

Generelle kommentarer

Overordnet fremstår vejledningen som et meget grundigt og gennearbejdet stykke arbejde, der forhåbentlig kan bidrage til øget kvalitet i almen praksis og forbedrede patientforløb for borgere med rygsmerter. Særligt fokus på strukturering og systematisering af håndteringen i almen praksis er positivt.

Jeg har dog enkelte generelle kommentarer og forslag til præciseringer.

Der synes at være en vis spænding mellem ønsket om, at den praktiserende læge skal spille en central rolle i forløbet, samtidig med ambitionen om at reducere antallet af kontakter i almen praksis. Den beskrevne basisbehandling (trin 1) vil i praksis ofte være vanskelig at levere inden for rammerne af en travl konsultation. Samtidig bør en tidlig indsats ikke nødvendigvis forstås som superviseret træning, men også som kvalificeret sundhedsfaglig vurdering, rådgivning, patientuddannelse og støtte til egenhåndtering. Det kunne derfor overvejes tydeligere at beskrive, hvordan andre aktører i primærsektoren, herunder fysioterapeuter og kiropraktorer, kan understøtte egenhåndteringsstrategier og patientuddannelse tidligt i forløbet.

Det kunne desuden overvejes, om fysioterapeuters og kiropraktors rolle i vejledningen beskrives for snævert. Flere steder kan teksten give indtryk af, at fysioterapi primært er superviseret træning, og at kiropraktik primært er manuel behandling. I klinisk praksis bidrager begge faggrupper imidlertid også med tidlig vurdering, klinisk ræsonnering, differentialdiagnostisk screening, vurdering af prognostiske faktorer, patientuddannelse, smerteforståelse og støtte til egenhåndtering. Da vejledningen fremhæver information, rådgivning og støtte til patientens egen håndtering som centrale elementer i behandlingen, bør det tydeliggøres, hvordan øvrige aktører i primærsektoren kan bidrage til netop disse elementer. I den forbindelse kunne vejledningen kort forholde sig til eksisterende strukturerede forløb i primærsektoren for ryglaterede problemstillinger. Dette kan understøtte en mere koordineret beskrivelse af patientforløbet.

Under afsnittet om objektiv undersøgelse og triagering savnes der generelt en mere eksplicit beskrivelse af spondylartrit/spondyloartropati. Der findes relativt velbeskrevne symptomer, objektive fund og udredningsforløb, som med fordel kunne indgå tydeligere i vejledningen.

Det kunne desuden overvejes at styrke det fælles sprog på tværs af almen praksis, fysioterapi og kiropraktik, herunder at introducere og anvende patientrettede begreber som "almindelige rygsmerter" mere konsekvent og tidligere i vejledningen.

Specifikke kommentarer

S. 7, sidste afsnit:

Det er forståeligt og relevant at fokusere på reduktion af unødige gentagne kontakter. Det bør

dog anerkendes, at en væsentlig årsag til gentagne kontakter fortsat er manglende tilstrækkelig symptomreduktion. Selvom sundhedsprofessionelles forståelse af rygsmerter har ændret sig betydeligt gennem de senere år, er implementeringen hos borgerne sandsynligvis en langt bredere samfundsmæssig udfordring, som ikke alene kan løftes i primærsektoren.

S. 8:

Det kunne overvejes, om boksen om “paradigmeskifte” bør refereres som en figur på linje med øvrige figurer og bokse i dokumentet, herunder den nuværende figur 2. Tilsvarende gælder de øvrige bokse der bliver præsenteret gennem dokumentet.

S. 14:

Der er et fejlplaceret linjeskift før tredje afsnit.

S. 14, punkt 2 (“Aktiviteter”):

Det bør præciseres, at fokus bør være på aktiviteter og funktioner, som er relevante for den enkelte patient. Henvisningen til eksempelvis RMDQ kan eventuelt nedtones, da sådanne spørgeskemaer primært har værdi i forskningssammenhæng. I almen praksis, hvor tiden er begrænset, bør fokus primært være på patientens egne funktionsproblemer og mål.

S. 15, punkt 5 (“Personlige faktorer”):

Det kunne overvejes at tilføje diabetes under komorbiditeter. Diabetes samt øvrig komorbiditet har ikke alene betydning for deltagelse i træning, men kan også påvirke patientens symptombillede og prognose.

S. 16, nederst:

Dette afsnit fremstår meget relevant og fornuftigt. Det vil dog kræve betydelige ressourcer og tid at implementere fuldt ud i en travl almen praksis.

Figur 5 / S. 17:

Det er uklart, hvorfor perkussion fremhæves som en basisundersøgelse. Dette forekommer primært relevant ved mistanke om fraktur, eksempelvis hos ældre patienter eller efter traume. Perkussion bør ses tilsvarende som SBT og være forbeholdt udvalgte patienter. Derudover bør kraftgradsskalaen korrigeres fra 1–5 til 0–5, hvor 0 angiver ingen aktivitet og 5 normal kraft.

S. 21 (“Akutte indikationer”):

Afsnittet synes at sammenblande to forskellige kliniske procedurer i almen praksis. Ved mistanke om cancer, infektion, cauda equina syndrom eller nerverodspåvirkning med betydelig parese bør patienten henvises direkte til relevant hospitalsafdeling frem for til billediagnostik via almen praksis. Derimod kan mistanke om fraktur eller visse progressive neurologiske udfald i nogle tilfælde udredes direkte via almen praksis afhængigt af symptomernes sværhedsgrad.

Det kunne desuden være relevant at koble triageringsfiguren (figur 6) tydeligere til de anbefalede ICPC-2-koder. I den forbindelse kunne det også præciseres, hvorfor L80 indgår, da denne kode umiddelbart omhandler dislokation/subluksation og derfor ikke fremstår som en oplagt kode ved almindelige rygsmerter.

S. 22 (“Billeddiagnostik”):

Det kunne overvejes at placere argumentet om overforbrug af billeddiagnostik længere nede i afsnittet. I dialogen med patienter kan de øvrige argumenter for tilbageholdenhed med billeddiagnostik opleves som mere relevante og anvendelige.

S. 35–36:

Begrebet “superviseret fysioterapi” er uklart. Menes der superviseret træning? Dette bør præciseres konsekvent i teksten. Fysioterapi er ikke en behandling, men en profession, og superviseret træning udgør kun én mulig komponent i en samlet fysioterapeutisk indsats. Fysioterapeutisk og kiropraktisk praksis kan desuden omfatte klinisk ræsonnering, funktionel undersøgelse, differentialdiagnostisk screening, vurdering af prognostiske faktorer, patientuddannelse, håndtering af psykosociale risikofaktorer samt vejledning i egenhåndtering og gradueret fysisk aktivitet. Det er derfor vigtigt, at formuleringerne ikke utilsigtet giver indtryk af, at fysioterapeuters og kiropraktors bidrag primært består af øvelser eller manuel behandling.

S. 35:

Det bør ikke være patientens ansvar at videreformidle information mellem kiropraktor/fysioterapeut og praktiserende læge. Selvom det er relevant med informationsdeling mellem sundhedsprofessionelle, bør dette løses organisatorisk og systemmæssigt snarere end via patienten. Det kunne samtidig præciseres, hvilken form for tilbagemelding der forventes mellem almen praksis, fysioterapeuter og kiropraktorer, og hvornår denne bør gives. En generel forventning om tilbagemelding både ved opstart og afslutning af alle forløb kan skabe en betydelig informationsmængde i en allerede travl almen praksis. Det kan derfor overvejes, om tilbagemelding primært bør ske ved afslutning af et forløb, ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller hvor det i øvrigt vurderes klinisk relevant.

S. 37 (“Speciallæger”):

Det kunne overvejes også at nævne muligheden for specialistvurderinger i kiropraktorpraksis.

S. 39:

Det bør præciseres, at “manglende effekt af behandling i primærsektoren” ikke alene refererer til behandling hos den praktiserende læge. Vi har publiceret et par studier fra Region Syddanmark som har vist, at patienter ofte ikke har modtaget fysioterapeutisk eller kiropraktisk behandling før henvisning til rygcenter (Clausen et al., 2024; Hansen et al., 2025; Nim et al., 2025).

S. 39–40:

Cognitive Functional Therapy (CFT) kunne med fordel nævnes som en mulighed allerede på trin 2, da metoden har vist bedre effekt end vanlig behandling i primærsektoren i et større randomiseret studie (Kent et al., 2023). Den væsentligste udfordring er dog fortsat adgang til klinikere med tilstrækkelige kompetencer inden for metoden.

Under afsnittet om årsstatus synes objektiv undersøgelse at være beskrevet dobbelt.

Casper Nim, Ph.d.

Lektor, specialkonsulent, kiropraktor

Klinisk koordinator

Rygmedicinsk forskningsafdeling, Rygcenter Syddanmark

Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet



På vegne af Netværksledelsen i det Nationale Netværk for Sundhed i Ryggen

Referencer

Clausen, S., Hartvigsen, J., Johansson, M.S., Kjønø, L.G., Grøn, S., Skovsgaard, C.V., Storheim, K., Magnusson, K., Grotle, M., Nim, C. (2024). Healthcare utilisation in Danish primary care among patients with low back or neck/thoracic spine pain before and after assessment in secondary care. *Musculoskeletal Care*, 22, e70017.

Hansen, A., Clausen, S., Hartvigsen, J., Skovsgaard, C.V., Nim, C. (2025). Use of chiropractic, physiotherapy, and municipal rehabilitation before and after secondary care assessment for spinal pain: a Danish cohort study. *European Journal of Physiotherapy*, 0, 1–10.

Kent, P., Haines, T., O'Sullivan, P., Smith, A., Campbell, A., Schutze, R., Attwell, S., Caneiro, J.P., Laird, R., O'Sullivan, K., McGregor, A., Hartvigsen, J., Lee, D.-C.A., Vickery, A., Hancock, M. (2023). Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *The Lancet*, 401, 1866–1877.

Nim, C., Hartvigsen, J., Skovsgaard, C.V., Kongsted, A., Downie, A., Clausen, S. (2025). Physiotherapy and chiropractic healthcare utilization in adults with spinal pain: four-year trajectories of 47,777 Danish individuals. *Journal of Public Health*.