

Høringssvar

DSAM klinisk vejledning 2026: Patienten med lænderygsmærter

Jan Hartvigsen (PhD), Syddansk Universitet, Alice Kongsted (PhD), Syddansk Universitet og Morten Høgh (PhD), Aalborg Universitet

Almen praksis er en del af et økosystem: Primærsektoren

Almen praksis er en del af primærsektoren, den ER ikke primærsektoren. Vi mener derfor, at dokumentet tydeligt skal italesætte almen praksis som en central spiller i en samlet primærsektor, og give klare bud på, hvordan DSAM ønsker, at dette sammenspil skal udvikle sig. Herunder hvad praktiserende læger forventer af de andre aktører i primærsektoren, og andre aktører kan forvente fra den praktiserende læge. De primære relevante sundhedsprofessionelle i primærsektoren er praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer, der sammen med den praktiserende læge skal tilbyde relevant og lokal støtte og behandling for patienter, der søger hjælp for rygsmærter. Beskrivelsen bør ske med afsæt i de tilgængelige overenskomstforankrede tilbud som for eksempel strukturerede forløb, pakkeforløb og specialistvurderinger.

Vejledningen bør endvidere forholde sig til, at over en million danskere har rygsmærter, og at det derfor er afgørende at overveje, hvor mange patienter der kræver tæt opfølgning, og om der er tid og ressourcer til dette i almen praksis. Vi har allerede en vidtforgrenet og velfungerende primærsektor i Danmark. Udfordringen er ikke at opbygge nye strukturer, men at koble de eksisterende aktører bedre sammen. Et eksempel er samarbejdet blandt patienter, fagfolk og forskere, der har ledt til en bog med et fælles sprog omkring rygsmærter¹.

Vi er enige i, at behandlingen skal fokusere på at støtte patientens egenhåndtering. Det fremgår ikke tydeligt, hvad den støtte indebærer i almen praksis eller hvor patienten i øvrigt kan opnå støtte til egenhåndtering. Mange fysioterapeuter og kiropraktorer er uddannede i kommunikation, smerte og træning, fx via EDPP-eksamen og GLA:D-kurser. Fysioterapeuter og kiropraktorer i både kommune og praksissektoren bruger variationer af kognitiv funktionel terapi (CFT). Dette fremgår ikke af vejledningen.

Vi er enige i, at størstedelen af patienter, i vejledningen lidt optimistisk angivet til 90 procent, kan klares med en begrænset intervention. Det er netop her, fysioterapeuter og kiropraktorer kan bidrage og aflaste almen praksis mest. Så kan lægen fokusere sin indsats på de patienter, hvor lægens særlige kompetencer er afgørende.

Endelig forholder vejledningen sig ikke til, at patienter ofte opsøger fysioterapeut eller kiropraktor direkte uden lægehenvielse, og mange har sundhedsforsikringer, der forbigår almen praksis. Derfor er en vejledning, der konsekvent fremstiller lægen som eneste indgang, ikke i overensstemmelse med de faktiske forhold i primærsektoren.

Samlet struktur og læsevejledning

Vi foreslår, at vejledningen indledes med en kort beskrivelse af primærsektorens samlede rolle, herunder hvornår og hvordan de forskellige aktører inddrages, og hvad der kendetegner et godt patientforløb fra første kontakt til selvhjulpethed.

Pakkeforløb

Vejledningen tager rettidigt fat på at overveje almen praksis' rolle i de kommende pakkeforløb. Under forventninger til Sundhedsreformen mener vi at behovet for en sammenhængende indsats i

primærsektoren generelt bør fremhæves. Dette er nødvendigt, fordi patientens vej ind i systemet ikke altid, som beskrevet ovenfor, går via egen læge. Patienten skal kunne forvente at få samme kvalitet og samme tilbud i hele primærsektoren, uanset hvilken indgang de vælger. Derudover bør pakkeforløbet adressere udfordringen med egenbetaling, som i dag udgør en betydelig barriere for patienternes adgang til behandling.

Behandlingen i pakkeforløbene bør være kortvarig og fokuseret på egenhåndtering med mulighed for støtte undervejs. Formålet er ikke, at patienten skal søge behandling ved hver ny episode, men at patienten gradvist bliver mere selvhjulpne og i stand til selv at håndtere smerterne — og dermed fastholde kontakten til arbejdsmarkedet og andre værdifulde aktiviteter i sit liv.

Beskrivelse af nye pakkeforløb bør inkludere et "kørekort til rygsmerter" leveret hos fysioterapeut eller kiropraktor i primærsektoren, hvor patienten kan få episodelindring (non-farmakologisk smertelindring) og vejledning i tilbagevendende til arbejde. Det er ikke realistisk, at alle mennesker med behov for støtte til at leve med deres tilbagevendende rygsmerter skal modtage patientuddannelse, træning o.a. hos almen praksis.

Det bør beskrives helt klart, hvad lægens konkrete opgave er i pakkeforløbet, fx ift. at understøtte egenhåndtering og følge op så patienten har et anker og kan sendes videre hvis det skønnes relevant, og hvilke forventninger lægen har til sine samarbejdspartnere i primærsektoren.

Klassifikation og beskrivelse af rygsmerter

Prognosen for den enkelte episode af uspecifikke (almindelige) rygsmerter er god og det er væsentlig information, både for lægen og for patienten. Mange patienter vil dog opleve recidiverende smerter, hvilket er en del af det naturlige forløb. Det centrale budskab er derfor, at dette ikke behøver at medføre væsentlig funktionsnedsættelse, og at forløbet typisk er stabilt og episodisk snarere end progredierende nedadgående.

Formuleringer som "i de fleste tilfælde" skaber unødigt tvivl hos patienten om, hvorvidt prognosen er god, eller om yderligere udredning er ønskelig. Hvis lægen vurderer, at prognosen er anderledes, bør dette forklares direkte. Patienten bør ikke efterlades med fortolkningsopgaven.

Diagnostik og undersøgelse

Vi er enige i at anvende triagering, og foreslår at lægen promptes til at spørge sig selv "Kan jeg udelukke mistanke om alvorlig patologi, og hvad skal ændre sig, for at jeg ombestemmer mig?". Det er ofte lettere at svare på det spørgsmål, end at skulle forholde sig til, om smerterne kan være forårsaget af noget man kan overse. På den måde skaber vejledningen desuden et direkte link til anbefalinger om viderehenvielse til yderligere udredning. Viderehenvielse bør kun ske ved specifik mistanke om alvorlig patologi, og hvor det forventes at lede til ændret behandling.

ICF-modellen og dialogværktøjet til samtale om MR-skanning virker godt. Vi opfordrer til at lave flere sådanne konkrete vejledninger til lægen, og at de så vidt muligt baseres på eksisterende materialer (fx fra Vælg Klogt) for at fremme ensretning af de budskaber borgere bliver præsenteret for.

Afdækning af risiko for alvorlig patologi bygger i høj grad på anamnese og kan suppleres med de angivne tests. Vejledningen bør uddybe, hvilke tegn lægen skal være opmærksom på, fx progressive symptomer, fald hos ældre, tidligere cancer o.a.

Anamnesen beskrives som "central indsamling af information om patientens symptomer, smertekarakter, funktionspåvirkning og psykosociale faktorer." Vi foreslår, at det uddybes hvordan lægen gør dette og med hvilket formål, og at det overvejes at anbefale telemedicinske løsninger og styrket samarbejde med øvrig primærsektor.

Behandlingsanbefalinger

Flagsystemet hører ikke hjemme under behandling og bør fjernes helt. Det kan med fordel erstattes med konkrete anvisninger til, hvordan lægen afdækker patientens perspektiver, ønsker og erfaringer. Vi uddyber dette i afsnittet om evidensbaseret klinisk praksis.

Formuleringen "paracetamol anbefales ikke som monoterapi" efterlader en uklar åbning. Paracetamol anbefales ikke til rygsmerter, hverken alene eller i kombination.

Opioidbehandling bør ikke anbefales, og slet ikke med begrundelsen at anden behandling har fejlet. Opioider bliver ikke effektive, fordi andenbehandling har fejlet.

Medicinsk behandling risikerer at modvirke budskabet om non-farmakologisk egenhåndtering. Guidelines anbefaler, at medicinsk behandling, som NSAID, ikke introduceres før patienten har gennemgået en grundig undersøgelse. Patienten bør først opnå tilstrækkelig viden om sin situation og få redskaber til egenhåndtering.

Samarbejde med speciallæger og arbejdsmarked

Der mangler en klar anbefaling for, hvornår almen praksis bør samarbejde med social- og arbejdsmedicin, og hvad deres rolle er ift. denne patientgruppe.

Det bør præciseres, hvilke patientkarakteristika der er afgørende, når der samarbejdes med øvrige speciallæger i primærsektoren, er det mistanke om alvorlig patologi?

Almen praksis, såvel som øvrig primærsektor, bør indtage en proaktiv rolle i at støtte patienter med rygsmerter i at fastholde arbejdsevnen, uanset smertevarighed og -kompleksitet. Dette bør adresseres tidligt i forløbet og ikke kun når sygemelding allerede er en realitet.

Sygemelding bør undgås, og fastholdelse af hverdagen er essentiel. Almen praksis bør inkludere dette i patientuddannelsen og aktivt vejlede patienten i, hvordan hverdagen og arbejde kan fastholdes så uforandret som muligt på trods af smerterne.

Evidensbaseret klinisk praksis frem for tradition og konsensus

Vi opfordrer til, at vejledningen tydeligt adskiller anbefalinger, der er baseret på evidens, fra anbefalinger baseret på tradition, konsensus eller arbejdsgruppens egen vurdering. Hvor nyeste evidens eller guidelines ikke findes, bør det fremgå eksplicit, at anbefalingen er baseret på arbejdsgruppens egen mening, så lægen ved at denne selv skal tage stilling til disse anbefalinger.

Flagsystemet er en forløber for det patientcentrerede paradigme. Systemet er dog ekspertstyret og mangler empirisk evidens for diagnostisk værdi og videnskabelig validitet. For patienterne kan det betyde, at de utilsigtet oplever et større ansvar for deres egen situation, for eksempel ved sygemelding.

Det nuværende paradigme er i stedet, at klinikerne bruger sine kompetencer, blandt andet kommunikation, til at skabe et samlet overblik over patientens situation med henblik på at lave en samlet klinisk vurdering som anbefalet i WHO's retningslinjer². Det er denne tilgang, vejledningen bør afspejle.

Anbefalingerne for medicinsk behandling bør beskrives mere restriktivt. Paracetamol, opioider, muskelrelaksantia og gabapentinoider har ingen effekt ud over placebo ved akutte rygsmerter. Patienterne bliver bedre, men det skyldes ikke medicinen. Vejledningen bør holde fast i, at medicinsk behandling ikke er førstevalg, og undlade at anbefale på konsensus det, der ikke har evidens.

² WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. PMID: 38198579

Der er ingen klinisk relevante metoder til at prædiktere kroniske smerter, og afsnittet om forebyggelse af kroniske smerter kan derfor fjernes. I stedet bør alle patienter fra begyndelsen støttes til at kunne håndtere deres smerter.

Vejledningen bør følge aktuelle anbefalingerne for udredning af rygregrelaterede bensmerter (fx IASP³), dvs. komplet somatosensorisk undersøgelse (let berøring med vat, tryk, varme, kulde og vibration samt muskel- og reflekttest) bør fremhæves som standard, før mistanke om rodtryk kan udelukkes. Følger man denne anbefaling, er der ingen grund til at anvende SLR og kryds-SLR isoleret, disse kan udelades helt.

Der er for eksempel ikke en systematisk forskel på, hvor patienter med L4-5 og L5-S1 rodtryk har symptomer. Dette understreger vigtigheden af en samlet klinisk vurdering, fremfor enkeltstående tests eller forventede mønstre.

De tre mekanistiske deskriptorer (nociceptiv, neuropatisk, neuroplastisk) anvendes ikke i vejledningen og er heller ikke nødvendige for de kliniske anbefalinger. De bør derfor helt fjernes fra vejledningen.

Beskrivelsen af akut/kronisk-skellet kan forkortes væsentligt, da lægens behandling ikke påvirkes af hvor længe smerterne har stået på. Det er tilstrækkeligt at beskrive, at rygsmerter kan blive en sygdom (ICD-11 chronic primary/secondary low back pain⁴), hvis de påvirker patientens liv i udtalt grad.

"Lænderygsmerter med rodirritation" er ikke en anerkendt klinisk diagnose og kan betyde alt fra radikulopati til radierende/udstrålende smerter. Vi anbefaler opdateret terminologi i overensstemmelse med nationale og internationale retningslinjer.

Terminologi og sprogbrug

"Fysioterapi" og "kiropraktik" er ikke interventioner, det er faggrupper. Ligesom man ikke kan "få læge", men derimod gå til læge og modtage konkrete interventioner. Vejledningen bør anvende præcis terminologi.

Begrebet "prolaps" bruges flere steder, hvor der formentlig menes radikulopati. Klinisk diagnostik af prolaps kan sandsynligvis ikke adskilles fra andre uspecifikke rygsmerter. Vi anbefaler at droppe begrebet og fastholde den stringens, der anbefales under "Anbefaling for kodning". Overvej en faktaboks med konsensusbaserede definitioner på refererede smerter, radierende smerter/udstråling og rodtryk.

"Fysisk smertekilde" indikerer at smerte alternativt kan være psykisk, dette er i modstrid med en biopsykosocial forståelse.

"OBS smerterespons" bør erstattes af en konkret beskrivelse af, hvad lægen skal se efter. Der findes ingen forkerte måder at vise eller opleve smerte på, og formuleringen bør ikke kunne læses sådan.

Under refleksvurdering nævnes klonus, hvor der formentlig menes hyperrefleksi?

³ Schmid AB, Tampin B, Baron R, Finnerup NB, Hansson P, Hietaharju A, Konstantinou K, Lin CC, Markman J, Price C, Smith BH, Slater H. Recommendations for terminology and the identification of neuropathic pain in people with spine-related leg pain. Outcomes from the NeuPSIG working group. *Pain*. 2023 Aug 1;164(8):1693-1704. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002919. Epub 2023 May 25. PMID: 37235637; PMCID: PMC10348639.

⁴ Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384. PMID: 30586067.

Aksial spondyloartrit (AxSpa) nævnes under uspecifikke smerter, dette bør flyttes til afsnittet om specifikke patologier.

Det bør fremgå, at akut opstået rodtryk kan være forårsaget af tumorer, i tillæg til fraktur og prolaps.