

Indledning

Nærværende høringssvar er udarbejdet som et konstruktivt bidrag til den endelige version af DSAM's kliniske vejledning om patienten med lænderygsmærter. Vejledningen adresserer en klinisk vigtig og hyppigt forekommende problemstilling i almen praksis, og arbejdsgruppen skal roses for at have opdateret vejledningen i overensstemmelse med den nyeste evidens og det aktuelle paradigmeskifte på området.

Overordnet set er vejledningen velskrevet og evidensbaseret. Flagsystemet, behandlingstrekanten og trin-modellen er overskuelige og klinisk relevante. Farmakologiafsnittet er direkte og brugbart. Disse styrker bør bevares i den endelige version.

Det er dog vores vurdering, at vejledningen på en række punkter kan styrkes, særligt hvad angår klinisk anvendelighed og konkretisering for den praktiserende læge i hverdagen. De væsentligste bemærkninger fremsættes nedenfor.

1. Struktur og klinisk tilgængelighed

1.1 Den akademiske fremstilling dominerer over det kliniske

Vejledningens første mange sider er præget af en akademisk og teoretisk fremstilling: indledning om paradigmeskifte, EBM-model, ICF-teori og epidemiologi. Disse afsnit er velfunderede, men for den praktiserende læge der sidder med en rygpatient, udgør de en omvej til det klinisk relevante indhold.

Det foreslås at overveje en omstrukturering, hvor den kliniske kerne — anamnese, undersøgelse, triage, behandling — placeres tidligt i vejledningen, og de mere teoretiske afsnit flyttes til baggrundsmateriale eller appendiks.

1.2 Manglende overordnet klinisk beslutningslogik

Vejledningen mangler et samlet flowchart eller beslutningstræ, der guider lægen fra første konsultation til opfølgning. Et sådant overblik ville samle flagsystemet, den diagnostiske triage og behandlingstrinene i ét visuelt redskab og ville reelt kunne erstatte store dele af den nuværende løbende tekst.

Det foreslås at udvikle ét centralt klinisk flowchart: Første konsultation → Triage → Behandlingstrin → Opfølgning, som kan fungere som en "klinisk husker" og stå tidligt i vejledningen.

2. Den objektive undersøgelse

3.1 Konkretisering og klinisk brugbarhed

Afsnittet om objektiv undersøgelse er styrket sammenlignet med mange tilsvarende vejledninger. De neurologiske tests, kraftgradsskalaen og refleksoversigten er konkrete og klinisk anvendelige — dette er en reel styrke.

Det bemærkes dog, at evidensafsnittet om testenes sensitivitet og specificitet er placeret direkte i brødteksten. Disse tal er relevante som baggrundsoplysning, men risikerer at tunge teksten unødigt for den kliniker, der primært søger at vide, hvad han eller hun skal gøre. Det foreslås at flytte evidenstabellen til en faktaboks eller fodnote.

3.2 Cauda equina-syndrom mangler visuel fremhævnning

Cauda equina-syndrom er korrekt omtalt som akut tilstand, men fremgår spredt i teksten uden særlig visuel markering. I en klinisk vejledning bør denne tilstand fremstå i en tydelig rød alarmboks med de kardinale symptomer og handlingsanvisning. Den nuværende fremstilling er utilstrækkelig i forhold til alvoren og tidskritikaliteten.

3. Kommunikation med patienten

Forordet fremhæver kommunikation som et nyt centralt element i vejledningen. I selve vejledningen er kommunikation dog primært indlejret i andre afsnit og fremgår ikke som et selvstændigt klinisk afsnit.

Dialogværktøjet om billeddiagnostik er et godt eksempel på konkret kommunikationsguidance. Det foreslås at udvide dette princip med et kort, selvstændigt afsnit om kommunikation ved første konsultation: hvad siger man til patienten om prognose, aktivitet og forventninger? Dette er noget mange praktiserende læger efterspørger og ville styrke vejledningens kliniske anvendelighed markant.

4. Spørgeskemaer og måleredskaber

Vejledningen nævner Roland Morris Disability Questionnaire og andre spørgeskemaer, men anfører samtidig, at "patientens egen beskrivelse er ofte tilstrækkelig". Dette er en selvmodsigelse, som bør afklares.

I almen praksis anvendes validerede spørgeskemaer sjældent rutinemæssigt. Det foreslås, at spørgeskemaer enten helt udelades af vejledningens brødtekst og i stedet angives som links eller bilag til brug for de klinikker, der ønsker dem, eller at vejledningen præciserer, i hvilke specifikke situationer de tilføjer diagnostisk eller prognostisk værdi frem for den kliniske samtale.

5. Differentialdiagnoser

Cancer, infektion, inflammatorisk rygsygdom og fraktur er korrekt omtalt i vejledningen, men fremgår spredt i teksten. Der er ikke ét samlet sted, hvor den praktiserende læge kan

finde en klinisk oversigt over de vigtigste differentialdiagnoser med karakteristiske kendetegn.

Det foreslås at tilføje en kort oversigtstabel med de fire-fem vigtigste differentialdiagnoser, deres typiske præsentation og anbefalet handling. Dette ville styrke vejledningens funktion som klinisk opslagsværk.

6. Prognoseafsnittet

Prognoseafsnittet er relativt kortfattet og afsluttes uden en tydelig kobling til klinisk handling. Hvad gør man konkret anderledes, når man vurderer, at prognosen er dårlig? Overgangen fra prognoseafsnit til stratificeringsafsnit er implicit og kan med fordel gøres mere eksplicit: "Hvis disse prognostiske faktorer er til stede, eskalér til næste behandlingstrin."

7. ICF-modellen — gentagelse

ICF-modellen beskrives to gange: første gang abstrakt og teoretisk, anden gang med konkrete kliniske eksempelspørgsmål. De to beskrivelser er begge nyttige, men overlappningen er betydelig og giver unødvendig tekstmasse. Det foreslås at smelte de to beskrivelser sammen til én, der kombinerer den korte teoretiske forklaring med de praktiske spørgsmål.

Sammenfatning

Høringssvaret kan opsummeres i følgende anbefalinger:

- Omstrukturér vejledningen så den kliniske kerne (anamnese, undersøgelse, triage, behandling) placeres tidligt — baggrundsteori flyttes til appendiks eller bilag.
- Tilføj ét centralt klinisk flowchart som samler flagsystem, triage og behandlingstrin.
- Indsæt de manglende figurer (Figur 3, 4, 6 og behandlingstrekanten) inden høringsfristens udløb.
- Markér cauda equina-syndrom med en tydelig visuel alarmboks.
- Tilføj et selvstændigt, konkret afsnit om kommunikation ved første konsultation.
- Afklar vejledningens stillingtagen til spørgeskemaer — behold dem som bilag eller præcisér indikationen.
- Tilføj en oversigtstabel over vigtige differentialdiagnoser med kendetegn og handling.
- Kobl prognoseafsnittet eksplicit til behandlingseskalerings.
- Sammenflet de to beskrivelser af ICF-modellen til én.

Vi ser frem til den endelige vejledning og takker arbejdsgruppen for det grundige arbejde.