



Klinisk vejledning for almen praksis:

Patienten med lænderygsmarter

Dansk Selskab for Almen Medicin
2026

KOLOFON

Patienten med lænderygsmærter

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

2. udgave, 1. oplag 2026

Det er tilladt at citere fra vejledningen med tydelig kildeangivelse: Patienten med lænderygsmærter (klinisk vejledning for almen praksis), 2026, Dansk Selskab for Almen Medicin.

ISBN (trykt): 978-87-91244-42-1

ISBN (elektronisk): 978-87-91244-43-8

Arbejdsgruppens medlemmer

Charlotte Voglhofer, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge i Region Sjælland (formand)

Maja Kaltoft, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge i Region Hovedstaden

Allan Riis, fysioterapeut, ph.d. og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Medicin, Aalborg Universitet

Berit Schiøttz-Christensen, speciallæge i reumatologi, ph.d. og professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet

Finn Sørensen, speciallæge i almen medicin

Interessekonflikter

Alle medvirkende har indsendt en habilitetserklæring, og det er vurderet, at der ikke er betydende interessekonflikter.

Tak til professor og praktiserende læge Martin Bach Jensen for kritisk gennemlæsning af vejledningen.

Sekretariatsbistand

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent

Annette Gehrs, webmedarbejder

Mie Christiansen, juniorkonsulent

Karolina Lewandowska, vejledningsredaktør

Rasmus Køster-Rasmussen, vejledningsredaktør

Forlagsredaktion

Lone Niedziella, LingoLab Translation

Grafisk tilrettelæggelse

Jannerup Grafisk

Illustrationer

Charlotte Voglhofer og arbejdsgruppen, hvis intet andet er anført.

Trykkeri

Scandinavian Print Group

Finansiering

DSAM's vejledninger udarbejdes for midler, som er afsat via "Overenskomst om almen praksis".

Indholdsfortegnelse

FORORD	4
EVIDENSGRUNDLAGET	5
GENERELT OM DSAM'S KLINISKE VEJLEDNINGER	6
INDLEDNING	7
LÆNDERYGSMERTER	9
UDREDNING	11
<i>Smerter</i>	<i>11</i>
<i>Anamnese</i>	<i>12</i>
<i>Flagsystemet</i>	<i>13</i>
<i>Funktionsvurdering / ICF</i>	<i>14</i>
<i>Objektiv undersøgelse</i>	<i>15</i>
<i>Billeddiagnostik</i>	<i>21</i>
<i>Diagnostisk Triage</i>	<i>23</i>
<i>Diagnosekodning (ICPC-2)</i>	<i>26</i>
<i>Prognose</i>	<i>26</i>
BEHANDLING	28
<i>Stratificering</i>	<i>28</i>
<i>Behandlingstrekanten</i>	<i>32</i>
<i>Trin 1: Basisbehandling</i>	<i>33</i>
<i>Trin 2: Supplerende behandling</i>	<i>34</i>
<i>Trin 3: Specialiseret behandling</i>	<i>38</i>
ÅRSSTATUS	40
LITTERATURLISTE	42

FORORD

løbet af de seneste 20 år har vores forståelse af lænderygsmarter gennemgået et markant paradigmeskifte. Hvor vi tidligere primært fokuserede på strukturelle årsager og passiv behandling, anerkender vi i dag betydningen af en bio-psyko-social tilgang med vægt på aktivitet og egenhåndtering.

”Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis” er 1. udgave fra 2006, og denne 2. udgave ”Patienten med lænderygsmarter” afspejler udviklingen og adskiller sig væsentligt fra den første vejledning. Hvor den tidligere vejledning havde fokus på diagnostiske kategorier og passiv behandling, vægter den nye vejledning funktionsevnevurdering, tidlig opsporing af risikofaktorer for langvarige forløb og støtte til patientens aktive mestring.

Den opdaterede vejledning tilbyder klare anbefalinger til billeddiagnostik og tydelige retningslinjer for, hvornår henvisning til specialiseret behandling er indiceret. Derudover introducerer vejledningen nye afsnit om kommunikation med patienter og årsstatus, for at sikre sammenhængende patientforløb med praktiserende læge som tovholder.

Vi håber, at denne vejledning vil bidrage til, at patienter med lænderygsmarter får den rette behandling, til rette tid, på rette sted – med fokus på aktivitet, tidlig indsats og forebyggelse af langvarige forløb.

Arbejdsgruppen, maj 2026

EVIDENSGRUNDLAGET

Der er ikke foretaget en systematisk vurdering af litteraturen i forbindelse med tilblivelsen af denne behandlingsvejledning. Evidensgrundlaget hviler primært på regionernes forløbsprogrammer, internationale kliniske retningslinjer samt udvalgte systematiske reviews og metaanalyser. anbefalinger er understøttet med relevante referencer. Ved mangelfuld evidens bygger anbefalingerne på arbejdsgruppens kliniske erfaring og konsensus.

Offentlig høringsversion

GENERELT OM DSAM'S KLINISKE VEJLEDNINGER

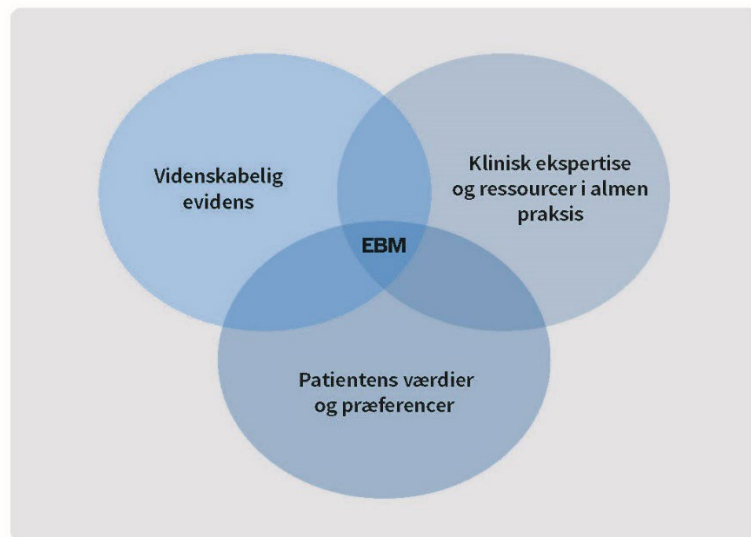
De faglige vejledninger fra DSAM behandler udvalgte aspekter af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for specifikke tilstande og patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen, f.eks. om en behandling er gavnlig, skadelig eller måske bare utilstrækkeligt undersøgt.

Formålet med DSAM's vejledninger er, at praktiserende læger kan udøve evidensbaseret praksis eller evidensbaseret medicin – som det er defineret af McMaster University i Canada (1). Viden fra forskningen indgår i beslutningsprocessen om valg af undersøgelser og behandling på lige fod med den kliniske ekspertise og de ressourcer, der er til rådighed i almen praksis og patientens kontekst, ressourcer, værdier og præferencer.

Indholdet i DSAM's vejledninger er baseret på viden fra andre evidensbaserede vejledninger og forskningsartikler, som er sat i relation til de muligheder, der er til stede i almen praksis i Danmark. Lægens kliniske ekspertise og patientens præferencer er altid unikke for mødet mellem den enkelte læge og patient. Evidensbaserede beslutninger kan opstå i dette møde med input fra DSAM's vejledninger eller anden evidens.

Figur 1. Evidensbaseret medicin (EBM) i almen praksis

Evidensbaseret medicin (EBM) i almen praksis



Figuren er oversat og tilpasset almen praksis efter Sackett DL et al. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't". BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2 (2).

Konteksten i mødet mellem læge og patient i almen praksis kan ikke rummes i denne model. Andre vigtige faktorer som kultur, samfund, magt, relation, tillid og omsorg inddrages i andre mere komplicerede modeller (3).

INDLEDNING

I Danmark lever omtrent én million mennesker med lænderygsmarter. De fleste oplever lænderygsmarter med eller uden udstråling én eller flere gange i løbet af livet. Nogle kun enkelte episoder, mens andre oplever hyppige eller vedvarende smerter (4).

I de seneste årtier har vi set et markant paradigmeskifte i forståelsen og håndteringen af patienter med lænderygsmarter. Nye forskningsresultater har ført til en grundlæggende ændring i vores tilgang til lænderygsmarter (5).

Tidligere søgte man primært efter specifikke anatomiske årsager til lænderygsmarter, men i dag anerkender vi, at lænderygsmarter oftest skyldes et komplekst samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer (6). Denne bio-psyko-sociale model har erstattet den ensidige fokusering på strukturelle årsager og har medført en mere holistisk tilgang til behandling.

Anbefalingen om sengeleje, som engang var standard, er nu erstattet af råd om at forblive aktiv og fortsætte daglige aktiviteter så vidt muligt (7). Denne ændring afspejler en bredere overgang fra passiv til aktiv behandling, hvor der lægges vægt på patientens egen indsats gennem træning og egenhåndtering (8).

Brugen af billeddiagnostik har ændret sig markant. Rutinemæssig brug af røntgen eller MR-skanning anbefales ikke længere ved nyopståede lænderygsmarter uden alarntegn, da studier har vist, at billeddiagnostik sjældent ændrer valget af behandlingen og kan føre til unødigt bekymring hos patienten (9).

Behandlingsmålene har også ændret sig. I stedet for at stræbe efter fuldstændig smertereduktion, fokuserer vi nu på at forbedre patientens funktionsevne og livskvalitet, når smerterne varer ved (10). Dette skift i målet for behandlingen medfører en anerkendelse af, at lænderygsmarter ofte er en tilbagevendende eller en vedvarende tilstand snarere end en isoleret akut episode (11).

Der er i dag bred faglig enighed om, at farmakologisk smertebehandling kun bør ses som et mindre element i den samlede behandlingsindsats. Nationale og internationale retningslinjer anbefaler ikke længere farmakologisk behandling som førstevalg til behandling af mennesker med lænderygsmarter (12,13).

På trods af solid evidens for en ny tilgang til håndtering af lænderygsmarter, oplever sundhedsvæsenet fortsat et højt antal rygreglaterede henvendelser. Det store antal kontakter til både almen praksis og sygehuse samt det næsten uændrede forbrug af MR-skanninger af ryggen over de seneste 10 år indikerer, at den nye viden endnu ikke er implementeret bredt i dansk klinisk praksis. Der er en kløft mellem evidens og praksis – den nye forskning er der, men den er ikke fuldt implementeret (5).

Som led i Sundhedsreformen 2024 skal der udvikles et pakkeforløb for en række patientgrupper med kroniske problemstillinger, herunder patienter med lænderygsmærter (14). Pakkerne skal implementeres i 2027 og har til formål at skabe mere systematiske og ensartede patientforløb på tværs af landet.

DSAM's forventninger til sundhedsreformen:

- Primærsektoren fortsat har hovedansvaret for udredning og behandling med den praktiserende læge som central koordinator.
- Der stiles mod ensartede retningslinjer for anvendelse af billeddiagnostik – de rigtige billeder på rette tidspunkt.
- Behandlingen fokuseres på at støtte patientens egen håndtering af tilstanden.
- Der lægges vægt på tydelig forventningsafstemning og ensartet rådgivning.
- Hver patient får en personlig behandlingsplan med systematisk opfølgning.
- Kommunikationen med patienter skal præges af beroligende information og positive forventninger til bedring (15).

Paradigmeskiftet for lænderygsmærter	
Fra	Til
Mekanisk årsag med fokus på strukturelle årsager	Bio-psyko-social tilgang med helhedssyn
Akut-kronisk sygdomsforståelse	Episodisk eller varig tilstand med fluktuerende forløb
Fokus på smertefrihed som mål	Fokus på funktion og livskvalitet
Passiv behandling og hvile	Aktivitet og støttet egenomsorg
Billeddiagnostik som udredning	Billeddiagnostisk udredning hos patienter med - nyopståede lænderygsmærter når der er mistanke om alvorlig lidelse - kroniske funktionsbegrænsende lænderygsmærter, hvor smerterne er uafklarede eller der overvejes operation
Smertestillende medicin som basisbehandling	Smertestillende medicin er ikke førstevalg og kun for de få

LÆNDERYGSMERTER

Statens Institut for Folkesundhed estimerer, at op til 80 % af befolkningen vil opleve lænderygsmarter på et tidspunkt i deres liv, og dette gør lænderygsmarter til en af de mest almindelige tilstande i befolkningen (4). Lænderygsmarter er oftest lokaliserede i lænden, men kan give udstrålende smerter til et eller begge ben.

Lænderygsmarter er en af de hyppigste årsager til, at patienter opsøger den praktiserende læge. Omkring 7,5 % af alle konsultationer i almen praksis vedrører lænderygsmarter

Lænderygsmarter kan forekomme i alle aldre, og den mest påvirkede gruppe er mellem 30 og 50 år (6). Kvinder rapporterer oftere lænderygsmarter end mænd (4).

Smærterne kan stamme fra mange strukturer i ryggen, herunder muskler, led og nerver og intensiteten og varigheden afhænger af bio-psyko-sociale faktorer.

For de fleste patienter er prognosen god, men visse faktorer, f.eks. høj initial smerteintensitet, psykosocial belastning og komorbiditet, kan forudsige et mere langvarigt forløb (16).

Udvikling af kroniske lænderygsmarter bør vurderes i sammenhæng med den enkeltes helbredstilstand både fysisk og mentalt, forståelse for egen situation, smertehåndteringsevne samt sociale faktorer. Det er et komplekst sammenspil, hvor disse forskellige komponenter arbejder dynamisk sammen og skaber både årsagssammenhænge og konsekvenser for den enkelte patient.

Dette betyder, at smerteoplevelsen er unik og afhænger af, hvilken indflydelse de enkelte komponenter har hos den enkelte. Sammenspillet mellem disse faktorer bestemmer ikke blot, hvordan smærterne opleves, men også hvordan patienten udtrykker sine smerter, håndterer dem i hverdagen og fungerer i forskellige sammenhænge.

Forståelsen af denne komplekse dynamik er afgørende for en effektiv behandlingstilgang, da den understreger, at behandling af kroniske lænderygsmarter kræver opmærksomhed på alle tre dimensioner - ikke kun de rent fysiske aspekter (6).

Definition af lænderygsmarter

Lænderygsmarter kategoriseres traditionelt som enten nyopståede eller kroniske. Lænderygsmarter er oftest lokaliserede i lænden, men kan give udstrålende smerter til et eller begge ben.

Størstedelen af patienter med nyopståede lænderygsmarter oplever spontan bedring efter kort tid. For mange patienter vil smertetilstanden dog være tilbagevendende og episodisk med varierende intensitet. Derfor er opdelingen i nyopståede eller kroniske lænderygsmarter en simplificeret kategorisering, da nyopståede smerter også kan betragtes som en opblussen af en kronisk recidiverende tilstand. I denne vejledning anvendes terminologien som redskab til at identificere forskellige forløb og behandlingsbehov.

Nyopståede/akutte lænderygsmerter defineres som smerter af op til tre måneders varighed, uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmerter.

Kroniske lænderygsmerter defineres som vedvarende eller recidiverende smerter med samlet varighed over tre måneder gennem det sidste år, der medfører selvoplevet funktionsevnebegrænsning i et omfang, hvor patienten ikke kan udføre eller deltage i ønskede aktiviteter (17).

Offentlig høringsversion

UDREDNING

Udredning af patienter med lænderygsmærter i almen praksis kræver en systematisk tilgang, der balancerer mellem at identificere potentielt alvorlige tilstande og undgå overdiagnosticering af ukomplicerede forløb (6). Hovedformålet er at udelukke alvorlig patologi gennem identifikation af røde flag (6), at vurdere tilstedeværelsen af nerverodspåvirkning (18), at afdække risikofaktorer for langvarigt forløb (19) samt at vurdere patientens samlede funktionsevne (20). Hos cirka ni ud af ti patienter med lænderygsmærter kan der ikke identificeres en specifik årsag til smerterne, og disse patienter diagnosticeres med uspecifikke lænderygsmærter (20). Dette er en klinisk diagnose og betyder i de fleste tilfælde at patienten er tilstrækkeligt udredt.

Smærter

Lænderygsmærter kan variere betydeligt i intensitet, varighed og karakter. Smertens karakter kan give vigtige diagnostiske præj, men det er vigtigt at være opmærksom på, at der sjældent er en direkte sammenhæng mellem smerteintensitet og alvorligheden af den underliggende tilstand (21).

Selvom der ofte er en sammenhæng mellem smerteintensitet og funktionsnedsættelse, er forholdet ikke altid lineært. Nogle patienter kan have betydelige smerter men bevare god funktion, mens andre kan have relativt milde smerter, men opleve stor funktionsnedsættelse (21).

Smerteoplevelsen formes ikke kun af de fysiske forhold i kroppen, men også af psykologiske forhold som tanker, følelser og eksistentielle overvejelser, samt sociale og kulturelle påvirkninger fra omgivelserne.

Smertetyper

Smærter kan inddeles i tre forskellige typer baseret på deres oprindelse og karakteristika (21–26).

Figur 2. Smertetyper

Smertetype	Mekanisme	Typisk beskrivelse	Karakteristika	Lokalisation
Nociceptive	Aktivering af smertereceptorer i vævet	Stikkende, borende, murrende, strammende, dunkende	Vellokaliseret Forværres ved bevægelse/belastning Aftager ved hvile	Lokalt i ryg, muskler, led, knogler, ligamenter
Neuropatiske	Nerveskade eller nervekompression	Brændende, sviende, jagende, elektrisk, skærende	Følger dermatomt mønster Ikke direkte relateret til bevægelse Ledsaget af føleforstyrrelser	Udstråling til ekstremitet efter nerveforløb
Neuroplastiske	Central sensibilisering	Diffuse, udbredte smerter	Øget smertefølsomhed Smerte ved normale stimuli "Vandrende" smerter	Udbredt, ikke anatomisk begrænset

Anamnese

Anamnesen er central indsamling af information om patientens symptomer, smertekarakter, funktionspåvirkning og psykosociale faktorer. En struktureret samtale sikrer, at alle relevante oplysninger fremkommer, samtidig med at der skabes rum for patientens egne bekymringer, forventninger og forståelse af tilstanden (21).

Anamnesen ved lænderygsmarter er struktureret omkring tre samtidige spor: smerter og symptomer, flagsystemet og funktionsvurdering efter ICF-modellen. Tilsammen giver de grundlaget for en helhedsvurdering af patienten – biologisk såvel som psykosocialt. Flagsystemet og ICF-modellen beskrives nærmere i de følgende afsnit.

Figur 3 viser de væsentligste elementer i anamneseoptagelsen.

[INDSÆT FIGUR 3. Elementer i anamnese]

Flagsystemet

Flag-systemet er et praktisk screeningsværktøj, der hjælper med at identificere og kategorisere forskellige risikofaktorer hos patienter med lænderygsmærter (27). Systemet inddeler risikofaktorer i fem kategorier markeret med farver: røde, gule, grønne, blå og sorte flag. Hver farve signalerer forskellige typer af faktorer, der har betydning for patientens prognose og valg af behandlingsstrategi.

I praksis betyder det, at lægen parallelt med den diagnostiske triagering også vurderer patientens psykosociale risikofaktorer. Dette sker ikke som en engangsproces, men som en dynamisk vurdering, der løbende gentages gennem patientforløbet (7,27).

Røde flag indikerer alvorlige patologiske tilstande, der kræver akut udredning og eventuelt henvisning. Disse omfatter inflammation, cauda equina-syndrom, cancer, fraktur og infektion (6,28). Det er vigtigt at være opmærksom på, at over 80 % af patienter med lænderygsmærter har mindst ét rødt flag uden at have underliggende alvorlig patologi. Røde flag skal derfor altid vurderes i sammenhæng med den øvrige kliniske vurdering (28,29).

Gule flag omfatter psykosociale risikofaktorer, der øger risikoen for et længerevarende forløb. Dette inkluderer frygt for bevægelse og inaktivitet, depression eller angst, negative forventninger til bedring, katastrofetanker om smerterne samt sociale problemer (27). Tidlig identifikation af gule flag giver mulighed for målrettet indsats og forebyggelse af udvikling af kronisk tilstand.

Grønne flag repræsenterer patientens ressourcer og positive prognostiske faktorer. Dette omfatter god sygdomsforståelse, aktiv mestring af smerterne og et støttende socialt netværk (27). Patienter med mange grønne flag har generelt god prognose og kan ofte håndteres effektivt med basisbehandling i almen praksis. Selv patienter med grønne flag skal have grundig anamnese og undersøgelse for at udelukke røde flag.

Blå flag vedrører arbejdsrelaterede faktorer såsom fysisk belastende arbejde, arbejdsutilfredshed, monotone arbejdsopgaver, manglende støtte fra kolleger eller ledelse samt stress og konflikter på arbejdspladsen (27). Disse faktorer har betydning for risikoen for sygefravær og evnen til at vende tilbage til arbejde.

Sorte flag omfatter systemiske barrierer som lovgivningsmæssige forhold, økonomiske bekymringer, igangværende forsikrings- eller erstatningssager samt andre systemkonflikter (27). Disse faktorer ligger ofte uden for den kliniske behandlings rækkevidde, men skal identificeres, da de kan have væsentlig indflydelse på patientens mulighed for at komme videre.

Tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer øger sandsynligheden for et længerevarende forløb. Flag-systemet anvendes dynamisk gennem hele patientforløbet, og behandlingen justeres løbende baseret på både de biologiske og psykosociale aspekter af patientens udvikling (7,27).

Funktionsvurdering / ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er udviklet af WHO til at beskrive og klassificere funktionsevne i patientens livskontekst (20). Modellen anvendes bredt i sundhedsvæsenet af praktiserende læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og socialrådgivere i forbindelse med beskæftigelsesindsats og rehabilitering. ICF-modellen understøtter et fælles sprog på tværs af sektorer og hjælper med at målrette indsatser for at fremme patienternes funktionsevne og identificere behov for støtte (20,30).

ICF-modellen bygger på en

bio-psyko-social tilgang og er et vigtigt supplement til ICPC-koden, da den kvalificerer patientens rehabilitering i et bredere perspektiv end diagnosen alene (20). Modellen anerkender, at samme grad af fysisk funktionsnedsættelse kan have vidt forskellig betydning for forskellige patienter, afhængigt af deres livssituation og personlige ressourcer (30).

Modellens fem komponenter

ICF-modellen består af fem domæner, hvor tre beskriver funktionsevnen og to beskriver patientens kontekst:

1. Kroppens funktioner og anatomi

Dette er din sædvanlige anamnese og objektive undersøgelse. Spørg til: Hvor længe har du haft smerterne? Hvor gør det ondt, og stråler det ud? Hvor meget gør det ondt (NRS 0-10)? Hvad gør det værre eller bedre? Hvordan sover du? Har du energi? Foretag derefter din normale objektive undersøgelse med neurologisk screening (20).

2. Aktiviteter

Dette handler om, hvad patienten rent praktisk kan klare i hverdagen. Spørg konkret: Kan du gå ud og handle? Kan du lave mad og vaske dig selv? Kan du løfte ting – hvor tunge? Kan du gøre rent hjemme? Kan du cykle eller køre bil? Dette giver dig et billede af, hvor meget lænderygssmerterne faktisk begrænser patienten. Du kan supplere med validerede spørgeskemaer som Roland Morris Disability Questionnaire, men patientens egen beskrivelse er ofte tilstrækkelig (20,30).

3. Deltagelse

Dette handler om patientens evne til at være en del af sit liv – arbejde, familie og fritid. Spørg til: Kan du passe dit arbejde? Hvad med dine fritidsinteresser – sport, havearbejde, sociale arrangementer? Nogle patienter holder sig væk fordi de er bange for at gøre ryggen værre, selvom smerten måske ikke er så slem. Dette er vigtig information for prognosen (20).

4. Omgivelsesfaktorer

Dette handler om patientens rammevilkår. Spørg til: Hvordan er situationen på arbejdet – er der forståelse fra chef og kolleger? Kan arbejdsopgaverne tilpasses? Er der hjælp derhjemme til tunge løft?

Hvad med økonomien ved sygemelding? Er der en igangværende arbejdsskadesag? Disse forhold kan du ikke altid ændre, men de påvirker patientens muligheder for at komme videre (20).

5. Personlige faktorer

Dette handler om patientens egne ressourcer og barrierer for at håndtere lænderygsmærterne. Vurder hvordan patienten forstår og mestrer situationen: Tror patienten at aktivitet er farligt, eller ser patienten det som en vej til bedring? Er der depression eller angst, der gør det sværere at komme videre? Har patienten tidligere erfaring med at komme sig over lænderygsmærter? Andre forhold som overvægt, hjerte- eller lungesygdom kan også påvirke patientens mulighed for at deltage i træning og aktivitet (20).

[INDSÆT FIGUR 4. Vurdering af funktionsevne]

Sådan bruges ICF-modellen i praksis

ICF-modellen fungerer som en tjekliste, der hjælper med at huske alle vigtige områder i konsultationen. I stedet for kun at fokusere på smerter og objektiv undersøgelse (komponent 1), får du systematisk kortlagt hele patientens situation:

- **Kan patienten klare hverdagen?** (Aktiviteter) – Dette afgør, hvor akut situationen er.
- **Kan patienten passe sit arbejde?** (Deltagelse) – Dette påvirker behovet for sygemelding.
- **Er der støtte derhjemme og på arbejdet?** (Omgivelsesfaktorer) – Dette påvirker mulighederne for at komme videre.
- **Hvordan tænker patienten om sine smerter?** (Personlige faktorer) – Dette påvirker prognosen.

Den samlede vurdering handler om at veje disse områder sammen for at beslutte din behandlingsstrategi. En patient med moderate smerter (komponent 1), men stor funktionspåvirkning (komponent 2-3), bekymringstanker (komponent 5) og dårlig støtte på arbejdet (komponent 4) har højere risiko for langvarigt forløb end en patient med kraftige smerter men god funktion og positive forventninger. ICF-modellen hjælper dig med at se hele billedet og identificere, hvor din indsats gør mest gavn (20,30).

Objektiv undersøgelse

Den objektive undersøgelse er afgørende for vurderingen af patienter med lænderygsmærter og bør altid gennemføres systematisk. En struktureret tilgang sikrer, at vigtige fund ikke overses, selv når tiden er knap.

Den objektive undersøgelse bygger på basisundersøgelser (inspektion, bevægetest, perkussion og palpation) suppleret med neurologiske tests ved mistanke om nerverodspåvirkning.

Muskel- og bevægetest er valgt som en del af basisundersøgelsen, selvom der ikke findes stærk evidens for deres diagnostiske værdi ved uspecifikke lænderygsmærter. Rationalet er primært klinisk:

- **Klinisk vurdering:** Bevægetest og muskelpalpation giver værdifuld information om patientens funktionsevne, smertebillede og bevægemønstre, som er centrale for den samlede kliniske vurdering og behandlingsplanlægning.
- **Identifikation af "røde flag":** Perkussion på processus spinosi kan hjælpe med at identificere fraktur eller anden alvorlig underliggende patologi.
- **Kommunikation med patienten:** Den objektive undersøgelse giver mulighed for at berolige patienten ved at forklare normale fund og skabe tryghed omkring prognosen.

Start med at observere patienten allerede når de kommer ind: Hvordan går de? Hvordan sætter de sig? Disse observationer giver værdifuld information og er del af den objektive undersøgelse.

Gennemfør derefter basisundersøgelsen i samme rækkefølge hver gang. Dette skaber rutine, øger effektiviteten og mindsker risikoen for at overse noget. En systematisk objektiv undersøgelse kan typisk gennemføres på 5-10 minutter.

Forklar undervejs: Fortæl patienten hvad du finder af normale forhold – "dine reflekser er fine", "du har god kraft i benene". Dette skaber tryghed og modvirker katastrofetanker.

En grundig anamnese med afdækning af røde og gule flag samt funktionsvurdering kan være tidskrævende, særligt når patienten henvender sig akut eller præsenterer komplekse psykosociale faktorer.

Det er fagligt forsvarligt og ofte hensigtsmæssigt at planlægge to konsultationer:

Ved **første konsultation** sikres det væsentligste: udelukkelse af alvorlig patologi gennem anamnese og objektiv undersøgelse, smertelindring, og tryghedsskabende information.

Ved **planlagt opfølgning** efter 1-2 uger er der tid til uddybende funktionsvurdering, evaluering af forløbet, og udarbejdelse af en langsigtet plan.

Denne tilgang sikrer både patientsikkerhed og grundighed.

Figur 5 | **Objektiv undersøgelse**

Basis objektiv undersøgelse	
Inspektion	Almentilstand, holdning, gang, bevægelsesmønstre, smerteadfærd
Bevægetest	Flektion, ekstension, sidebøjning, og rotation OBS på smerterespons ved bevægelser
Perkussion	På processus spinosi på det aktuelle område
Palpation	Palper for ømhed, smerter og spændinger i relevant muskulatur

Neurologisk objektiv undersøgelse	
Lumbalt – Strakt benløft test (laseqe) og krydset SBT test (SBT, XSBT)	Ved smerteudstråling til ben. Testen udføres som en passiv test og er positiv, hvis der er kendt smerteudstråling til under knæniveau ved elevation af strakt ben ved 15-60 grader. Ved krydset SBT (XSBT) løfter man det modsatte ben, og hvis det udløser de velkendte smerter i det smertende ben, er testen positiv.
Kraft	Undersøg muskelkraft på en skala fra 1 til 5 i relevante muskelgrupper.
Sensibilitet	Test sensibilitet i relevante dermatomer.
Reflekser	Undersøg relevante reflekser.
Hud og neurovaskulær status	Vurder hudtemperatur, farve og puls for at udelukke vaskulære problemer.

Vurdering af muskelkraft – 5-trins skala

Ved neurologisk undersøgelse vurderes muskelkraft på en skala fra 0-5:

Grad	Beskrivelse	Klinisk fund
5	Normal kraft	Fuld kraft mod modstand – ingen svaghed
4	Bevægelse mod let modstand	Kan bevæge mod moderat modstand fra undersøger, men er svagere end normalt
3	Bevægelse mod tyngdekraften	Kan løfte benet/foden mod tyngdekraften, men ikke mod modstand
2	Bevægelse uden modstand fra tyngdekraften	Kan bevæge leddet når tyngdekraften elimineres (f.eks. bevæge benet sidelæns i liggende)
1	Synlig kontraktion	Muskelkontraktion kan ses eller palperes, men giver ingen bevægelse
0	Ingen kontraktion	Ingen synlig eller palpabel muskelaktivitet

Vurdering af muskelkraft kan foretages med tre funktionelle tests. Hvis patienten kan udføre alle tre, er der normal kraft i de relevante nerverødder:

- L3-L4 (Quadriceps): Kan patienten rejse sig fra hug uden at bruge hænderne?
- L5 (Dorsalfleksion): Kan patienten gå på hæle med løftet forfod?
- S1 (Plantarfleksion): Kan patienten på tæer?

I praksis er skellen mellem grad 4 og 5 ofte den vigtigste – let svaghed (grad 4) indikerer let nerve-rodspåvirkning, mens grad 3 eller lavere indikerer betydelig parese der kræver særlig opmærksomhed og vurdering på sygehuset.

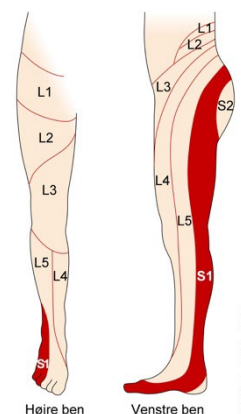
Sensibilitetsundersøgelse

Test for let berøring (med finger eller vatpind) i de relevante dermatomer:

- **L4:** Mediale del af underbenet
- **L5:** Fodryggen og storetåen
- **S1:** Laterale fodrand og lilletåen

Sammenlign altid siderne. Patienten angiver, om berøringen føles ens på begge sider, eller om der er forskel (nedsat, ændret eller øget følelse).

Ved klinisk mistanke om mere udbredt neurologisk påvirkning kan suppleres med test for smerte (nålestik) eller temperatursans.



Reflekser – oversigt

Underekstremitet (lænderyg)

Refleks	Nerverod	Teknik
Patellarrefleks	L3-L4	Patienten sidder eller ligger med let flekteret knæ. Slag på patellarsenen lige under patella.
Mediale haserefleks	L5	Patienten ligger med benet flekteret, abduceret og udadroteret. Slag på de mediale hasesener proksimalt for knæleddet.
Akillesrefleks	S1	Patienten ligger med let flekteret knæ. Slag på akillessenen.

Vurdering af reflekser

Reflekser vurderes som:

- 0 = Ingen refleks
- +/- = Svag, kun synlig ved forstærkning
- + = Svagere end normalt
- ++ = Normal
- +++ = Livlig, men ikke patologisk
- ++++ = Meget livlig med clonus (patologisk)

Husk: Sammenlign altid højre og venstre side. Asymmetri er vigtigere end absolutte værdier.

Evidens:

Arbejdsgruppen har ikke kunnet finde evidens, der vurderer testegenskaberne (sensitivitet og specificitet) for muskeltest eller bevægetest ved uspecifikke lænderygsmerter. Dette skyldes, at der ikke findes kliniske tests, der med sikkerhed kan identificere den fysiske smertekilde, guide til behandlingsvalg eller forudsige prognosen for patienter med uspecifikke lænderygsmerter. Diagnostik og vurdering afhænger derfor af en samlet klinisk vurdering.

Evidens for neurologiske tests:

Nedenstående tabel viser testegenskaberne for de neurologiske tests. Tallene hjælper med at forstå, hvor gode testene er til henholdsvis at finde syge patienter (sensitivitet) og bekræfte raske patienter (specificitet).

Sensitivitet: Hvor god er testen til at finde de syge? En sensitivitet på 0,64 (64 %) betyder, at testen er positiv hos 64 ud af 100 patienter, der faktisk har diskusprolaps. De resterende 36 patienter med diskusprolaps får en negativ test (falsk negative).

Specificitet: Hvor god er testen til at bekræfte de raske? En specificitet på 0,90 (90 %) betyder, at testen er negativ hos 90 ud af 100 patienter uden diskusprolaps. De resterende 10 patienter uden diskusprolaps får en positiv test (falsk positive).

Der findes evidens for de neurologiske tests, der anvendes ved mistanke om nerverodspåvirkning:

- **Strakt benløft test (SBT):** Sensitivitet 64 % - god til at finde patienter med diskusprolaps
- **Krydset SBT (XSBT):** Specificitet 90 % - god til at udelukke diskusprolaps
- **Kraft, refleksudfald og sensoriske udfald:** Specificitet 90-93 % - gode til at bekræfte fravær af diskusprolaps.

Ingen af testene er perfekte, men de har alle deres styrker og svagheder. Derfor baseres den samlede vurdering på både anamnesen og den objektive undersøgelse (31).

Kombination er nøglen: Ingen enkelt test er perfekt. Brug flere tests sammen for at øge diagnostisk sikkerhed. Jo flere af de specifikke tests der er negative, desto større sandsynlighed er der for, at patienten ikke har diskusprolaps.

Test: sensitivitet og specificitet	
Strakt benløft test (SBT) test i praksis: <i>(brug billede (MR) som reference)</i>	Sensitivitet: 0,64 (95 % CI: 0,56-0,71) Specificitet: 0,57 (95 % CI: 0,47-0,66)
Krydset strakt benløft test (XSBT) test:	Sensitivitet: 0,28 (95 % CI: 0,22-0,35) Specificitet: 0,90 (95 % CI: 0,85-0,94)
Kraft/muskelsvaghed i praksis:	Sensitivitet: 0,27 (95 % CI: 0,20-0,37) Specificitet: 0,93 (95 % CI: 0,88-0,97)
Nedsatte reflekser i praksis:	Sensitivitet: 0,15 (95 % CI: 0,09-0,21) Specificitet: 0,93 (95 % CI: 0,88-0,97)
Sensoriske udfald i praksis:	Sensitivitet: 0,28 (95 % CI: 0,21-0,36) Specificitet: 0,66 (95 % CI: 0,56-0,74) [36]

95 % CI (konfidensinterval) angiver usikkerheden i estimatet. Jo smallere intervallet er, desto mere sikre er vi på den præcise værdi.

Billeddiagnostik

Billeddiagnostik spiller en begrænset rolle i udredningen af lænderygsmærter og bør anvendes med omtanke. Årsagen til denne restriktive tilgang er, at fund på billedundersøgelser kan være svære at tolke og ikke nødvendigvis forklarer patientens symptomer.

Mange af de forandringer, som ses på billeder – såsom diskusprotusioner, prolapser, spinalstenose, facetledsartrose og Modic-forandringer - forekommer også hyppigt hos personer uden lænderygsmærter. Allerede fra 40-års alderen har minimum 50 % af symptomfrie personer degenerative forandringer synlige på billedundersøgelser. Dette gør billedfund vanskelige at tolke, og fund på en skanning forklarer sjældent årsagen til patientens smerter (32,33).

MR-skanning eller røntgenundersøgelse anbefales ikke rutinemæssigt ved nyopståede lænderygsmærter uden mistanke om alvorlig patologi, da det ikke påvirker behandlingsvalg eller resultat (32). I langt de fleste tilfælde er behandlingen den samme uanset, hvad billederne viser. Billeddiagnostik er kun relevant, når den kan ændre diagnose eller behandlingsplan.

Hvornår er billeddiagnostik indiceret?

Billeddiagnostik bør kun anvendes i specifikke situationer:

Akutte indikationer:

- Mistanke om cancer eller anden alvorlig underliggende sygdom
- Mistanke om infektion
- Cauda equina-syndrom (akut henvisning til nærmeste akutafdeling)
- Nyopstået (inden for 48 timer) kraftnedsættelse grad 3 eller derunder
- Progredierende neurologiske udfald
- Mistanke om fraktur efter traume.

Efter relevant konservativ behandling:

- Nerverodspåvirkning med vedvarende høj smerteintensitet og funktionsbegrænsning, hvor relevant behandling ikke har givet tilfredsstillende bedring efter 6-8 uger
- Spinalstenose med gangrelaterede bensmerter og betydelig funktionsbegrænsning uden bedring trods relevant behandling efter 8-12 uger.

Andre specifikke indikationer:

- Mistanke om inflammatorisk gigtsygdom (henvisning til reumatolog)
- Mistanke om nyttilkommet sammenfald af ryghvirvler
- Mistanke om kompressionsfraktur, listese eller arkolyse (røntgen).

Ved tvivl om fortolkning af billeddiagnostiske fund kan der søges rådgivning via de lokale rygcentre eller relevante specialafdelinger.

Rationel brug af billeddiagnostik

Unødvendig billeddiagnostik kan medføre (34):

- Overforbrug af ressourcer
- Øget strålebelastning ved røntgen og CT
- Unødig bekymring over almindelige aldersrelaterede forandringer
- Risiko for overdiagnostik og overbehandling
- Forsinkelse af relevant behandling
- Ingen dokumenteret forbedring af behandlingsresultatet.

Kommunikation om billedfund

Når billeddiagnostik alligevel foretages, er det afgørende, hvordan resultaterne formidles til patienten. Almindelige aldersbetingede forandringer og mindre strukturelle afvigelser bør beskrives som normale fund for at undgå unødigt bekymring og angst.

Dialogværktøj: Når patienten ønsker skanning

God patientkommunikation er afgørende, når patienten efterspørger billeddiagnostik uden klinisk indikation. Dialogen bør fokusere på at forstå patientens bekymringer og give beroligende information baseret på evidens.

Start med åbne spørgsmål for at forstå patientens perspektiv:

- "Hvad håber du, at en skanning kan vise?"
- "Er der noget bestemt, du er bekymret for?"

Vis forståelse og tag patientens smerter alvorligt: "Jeg forstår godt dit ønske om klarhed, og jeg tager dine smerter alvorligt"

"I stedet for skanning foreslår jeg aktiv opfølgning og behandling med dokumenteret effekt. Vi laver en ny vurdering om X uger."

Eksempel på dialog:

Patient: "Jeg vil gerne have en skanning for at se, hvad der er galt."

Læge: "Hvad håber du, skanningen kan vise?"

Patient: "Om der er diskusprolaps eller noget alvorligt."

Læge: "Jeg forstår din bekymring. Min grundige undersøgelse har ikke vist tegn på noget alvorligt eller diskusprolaps. Vi ved, at normale aldersforandringer ses hos over halvdelen af raske 40-årige på skanning. Disse fund forklarer ofte ikke smerterne og skaber unødigt bekymring. Det vigtigste nu er at komme i gang med den rigtige behandling. Jeg foreslår..."

Diagnostisk Triage

Rationalet bag diagnostisk triagering

Den diagnostiske triagering af patienter med lænderygsmærter er et centralt element i evidensbaseret praksis. Formålet er at identificere hvilke patienter, der har behov for akut handling, yderligere udredning eller kan håndteres med konservativ behandling i almen praksis.

Hvorfor triagere?

Triageringen sikrer, at patienter får den rette behandling, til rette tid, på rette sted (35). Hos cirka ni ud af ti patienter kan der ikke identificeres en specifik årsag til lænderygsmærterne, og disse får diagnosen uspecifikke lænderygsmærter (18). For denne store gruppe er omfattende udredning ofte unødvendig og kan endda være skadelig ved at skabe unødigt bekymring og forsinke effektiv behandling (34). Samtidig skal de få patienter med alvorlig underliggende patologi identificeres hurtigt for at undgå forsinkelse i behandlingen.

Det er afgørende at forstå, at diagnostisk triagering ikke er en éngangs-beslutning truffet ved første konsultation. Tværtimod er det en **dynamisk og løbende vurdering**, der gentages gennem hele patientforløbet (7,18). Patienter med ukomplicerede akutte smerter ser de praktiserende læger ofte kun én gang, hvor de i konsultationen anbefales øvelser eller henvises til fysioterapi eller kiropraktor. Hvis dette har den ønskede effekt, ser man i hovedregl ikke patienten igen.

Anamnesen giver de første vigtige informationer om røde flag og symptom mønster, men den objektive undersøgelse tilføjer afgørende viden om neurologiske udfald,

bevægeindskrænkning og funktionsnedsættelse. Eventuel paraklinisk udredning med laboratorieprøver og billeddiagnostik kan yderligere modificere vurderingen.

Patienter kan derfor flyttes mellem triagekategorierne ved opfølgende undersøgelser, hvis symptomerne ændrer sig (18). En patient der ved første besøg præsenterer uspecifikke lænderygsmarter kan senere udvikle symptomer på nerverodspåvirkning. Omvendt kan en patient med initial mistanke om nerverodstryk vise bedring ved kontrollen, der gør videre udredning unødvendig.

Triageringen bygger på en **helhedsvurdering** af alle tilgængelige informationer:

- Anamnese (symptomer, varighed, røde flag)
- Objektiv undersøgelse (neurologiske fund, bevægelighed, percussion test)
- Funktionsvurdering via ICF-modellen
- Parakliniske fund (kun ved indikation).

Den endelige triagekategori bestemmes først, når lægen har samlet alle relevante oplysninger og kan foretage en informeret klinisk vurdering. Dette sikrer, at beslutningen om videre forløb hviler på et solidt grundlag.

Ved at anvende et fælles sprog om flag og triagering på tværs af specialer og faggrupper, styrkes det tværsektorielle samarbejde, og patientforløbet bliver mere sammenhængende og effektivt.

Triageringen hjælper med at besvare følgende spørgsmål:

- Er der mistanke om alvorlig underliggende patologi, der kræver akut handling?
- Er der tegn på nerverodspåvirkning, der kræver særlig opmærksomhed?
- Kan patienten håndteres konservativt i primærsektoren?
- Hvornår skal patienten revurderes?

På baggrund af anamnesen og den objektive undersøgelse foretages en diagnostisk triagering, hvor patientens lænderygsmarter inddeles i tre hovedkategorier:

1. Specifikke lænderygsmarter med alvorlig underliggende patologi er alvorlige tilstande, som kræver særlig opmærksomhed: cancer, infektion, inflammation, fraktur og cauda equina-syndrom. Disse tilstande er sjældne og forekommer hos under 5 % af patienterne (18).

2. Lænderygsmarter med rodirritation er lænderygsmarter, hvor der bliver trykket på en nerverod, der giver udstrålende smerter i ekstremitet, diskusprolaps, spinal stenose eller listese. Forekommer hos omkring 5-10 % af patienterne (18).

3. Uspecifikke lænderygsmarter er lænderygsmarter, hvor der ikke kan identificeres en specifik årsag. Smerterne stammer fra ryggens muskler, led, knogler og andre strukturer, der kan give smerter og de kan ikke forklares ved en bagvedliggende sygdom eller strukturel forandring. Uspecifikke lænderygsmarter er en klinisk diagnose, der betyder, at patienten er tilstrækkeligt udredt, og der ikke er fundet strukturel årsag til smerterne. Forekommer hos omkring 90 % af patienterne i almen praksis (18).

[INDSÆT FIGUR 6. Diagnostisk triage af patienter med lænderygsmarter]

Offentlig høringsversion

Diagnosekodning (ICPC-2)

Korrekt og systematisk diagnosekodning af patienter med lænderygsmærter er afgørende for at kunne følge området og udvikle kvaliteten af behandlingen(36). Datagrundlaget på området er begrænset, særlig i primærsektoren. Det vanskeliggør monitorering af patientforløb og kvalitetsudvikling.

Arbejdsgruppen anbefaler at ICPC-2 diagnosekoder benyttes af hensyn til kvalitetssikring og -udvikling på rygområdet (37).

Anbefalinger for kodning

- Kod systematisk alle kontakter, som er relateret til lænderygsmærter
- Anvend så specifik en kode som muligt ud fra den kliniske vurdering
- Opdater koden ved ændringer i tilstanden.

Anvend følgende ICPC-2-koder:

- L02** Symptom/klage fra ryg uden bevægeindskrænkning
- L03** Symptom/klage fra lænd uden bevægeindskrænkning
- L80** Luksation/subluksation
- L84** Rygsyndrom uden smerteudstråling med bevægeindskrænkning
- L85** Erhvervet rygdeformitet
- L86** Rygsyndrom med smerteudstråling med bevægeindskrænkning
- L95** Osteoporose (inkluderer ”L95 Osteoporose uden specifikation med patologisk fraktur”)
- L76** Fractura IKA (traumatisk fraktur)
- N18** Lammelse (Cauda equina-syndrom)

Prognose

Det kan være vanskeligt at vurdere prognosen for lænderygsmærter, og vores forståelse af forløbet har ændret sig. Frem for at se lænderygsmærter som enkeltstående episoder, der enten går over eller bliver kroniske, betragtes de nu som en tilbagevendende tilstand med episodiske forværringer gennem livet. De fleste mennesker vil opleve lænderygsmærter på forskellige tidspunkter i deres liv, med perioder af både forværring og bedring.

Den evidens vi har viser:

Ved akutte lænderygsmærter (første 12 uger):

- **6 ud af 10 patienter** får det betydeligt bedre inden for 6 uger
- **8-9 ud af 10 patienter** får det bedre inden for 12 uger
- **5-10 %** får langvarige smerter (over 12 uger) (38).

Ved langvarige lænderygsmerter (over 12 uger):

Selv patienter med længere forløb har god chance for bedring:

- **35 %** får betydelig smertereduktion efter 9 måneder
- **41 %** får betydelig smertereduktion efter 12 måneder (39).

Vil smerterne komme tilbage?

- **1 ud af 4 patienter** får nye episoder inden for 1 år
- **Op til 7 ud af 10 patienter** får nye episoder inden for 5 år (11).

Offentlig høringsversion

BEHANDLING

Behandling af patienter med lænderygssmerter bygger i dag på en grundlæggende forståelse af, at lænderygssmerter for de fleste er en vedvarende eller episodisk tilstand med varierende intensitet og varighed. Et godt liv på trods af lænderygssmerter beror derfor på evnen til at tilpasse sig og håndtere de fysiske, psykiske og sociale udfordringer, der kan være forbundet med tilstanden.

Som praktiserende læge er din vigtigste opgave at skelne mellem de få patienter, der har behov for akut udredning på grund af mistanke om alvorlig patologi (røde flag) og det store flertal, der primært skal have støtte til aktiv egenhåndtering. De fleste patienter, der oplever lænderygssmerter med eller uden nerverodspåvirkning oplever smertereduktion eller smertefrihed inden for 6 uger (11). Behandlingen bygger på grundig information, støtte til at forblive aktiv og gradvis genoptagelse af normale aktiviteter. Medicinsk behandling og billeddiagnostik bør kun anvendes på specifik indikation. For patienter, der oplever nerverodspåvirkning, bør der være tættere opfølgning mhp. om de oplever den forventede forbedring.

Den praktiserende læge fungerer som tovholder gennem hele patientforløbet, også når andre behandlere er involveret (40,41). Dette indebærer at koordinere den samlede indsats, modtage og vurdere information fra andre faggrupper samt sikre systematisk opfølgning på behandlingseffekt.

Hverdagsliv og fællesskabernes rolle

Et meningsfuldt hverdagsliv leves uden for sundhedsvæsenet. ICF-modellen beskriver funktions-
evne som samspillet mellem krop, aktivitet og deltagelse i sociale sammenhænge (46). For patienter med lænderygssmerter er deltagelse i familie, arbejde, foreningsliv og lokale fællesskaber en central ressource for at fastholde aktivitet og egenomsorg (14,42). Social støtte er forbundet med lavere smerteoplevelse og bedre funktion, mens isolation forværrer både smerter og funktion (43,44).

I den biopsykosociale vurdering bør patientens deltagelsesniveau afdækkes, og gradvis tilbagevenden til værdsatte aktiviteter understøttes også uden for sundhedsvæsenets tilbud. Ved afslutning af et behandlingsforløb kan patienten anbefales at opsøge lokale tilbud som idrætsforeninger, frivilligcentre og patientforeninger, der særligt for ældre og socialt udsatte ofte er lettere tilgængelige end de formelle sundhedstilbud (45).

Stratificering

Ikke alle patienter med lænderygssmerter har behov for samme intensitet af opfølgning. Formålet med stratificering er at identificere de patienter, der har øget risiko for et langvarigt eller kompliceret forløb, og sikre, at opfølgningens intensitet matches med patientens individuelle behov. Stratificeringen bygger på den samlede kliniske vurdering fra anamnese, flagsystemet, funktionsvurdering (ICF) og den objektive undersøgelse og er dermed en naturlig forlængelse af udredningen.

Hvorfor stratificere?

Størstedelen af patienter med lænderygsmærter – omkring 60 % – oplever betydelig bedring inden for 6 uger, og 80-90 % er bedret inden for 12 uger (38). Samtidig vil op til 1 ud af 4 patienter få nye episoder inden for et år, og op til 7 ud af 10 inden for 5 år (42). En mindre gruppe – skønsmæssigt 5-10 % – udvikler langvarige smerter med betydelig funktionsnedsættelse (38,39). Det er denne heterogenitet, der gør stratificering relevant: De fleste patienter kan trygt håndteres med basisbehandling og åben adgang ved behov, mens en mindre gruppe har gavn af tættere og mere struktureret opfølgning.

Der findes forskellige tilgange til stratificering af patienter med lænderygsmærter: en gradueret indsats, hvor alle starter med basisbehandling og eskaleres ved utilfredsstillende respons, og en risikostratificeret indsats, hvor opfølgningen fra start tilpasses patientens risikoprofil. Der er aktuelt ikke evidens for, at den ene tilgang er mere effektiv end den anden (43). I denne vejledning anbefales en kombineret tilgang, hvor den graduerede behandlingstrekant suppleres med klinisk stratificering. Det sikrer, at alle patienter tilbydes basisbehandling, mens patienter med øget risiko for at udvikle kroniske smerter identificeres tidligt og følges tættere.

Kliniske faktorer, der taler for tættere opfølgning

Den kliniske vurdering af patientens behov for opfølgning baseres på en samlet vurdering af følgende faktorer:

Sygdomsrelaterede faktorer: Smertevarighed over 6 uger uden bedring, tilstedeværelse af nerve- rods-påvirkning med væsentlig funktionsbegrænsning, høj smerteintensitet ($VAS \geq 7$) kombineret med betydelig funktionsnedsættelse, samt recidiverende episoder med tiltagende funktionspåvirkning (31,38).

Psykosociale risikofaktorer (gule flag): Gule flag er de stærkeste prædiktorer for udvikling af kroniske smerter og bør veje tungt i stratificeringen (27,44). Det drejer sig om frygt for bevægelse og undgåelsesadfærd, katastrofetanker om smerterne, depression eller angst, negative forventninger til bedring samt søvnforstyrrelser og stress. Jo flere samtidige gule flag, jo større risiko for et langvarigt forløb (27,44).

Arbejdsrelaterede faktorer (blå flag): Sygemelding relateret til rygsmerter, arbejdsutilfredshed, fysisk belastende arbejde uden mulighed for tilpasning, samt konflikter på arbejdspladsen. Blå flag er de stærkeste prædiktorer for langvarigt sygefravær (27).

Sociale og systemiske faktorer (sorte flag): Igangværende forsikrings- eller erstatningssager, økonomiske bekymringer, sprogbarrierer eller manglende netværk samt lav sundhedskompetence (27).

Ressourcer og beskyttende faktorer (grønne flag): Tilstedeværelsen af grønne flag – god sygdomsforståelse, aktiv mestringsstilgang, støttende socialt netværk – kan omvendt identificere patienter med god prognose, der kan håndteres effektivt med basisbehandling og åben adgang (27).

Sundhedskompetence og sårbarhed

Sundhedskompetence og sårbarhed er to vigtige forhold, der sammen med sygdommens sværhedsgrad indgår i den kommende behovsvurdering for pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter (14).

Sundhedskompetence handler om patientens evne til at finde og forstå information om sin sygdom, træffe gode valg om sin behandling, tale med sundhedspersonalet og bruge digitale løsninger (14). Det handler ikke kun om at kunne læse, men også om at forstå sin sygdom, kunne håndtere den og tro på, at man selv kan gøre noget for sit helbred. Mange med langvarige rygsmerter tror, at ryggen er skadet eller skrøbelig, og forholder sig passivt til smerterne. Den opfattelse kan ændres gennem god information og ved at styrke patientens tro på egne evner (42).

Sårbarhed beskriver, hvor udsat patienten er samlet set. Det kan være fysisk (anden sygdom, komplicerede smerter), psykisk (depression, angst, bekymring), socialt (ensomhed, sprogsvækkigheder, manglende digital adgang) eller knyttet til livsvilkår (lav indkomst, kort uddannelse, usikker bolig eller arbejde) (43,44). Sårbarhed er ikke fast, men kan ændre sig undervejs i forløbet. Patienter med flere belastninger har oftere kraftigere smerter, dårligere forløb og større risiko for, at smerterne bliver kroniske. De har også sværere ved at få udbytte af de almindelige tilbud og falder lettere ud af behandlingen (44).

Vurderingen sker gennem samtalen, hvor lægen spørger ind til, hvordan patienten forstår sin sygdom, hvad patienten forventer, og hvilke ressourcer der er. Patienter med god forståelse og få belastninger klarer sig med almindelig opfølgning. Patienter med mindre forståelse eller flere belastninger har brug for tættere opfølgning og kontinuitet hos den samme læge. De mest sårbare patienter har brug for ekstra støtte og samarbejde på tværs af sektorer, gerne med pårørende, kommune og lokale tilbud (45).

Værktøjer til risikovurdering

Der findes validerede værktøjer til at understøtte stratificeringen, herunder STarT Back Screening Tool, Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ) og Pain Catastrophizing Scale (PCS). Det mest undersøgte værktøj på rygområdet er STarT Back, hvor patienten kategoriseres som havende lav, medium eller høj risiko for udvikling af kronisk smertetilstand (43). Effekten af stratificering ved hjælp af STarT Back-skemaet varierer imidlertid afhængig af undersøgelsesrammerne, og en dansk randomiseret undersøgelse viste ikke effekt (43). De danske nationale kliniske retningslinjer anbefaler aktuelt ikke rutinemæssig brug af stratificeringsværktøjer (45). Disse kan dog bruges som supplement til den kliniske vurdering med forståelse for, at

lænderyg smerter ofte er en tilbagevendende tilstand, hvor målet er at støtte patienten i at håndtere fremtidige episoder effektivt (39).

Opfølgningsintensitet baseret på stratificering

Den praktiserende læge tilrettelægger opfølgningen individuelt baseret på den samlede kliniske **stratificering**:

Opfølgningsniveau	Patientprofil	Anbefalet opfølgning
Basis opfølgning <i>(flertallet)</i>	Ukomplerede uspecifikke lænderyg smerter uden betydelige risikofaktorer. Grønne flag og god sygdomsforståelse.	Åben adgang. Patienten opfordres til at henvende sig ved manglende bedring efter 2-4 uger eller ved forværring.
Tættere opfølgning	Nerverods-påvirkning. Gule eller blå flag. Moderat funktionsnedsættelse. Manglende bedring efter 4-6 uger.	Planlagt opfølgning efter 2-4 uger med revurdering af flag og funktionsevne.
Udvidet opfølgning	Multiple risikofaktorer. Svær funktionsnedsættelse. Komorbiditet (depression, angst). Langvarig sygemelding. Manglende behandlingsrespons efter 8 uger.	Tæt og koordineret opfølgning, ofte med inddragelse af tværfaglige indsatser. Overvej tidlig henvisning til kommunale tilbud eller specialiseret behandling.

Sammenhæng med pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderyg smerter

For patienter, der opfylder kriterierne for kroniske lænderyg smerter – defineret som vedvarende eller recidiverende smerter med samlet varighed over tre måneder, der medfører selvoplevet funktionsevnebegrænsning – skal der i henhold til sundhedsreformen fra 2024 igangsættes et pakkeforløb fra 2027. Pakkeforløbet indebærer en formel behovsvurdering og differentiering i tre niveauer, som afgør den praktiserende læges rolle og proaktivitet i forløbet:

Differentie-ringsniveau	Patientprofil	Egen læges rolle
Niveau 1 <i>Egenhåndtering</i>	God sundhedskompetence, lav sygdomskompleksitet og tilstrækkelige ressourcer.	Understøtter egenomsorg. Opfølgning ved behov.
Niveau 2 <i>Opfølgning</i>	Nedsat sundhedskompetence eller moderat sygdomskompleksitet.	Tættere opfølgning og fokus på kontinuitet.
Niveau 3 <i>Udvidet støtte</i>	Sårbare positioner med alvorlige begrænsninger i fysisk, psykisk,	Kontinuitet i behandlerrelation. Afdækker ressourcepersoner.

	kognitiv eller social funktions- evne.	Koordinerer tværfaglige indsats- ser.
--	---	--

Differentieringen baseres på sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og sårbarhed og foretages i dialog med patienten. Differentieringsniveauet fremgår af behandlingsplanen og revurderes ved væsentlige ændringer i sygdomsforløb eller livssituation. Vurderingen baseres på den kliniske helhedsvurdering.

Den kliniske stratificering, der foretages tidligt i forløbet via flagsystemet og ICF-vurderingen, danner et naturligt grundlag for den senere differentiering i pakkeforløb til mennesker med kroniske lænderygmerter. Patienter, der allerede i det akutte forløb identificeres med multiple gule og blå flag samt betydelig funktionsnedsættelse, vil typisk placeres i niveau 2 eller 3, hvis smerterne udvikler sig til en kronisk smertetilstand.

- Stratificering er en integreret del af den kliniske vurdering – ikke en separat proces.
- Psyko-soziale forhold er de stærkeste prædiktorer for udvikling af kronisk smertetilstand og bør veje tungt.
- Screeningsværktøjer kan supplere, men erstatter ikke den kliniske helhedsvurdering.
- Den tidlige stratificering danner grundlag for evt. senere differentiering i pakkeforløb til mennesker med kroniske lænderygmerter.
- Stratificeringen er dynamisk og revurderes ved hver ny konsultation.

Behandlingstrekanten

Gradueret behandlingstilgang ved akutte lænderygmerter eller recidiv af disse

Behandlingen af uspecifikke lænderygmerter følger en gradueret, **non-farmakologisk førstevalgs-tilgang**, der sikrer, at patienterne får den rette behandling til rette tid på rette sted. Non-farmakologisk behandling information, råd om at forblive aktiv, støttet egenhåndtering, superviseret træning, manuel behandling og kognitive tilgange er det bærende princip på alle tre trin og er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger samt internationale retningslinjer (5,14,17,46). Farmakologisk behandling kan supplere, men kan ikke stå alene og bør anvendes tidsbegrænset og målrettet (se afsnit om medicinsk smertebehandling) (12,14).

Alle patienter starter i trin 1 med basisbehandling hos egen læge, og kun ved utilfredsstillende bedring eskaleres til supplerende eller specialiseret behandling. Langt hovedparten – omkring 90 % får tilstrækkelig hjælp på dette niveau (5,47). Eskalering til trin 2 eller 3 sker kun ved

utilfredsstillende behandlingsrespons, eller hvis symptomerne ændrer sig og indikerer specifikke rygsymptomer.

Effektivt samarbejde mellem sektorer sikres gennem god kommunikation. Information skal flyde tilbage til den praktiserende læge ved opstart af behandling, ved ændringer i behandlingsplan og ved afslutning af forløb. Kommunikation sker primært elektronisk og kræver patientens samtykke (46).

En klar beskrivelse af henvisningsårsag, relevant information om tidligere udredning og behandling samt tydelig formulering af spørgsmål er afgørende for et sammenhængende patientforløb (46).

[INDSÆT FIGUR 7. Behandlingstrekanten]

NØGLEPRINCIPPER

- Non-farmakologisk behandling er førstevalg på alle tre trin.
- Den praktiserende læge er tovholder på alle trin.
- Eskalering sker kun ved utilfredsstillende behandlingsrespons eller specifikke indikationer.
- Røde flag henvises akut direkte til trin 3.
- Information, rådgivning og støtte til egenhåndtering er fundamentet på alle trin.
- Behandlingen tilpasses individuelt baseret på flag-systemet og ICF-vurdering.

Trin 1: Basisbehandling

Langt hovedparten af patienter med lænderygsmærter – omkring 90 % – håndteres i almen praksis, hvor det primære fokus er information, rådgivning og støtte til patientens egen håndtering af tilstanden.

Den gode rygsamtale er hjørnestenen i behandlingen. Her forklarer lægen diagnosen ud fra den kliniske vurdering (uspecifikke lænderygsmærter, specifik årsag eller nerverodspåvirkning) og giver samtidig en realistisk prognose: Størstedelen omkring 60 % vil opleve betydelig bedring inden for 6 uger. Det er vigtigt at skabe tryghed ved at understrege, at det er sikkert at bruge ryggen, og at fortsat aktivitet faktisk er bedre end hvile. Det anbefales at omtale de uspecifikke smerter som almindelige overfor patienten, dette er den terminologi der anbefales at anvendes at alle

behandlere i primær og sekundærsektoren da patienten kan forbinde udtrykket uspecifikke rygsmerter som noget farligt der skal diagnosticeres og udredes yderligere.

Patienten skal støttes i at håndtere sine smerter selv gennem gradvis genoptagelse af normale aktiviteter – herunder arbejde – med fokus på funktionsforbedring frem for fuldstændig smertefrihed. Afhjælpning af frygt for bevægelse er central: Bevægelse er ikke farligt, og langvarigt sengeleje skal undgås. Evidensbaseret patientuddannelse og rådgivning kan reducere smerter, forbedre funktionsevne(48).

Ved behov kan der tilbydes simpel smertelindring i form af håndkøbsmedicin (paracetamol eller NSAID), som gives kortvarigt og kun ved behov – ikke som fast behandling.

Opfølgning tilbydes efter 2-4 uger, hvis der ikke er tilstrækkelig bedring. Her revurderes eventuelle røde eller gule flag, og der tages stilling til, om patienten skal videre i forløbet.

Eskalering til trin 2 overvejes ved utilfredsstillende bedring efter 6-8 uger, betydelig funktionsnedsættelse, tilstedeværelse af psykosociale risikofaktorer (gule flag), eller hvis patienten ønsker yderligere støtte.

Trin 2: Supplerende behandling

Når basisbehandlingen ikke har givet tilstrækkelig effekt, eller når der er behov for mere struktureret støtte, eskaleres behandlingen til supplerende indsatser. Dette gælder typisk 10-30 % af patienterne med lænderygsmerter og omfatter patienter med manglende bedring, moderat til betydelig funktionsnedsættelse eller tilstedeværelse af psykosociale risikofaktorer (gule flag).

Samarbejde med fysioterapeut og kiropraktor

Allerede i basisbehandlingen kan den praktiserende læge samarbejde med fysioterapeuter og kiropraktorer i primærsektoren. Begge faggrupper kan understøtte den tidlige indsats gennem rådgivning om aktivitet, patientuddannelse og vejledning i egenhåndtering — i forlængelse af den gode rygsamtale (5,45,49,50).

Kiropraktorer er en primær indgang til sundhedsvæsenet og kan konsulteres uden lægehenvi-
sning. De er selvstændigt ansvarlige for diagnostik og har rettigheder til at henvise til relevant billeddiagnostik (røntgen, MR, CT af columna) (51,52). Fysioterapeuter kan ligeledes kontaktes direkte af patienten i Region Sjælland, i de øvrige regioner skal der fortsat skrives en henvisning af praktiserende læge, og der findes overenskomstbaserede pakkeforløb for patienter med primære smerter i lænderyggen, som indeholder undersøgelse, patientuddannelse og superviseret træning.

I den akutte fase (under 6 uger) er der begrænset evidens for effekten af superviseret fysioterapi, og fokus bør primært være på at forblive aktiv (45,46,53). Ved lænderygsmerter af over 6 ugers

varighed anbefales superviseret fysioterapi som del af behandlingen, idet stærkest evidens ses for superviserede øvelsesprogrammer (4,5,45,54). Der er moderat evidens for, at manuel behandling – herunder spinal manipulation og mobilisering udført af kiropraktorer eller fysioterapeuter – kan bidrage til kortvarig smertereduktion og funktionsforbedring uanset varighed (45,49,55–57). Manuel behandling bør ikke stå alene, men anvendes som supplement til rådgivning om aktivitet og egenhåndtering. Manglende bedring efter 4-5 behandlinger indikerer, at yderligere manuel behandling sandsynligvis ikke vil medføre klinisk relevant bedring (53,56,58).

Patienter, som henvender sig direkte til fysioterapeut eller kiropraktor, bør oplyses om vigtigheden af, at den praktiserende læge informeres om forløbet, så denne kan varetage sin rolle som tovholder og sikre sammenhæng i behandlingen (59). En tilbagemelding til egen læge ved opstart og afslutning af et forløb anbefales.

Primærsektorens indsatser

Råd om at fastholde sine aktiviteter

Både den praktiserende læge, fysioterapeuter og kiropraktorer bør rådgive patienten om at fastholde fysiske og sociale aktiviteter så godt som det er muligt, inklusiv gå på arbejde. På samme måde bør der frarådes inaktivitet og lange sygemeldinger, når dette er muligt for patienten.

Superviseret træning versus manuel behandling

Superviseret træning og manuel behandling er to forskellige tilgange, der ofte kombineres i praksis. Superviseret træning er en aktiv behandlingsform, hvor patienten selv udfører øvelser under vejledning. Manuel behandling er en passiv behandlingsform, hvor behandleren udfører teknikker på patienten.

Superviseret træning



Superviseret træning tilbydes gennem fysioterapi eller kiropraktik og er særligt effektiv, når den kombineres med patientuddannelse og støttet egenhåndtering (17,45). Træningen tilrettelægges individuelt og tilpasses patientens fysiske udgangspunkt, præferencer og mål. Der er ikke evidens for, at én bestemt træningsform er bedre end andre (46). Et typisk forløb omfatter 8-12 behandlinger over 6-8 uger. Hvis der ikke ses effekt efter 4-5 behandlinger, bør anden tilgang overvejes (46,53). Målet er, at patienten bliver i stand til selv at fortsætte træning efterfølgende.

For patienter med akutte lænderygsmærter (under 6 uger) anbefales fysioterapi generelt ikke i den akutte fase, da evidensen er begrænset (46,53). Fokus bør i stedet være på at forblive aktiv. Ved lænderygsmærter over 6 ugers varighed anbefales fysioterapi som en del af behandlingen, idet stærkest evidens ses for superviserede øvelsesprogrammer (46,60).

Manuel behandling

Manuel behandling kan tilbydes af både kiropraktorer og fysioterapeuter, herunder osteopater og omfatter manipulation, mobilisering og bløddelsbehandling (50,61,62). Ved akutte lænderyg-smerter er der moderat evidens for smertereduktion og funktionsforbedring. Ved kroniske lænderyg-smerter er effekten sammenlignelig med superviseret træning (56). Manuel behandling bør dog ikke stå alene, men anvendes som supplement til aktiv behandling.

Medicinsk smertebehandling

Medicinsk smertebehandling kan overvejes som supplement til aktiv behandling, men bør kun spille en mindre rolle i den samlede indsats (21). Formålet er ikke smertefrihed, men at lindre smerter kortvarigt og understøtte patientens evne til at forblive aktiv. Behandlingen følger en trinvis tilgang med paracetamol som førstevalg, NSAID ved utilstrækkelig effekt, og kun kortvarig brug af opioider ved akutte, stærke smerter hvor anden behandling er utilstrækkelig. Ved neuropatisk smertekomponent kan tillæg af gabapentin eller pregabalin overvejes. Det er vigtigt med løbende opfølgning og en klar plan for seponering (21).

Farmakologisk smertebehandling ved akutte lænderyg-smerter – evidens

Non-farmakologisk behandling er førstevalg. Medicin er kortvarigt supplement med plan for seponering (12).

Paracetamol: ingen klinisk relevant effekt sammenlignet med placebo. Anbefales ikke som monoterapi (12).

NSAID: beskeden, men dokumenteret smertelindrende effekt. Kortvarigt brug, lavest effektive doser. Ibuprofen eller naproxen. Forsigtighed ved GI-, hjerte-kar- og nyresygdom, antikoagulation, ældre og graviditet (12).

Opioider: lille effekt, betydelig risiko for bivirkninger, afhængighed og overgang til langvarigt brug. Anbefales generelt ikke. Undtagelsesvis få dage ved svære smerter med exit-strategi (12).

Gabapentin/pregabalin: ingen dokumenteret effekt — heller ikke ved nerverodspåvirkning. Ugunstig bivirkningsprofil. Anbefales ikke (12).

Muskelrelaksantia: begrænset evidens, betydelige bivirkninger. Anbefales ikke rutinemæssigt.

Opfølgning efter få dage og senest 3-4 uger. Manglende effekt → seponering, ikke optitrering.

Praktiserende speciallæger i primærsektoren

Praktiserende speciallæger udgør et bindeled mellem almen praksis og sygehusvæsenet og kan inddrages, når initial udredning og behandling ikke har givet tilstrækkelig afklaring eller bedring, men hvor hospitalsbaseret vurdering ikke er nødvendig. De relevante specialer ved

lænderygsmærter er primært reumatologi og neurologi, men også ortopædkirurgi og smertespecialer afhængigt af problemstilling og regional tilgængelighed (14,42,69).

Praktiserende reumatolog varetager udredning ved mistanke om inflammatorisk rygsygdom f.eks. aksial spondyloarthritis samt komplekse uspecifikke lænderygsmærter uden bedring på primær behandling. Reumatologen kan foretage uddybende klinisk vurdering, supplerende blodprøver (HLA-B27, infektionsparametre), henvise til billeddiagnostik og iværksætte medicinsk behandling. Ved konstateret inflammatorisk lidelse fortsætter behandlingen typisk i specialambulatorium (14,42,69). Praktiserende neurolog kan inddrages ved diagnostisk uafklarede radikulære smærter, atypiske neurologiske udfald, mistanke om polyneuropati eller myelopati, og kan supplere med elektrofysiologisk undersøgelse (EMG, neurografi) (14).

Den rehabiliteringsmedicinske funktion (fysiatri/Physical and Rehabilitation Medicine) findes ikke som selvstændigt speciale i Danmark. Tværfaglig funktionsvurdering, smertehåndtering og rehabilitering ved langvarige rygsmerter med betydelig funktionsnedsættelse varetages af regionernes rygcentre og tværfaglige smertecentre (14,42,69).

Indikationer for henvisning

Henvisning bør overvejes ved behov for diagnostisk afklaring, der overstiger den almenmedicinske udredning, men ikke kræver hospitalsvurdering;

- ved klinisk mistanke om inflammatorisk rygsygdom (vedvarende natlige smærter, morgenstivhed >30 min, bedring ved aktivitet, debut <45 år, positiv familieanamnese for spondyloarthritis);
- ved atypiske eller progredierende neurologiske symptomer uden akutte alarmsymptomer; ved behov for supplerende klinisk ekspertise før eventuel hospitalshenvisning;
- ved komplekse kroniske rygsmerter, hvor multidisciplinær vurdering på smertecenterniveau endnu ikke er indiceret.

Henvisning er sjældent førstevalg ved akutte uspecifikke lænderygsmærter, hvor primær behandling og evt. fysioterapi eller kiropraktik almindeligvis er tilstrækkelig.

Speciallægens indsats omfatter diagnostisk udredning og differentialdiagnostisk afklaring, relevant billeddiagnostik og paraklinik, iværksættelse eller justering af medicinsk behandling, rådgivning om videre behandling og evt. henvisning til sygehus, kommunal indsats eller smertecenter samt patientuddannelse og støttet egenhåndtering. Speciallægen indgår i pakkeforløbet for kroniske lænderygsmærter på linje med den øvrige praksissektor og leverer ydelser, der understøtter eller supplerer den øvrige indsats (42,69).

Kommunikation og tovholderfunktion

Den praktiserende læge bevarer tovholderfunktionen, også når patienten er henvist til speciallæge. Speciallægens vurdering meddeles tilbage til den henvisende praktiserende læge ved afslutning af forløbet med konklusion, anbefalinger og plan for videre opfølgning. Dette sikrer kontinuitet, undgår parallelle eller modstridende behandlinger og giver den praktiserende læge grundlag for at koordinere den samlede indsats (14,63,64). Ved komplekse forløb kan faglig sparring mellem praktiserende læge og speciallæge telefonisk understøtte beslutningstagning og henvisningspraksis og forebygge unødvendige sygehushenvisninger (63,64).

Kommunale tilbud

Efter sundhedslovens §119 bør kommunen tilbyde *forebyggende og sundhedsfremmende indsatser* til borgere med kronisk sygdom, herunder patientuddannelse, sygdomsmestring og holdtræning. Målgruppen er borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Fra 2027 er myndighedsansvaret af patient forebyggelse flyttet fra kommunerne til regionerne.

Genoptræning efter §140 tilbydes borgere, som efter sygehuskontakt har fået udarbejdet en genoptræningsplan baseret på en lægefaglig vurdering af funktionsnedsættelse. Genoptræningen er et individuelt tilrettelagt, afgrænset forløb, der tager udgangspunkt i borgerens mål og funktionsevne vurderet ud fra ICF-modellen (41).

Arbejdsmarkedsindsats

Ved sygemelding over 4 uger eller risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet bør der igangsættes samarbejde med jobcenteret omkring arbejdsfastholdelse, arbejdspladsændringer og gradvis tilbagevenden til arbejde (40). Alle sundhedsfaglige aktører har et fælles ansvar for at have fokus på patientens arbejdsmarkedstilknytning.

Eskalering til trin 3 bør der overvejes henvisning til specialiseret behandling (49).

Trin 3: Specialiseret behandling

En lille andel af patienterne – mindre end 10 % – har behov for specialiseret behandling på sygehusniveau. Dette gælder patienter med røde flag, der kræver akut udredning, patienter med nerve-rodspåvirkning uden bedring trods konservativ behandling, samt patienter med komplekse kroniske smerter, hvor behandling i primærsektoren ikke har haft tilstrækkelig effekt.

Sygehusbehandling

Henvisning til sekundærsektoren skal ske akut ved mistanke om alvorlig patologi (65) og ved progresserende neurologiske udfald (66). Ved cauda equina-syndrom eller parese med kraftgrad 3 eller derunder, som er opstået inden for 48 timer, er der indikation for akut henvisning til vurdering.

Rygmedicinsk vurdering varetages af reumatologisk afdeling og omfatter diagnostisk udredning, billeddiagnostik (herunder MR-skanning) og funktionsvurdering baseret på ICF-modellen (20).

Rygmedicinsk vurdering bør overvejes ved manglende bedring efter 6-8 uger hos patienter med nerverodspåvirkning, ved mistanke om inflammatorisk rygsygdom, eller ved spinalstenose med gangrelaterede symptomer (34).

Rygkirurgisk vurdering håndterer operationsindikation og udfører rygoperationer. Dette er relevant ved diskusprolaps med svære neurologiske udfald, spinal stenose, kraftnedsættelse (grad <3), eller cauda equina-syndrom (akut). Omkring 90 % af patienter med tegn på diskusprolaps færdigbehandles dog uden operation i et tværfagligt rygambulatorium.

Tværfaglige smertecentre

Smertecentre tilbyder tværfaglig behandling af komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end 6 måneders varighed. Behandlingen foregår i tværfaglige teams sammensat af læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter og understøtter smertereduktion og funktionsforbedring sammenlignet med ikke team-behandling

Programmet inkluderer fysisk træning, psykologisk intervention, ergonomisk vejledning, patientuddannelse samt social og arbejdsmæssig rådgivning.

Der tilbydes smertehåndteringssamtale, og i udvalgte tilfælde kan Kognitiv Funktionel Terapi (CFT) indgå som del af behandlingen. CFT er en individualiseret bio-psyko-social tilgang, som har vist lovende effekt ved langvarige lændesmerter sammenlignet med manuel behandling, øvelseterapi og holdtræning (56). Ved komplekse problematikker kan patienten tages op til konference med smerteklinikken.

ÅRSSTATUS

For patienten med kroniske lænderygsmerter har årsstatus til formål at vurdere patientens samlede funktionsevne, sikre et hensigtsmæssigt behandlingsforløb, herunder medicinsk behandling og at identificere behov for tiltag.

Struktureret gennemgang

1. Symptombvurdering

- Smerteintensitet og -mønster sammenlignet med sidste år
- Nye symptomer eller gule eller røde flag?
- Søvnkvalitet og energiniveau
- Objektiv undersøgelse

2. Objektiv rygundersøgelse

2. Funktionsvurdering

- Hvad kan patienten klare i hverdagen? (ADL (Almindelig Daglig Levevis), arbejde, fritid)
- Har funktionsevnen ændret sig?
- Arbejdssituation – sygemelding, tilpasninger?

3. Medicingennemgang

- Effekt af nuværende behandling
- Bivirkninger?
- Er der behov for justering eller nedtrapning?
- Planlæg seponering hvis relevant.

4. Psykosociale faktorer

- Gule flag: Frygt, bekymring, katastrofetanker?
- Depression eller angst? (kortscrening)
- Social situation – støtte, ensomhed?

5. Aktivitet og egenomsorg

- Fysisk aktivitetsniveau
- Egne håndteringsstrategier – hvad virker?
- Behov for genopfriskning af råd/information?

6. Behandlingsplan for det næste år

- Fortsæt nuværende strategi eller juster?
- Behov for ny henvisning (fysioterapi, træning, psykolog)?
- Aftale om kontakt: Fast opfølgning eller ved behov?

7. Dokumentation

- Opdater ICPC-kode (L02, L03, L84, L86)
- Journaliser væsentlige fund og plan
- Sikre sammenhæng hvis flere behandlere er involveret.

Det vigtigste budskab til patienten

Målet er ikke nødvendigvis smertefrihed, men det bedst mulige liv med lænderygsmærterne – med fokus på funktion, aktivitet og mestring (43,65).

LITTERATURLISTE

1. McMaster University Health Sciences Library. Resources for Evidence-Based Practice: About EBP [Internet]. Tilgængelig hos: <https://hslmcmaster.libguides.com/ebm/ebp>
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13. januar 1996;312(7023):71–2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
3. Lundorf L. Dømmekraften i centrum. Practicus [Internet]. december 2020(253). Tilgængelig hos: <https://elbo.doweb.dk/doc/practicus?artikelId=10880>
4. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme [Internet]. Sundhedsstyrelsen & Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Sygdomme-Sygdomsbyrden-2023.ashx?sc_lang=da&hash=D5A3E38D69ED707803158DEF28BBAA9F
5. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, m.fl. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet. juni 2018;391(10137):2368–83. doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6
6. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, m.fl. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet. juni 2018;391(10137):2356–67. doi:10.1016/S0140-6736(18)30480-X
7. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. The Lancet. februar 2017;389(10070):736–47. doi:10.1016/S0140-6736(16)30970-9
8. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, m.fl. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. Phys Ther. 1. maj 2018;98(5):408–23. doi:10.1093/ptj/pzy022
9. Anbefalinger Lænderyg [Vælg Klogt - Anfaling] [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/laenderyg>
10. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RW, Guzman J, m.fl. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Back and Neck Group, redaktør. Cochrane Database Syst Rev. 2. september 2014;2014(9). doi:10.1002/14651858.CD000963.pub3
11. 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. december 2016;17(1):220, s12891-016-1071–2. doi:10.1186/s12891-016-1071-2
12. Brug af paracetamol, NSAID og opioider til behandling af akutte lænderygsmerter hos voksne [Nationale kliniske anbefalinger] [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2025 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/qhyegdzp/nka-laenderygsmerter.pdf>
13. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, m.fl. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. november 2018;27(11):2791–803. doi:10.1007/s00586-018-5673-2 PubMed PMID: 29971708.
14. Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. <https://www.sst.dk/udgivelser/2026/generisk-model-for-pakkeforloeb-for-mennesker-med-kronisk-sygdom> [Internet].

Sundhedsstyrelsen; 2025 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2026/generisk-model-for-pakkeforloeb-for-mennesker-med-kronisk-sygdom>

15. Buchbinder R, Van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, m.fl. Low back pain: a call for action. *The Lancet*. juni 2018;391(10137):2384–8. doi:10.1016/S0140-6736(18)30488-4
16. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. april 2003;12(2):149–65. doi:10.1007/s00586-002-0508-5
17. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. 1 s.
18. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust*. april 2017;206(6):268–73. doi:10.5694/mja16.00828
19. Koes BW, Van Tulder M, Lin CWC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. december 2010;19(12):2075–94. doi:10.1007/s00586-010-1502-y
20. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. 2001. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
21. Smerteguide [Internet]. Sundhedsstyrelsen. Indsatser for Rationel Farmakoterapi.; 2019 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2019/Smerteguide>
22. Woolf CJ. Pain: Moving from Symptom Control toward Mechanism-Specific Pharmacologic Management. *Ann Intern Med*. 16. marts 2004;140(6):441–51. doi:10.7326/0003-4819-140-8-200404200-00010
23. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. juni 2015;156(6):1003–7. doi:10.1097/j.pain.0000000000000160
24. Vardeh D, Mannion RJ, Woolf CJ. Toward a Mechanism-Based Approach to Pain Diagnosis. *J Pain*. september 2016;17(9):T50–69. doi:10.1016/j.jpain.2016.03.001
25. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol*. august 2010;9(8):807–19. doi:10.1016/S1474-4422(10)70143-5
26. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, m.fl. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*. august 2016;157(8):1599–606. doi:10.1097/j.pain.0000000000000492
27. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther*. 1. maj 2011;91(5):737–53. doi:10.2522/ptj.20100224
28. Koes BW, Van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*. 17. juni 2006;332(7555):1430–4. doi:10.1136/bmj.332.7555.1430

29. Premkumar A, Godfrey W, Gottschalk MB, Boden SD. Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red: A Prospective Evaluation of the Clinical Utility of Commonly Used Screening Questions for Low Back Pain. *J Bone Jt Surg.* 7. marts 2018;100(5):368–74. doi:10.2106/JBJS.17.00134
30. Lægehåndbogen. Funktionsevnevurdering og ICF [Lægehåndbogen] [Internet]. 22. august 2025. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne-og-rehabilitering/funktionsevnevurdering-og-icf/funktionsevne-vurdering-og-icf/>
31. Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Ther.* december 2015;23(1):13. doi:10.1186/s12998-015-0054-y
32. 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.* juli 2021;30(7):2069–81. doi:10.1007/s00586-021-06809-0
33. Dragsbæk L, Secher Jensen T, Arnbak B, Laust Thomsen J, Axelsen S, Isaksen C, m.fl. Den kliniske relevans af MR-skanning af lænden. *Ugeskr Læg.* 2023(185):V03220158.
34. Region Syddanmark. Billeddiagnostik af columna. Retningslinjer for billeddiagnostik af columna [Internet]. Region Syddanmark; 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientbehandling/diagnostiske-tilbud/billeddiagnostik/flowchart-af-columna/>
35. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* marts 2011;152(3):S2–15. doi:10.1016/j.pain.2010.09.030
36. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Viden fra Dansk Rygdatabase [Internet]. [henvist 18. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-rygdatabase-dard/viden-fra-databasen/>
37. Dansk Selskab for Almen Medicin. ICPC-2-DK: Den danske udgave af International Classification of Primary Care. DSAM; 2020.
38. Pengel LHM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 9. august 2003;327(7410):323–0. doi:10.1136/bmj.327.7410.323
39. Menezes Costa LDC, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LOP. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *Can Med Assoc J.* 7. august 2012;184(11):E613–24. doi:10.1503/cmaj.111271
40. Zaina F, Côté P, Cancelliere C, Di Felice F, Donzelli S, Rauch A, m.fl. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Persons With Non-specific Low Back Pain With and Without Radiculopathy: Identification of Best Evidence for Rehabilitation to Develop the WHO’s Package of Interventions for Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* november 2023;104(11):1913–27. doi:10.1016/j.apmr.2023.02.022
41. Serviceloven [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.lovguiden.dk/loven/serviceloven>
42. Sundhedsstyrelsen. Lænderygsmærter. Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter. København, Sundhedsstyrelsen; juni 2025. s. 21.

43. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, m.fl. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet*. oktober 2011;378(9802):1560–71. doi:10.1016/S0140-6736(11)60937-9
44. Kendall N, Linton S, Main C. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss. Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee; 1997.
45. National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter. Sundhedsstyrelsen; 2016.
46. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 4. april 2017;166(7):514–30. doi:10.7326/M16-2367
47. Hayden J, Van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Back and Neck Group, redaktør. *Cochrane Database Syst Rev*. 20. juli 2005;2011(2). doi:10.1002/14651858.CD000335.pub2
48. Beneciuk JM, Hill JC, Campbell P, Afolabi E, George SZ, Dunn KM, m.fl. Identifying Treatment Effect Modifiers in the STarT Back Trial: A Secondary Analysis. *J Pain*. januar 2017;18(1):54–65. doi:10.1016/j.jpain.2016.10.002 PubMed PMID: 27765643; PubMed Central PMCID: PMC5270590.
49. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, m.fl. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. januar 2018;27(1):60–75. doi:10.1007/s00586-017-5099-2
50. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, m.fl. 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*. januar 2020;54(2):79–86. doi:10.1136/bjsports-2018-099878
51. Dansk Kiropraktor Forening. [<https://www.danskkiropraktorforening.dk/menu/overenskomst/praksis-overenskomst/>]. Forløb hos kiropraktoren [Internet]. [henvist 18. december 2025]. Tilgængelig hos: https://www.danskkiropraktorforening.dk/media/v2sixgkx/loesblad-flowchart-nye-patientfoldere_web-final.pdf
52. Sundhedsstyrelsen. Kiropraktorerers anvendelse af røntgenapparater. For fagfolk [Internet]. København; juni 2021 [henvist 18. december 2025]. s. 71. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/jn4fsxcd/vejledning_kiropraktorerer.pdf?sc_lang=da&hash=161F6696EB586FF8A85D2C19F258D76B
53. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Back and Neck Group, redaktør. *Cochrane Database Syst Rev*. 16. juni 2010;2010(6). doi:10.1002/14651858.CD007612.pub2
54. O’Sullivan K, O’Sullivan P, Vibe Fersum K, Kent P. Better targeting care for individuals with low back pain: opportunities and obstacles. *Br J Sports Med*. marts 2017;51(6):489–90. doi:10.1136/bjsports-2016-096612
55. 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*. 13. marts 2019;l689. doi:10.1136/bmj.l689

56. Louw A, Zimney K, Puenteadura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* juli 2016;32(5):332–55. doi:10.1080/09593985.2016.1194646 PubMed PMID: 27351541.
57. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Osteopat.* 25. februar 2010;18:3. doi:10.1186/1746-1340-18-3 PubMed PMID: 20184717; PubMed Central PMCID: PMC2841070.
58. Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bédard-Brochu MS, Empey B, Dugas E, m.fl. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 23. september 2015;2015(9):CD004249. doi:10.1002/14651858.CD004249.pub4 PubMed PMID: 26397370; PubMed Central PMCID: PMC10883412.
59. Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis 2022 [Internet]. 2022 [henvist 18. december 2025]. Tilgængelig hos: https://laeger.dk/media/bmhpndle/plo_overenskomst_2022_web-1.pdf
60. Jenks A, de Zoete A, van Tulder M, Rubinstein SM, International IPD-SMT group. Spinal manipulative therapy in older adults with chronic low back pain: an individual participant data meta-analysis. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* juli 2022;31(7):1821–45. doi:10.1007/s00586-022-07210-1 PubMed PMID: 35633383.
61. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, Van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* april 2010;24(2):193–204. doi:10.1016/j.berh.2010.01.002
62. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, m.fl. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 8. januar 2016;2016(1):CD012004. doi:10.1002/14651858.CD012004 PubMed PMID: 26742533; PubMed Central PMCID: PMC8761501.
63. Region Sjælland, Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland, Sundhedsråd Østsjælland og Øerne. Tværsektorielt Forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær [Internet]. Region Sjælland; 2026. Tilgængelig hos: https://app-rsjdxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/eshpjomt/03095-forloebprogram-laenderygbesvaer_2026.pdf
64. Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær – samarbejde og kommunikation. Vejle; 2023. Vejle; 2023.
65. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna - udsendes til relevante partrt, dateret 17-10-2010 [Internet]. Tilgængelig hos: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/95145_kliniske_retningslinjer_columna.pdf
66. Andersen JC. Is immediate imaging important in managing low back pain? *J Athl Train.* 2011;46(1):99–102. doi:10.4085/1062-6050-46.1.99 PubMed PMID: 21214357; PubMed Central PMCID: PMC3017496.