

Kommentar/bemærkning	Sidetal og afsnit
Evidensgrundlaget bør styrkes. Det er en væsentlig metodisk svaghed, at der ikke er foretaget en systematisk litteraturvurdering. Det skaber desuden disharmoni med vejledningens egen beskrivelse af, at DSAM-vejledninger skal understøtte evidensbaseret praksis. Det bør tydeliggøres, hvordan anbefalingerne er opdateret systematisk, så de ikke hviler på potentielt forældede regionale forløbsprogrammer eller selektivt udvalgte kilder.	s. 5-6 Evidensgrundlaget / Generelt om DSAM's kliniske vejledninger
I indledningen bør rådet om aktivitet suppleres med, at unødvendig sygemelding bør undgås, og at patienten så vidt muligt bør støttes i at fastholde arbejde med relevante tilpasninger. Det skal ikke forstås som, at sygemelding aldrig er relevant, men at arbejdsfastholdelse bør nævnes tidligt som del af aktiv egenhåndtering (1,2).	s. 7 Indledning - aktivitet og egenhåndtering
Afsnittet om billeddiagnostik kan styrkes ved at tilføje, at mange billeddiagnostiske fund ved rygskanning også ses hos asymptomatiske personer og ofte repræsenterer normale alders-/degenerative forandringer uden sikker kausal sammenhæng med smerter (3). Derfor bidrager skanning ved ukomplicerede lænderygssmerter uden alarmtegn sjældent med viden, der ændrer behandlingsplanen (3).	s. 7 Indledning - billeddiagnostik
Begrebet "kroniske lænderygssmerter" bør anvendes med varsomhed. Det bør overvejes, om "langvarige" eller "længerevarende lænderygssmerter" er mere hensigtsmæssigt flere steder. For mange patienter forstås "kronisk" som noget permanent eller livslangt, hvilket kan modarbejde vejledningens fokus på beroligende kommunikation og positive forventninger til bedring.	s. 8-10 Sundhedsreform / Definition af lænderygssmerter
Det bør fremhæves, at guideline-inkonsistent behandling og vejledning i sig selv kan bidrage til langvariggørelse. Forkert tidlig håndtering kan øge risikoen for medicalisering, passivitet og overgang fra akutte til langvarige smerter. Stevans et al. fandt, at flere guideline-inkonsistente behandlingstiltag var associeret med højere odds for kroniske lænderygssmerter efter 6 måneder (4).	s. 9 Lænderygssmerter - prognose/risikofaktorer
Arbejdsgruppen bør eksplicit inddrage de nyligt udarbejdede faglige anbefalinger fra Enhed for Kvalitet og Modernisering i Fysioterapipraksis: "Faglige anbefalinger for patienter med primære smerter i lænderyggen" (2025) (1). Dokumentet kan styrke sammenhængen mellem almen praksis og fysioterapipraksis og understøtte en fælles, tværfaglig tilgang (1).	Overordnet Tværfaglig koordinering / fysioterapipraksis
I tabellen over smertetyper bør "aktivering af smertereceptorer i vævet" ændres. Den korrekte terminologi er nociceptorer, ikke smertereceptorer (5-7). Smerte er ikke et perifert signal, men en personlig oplevelse påvirket af biologiske, psykologiske og sociale faktorer (5). Smerte og nociception bør adskilles tydeligt (5). Foreslået formulering: "Aktivering af nociceptorer i perifert væv som respons på faktisk eller potentiel vævsskade."	s. 12 Figur 2 - Smertetyper
Afsnittet om objektiv undersøgelse kan udvides med, at en grundig fysisk undersøgelse ikke alene har diagnostisk værdi, men også kan virke beroligende og relationelt fremmende. Patienten får oplevelsen af at blive taget alvorligt, og dette kan styrke den terapeutiske alliance, som er associeret med bedre outcomes ved lænderygssmerter og muskuloskeletale smerter (8-10).	s. 16 Objektiv undersøgelse - kommunikation med patienten
Sensibilitetsundersøgelsen bør beskrives mere præcist og multimodalt. Let berøring alene er en ufuldstændig sensibilitetstest. Pinprick/spids-stump og temperatur bør ikke primært fremstå som senere eller valgfrit supplement ved mere udbredt neurolo-	s. 18 Sensibilitetsundersøgelse

gisk mistanke, men som relevante modaliteter i selve sensibilitetsvurderingen, afhængigt af den kliniske problemstilling (1). Undersøgelsen bør udføres systematisk med side-til-side-sammenligning i relevante dermatomer.	
Listen over mulige konsekvenser ved unødvendig billeddiagnostik bør udvides med risiko for behandlingskaskader. Tidlig eller ikke-indiceret MR-skanning er associeret med øget brug af kirurgisk vurdering og operation uden tilsvarende bedre patientrapporterede outcomes (11-14). Det bør formuleres nøgternt som risiko for overbehandling - ikke som at alle operationer er unødvendige.	s. 22 Rationel brug af billeddiagnostik
Under kommunikation om billedfund bør det overvejes, om almindelige, ikke-bekymrende fund skal gennemgås detaljeret, hvis de ikke har klinisk betydning eller ændrer behandlingsplanen. Formidlingen bør fokusere på, at skanningen ikke viser noget bekymrende, at fundene er normale/forventelige, og at behandlingsplanen fortsat er aktiv behandling og egenhåndtering (3). Pointen er ikke at skjule information, men at oversætte fund klinisk relevant og undgå unødigt strukturel sygdomsforståelse.	s. 22-23 Kommunikation om billedfund
Afsnittet med åbne spørgsmål ved ønske om skanning bør bevares og gerne fremhæves. Spørgsmål som "Hvad håber du, at en skanning kan vise?" og "Er der noget bestemt, du er bekymret for?" er centrale, fordi de afdækker patientens bekymringer, sygdomsforståelse og forventninger, før der gives information eller tages stilling til billeddiagnostik (10,15).	s. 22 Dialogværktøj: Når patienten ønsker skanning
"Den gode rygsamtale" bør i højere grad beskrives som en dialog frem for primært information. Afsnittet bør tydeliggøre, at patientens bekymringer, erfaringer, sygdomsforståelse, mål og hverdagskontekst afdækkes, før der gives råd. I det hele taget bør dialogen om valg af behandlingsstrategi tage udgangspunkt i principperne om fælles beslutningstagen for at sikre patientens ægte involvering og beslutningskraft (15). Generisk information kan ramme forbi patientens konkrete bekymring og forstærke oplevelsen af ikke at blive set. Information bør kobles til patientens egen situation og funktionelle mål (1,10).	s. 33 Trin 1 - Den gode rygsamtale
Afsnittet om samarbejde med fysioterapeut og kiropraktor kan tydeligere adressere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og opgavefordeling i primærsektoren. Begge faggrupper arbejder til daglig med muskuloskeletale smerteproblematikker og kan have en central rolle i patientuddannelse, aktivitetsrådgivning, funktionel vurdering og støtte til egenhåndtering (1). Dette kan både understøtte kvalitet og aflaste almen praksis.	s. 34 Trin 2: Supplerende behandling, samarbejde med fysioterapeuter og kiropraktorer
Det kan nævnes, at almen praksis har mulighed for at henvise patienter med rygsmerter til vederlagsfri vurdering hos kiropraktor. Henvisningen indebærer ikke behandling, alene vurdering. Ydelsen er målrettet patienter med smerter i bevægeapparatet, hvor den praktiserende læge, på baggrund af det samlede biopsykosociale billede, vurderer, at kompleksiteten kræver en tværfaglig sparring og vurdering. Ydelsen er udrullet i Region Syddanmark. I Region Hovedstaden og Region Midtjylland kører en prøveordning i 2026. De øvrige regioner er foreløbigt ikke tiltrådt aftalen.	s.34 Trin 2: Supplerende behandling, samarbejde med fysioterapeuter og kiropraktorer
Formuleringen "begrænset evidens for effekten af superviseret fysioterapi" bør præciseres. Begrebet er uklart og kan læses som om fysioterapi i den akutte fase primært er superviseret træning eller manuel behandling. Moderne fysioterapi omfatter også patientuddannelse, tryghedsskabende information, aktivitetsvejledning, arbejdsfast-	s. 34-35 Akut fase / superviseret fysioterapi

holdelse og håndtering af uhensigtsmæssige sygdomsforståelser (1). Fysioterapeuter kan derfor være en relevant og ressourceeffektiv faggruppe i den tidlige støttende fase - uden at dette er det samme som superviseret træning til alle.	
Formuleringen om fysioterapi efter 6 uger bør nuanceres, så fysioterapeutisk behandling ikke primært forbindes med superviserede øvelsesprogrammer. Ved længelevende eller komplekse forløb kan relevant fysioterapi også omfatte patientuddannelse, støtte til egenhåndtering, graded activity, arbejdsrettet funktion og adfærdsorienterede/kognitivt informerede tilgange (1). Cognitive Functional Therapy kan nævnes som eksempel på en individualiseret biopsykosocial intervention med evidens ved kroniske, funktionsbegrænsende lænderygsmærter (16).	s. 34-35 Trin 2 - fysioterapi over 6 uger
Afsnittet om manuel behandling bør skærpes. "Bør ikke stå alene" er for svagt. Manuel behandling skal ikke fremstilles som en selvstændig behandling ved lænderygsmærter, men udelukkende som et kortvarigt supplement til aktiv behandling med patientuddannelse, aktivitetsrådgivning, egenhåndtering og gradvis genoptagelse af funktion/arbejde. Manglende klinisk relevant bedring efter 4-5 behandlinger skal føre til ændret tilgang frem for fortsat manuel behandling.	s. 34-35 Manuel behandling
Afsnittet om farmakologisk smertebehandling bør fylde tydeligt og være mere konsekvent. Non-farmakologisk behandling er førstevalg, og medicin bør kun anvendes kortvarigt, målrettet og med klar plan for seponering (2,17,18). Der bør rettes op på inkonsistensen, hvor paracetamol først beskrives som førstevalg, mens evidensafsnittet angiver ingen klinisk relevant effekt (19). Gabapentin/pregabalin bør heller ikke beskrives som noget, der kan overvejes, hvis evidensafsnittet samtidig angiver manglende effekt også ved nerverodspåvirkning (17,20). Overvej om manglende effekt bør føre til seponering - ikke optitrering.	s. 35-36 Medicinsk/farmakologisk smertebehandling
Ved afsnittet om henvisning til praktiserende speciallæge bør det tydeliggøres, at henvisning til fx reumatologi sjældent er førstevalg ved akutte ukomplicerede lænderygsmærter. Når primær behandling almindeligvis er tilstrækkelig, bør vejledningen tydeligere beskrive, hvordan almen praksis, fysioterapi og kiropraktik kan anvendes med klar opgavefordeling i primærsektoren (1). Formålet er bedre ressourceudnyttelse og rettidig indsats - ikke at lægen fraskriver sig tovholderrollen.	s. 36 Praktiserende speciallæger / indikationer for henvisning
Tabellen over differentieringsniveauer bør udvides med en kolonne om fysioterapeutens rolle. Niveau 1: Fysioterapeutisk opfølgning kan anvendes ved behov for sundhedspædagogisk støtte til aktivitet, egenhåndtering eller funktion. Niveau 2: Fysioterapeut bør overvejes ved behov for tættere opfølgning, kontinuitet, patientuddannelse og funktionel støtte. Niveau 3: Fysioterapeutisk indsats bør som udgangspunkt tilbydes som del af en koordineret indsats med løbende korrespondance mellem fysioterapeut og praktiserende læge (1).	s. 30-31 Stratificering / differentieringsniveauer
Rygmedicinsk vurdering bør overvejes ved manglende bedring efter 6-8 uger hos patienter med nerverodspåvirkning. Her kunne med fordel tilføjes hvor konservativ behandling ikke har haft effekt. Både kiropraktorer og fysioterapeuter tilbyder "prolaspakker" hvor patienterne følges. De konservative tilbud i primær sektoren skulle meget gerne sørge for at færre patienter uden behov bliver tilset til rygmedicinsk eller rykirurgisk vurdering på sygehus. Så med mindre der er tale om mistanke om alvorlig patologi eller forsinkelse i vigtig udredning skønnes det ikke urimeligt at patienten har gjort en egen indsats i form af et konservativt behandlingsforløb i privat eller kommunalt regi	s.39 Trin 3: Supplerende behandling, primærsektorens indsatser, sygehusbehandling

Referenceliste

- (1) Enhed for Kvalitet og Modernisering i Fysioterapipraksis. Faglige anbefalinger for patienter med primære smerter i lænderyggen. 2025.
- (2) World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization; 2023.
- (3) Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811-816. doi:10.3174/ajnr.A4173.
- (4) Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, et al. Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *JAMA Netw Open*. 2021;4(2):e2037371. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.37371.
- (5) Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
- (6) International Association for the Study of Pain. IASP Terminology. Definition of pain and nociceptor terminology. International Association for the Study of Pain.
- (7) Dubin AE, Patapoutian A. Nociceptors: the sensors of the pain pathway. *J Clin Invest*. 2010;120(11):3760-3772. doi:10.1172/JCI42843.
- (8) Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther*. 2013;93(4):470-478. doi:10.2522/ptj.20120137.
- (9) Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2020;36(8):886-898. doi:10.1080/09593985.2018.1516015.
- (10) Unsgaard-Tøndel M, Söderström S. Therapeutic Alliance: Patients' expectations before and experiences after physical therapy for low back pain - a qualitative study with 6-month follow-up. *Phys Ther*. 2021;101(11):pzab187. doi:10.1093/ptj/pzab187.
- (11) Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289(21):2810-2818. doi:10.1001/jama.289.21.2810.
- (12) Webster BS, Cifuentes M. Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. *J Occup Environ Med*. 2010;52(9):900-907. doi:10.1097/JOM.0b013e3181ef7e53.
- (13) Jacobs JC, Jarvik JG, Chou R, Boothroyd DB, Lo J, Nevedal A, et al. Observational study of the downstream consequences of inappropriate MRI of the lumbar spine. *J Gen Intern Med*. 2020;35(12):3605-3612. doi:10.1007/s11606-020-06181-7.

- (14) Webster BS, Bauer AZ, Choi Y, Cifuentes M, Pransky GS. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. *Spine*. 2013;38(22):1939-1946. doi:10.1097/BRS.0b013e3182a42eb6.
- (15) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.
- (16) Kent P, Haines T, O'Sullivan P, Smith A, Campbell A, Schütze R, et al. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RE-STORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *Lancet*. 2023;401(10391):1866-1877. doi:10.1016/S0140-6736(23)00441-5.
- (17) Jones CMP, Underwood M, Chou R, Schoene M, Sabzwari S, Cavanagh J, Lin CC. Analgesia for non-specific low back pain. *BMJ*. 2024;385:e080064. doi:10.1136/bmj-2024-080064.
- (18) Deyo RA, Von Korff M, Duhrkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ*. 2015;350:g6380. doi:10.1136/bmj.g6380.
- (19) Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, Lin CWC. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;384(9954):1586-1596. doi:10.1016/S0140-6736(14)60805-9.
- (20) Giménez-Campos MS, Pimenta-Fermisson-Ramos P, Díaz-Cambronero OI, et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness and adverse events of gabapentin and pregabalin for sciatica pain. *Aten Primaria*. 2022;54(1):102144. doi:10.1016/j.aprim.2021.102144.