

Til: Dansk Selskab for Almen medicin

Høringssvar vedrørende vejledningen "Patienten med lænderygsmærter".

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst vejledningen "Patienten med lænderygsmærter". Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde.

Følgende høringssvar leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Sportsfysioterapi, Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi og Dansk Selskab for Fysioterapeutisk Test og Træning.

Overordnet kvalitet og anvendelighed

Vejledningen fremstår som et gennemarbejdet og systematisk dokument med en hensigtsmæssig balance mellem præcis diagnostik og håndtering af uspecifikke lændesmerter. Den guider læseren klart og operationelt, herunder hvornår der bør reageres og henvises videre ved vedvarende rodpåvirkning.

Samlet set giver vejledningen et solidt fundament for en mere ensartet håndtering i almen praksis og har potentiale til at bidrage til både kvalitetsudvikling, bedre beslutningsprocesser og forbedrede patientforløb.

Begrebsafklaring af psykosociale faktorer

Begrebet *psykosociale faktorer* anvendes gennemgående i dokumentet. For at styrke forståelsen og den kliniske anvendelse anbefales det, at begrebet defineres tydeligere tidligt i vejledningen.

Det kan eksempelvis præciseres, at:

- Psykologiske faktorer omfatter både
 - kognitive (fx katastrofetanker og forståelser af smerte som tegn på skade) og
 - emotionelle (fx stress, bevægelsesfrygt, frustration)
- Sociale faktorer omfatter forhold relateret til arbejde, økonomi, social støtte og relationer

En tidligere introduktion kan understøtte klinikerens mulighed for at stille relevante og målrettede spørgsmål. I den nuværende version fremgår disse forklaringer først i forbindelse med flagsystemet relativt sent i dokumentet.

Evidensgrundlag og klinisk struktur

Vejledningen er fagligt velfunderet og integrerer eksisterende viden i en klinisk anvendelig ramme. Evidensgrundlaget baserer sig på regionale forløbsprogrammer, internationale retningslinjer samt udvalgte reviews og metaanalyser.

Den systematiske tilgang til udredning, risikovurdering og behandling understøtter ensartet praksis og rettidig indsats. Der gives klare anbefalinger for henvisning, samarbejde med speciallæger og videre udredning i sekundærsektoren.

Samarbejdet i primærsektoren fremhæves, men kan med fordel uddybes yderligere – særligt i relation til fysioterapeuter og kiropraktorer.

Balancen i det biopsykosociale paradigme

Vejledningen er stærk i sit opgør med et ensidigt biomedicinsk fokus samt med overmedikalisering og ineffektive interventioner.

Det anbefales dog at være opmærksom på ikke at etablere et nyt ensidigt paradigme, hvor biologiske forhold, diagnostisk usikkerhed og patientens sygdomsforståelse underbetones. Der kan være en risiko for at erstatte en paternalistisk biomedicinsk tilgang med en tilsvarende paternalistisk biopsykosocial tilgang.

Fælles beslutningstagning og patientinddragelse

Sproget kan enkelte steder i højere grad understøtte fælles beslutningstagning. Eksempelvis kunne formuleringen:

“Det vigtigste er nu at komme i gang med den rigtige behandling. Jeg foreslår ...” justeres til:

“Det vigtigste er nu at komme i gang med den behandling, der passer bedst til dig. Jeg har nogle forslag, men vil også gerne høre dine overvejelser.”

En sådan tilgang understøtter dialog, anerkender patientens perspektiv og kan styrke behandlingseffekten.

Implementering og praksisnære udfordringer

Implementeringen forudsætter både klinikerens og patientens tilpasning til det nye paradigme. Forskelle i sygdomsopfattelse og forventninger kan udgøre en udfordring, særligt hvis patienten ikke oplever sig tilstrækkeligt udredt.

Der bør derfor være fokus på en dialogbaseret tilgang, hvor patientens perspektiv inddrages aktivt. Samtidig bør de praktiske rammer i almen praksis, herunder tidsmæssige begrænsninger, tænkes ind, da vejledningens intentioner kan være ressourcekrævende at realisere.

Perspektivering og formidling til befolkningen

Afslutningsvis savnes en perspektivering af, hvordan en bred national oplysningsindsats kan understøtte befolkningens forståelse af paradigmeskiftet og dermed implementeringen i klinisk praksis.

Tekstnære bemærkninger

Side 7–9: Begrebsbrug og formuleringer

- **S. 7, l. 35–40:** Formuleringen *“solid evidens”* fremstår uklar. Det bør præciseres, hvad evidensen konkret henviser til, da der kun i begrænset omfang foreligger direkte sammenlignende studier mellem tidligere og nuværende tilgang.
- **S. 9, l. 25:** Overvej at erstatte *“kompleks dynamik”* med *“sammenspil”* for bedre læsbarhed.
- **S. 9, l. 29:** *“unik”* kan med fordel ændres til *“individuel”*.

Side 11–16: Anamnese, smertetyper og undersøgelsesstruktur

Vejledningen skal roses for en overskuelig beskrivelse af anamnesen med fokus på tre samtidige spor: symptomer, flagsystem og funktion (ICF).

- **Smertetyper:** Tabellen er tydelig, men integreres i begrænset omfang i den videre udredningsmodel. Det anbefales at koble smertetyper tydeligere til den diagnostiske proces og understrege, at præsentationer ofte er blandede.

- **S. 11:** Højt smerteniveau (>7/10 NRS) kan med fordel fremhæves som prognostisk faktor.
- **S. 12 (anamnese):** Formulering kan misforstås – patientens bekymringer og forventninger bør anses som en integreret del af de kliniske oplysninger.
- **S. 12, figur 2:** Overvej brug af *nociplastiske smerter* frem for *neuroplastiske*, da det bedre afspejler både centrale og perifere mekanismer.
- **S. 14 (ICF):** Kategorien “*kroppens funktioner og anatomi*” er forsimplet. Komorbiditet og paraklinik bør fremgå tydeligere. Depression bør placeres her, hvis det er en diagnose.
- **S. 15–16 (objektiv undersøgelse):** Afsnittet er relevant, men kan med fordel suppleres med skema/oversigt for bedre overblik.
- **S. 16:** Det kan tilføjes, at en grundig undersøgelse har en validerende effekt for patienten.
- **Opfølgning (S. 16):** Det anbefales at inkludere fokus på prognostiske risikofaktorer (fx bekymring, frygt og undgåelsesadfærd).

Side 17–20: Neurologisk undersøgelse

- **S. 16–17:** Oxford-skalaen er forkert angivet (0–5, ikke 1–5).
- **S. 18:** Det vigtigste skel er mellem grad 3 og 4 – ikke 4 og 5. Grad 3 med akut debut (<48 timer) bør føre til akut vurdering.
- Supplerende tests som Babinski og clonus kan overvejes ved mistanke om øvre motorneuronskade.
- Smertebetinget hæmning kan reducere validiteten af krafttest og bør indgå i den kliniske vurdering.

Side 21–22: Billeddiagnostik

- Afsnittet er relevant og velargumenteret.
- Kan med fordel suppleres med skematisk oversigt over indikationer.
- Dialogeksemplet om scanning er velfungerende og pædagogisk.

Side 24–26: Diagnostik, kodning og prognose

- Der savnes en tydelig kobling mellem diagnostisk triagering og ICPC-kodning.
- Betegnelsen *uspecifik lænderygsmerte* kan overvejes problematiseret, da den ikke angiver prognose eller behandlingsstrategi. Alternativer som *Primary Low Back Pain* kan inddrages.
- Integrering af smertetyper i diagnostikken kan styrkes.
- **S. 26 (prognose):** Prognostiske faktorer bør beskrives tydeligere.

Side 28–34: Behandling

- Afsnittet fremstår velformuleret, præcist og klinisk anvendeligt.
- **S. 28:** Det kan præciseres, at effekt vurderes ud fra bensmerter og paresegrad.

Side 34–36: Samarbejde i primærsektoren

- Afsnittet fremstår mindre gennemarbejdet end øvrige dele.
- Samarbejde med fysioterapeuter og kiropraktorer kan beskrives mere konkret, herunder:
 - strukturerede/pakkeforløb
 - egenhåndtering og patientuddannelse som baseline
- Begrebet “superviseret fysioterapi” bør præciseres.
- Klar kommunikation via MedCom bør fremhæves som central forudsætning.
- **S. 36:** Manuel behandling tilbydes også af læger – bør fremgå.

Side 37–40: Henvisning, speciallæger og opfølgning

- Positivt at samarbejde med speciallæger fremhæves.
- Inflammatorisk rygsygdom savnes omtalt.
- Diagnostiske kriterier kan med fordel opstilles skematisk.
- S. 39:
 - Formulering om rygkirurgi kan præciseres
 - Svære bensmerter (4–6 uger uden effekt) som indikation bør fremgå
 - Overvej nyere reference
- **S. 40:** Årsstatus er relevant, men ressourcekrævende – kunne evt. være et fælles anliggende i primærsektoren.

Side 42: Afsluttende budskab

- Budskabet fremstår for kategorisk og uden tydelig faseopdeling.
- Bør nuanceres, særligt i akutte forløb eller ved høj smerteintensitet.
- Forslag til formulering:
 “Målet er at hjælpe patienten til bedst mulig bedring, funktion og livskvalitet – med udgangspunkt i den enkeltes situation og behov.”

Vi håber, at arbejdsgruppen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Med venlig hilsen

Rasmus Gormsen Hansen
Formand Dansk Selskab for Fysioterapi

Høringssvaret er udarbejdet med input fra:



