TD, Barry MJ, Boyd C, Chow RD, Fitterman N, Harris RP, Humphrey LL, Vijan S. *Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians*. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28192789.
- 62) Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. *Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance*. BMJ. 2017 Jan 6;356:i6748. doi: 10.1136/bmj.i6748. Erratum in: BMJ. 2021 Jul 14;374:n1627. doi: 10.1136/bmj.n1627. PMID: 28062522.
- 63) Stig LC, Nilsson Ø, Leboeuf-Yde C. *Recovery pattern of patients treated with chiropractic spinal manipulative therapy for long-lasting or recurrent low back pain*. J Manipulative Physiol Ther. 2001 May;24(4):288-91. doi: 10.1067/mmt.2001.114362. PMID: 11353940.
- 64) Schreijenberg M, Koes BW, Lin CC. *Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care - is there a need to change?* Expert Rev Clin Pharmacol. 2019 Feb;12(2):145-157. doi: 10.1080/17512433.2019.1565992. Epub 2019 Jan 16. PMID: 30618319.
- 65) Koes BW, Backes D, Bindels PJE. *Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options*. Expert Opin Pharmacother. 2018 Apr;19(6):537-545. doi: 10.1080/14656566.2018.1454430. Epub 2018 Mar 26. PMID: 29578822.
- 66) Sundhedsstyrelsen. *Farmakologisk behandling af kroniske nociceptive smerter*. 2018
- 67) Ussing K, Kjaer P, Smith A, Kent P, Jensen RK, Schiøttz-Christensen B, O'Sullivan PB. *Cognitive Functional Therapy for People with Nonspecific Persistent Low Back Pain in a Secondary Care Setting-A Propensity Matched, Case-Control Feasibility Study*. Pain Med. 2020 Oct 1;21(10):2061-2070. doi: 10.1093/pm/pnaa034. PMID: 32221554.
- 68) Vaegter HB, Ussing K, Johansen JV, Stegemejer I, Palsen TS, O'Sullivan P, Kent P. *Improvements in clinical pain and experimental pain sensitivity after cognitive functional therapy in patients with severe persistent low back pain*. Pain Rep. 2019 Dec 17;5(1):e802. doi: 10.1097/PR9.0000000000000802. PMID: 32072097; PMCID: PMC7004508.
- 69) Vibe Fersum K, Smith A, Kvåle A, Skouen JS, O'Sullivan P. *Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain-a randomized controlled trial 3-year follow-up*. Eur J Pain. 2019 Sep;23(8):1416-1424. doi: 10.1002/ejp.1399. Epub 2019 May 14. PMID: 30974479.
- 70) O'Keeffe M, O'Sullivan P, Purtill H, Bargary N, O'Sullivan K. *Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT)*. Br J Sports Med. 2020 Jul;54(13):782-789. doi: 10.1136/bjsports-2019-100780. Epub 2019 Oct 19. PMID: 31630089; PMCID: PMC7361017.

- 71) Kent P, Haines T, O'Sullivan P, Smith A, Campbell A, Schutze R, Attwell S, Caneiro JP, Laird R, O'Sullivan K, McGregor A, Hartvigsen J, Lee DA, Vickery A, Hancock M; RESTORE trial team. *Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial*. Lancet. 2023 Jun 3;401(10391):1866-1877. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00441-5. Epub 2023 May 2. Erratum in: Lancet. 2023 Jun 17;401(10393):2040. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01184-4. Erratum in: Lancet. 2023 Sep 16;402(10406):964. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01905-0. PMID: 37146623.
- 72) Hancock M, Smith A, O'Sullivan P, Schütze R, Caneiro JP, Laird R, O'Sullivan K, Hartvigsen J, Campbell A, Wareham D, Chang R, Kent P. *Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): 3-year follow-up of a randomised, controlled trial*. Lancet Rheumatol. 2025 Nov;7(11):e789-e798. doi: 10.1016/S2665-9913(25)00135-3. Epub 2025 Aug 6. PMID: 40780241.
- 73) Stochkendahl MJ, Andersen LN, Møller A, Bond CB, Søgaard K, Holtermann A, Hartvigsen J. *Udvikling af fælles indsatser for arbejdsfastholdelse for medarbejdere med muskelskeletbesvær og fysisk krævende arbejde (VEJEN FREM): Rapport fra et forskningsprojekt*. Kiropraktorernes Videnscenter. Syddansk Universitet; 2021.
- 74) Vaegter HB, Christoffersen LO, Enggaard TP, Holdgaard DEM, Lefevre TN, Eltvéd R, Reisenhus CH, Licht TW, Laustsen MM, Hansson SH, Jensen PF, Larsen TRF, Alpiiger S, Mogensen BG, Høybye MT. *Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData)*. J Pain Res. 2021 May 4;14:1215-1230. doi: 10.2147/JPR.S306504. PMID: 33976571; PMCID: PMC8106464.
- 75) Sun Y, Laksono I, Selvanathan J, Saripella A, Nagappa M, Pham C, Englesakis M, Peng P, Morin CM, Chung F. *Prevalence of sleep disturbances in patients with chronic non-cancer pain: A systematic review and meta-analysis*. Sleep Med Rev. 2021 Jun;57:101467. doi: 10.1016/j.smrv.2021.101467. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33827029.
- 76) Morin CM, Gibson D, Wade J. *Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients*. Clin J Pain. 1998 Dec;14(4):311-4. doi: 10.1097/00002508-199812000-00007. PMID: 9874009.
- 77) Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, Johansen C, Møller M, Rod NH, Sjødin A, Zachariae B. *Søvn og sundhed*. København: Vidensråd for Forebyggelse s.20, 2015:1-224.
- 78) Sundhedsdatastyrelsen. u.å. *Helbreds faktorer (KRAM)*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/indberetning/terminologi/nbs/arbejdsgrupper/helbreds faktorer-kram>
- 79) Sundhedslandsbyer.dk. u.å. *KRAMSSS*. <https://www.sundhedslandsbyer.dk/kramsss/>
- 80) Thybo P, Stoffer MS. *Det Dobbelte KRAM for bedre mental sundhed*. 2019. Sund By Netværket
- 81) Thybo P. *Det dobbelte KRAM - et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel*. 2017. Hans Reitzels Forlag