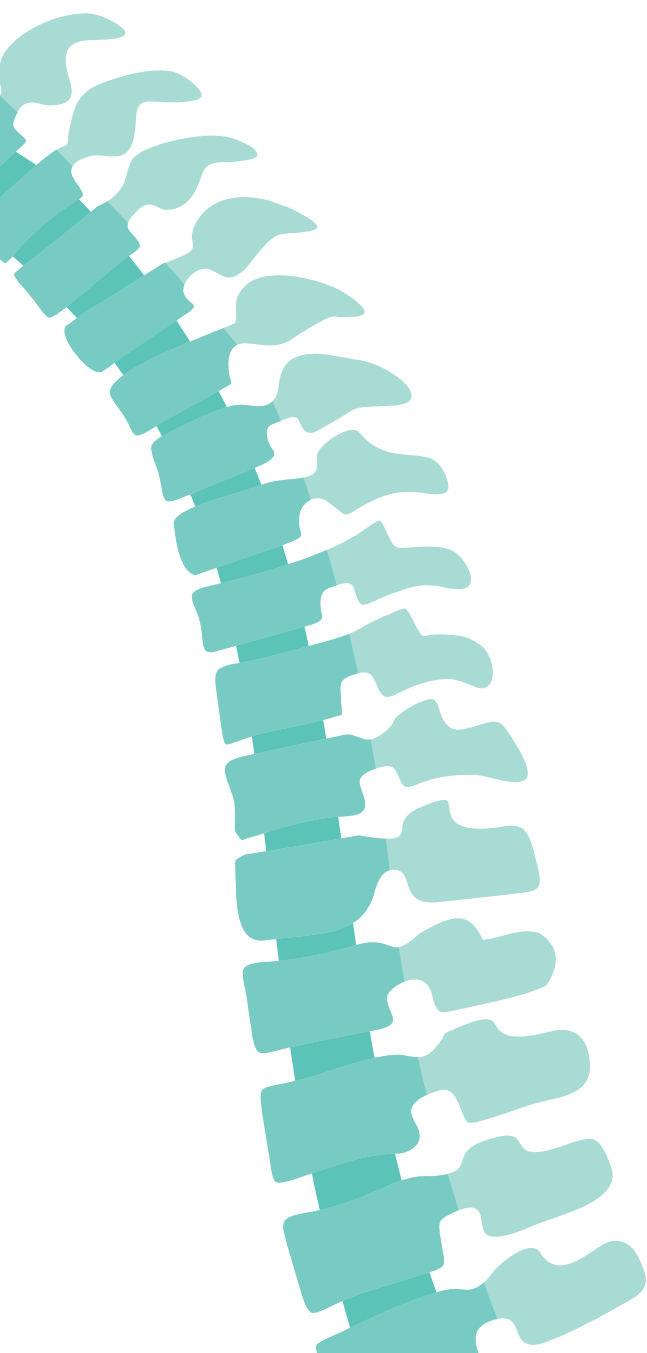


Patienten med lænderygssmerter

Klinisk vejledning for almen praksis | 2026



Patienten med lænderygsmærter



Kolofon

Patienten med lænderygsmærter

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

2. udgave, 1. oplag 2026

Det er tilladt at citere fra vejledningen med tydelig kildeangivelse: Patienten med lænderygsmærter (klinisk vejledning for almen praksis), 2026, Dansk Selskab for Almen Medicin.

ISBN (trykt): 978-87-91244-42-1

ISBN (elektronisk): 978-87-91244-43-8

Arbejdsgruppens medlemmer

Charlotte Voglhofer, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge i Region Sjælland (formand)

Maja Kaltoft, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge i Region Hovedstaden

Allan Riis, fysioterapeut, ph.d. og seniorforsker ved Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet

Berit Schjøttz-Christensen, speciallæge i reumatologi, ph.d. og professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet

Finn Sørensen, speciallæge i almen medicin

Interessekonflikter

Alle medvirkende har indsendt en habilitetserklæring, og det er vurderet, at der ikke er betydende interessekonflikter.

Tak til Martin Bach Jensen, speciallæge i almen medicin og professor, for kritisk gennemlæsning af vejledningen.

Redaktion

Karina Lewandowska, vejledningsredaktør

Rasmus Køster-Rasmussen, vejledningsredaktør

Sekretariatsbistand

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent

Annette Gehrs, webmedarbejder

Mie Christiansen, udviklingskonsulent

Korrektur

Lone Niedziella, sprogkonsulent

Forsidefoto

Colourbox

Grafisk tilrettelæggelse

Jannerup Grafisk

Trykkeri

Scandinavian Print Group

Finansiering

DSAM's vejledninger udarbejdes for midler, som er afsat via "Overenskomst om almen praksis".



Indhold

Forord.....	5
Evidensgrundlaget.....	6
Indledning.....	7
Lænderygsmerter – kort fortalt.....	8
Patientens vej.....	10
Udredning	12
Anamnese	13
Objektiv undersøgelse	18
Differentialdiagnostik	23
Billeddiagnostik	23
Diagnostisk triage	27
Diagnosekodning (ICPC-2)	28
Prognose.....	29
Behandling.....	32
Gradueret behandlingstrekant ved akutte lænderygsmerter	36
Trin 1: Basisbehandling	38
Trin 2: Supplerende behandling.....	42
Trin 3: Specialiseret behandling.....	44
Opfølgning	45
Samarbejde i primærsektoren.....	46
Litteraturliste.....	48



Foto: Colourbox

Forord

Vejledningen ”Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis” udkom i 2006. Denne opdaterede udgave, ”Patienten med lænderygsmerter”, er gennemgribende revideret og afspejler den faglige udvikling siden 2006. Den tidligere vejledning tog udgangspunkt i strukturelle årsager og passiv behandling, mens den nye vægter en bio-psyko-social tilgang med funktionsevnevurdering, tidlig opsporing af risikofaktorer for langvarige forløb og støtte til patientens aktive mestring.

Behovet for revisionen ses tydeligt i tallene. Forbruget af MR-skanninger af ryggen har været næsten uændret gennem de seneste ti år¹, og antallet af ryglaterede kontakter til både almen praksis og sygehuse er fortsat højt². Det viser, at evidensen for en aktiv tilgang og tilbageholdenhed med billeddiagnostik endnu ikke er omsat til en ensartet praksis, og at der fortsat er en kløft mellem evidens og hverdag. Denne kløft skal vejledningen hjælpe med at lukke³.

Vejledningen giver klare anbefalinger for billeddiagnostik og tydelige kriterier for, hvornår henvisning til specialiseret behandling er indiceret. Der er lagt særlig vægt på en adfærdsorienteret tilgang, den gode rygsamtale og systematisk opfølgning, som skal understøtte et sammenhængende patientforløb med den praktiserende læge som tovholder.

Vi håber, at vejledningen vil bidrage til, at patienter med lænderygsmerter får den rette behandling, til rette tid og på rette sted, med fokus på aktivitet, tidlig indsats og forebyggelse af langvarige forløb. ■

Arbejdsgruppen, august 2026

Evidensgrundlaget

Denne vejledning er tænkt som et praktisk arbejdsredskab til almen praksis. Den samler de seneste anbefalinger for udredning, behandling og opfølgning af lænderygsmærter med det formål at mindske kløften mellem den tilgængelige viden og den daglige praksis³.

Anbefalingerne bygger på eksisterende evidensbaserede kilder, nationale kliniske anbefalinger og retningslinjer⁴⁻⁷, internationale kliniske retningslinjer og systematiske oversigter⁸⁻¹⁰ samt gældende tværsektorielle forløbsprogrammer^{11,12} suppleret med arbejdsgruppens kliniske erfaring. Hvor kilderne er inkonsistente eller utilstrækkelige, er anbefalingen truffet ved konsensus i arbejdsgruppen.

Vejledningen bygger ikke på en selvstændig systematisk litteraturgennemgang eller en formel graduering af evidensens styrke (f.eks. GRADE). Grundlaget for den enkelte anbefaling fremgår af referencerne, som præsenteres løbende i teksten, så læseren kan identificere og vurdere kilden. ■

Indledning

Denne vejledning henvender sig til praktiserende læger og samler de centrale anbefalinger for udredning, behandling og opfølgning af voksne patienter (fra 18 år og derover) med lænderygsmærter, så indsatsen bliver ensartet og evidensbaseret. Langt de fleste forløb håndteres i almen praksis, og vejledningen er tænkt som et arbejdsredskab i en travl hverdag.

Vejledningen er bygget op omkring en klinisk kerne med kapitler om udredning, behandling og opfølgning. Til vejledningen hører en quickguide, som er et indstik med udvalgte figurer fra vejledningen. Quickguiden indeholder indikationer for billeddiagnostik, diagnostisk triage og gradueret behandling. Med denne opbygning af vejledningen er der mulighed for opslag.

Som led i sundhedsreformen 2024 udvikles pakkeforløb for udvalgte kroniske sygdomme, herunder kroniske lænderygsmærter. Pakkerne indføres løbende fra 2027 og har til formål at skabe mere systematiske og ensartede patientforløb på tværs af landet¹³. ■

Lænderygsmærter – kort fortalt

I Danmark lever omtrent én million mennesker med lænderygsmærter. Statens Institut for Folkesundhed estimerer, at op til 80 % af befolkningen vil opleve lænderygsmærter på et tidspunkt i livet. Det gør tilstanden til en af de mest almindelige i befolkningen². De fleste oplever lænderygsmærter med eller uden udstråling til ekstremitet én eller flere gange i løbet af livet; nogle oplever kun enkelte episoder, mens andre får tilbagevendende eller vedvarende smærter^{2,14}.

Lænderygsmærter er en af de mest udbredte årsager til kontakt med den praktiserende læge; omkring 7,5 % af alle konsultationer i almen praksis vedrører lænderygsmærter². Tilstanden kan forekomme i alle aldre, hyppigst i aldersgruppen 30–50 år¹⁵, og kvinder rapporterer oftere lænderygsmærter end mænd².

Smærterne kan stamme fra mange strukturer i ryggen: muskler, led, diskus og nerver. Intensitet og varighed af smærter afhænger af biologiske, psykologiske og sociale faktorer. For de fleste patienter er prognosen god, men høj initial smerteintensitet, psykosocial belastning og komorbiditet kan forudsige et mere langvarigt forløb^{16,17}.

Multimorbiditet og social ulighed

Lænderygsmærter optræder hyppigt hos patienter med andre sygdomme. Hos patienter med langvarige smærter i bevægeapparatet ses lændesmerter ofte samtidig med anden kronisk sygdom. Lænderygsmærter bør derfor forstås som en del af et samlet sygdomsbillede – ikke en isoleret tilstand¹⁵.

Sygdomsbyrden er socialt skævt fordelt. Risikoen for langvarige forløb er størst hos patienter med kort uddannelse, fysisk belastende arbejde og i forvejen svækket helbred¹⁵. Fire ud af ti, der forlader arbejdsmarkedet før tid, gør det på grund af rygsmerter². Denne sammenhæng er en central begrundelse for, at kroniske lænderygsmærter indgår blandt de sygdomme, der fra 2027 omfattes af pakkeforløb med systematisk, behovstilpasset opfølgning¹³.

Definition af lænderygsmærter

Lænderygsmærter kategoriseres som nyopståede (op til 3 måneders varighed) eller kroniske (vedvarende eller recidiverende smærter med en samlet varighed på over 3 måneder gennem det seneste år og samtidig selvoplevet funktionsbegrænsning)⁹. Opdelingen er en praktisk simplificering. For mange patienter er tilstanden tilbagevendende og episodisk med varierende intensitet, og en nyopstået episode kan skyldes en opblussen af en kronisk recidiverende tilstand.

Tabel 1 samler de centrale begreber og deres betydning, så læge og samarbejdspartnere taler samme sprog. Begreberne uddybes i de relevante afsnit. ■

Tabel 1 | Begrebsafklaring

Begreb	Definition
Lænderygssmerter	Smerter lokaliseret i lænden, evt. med udstråling til et eller begge ben.
Nyopståede/akutte	Smerter af op til 3 måneders varighed, uanset evt. tidligere lænderygssmerter.
Kroniske	Vedvarende eller recidiverende smerter med en samlet varighed på over 3 måneder gennem det seneste år samtidig med selvoplevet funktionsbegrænsning.
Uspecifikke lænderygssmerter	Smerter uden en specifik identificerbar årsag; det er en selvstændig klinisk diagnose, som lægen stiller aktivt, når patienten er tilstrækkeligt udredt (ikke en udelukkelse). Ses hos ~90 % af patienter i almen praksis. Den kroniske form svarer til ICD-11: kronisk primær lænderygssmerter. Omtales som <i>almindelige rygssmerter</i> over for patienten.
Rodirritation (radikulopati)	Lænderygssmerter med tryk på en nerverod og udstråling til ekstremitet (diskusprolaps, spinalstenose, listese). Ses hos ~5–10 % af patienter i almen praksis.
Alvorlig (specifik) patologi	Cancer, infektion, inflammation, fraktur eller cauda equina-syndrom. Ses hos <5 %.
Røde flag	Kliniske advarselstegn, der rejser mistanke om alvorlig underliggende patologi. Et rødt flag er ikke i sig selv en diagnose.
Diagnostisk triage	Inddeling efter årsag og hastegrad (alvorlig patologi, nerverodstryk, uspecifikke) – styrer udredning og henvisning.
Stratificering	Tidlig vurdering af risiko for langvarigt forløb (psykosociale faktorer, rodtryk) – styrer intensiteten af indsatsen.
Differentiering	Niveau 1–3 i pakkeforløbet for kroniske lænderygssmerter – styrer graden af proaktiv opfølgning.

Patientens vej

Størstedelen af patienter med lænderygsmærter håndteres i det nære sundhedsvæsen, hvor praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer sammen tilbyder udredning og behandling. Kommunen kan bidrage med forebyggelsestilbud (§ 119). Andre privatpraktiserende speciallæger kan inddrages, når der er behov for en supplerende vurdering uden hospitalskontakt.

Et velfungerende forløb bygger på klare, gensidige forventninger. Den praktiserende læge varetager diagnostisk triage og tovholderfunktionen og kan forvente, at de øvrige aktører understøtter triagering, tidlig aktivitet, patientuddannelse og egenhåndtering, og at de melder tilbage ved væsentlige ændringer eller ved forløbets afslutning. Omvendt kan de øvrige aktører forvente, at den praktiserende læge koordinerer det samlede forløb, afklarer røde flag og sikrer overgangen til sekundærsektoren for de få, hvor primærsektorens indsats ikke er tilstrækkelig. Kommunikation sker elektronisk og forudsætter patientens samtykke^{7,18}.

Patienten har flere mulige indgange til diagnostik og behandling, og de overenskomstforankrede tilbud gennemføres i fællesskab. Figur 1 illustrerer patientens mulige veje og de relevante aktører. ■

Figur 1 | Patientens vej ved lænderygsmerter



Udredning

Udredning af patienter med lænderygsmærter i almen praksis kræver en systematisk tilgang, der balancerer mellem at identificere potentielt alvorlige tilstande og undgå overdiagnosticering af ukomplicerede forløb¹⁵. Hovedformålet er at udelukke alvorlig patologi ved at identificere røde flag¹⁵, at vurdere tilstedeværelsen af nerveudspåvirkning¹⁹, at afdække risikofaktorer for langvarigt forløb⁸ samt at vurdere patientens samlede funktionsevne²¹.

Hos cirka ni ud af ti patienter med lænderygsmærter kan der ikke identificeres en specifik årsag til smerterne, og disse patienter diagnosticeres med uspecifikke lænderygsmærter²¹. I denne vejledning anvendes *uspecifikke lænderygsmærter* som den faglige term, mens tilstanden over for patienten med fordel kan omtales som *almindelige rygsmærter*. Ordet ”uspecifik” kan opfattes som noget uafklaret, der skal udredes yderligere, mens ”almindelig” signalerer en hyppig og ufarlig tilstand.

Uspecifikke lænderygsmærter er en selvstændig klinisk diagnose, som lægen stiller aktivt på baggrund af sygehistorie og undersøgelser; det er ikke en restkategori, når alt andet er udelukket. Diagnosen forudsætter, at patienten er tilstrækkeligt udredt, og at der ikke er fundet en specifik årsag. Fremadrettet anerkendes uspecifikke rygsmærter som en selvstændig sygdom, hvilket afspejles i den nye ICD-11-kodning^{22,23}.

Lænderygsmærter kan variere betydeligt i intensitet, varighed og karakter. Smertens karakter kan give vigtige diagnostiske pejlemærker, men det er vigtigt at være opmærksom på, at der sjældent er en direkte sammenhæng mellem smerteintensitet og alvorligheden af den underliggende tilstand¹⁷.

Selvom der ofte er en sammenhæng mellem smerteintensitet og funktionsnedsættelse, er forholdet ikke altid lineært. Nogle patienter kan have betydelige smerter og samtidig bevare god funktion, mens andre kan have relativt milde smerter og samtidig opleve stor funktionsnedsættelse¹⁷.

Smerteoplevelsen formes ikke kun af de fysiske forhold i kroppen, men også af psykologiske forhold (tanker, følelser og eksistentielle overvejelser) samt sociale og kulturelle påvirkninger fra omgivelserne.

Anamnese

Anamnesen samler den centrale information om patientens symptomer, smertekarakter, funktionspåvirkning og psykosociale faktorer. En struktureret samtale sikrer, at alle relevante oplysninger kommer frem, samtidig med at der skabes rum for patientens egne bekymringer, forventninger og forståelse af tilstanden.

Røde flag: alvorlig patologi ved rygsmerter

Røde flag er meget almindelige, mens alvorlig underliggende sygdom er sjælden. I almen praksis har omkring 80 % af patienterne med akutte lænderygsmerter mindst ét rødt flag, men under 1 % har alvorlig patologi²⁴. Et enkelt, isoleret rødt flag er oftest et falsk positivt fund og skal tolkes i sammenhæng med det samlede kliniske billede, ikke isoleret^{25,26}. Et enkelt, isoleret rødt flag hos en ellers rask patient giver sjældent anledning til udredning. Derimod skærpes mistanken ved flere samtidige røde flag, ved vedvarende eller progredierende symptomer og ved fund, der ikke følger et almindeligt mønster. Det afgørende er ikke flagets tilstedeværelse i sig selv, men hvilken handling det bør udløse – fra akut henvisning til subakut eller elektiv udredning (se tabel 2).

Henvisning til sekundærsektoren skal ske akut ved mistanke om alvorlig patologi og ved progredierende neurologiske udfald²⁷. Ved cauda equina-syndrom eller parese med kraftgrad 3 eller derunder, som er opstået inden for 48 timer, er der indikation for akut henvisning til vurdering.

Tabel 2 præsenterer de alvorlige tilstande, der skal udelukkes ved lænderygsmerter, de advarselstegn, der bør vække mistanke, og hvilken handling forskellige fund udløser.

Tabel 2 | Tilstande, advarselstegn og handlinger ved lænderygsmærter

Tilstand	Advarselstegn	Handling
Cauda equina-syndrom	Ridebukseanæstesi, vandladnings- eller afføringsforstyrrelser, bilaterale neurologiske udfald	Akut: henvises samme dag til nærmeste akutafdeling
Cancer/metastaser	Kendt cancer, uforklaret vægttab, vedvarende natlige smerter, alder >50 år	Subakut udredning i kræftpakkeforløb
Infektion	Feber, immunsuppression, i.v.-stofbrug, nylig invasiv procedure	Akut udredning
Fraktur	Traume, kendt osteoporose, langvarig steroid-behandling, alder >50 år, postmenopausale kvinder, akut indsættende smerte	Røntgen: akut traume og ved neurologiske udfald
Inflammatorisk ryg sygdom	Debut før 40-års alderen, inflammatoriske rygsmerter, morgenstivhed, NSAID-respons	Elektiv henvisning (ikke akut) til reumatolog

Farvekoden i kolonnen ”Handling” angiver hastegrad: **akut (rød)**, **subakut (blå)** og **elektiv (grøn)**.

Tre spor i samtalen

Anamnesen ved lænderygsmarter er struktureret omkring tre samtidige spor: smerter og symptomer, røde flag og bio-psyko-social vurdering. Tilsammen giver de grundlaget for en helhedsvurdering af patienten. Figur 2 viser de væsentligste elementer i anamneseoptagelsen.

Figur 2 | Elementer i anamnesen

Spørgsmålet er indgangen · punkterne er det, du lytter efter.

1 · Smerter og symptomer	2 · Funktionsevne	3 · Psykosociale forhold
Hvor gør det ondt? Hvor længe har du haft det? Stråler det ud i benet? Karakteristik: Hvordan er symptomerne? • Lokalisation og varighed (akut <12 uger · kronisk >12 uger) • Smertekarakter (lokal/nociceptiv vs. udstrålende/nerverod) • Udstråling og føleforstyrrelser i dermatomalt mønster • Debut og udløsende faktorer • Døgnvariation: hvile-, nat- og belastnings-smerter	Hvad forhindrer smerterne dig i at gøre nu, som du kunne før? Hvad er dit vigtigste mål lige nu? Aktivitet: Hvad kan du klare? • Komme ud af sengen, rejse sig, vende sig • Gå, stå og sidde: hvor længe? • Løfte og bære • Af-/påklædning og personlig pleje • Søvn: forstyrres den af smerterne? Deltagelse: Hvordan påvirkes hverdagen? • Arbejde: kan du passe det? tilpasning eller sygemelding? • Familie og hjem: husligt arbejde, pasning af børn eller pårørende • Fritid, motion og sociale aktiviteter	Hvad tænker du selv, der er galt? Hvad er du mest bekymret for? Er der noget ud over ryggen, der fylder hos dig for tiden (arbejde, økonomi, søvn eller humør)? Psykologiske forhold • Forventninger til bedring • Frygt for bevægelse og katastrofetanker • Nedtrykthed eller angst • Tidligere traumer • Mestringsstrategier Sociale forhold • Arbejde og arbejdsevne • Familie og netværk • Økonomi • System- og forsikringsforhold (kommune, jobcenter, erstatnings-sager)

Smarter

Smertens karakter kan hjælpe med at skelne uspecifikke lænderygsmarter fra smerter med nerverodspåvirkning og har betydning for både udredning og behandling^{5,28}.

Figur 3 | Smertetyper

Smertekarakter	Typisk beskrivelse	Mønster
Lokale (nociceptive)	Murrende, borende, strammende, dunkende; vellokaliseret i muskler og led	Ofte relateret til bevægelse og belastning; inflammatoriske rygsmerter er typisk værst i hvile og bedres ved aktivitet
Udstrålende (med nerverodspåvirkning)	Brændende, jagende, elektrisk, skærende; følger et dermatomt mønster, ofte med føleforstyrrelser	Udstråling til benet langs nerveforløbet; ikke direkte relateret til bevægelse

Beskrivelsen af smertekarakteren (figur 3) er vejledende og kan ikke anvendes diagnostisk alene²⁸. For lægen er der især fire mønstre at handle på:

1. Udstrålende, brændende eller jagende smerter i et dermatomt mønster, ofte med føleforstyrrelser, skærper mistanken om nerverodspåvirkning og bør føre til en fokuseret neurologisk undersøgelse^{29,30}.
2. Lokale, bevægelsesrelaterede smerter uden neurologiske tegn taler for uspecifikke lænderygsmarter.
3. Smerter, der ikke følger et almindeligt belastnings- eller bevægelsesmønster, bør vække opmærksomhed. Konstant smerte uden lindring ved hvile eller stillingsskift, natlig smerte, der vækker patienten, og progredierende smerte uden relation til aktivitet kan være tegn på alvorlig underliggende patologi og bør vurderes i lyset af røde flag²⁵.
4. Langvarige, udbredte smerter uden tilsvarende vævsfund kan skyldes, at smertesystemet er blevet mere følsomt (central sensibilisering).

Funktionsevne

Den bio-psyko-sociale vurdering har en praktisk forlængelse i WHO's funktionsevnebegreb, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Hvor diagnosen beskriver, hvad patienten fejler, beskriver ICF-modellen, hvordan tilstanden påvirker funktionsevnen i hverdagen og giver et fælles sprog på tværs af læge, fysioterapeut, kirurg og kommune²¹.

Funktionsevne er ofte et bedre pejlemærke end smerteintensitet alene, både for forløbet og for valg af indsats. Det centrale er derfor at flytte fokus fra, hvor ondt det gør, til, hvad patienten faktisk kan. Det kan gøres ved at belyse tre niveauer: kropsniveau (patientens symptomer, f.eks. smerte angivet med NRS 0–10 og oplevet bevægelighed), aktivitet (hvad patienten kan klare i hverdagen, f.eks. gå, løfte, sidde, sove og husligt arbejde) og deltagelse (evnen til at indgå i arbejde, familie og fritid).

Modellen kan med fordel anvendes. Få konkrete spørgsmål er ofte nok, og patientens egen beskrivelse er som regel tilstrækkelig. De tre niveauer vurderes altid i lyset af patientens kontekst, de personlige og omgivelsesmæssige forhold, der allerede indgår i den bio-psyko-sociale vurdering^{21,31}. Vurderingen er ikke et mål i sig selv: Den bruges til at sætte konkrete mål for behandlingen, til at vurdere behovet for sygemelding eller arbejdsfastholdelse og til at afklare, om der er behov for en kommunal indsats.

Figur 4 | ICF light: kernespørgsmål til daglig praksis

Niveau	Forslag til spørgsmål
Kropsniveau	Hvor gør det ondt? Hvor længe har det gjort ondt? Hvor meget (NRS 0–10)? Stråler det ud?
Aktivitet	Hvad kan du ikke længere klare i hverdagen? Gå, løfte, sove, husligt arbejde?
Deltagelse	Hvordan påvirker det dit arbejde, din familie og din fritid?

Den psykosociale vurdering

Vurderingen af patienten med lænderygsmærter hviler, ligesom ved alle andre kroniske sygdomme, på tre dimensioner: biologiske, psykologiske og sociale forhold¹⁵. Ud over det biologiske vurderes patientens tanker og forventninger til smerterne samt de forhold omkring patienten (arbejde, familie og økonomi), der påvirker forløbet.

Denne vurdering er ikke sekundær til den biologiske. De psykosociale faktorer er blandt de stærkeste prædiktorer for, om akutte lænderygsmærter udvikler sig til et langvarigt forløb, og de er modificerbare, dvs. de kan påvirkes gennem samtale, rådgivning og behandling³². Derfor er det vigtigt at være opmærksom på dem tidligt i forløbet og ikke vente, til smerterne er blevet langvarige.

Faktaboks 1 | Faktorer der øger risikoen for et langvarigt forløb

Frygt for bevægelse · katastrofetanker · negative forventninger · nedtrykthed eller angst · tidligere episoder · høj initial smerteintensitet · udstrålende smerter · komorbiditet · udtalt funktionsbegrænsning fra start · belastende arbejde · sociale og økonomiske belastninger^{16,32}

Tilstedeværelsen af flere samtidige faktorer øger sandsynligheden yderligere, og deres samlede betydning vejer tungere end den enkelte faktor i sig selv.

Den bio-psyko-sociale vurdering anvendes dynamisk gennem hele forløbet: Den gentages ved manglende bedring, og behandlingen justeres løbende ud fra både de biologiske og de psykosociale aspekter³²⁻³⁴. Netop opsporingen af de psykosociale faktorer danner grundlaget for en adfærdsorienteret tilgang, hvor behandlingen retter sig mod frygt, forventninger og en gradvis genoptagelse af aktivitet frem for mod smerten alene.

Objektiv undersøgelse

Den objektive undersøgelse er en vigtig del af vurderingen af patienter med lænderygsmarter og bør gennemføres systematisk. En struktureret tilgang sikrer, at vigtige fund ikke overses, selv når tiden er knap¹⁹.

Den objektive undersøgelse bygger på basisundersøgelser (inspektion, bevægetest, perkussion og palpation) suppleret med neurologiske tests ved mistanke om nerverodspåvirkning. De enkelte tests har hver for sig begrænset diagnostisk værdi ved uspecifikke lænderygsmarter^{19,35}, men samlet giver de værdifuld information om funktionsevne, smertebillede og bevægemønstre. Perkussion på processus spinosi kan vække mistanke om fraktur eller anden alvorlig patologi og bør vurderes i lyset af røde flag^{15,25}.

Cauda equina-syndrom – akut undersøgelse

Ved symptomer, der giver mistanke om cauda equina-syndrom (se røde flag), suppleres den neurologiske undersøgelse med perianal sensibilitet (S2–S4), anal sphinctertonus og viljebestemt knib ved rektaleksploration samt vurdering for fyldt blære ved palpation, perkussion eller blæreskanning. Ved klinisk mistanke henvises akut samme dag³⁶.

Basisundersøgelse

Start med at observere patienten allerede ved ankomst: gang, hvordan patienten sætter og rejser sig, smerteadfærd. Gennemfør basisundersøgelsen i samme ræk-

kefølge hver gang; det skaber rutine og kan typisk gøres på 5–10 minutter. Forklar undervejs, hvad du finder af normale forhold: ”Dine reflekser er fine” og ”Du har god kraft i benene”. Det skaber tryghed og modvirker katastrofetanker³⁷.

Figur 5 | Objektiv undersøgelse

Objektiv basisundersøgelse	
Inspektion	Undersøg almentilstand, holdning, gang, bevægelsesmønstre, eventuel bevægeundvigelse.
Bevægetest	Test fleksion, ekstension, sidebøjning og rotation. Vurder bevægeudslag. Undersøg, om en bestemt bevægeretning reproducerer eller ændrer smerten.
Perkussion	Udfør perkussion på processus spinosi på det aktuelle område (kan afsløre cancer, fraktur).
Palpation	Palper for ømhed, smerter og spændinger i relevant muskulatur.
Objektiv neurologisk undersøgelse	
Strakt benløfttest (Lasègue) Krydset test (SBT, XSBT)	Ved smerteudstråling til ben udføres passiv test: positiv, hvis kendt smerteudstråling til under knæniveau ved elevation af strakt ben ved 15–60 grader. Ved krydset SBT (XSBT) løftes det modsatte ben: positiv, hvis det udløser de velkendte smerter i det smertende ben.
Kraft	Undersøg muskelkraft på en skala fra 0 til 5 i relevante muskelgrupper.
Sensibilitet	Test sensibilitet i relevante dermatomer; sammenlign altid siderne.
Reflekser	Undersøg relevante reflekser; sammenlign højre og venstre side.
Vaskulær status	Vurder hudtemperatur, farve og fodpuls for at udelukke vaskulær årsag.

De tre elementer i den neurologiske undersøgelse (kraft, reflekser og sensibilitet) får først diagnostisk værdi, når de sammenholdes rodvist. Et fund bliver mere overbevisende, når kraftnedsættelse, reflekstab og dermatomalt sensibilitetstab peger på samme nerverod^{19,30}.

Figur 6 samler de niveauer, der oftest rammes ved lumbal rodpåvirkning (L3/L4–S1), og beskriver kraft, relevant refleks, sensibilitet og den manøvre, roden testes med. Oversigten er tænkt som et hurtigt opslag under selve undersøgelsen og træder ikke i stedet for den samlede kliniske vurdering:

Enkeltfund har hver for sig begrænset værdi, mens et konsistent mønster på tværs af de fire kolonner styrker mistanken om radikulopati.

Figur 6 | Nerverodspåvirkning – kraft, refleks, sensibilitet og undersøgelse

Lumbosakral radikulopati (L3/L4–S1): Vurder kraft, refleks og sensibilitet i samme rod. Suppler med strakt benløftstest (Lasègue).

Nerverod	Kraft	Refleks	Sensibilitet	Sådan testes roden
L3	Knæekstension og hofte-fleksion (m. quadriceps, m. iliopsoas)	Patellarrefleks (L3–L4)	Forside af låret ned mod mediale knæ	Knæekstension
L4	Dorsalfleksion af foden (m. tibialis anterior)	Patellarrefleks (L3–L4)	Medial underben og mediale malleol	Hælgang
L5	Ekstension af storetå (m. extensor hallucis longus)	Medial hase-refleks (L5)	Lateral underben, fodryg og 1.–2. interdigitalrum	Hælgang
S1	Plantarfleksion af foden (m. triceps surae)	Akillesrefleks (S1)	Laterale fodrand, fodsål og hæl	Tågang

Vurder kraftgrad 0–5 (figur 7) og reflekser (figur 8). Nedsat kraft, reflekstab og dermatomalt sensibilitetsudfald i samme rod styrker mistanken om radikulopati.

Vurdering af muskelkraft: kraftgrader 0-5

Ved neurologisk undersøgelse graderes muskelkraften på en skala fra 0 til 5:

Figur 7 | Kraftgrader (0–5)

Grad	Beskrivelse	Klinisk fund
5	Normal kraft	Fuld kraft mod modstand – ingen svaghed
4	Bevægelse mod let modstand	Kan bevæge mod moderat modstand fra undersøger, men er svagere end normalt
3	Bevægelse mod tyngdekraften	Kan løfte benet/foden mod tyngdekraften, men ikke mod modstand
2	Bevægelse uden modstand fra tyngdekraften	Kan bevæge leddet, når tyngdekraften elimineres (f.eks. bevæge benet sidelæns i liggende stilling)
1	Synlig kontraktion	Muskelkontraktion kan ses eller palperes, men giver ingen bevægelse
0	Ingen kontraktion, paralyse	Ingen synlig eller palpabel muskelaktivitet

Muskelkraft kan vurderes med tre funktionelle tests. Kan patienten udføre alle tre, er der normal kraft i de relevante nerverødder:

- L3–L4 (quadriceps): Kan patienten rejse sig fra hug uden at bruge hænderne?
- L5 (dorsalfleksion): Kan patienten gå på hæle med løftet forfod?
- S1 (plantarfleksion): Kan patienten gå på tæer?

I praksis er skelen mellem grad 3 og 4 den afgørende: Nedsat kraft mod modstand (grad 4) indikerer let nerverodspåvirkning og håndteres konservativt i primærsektoren, mens kraftgrad 3 eller derunder indikerer betydelig parese, der kræver vurdering på sygehuset og akut vurdering ved nyopståede eller progredierende udfald^{19,25}. Kraftvurderingen bør foretages, når patienten er tilstrækkeligt smertestillet, da en akut smerteforpinth patient ikke kan yde fuld kraft.

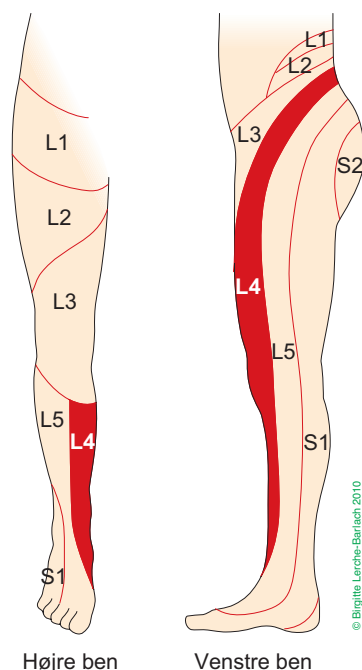
Sensibilitetsundersøgelse

Test for let berøring (med finger eller vatpind) i de relevante dermatomer:

- **L4:** Mediale del af underbenet
- **L5:** Fodryggen og storetåen
- **S1:** Laterale fodrand og lilletåen.

Sammenlign altid siderne. Patienten angiver, om berøringen føles ens på begge sider, eller om der er forskel (nedsat, ændret eller øget følelse).

Ved klinisk mistanke om mere udbredt neurologisk sygdom kan suppleres med test for smerte (nålestik) eller temperatursans.



Test af reflekser

Figur 8 | Reflekser

Refleks	Nerverod	Teknik
Patellarrefleks	L3–L4	Patienten sidder eller ligger med let flekteret knæ. Slag på patellarsenen lige under patella.
Mediale haserefleks	L5	Patienten ligger med benet flekteret, abduceret og udadroteret. Slag på de mediale hasesener proksimalt for knæleddet.
Akillesrefleks	S1	Patienten ligger med let flekteret knæ. Slag på akillessenen.

Vurdering af reflekser

Reflekser vurderes på en skala fra 0 til 4:

- 0 = ingen refleks
- 1+ = nedsat (svagere end normalt)
- 2+ = normal
- 3+ = livlig (ikke nødvendigvis patologisk)
- 4+ = meget livlig med klonus (patologisk).

Sammenlign altid højre og venstre side; asymmetri er vigtigere end den absolutte værdi. Reflekser er et værdifuldt redskab til differentialdiagnostik, hvor livlige reflekser med klonus peger på central neurologisk patologi frem for et perifert rodtryk.

Evidens

En enkelt klinisk test er sjældent nok til sikkert at af- eller bekræfte en diskusprolaps. Derfor kombineres flere tests: Jo flere fund, der peger i samme retning, desto mere sikker bliver den samlede vurdering. Tabel 3 viser evidensen bag de enkelte tests, opgjort som sensitivitet og specificitet.

Tabel 3 | Kliniske tests ved nerverodspåvirkning

Test	Sensitivitet (95 % CI)	Specificitet (95 % CI)
Strakt benløft (SBT)	0,64 (0,56–0,71)	0,57 (0,47–0,66)
Krydset SBT (XSBT)	0,28 (0,22–0,35)	0,90 (0,85–0,94)
Nedsat kraft	0,27 (0,20–0,37)	0,93 (0,88–0,97)
Nedsatte reflekser	0,15 (0,09–0,21)	0,93 (0,88–0,97)
Sensoriske udfald	0,28 (0,21–0,36)	0,66 (0,56–0,74) (36)

Ingen enkelt test er perfekt. SBT er den mest sensitive og er god til at identificere diskusprolaps. XSBT, nedsat kraft og refleksudfald har høj specificitet og bekræfter derfor diskusprolaps, når de er positive. Den samlede vurdering baseres på en kombination af anamnese, objektiv undersøgelse og kliniske tests: Jo flere negative tests, desto større sandsynlighed for, at der ikke er diskusprolaps³⁵. 95 % CI (konfidensinterval) angiver usikkerheden i estimatet. Jo smallere intervallet er, desto mere sikre er vi på den præcise værdi.

Differentialdiagnostik

Når smerterne kommer fra organer, nerver eller kar

Lænderygsmerter kan være refererede smerter fra strukturer uden for ryggen. Mistanken skærpes, når smerten ikke er belastnings- eller bevægelsesafhængig, ændrer sig med stilling eller ledsages af symptomer fra det pågældende organsystem^{19,25}. Overvej blandt andet:

- **Aorta:** pludselige, kraftige smerter i ryg eller flanke, evt. med pulserende abdominalmasse eller kredsløbspåvirkning, aortaaneurisme eller -dissektion kræver akut handling.
- **Nyrer og urinveje:** flanke- eller lændesmerter med feber, dysuri eller hæmaturi (pyelonefritis, nyresten).
- **Mave-tarm og pancreas:** smerter relateret til måltider eller med gastrointestinale symptomer; pancreatitis kan give gennemtrængende smerte til ryggen.
- **Genitalia interna:** hos kvinder gynækologisk årsag (f.eks. endometriose, underlivsinfektion, ekstrauterin graviditet) ved samtidige underlivssymptomer.
- **Nerver:** tegn på 1. motorneuron (hyperrefleksi, klonus, positiv Babinskirefleks, udvidede refleksogene zoner), spastisk gang eller koordinationsbesvær, symptomer fra flere nerverødder eller i et ikke-dermatomalt mønster samt progredierende, ikke-belastningsrelaterede neurologiske symptomer kan være udtryk for central eller systemisk neurologisk sygdom, f.eks. myelopati, dissemineret sklerose eller ALS^{19,35}.
- **Andet:** sjældnere årsager, herunder herpes zoster før udslæt.

Billeddiagnostik

Billeddiagnostik bør anvendes med omtanke. Fund på billedundersøgelser kan være svære at tolke og forklarer ikke nødvendigvis patientens symptomer.

Mange af de forandringer, der ses på billeder, diskusprotrusioner, prolapser, spinalstenose, facet-ledsartrose og Modic-forandringer, forekommer også hyppigt hos personer uden lænderygsmerter. Allerede fra 40-årsalderen har omkring halvdelen af symptomfrie personer degenerative forandringer, som kan være synlige på billedundersøgelser. Fund på en skanning uden specifikke symptomer forklarer derfor sjældent årsagen til patientens smerter^{37,38}.

Faktaboks 2 | Degenerative billedfund ved 40-årsalderen

Degenerative forandringer på MR er en normal del af aldringen. Allerede ved 40-årsalderen er de udbredte i befolkningen og optræder både hos personer med og uden rygsmerter³⁹.

Fund hos danske 40-årige (med og uden rygsmerter):

Hyppige (>50 %): nedsat diskushøjde, uregelmæssig nucleus.

Almindelige (25–50 %): diskusprotrusion, anulære rifter, endeplade-forandringer, facetledsart-rose, foraminal stenose.

Sjældne (<25 %): Modic-forandringer, nerverodspåvirkning, central stenose, listese.

Klinisk pointe: Fundene siger sjældent noget om årsagen til smerten. Et fund uden tilsvarende symptomer forklarer derfor sjældent smerten og bør ikke styre behandlingen. Billeddiagnostik anbefales kun på specifik indikation.

MR-skanning eller røntgen anbefales ikke rutinemæssigt ved nyopståede lænderygsmerter uden mistanke om alvorlig patologi, da det hverken påvirker behandlingsvalg eller resultat^{26, 39, 40}. I langt de fleste tilfælde er behandlingen den samme, uanset hvad billederne viser. Billeddiagnostik er kun relevant, når den kan ændre diagnosen eller behandlingsplanen⁴¹.

Figur 9 viser, hvornår billeddiagnostik er indiceret. Indikationerne fordeler sig på akutte tilstande, vedvarende symptomer trods relevant konservativ behandling og anden specifik klinisk mistanke. Hos den ukomplicerede patient uden specifikke fund er billeddiagnostik ikke indiceret, og patienten er klinisk tilstrækkeligt udredt.

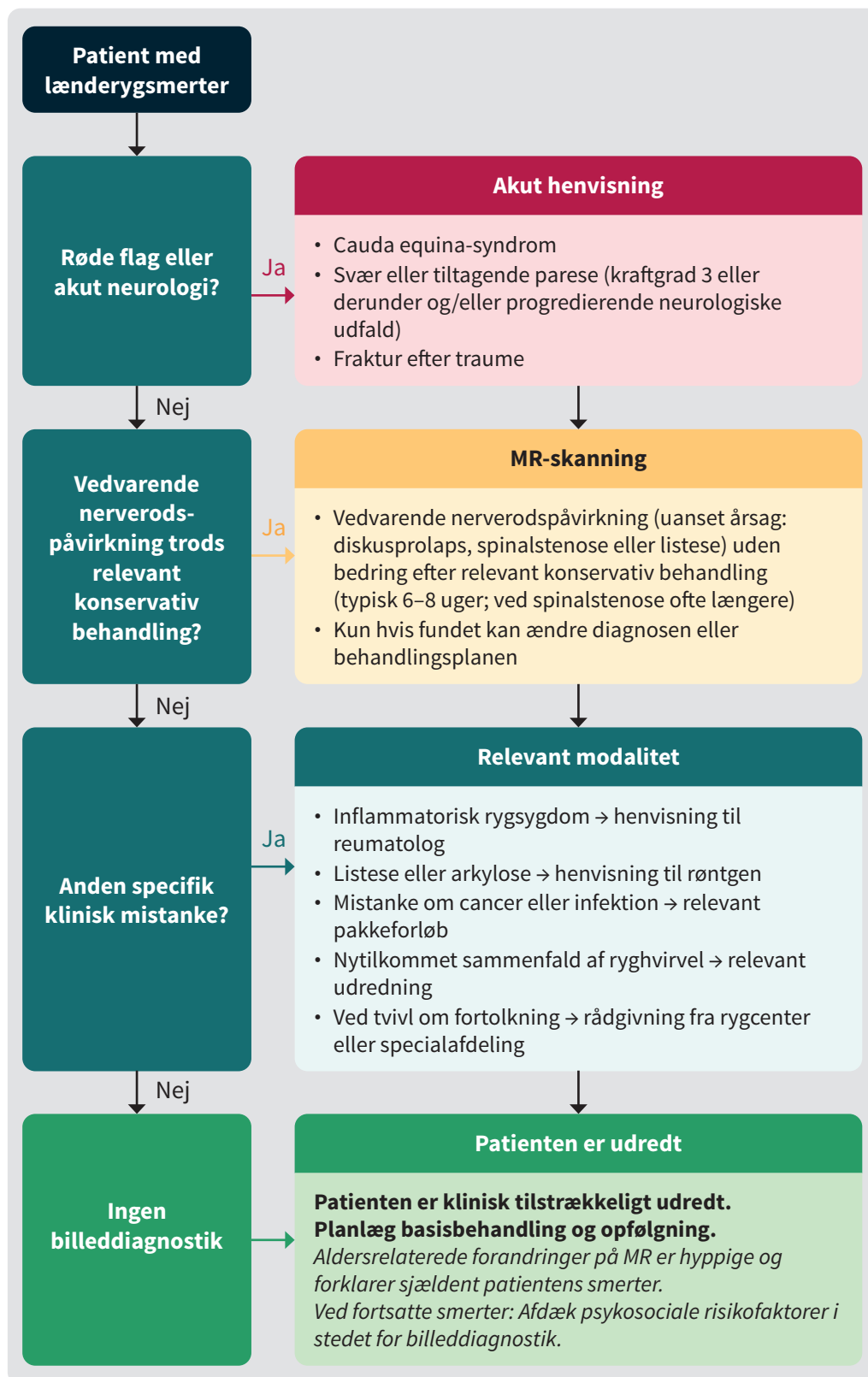
Ved tvivl om fortolkning af billeddiagnostiske fund kan der søges rådgivning hos de lokale rygcentre eller relevante specialafdelinger.

HUSK

Billeddiagnostik anbefales kun, når den kan ændre diagnosen eller behandlingsplanen.

Figur 9 | Indikationer for billeddiagnostik ved lænderygssmerter

NEJ → Gå ned til næste spørgsmål · JA → Foretag handling



Tidsgrænser er vejledende og følger den lokale forløbsbeskrivelse

Faktaboks 3 | Kommunikation om billedfund

Ved formidling af billedfund uden alvorlig patologi eller nerverodstryk er det primære fokus, at skanningen ikke viser noget bekymrende, og at almindelige, aldersrelaterede forandringer er normale og forventelige. Ikke-bekymrende fund uden klinisk betydning bør ikke gennemgås i detaljer, da det kan skabe unødigt strukturel sygdomsforståelse. Pointen er ikke at tilbageholde information, men at oversætte fundene klinisk relevant og fastholde, at planen fortsat er aktiv behandling og egenhåndtering.

Dialogværktøj: Når patienten ønsker skanning

God patientkommunikation er afgørende, når patienten efterspørger billeddiagnostik uden klinisk indikation. Dialogen bør fokusere på at forstå patientens bekymringer og give beroligende information baseret på evidens.

Start med åbne spørgsmål for at forstå patientens perspektiv:

- "Hvad håber du, at en skanning kan vise?"
- "Er der noget bestemt, du er bekymret for?"

Vis forståelse og tag patientens smerter alvorligt: "Jeg forstår godt din bekymring og dit ønske om en forklaring på dine smerter."

"I stedet for skanning foreslår jeg aktiv opfølgning og behandling med dokumenteret effekt. Vi laver en ny vurdering om X uger."

Stopkriterier for udredning

Formålet med udredningen er at afklare, om patienten kan færdigudredes klinisk i almen praksis, eller om der er behov for yderligere udredning et andet sted. For de fleste patienter kan udredningen afsluttes efter anamnese og objektiv undersøgelse, uden billeddiagnostik.

Patienten er tilstrækkeligt udredt, når anamnese og objektiv undersøgelse ikke giver mistanke om alvorlig patologi (ingen røde flag) og ikke viser nerverodspåvirkning med betydende eller progredierende udfald³⁷.

Faktaboks 4 | At afslutte udredningen

Uspecifikke lænderygsmærter er en klinisk diagnose. Derfor er fravær af røde flag og betydende nerverodspåvirkning i sig selv tilstrækkeligt til at afslutte udredningen. Yderligere undersøgelser er ikke nødvendige for at bekræfte diagnosen^{19,25}.

Det er lige så vigtigt at vide, hvornår man skal afslutte udredningen, som hvornår man skal fortsætte.

Unødigt billeddiagnostik forlænger forløbet, skaber utryghed og risikerer at føre til overbehandling uden at ændre prognosen^{3,37}.

Diagnostisk triage

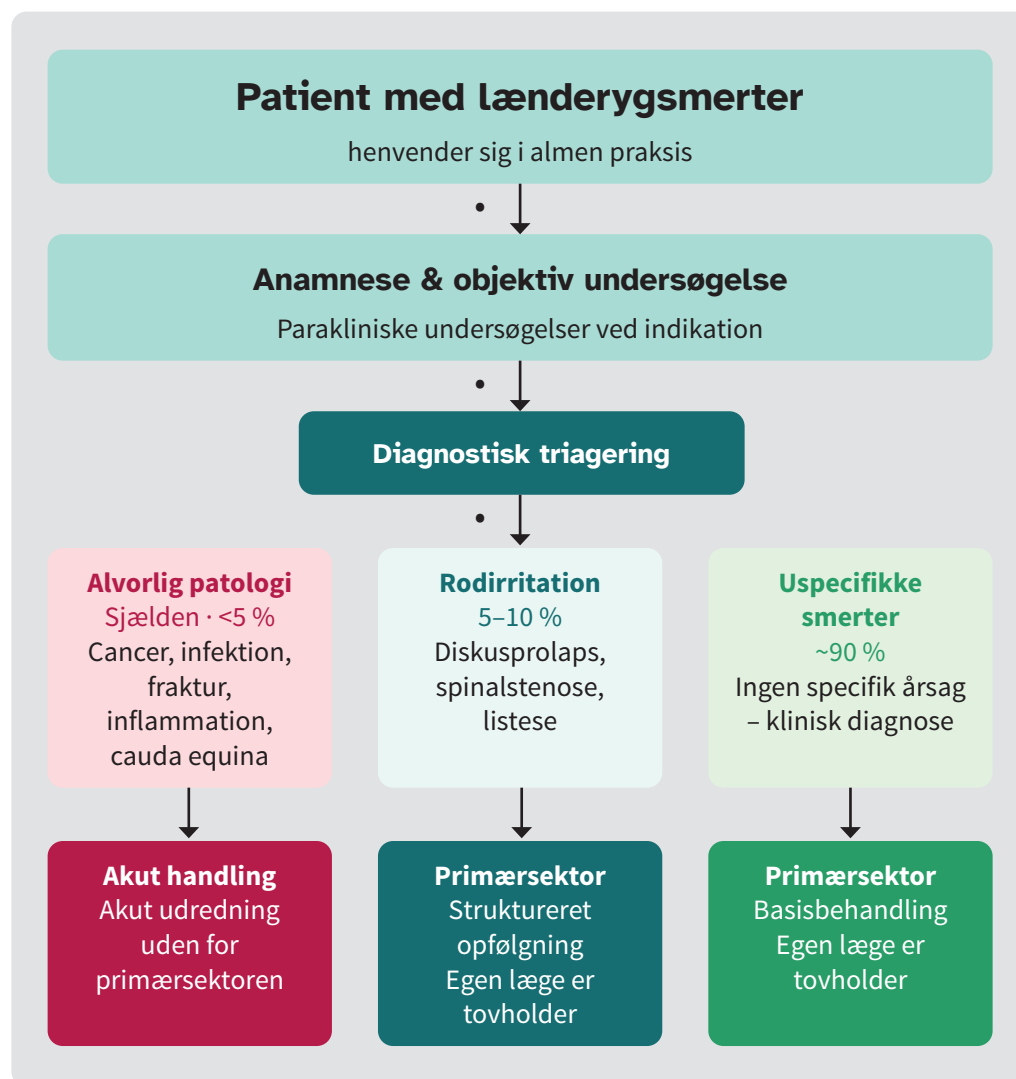
Den diagnostiske triagering identificerer, hvilke patienter der har behov for akut handling, yderligere udredning eller kan håndteres konservativt i almen praksis. Den bygger på en helhedsvurdering af anamnese, objektiv undersøgelse, funktionsvurdering (ICF) og evt. parakliniske undersøgelser. Triageringen er en dynamisk proces. Patienten kan flyttes mellem kategorierne ved nye fund eller ændrede symptomer^{19,33}. Et fælles sprog om triagering på tværs af specialer og faggrupper styrker det tværsektorielle samarbejde.

Triageringen besvarer fire kliniske spørgsmål:

- Er der mistanke om alvorlig underliggende patologi, der kræver akut handling?
- Er der tegn på nerverodspåvirkning, der kræver særlig opmærksomhed?
- Kan patienten håndteres konservativt i primærsektoren?
- Hvornår skal patienten revurderes?

Figur 10 | Triagering af patienten med lænderygsmerter

Klinisk overblik · udredning, triagering og behandling



Diagnosekodning (ICPC-2)

Korrekt og systematisk diagnosekodning af lænderygsmerter er afgørende for at kunne følge området og udvikle kvaliteten af behandlingen¹. Datagrundlaget på området er begrænset, særligt i primærsektoren. Det vanskeliggør monitorering af patientforløb og kvalitetsudvikling.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ICPC-2-diagnosekoder benyttes af hensyn til kvalitets sikring og den videre udvikling på rygområdet¹.

Anbefalinger for kodning

- Kod systematisk alle kontakter, som er relateret til lænderygssmerter.
- Anvend så specifik en kode som muligt ud fra den kliniske vurdering.
- Opdater koden ved ændringer i tilstanden.

Anvend følgende ICPC-2-koder:

L03 Lændesmerter uden udstråling og uden bevægeindskrænkning.

L84 Lændesmerter og smerter i torakal-columna uden udstråling og med bevægeindskrænkning bekræftet ved lægelig undersøgelse.

L86 Lændesmerter med udstråling til ben.

Prognose

De fleste mennesker vil opleve lænderygssmerter på forskellige tidspunkter i deres liv, herunder perioder med både forværring og bedring. Den eksisterende evidens viser følgende:

Ved akutte lænderygssmerter (første 12 uger):

Smerte og funktionsbegrænsning aftager typisk hurtigt i løbet af de første uger, hvorefter bedringen flader ud efter cirka 3 måneder⁴³. Omkring 70 % er bedrede ved 12 uger. Resten bedres delvist, har svingende smerter eller vedvarende smerter⁴⁴.

Ved langvarige lænderygssmerter (over 12 uger):

Patienter med længere forløb har god chance for bedring. Omkring 35 % er kommet sig helt (smertefri) efter 9 måneder og 41 % efter 12 måneder⁴⁵.

Vil smerterne komme tilbage? Omkring 1 ud af 4 patienter får en ny episode inden for 1 år⁴⁶, og omkring 6 ud af 10 oplever recidiv eller vedvarende gener inden for 5 år⁴⁷.

For patienten er det vigtigste budskab, at smerten er reel, men ikke udtryk for vedvarende skade, og at opblussen er en normal del af et langvarigt forløb – ikke et tegn på, at noget er gået i stykker. At lægge en plan for, hvordan patienten håndterer opblussen (forblive aktiv, justere frem for at stoppe, henvende sig igen ved nye alarmsymptomer), kan reducere frygt og undgåelsesadfærd og derved også understøtte et bedre forløb^{32,48}.

Søvn, nedtrykthed og stress forstærker smerteoplevelsen og er ofte lettere at påvirke end selve rygsmerten. De bør derfor adresseres aktivt som en del af behandlingen af langvarige smerter.

Faktaboks 5 | Tilbagefald er normalt

Tilbagefald hører til lænderygsmerternes natur og er ikke tegn på ny skade eller fejlslagen behandling. At forberede patienten på tilbagefald reducerer frygten og understøtter et bedre forløb⁴⁸.

Omkring 1 ud af 4 får en ny episode inden for 1 år⁴⁶, og omkring 6 ud af 10 oplever recidiv eller vedvarende gener inden for 5 år⁴⁷.

Til patienten

”Rygsmarter kommer ofte igen, et tilbagefald betyder ikke, at der er sket noget nyt eller farligt – det er en normal del af forløbet.”

Når smerter bliver langvarige

Hos en mindre gruppe patienter bliver lænderygsmertene langvarige, fordi nervesystemet med tiden bearbejder smertesignaler anderledes og reagerer kraftigere end normalt. Denne mekanisme kaldes *central sensibilisering* og kan vise sig ved mere udbredte, diffuse smerter, øget smertefølsomhed og smerte ved påvirkninger, der normalt ikke gør ondt⁴⁹. Smerten er i disse tilfælde lige så reel og fysisk som ved en akut skade; forskellen er, at følsomheden i nervesystemet selv er blevet en del af problemet.

I formidlingen er det afgørende, at patienten oplever smerten som ægte og kropsligt forankret; undgå formuleringer, der kan få smerten til at fremstå som mindre virkelig eller uden fysisk grund. En kropslig forklaringsmodel virker bedst: Nervesystemet

Faktaboks 6 | Central sensibilisering: forståelse og handleplan

Forståelse: Ved central sensibilisering er nervesystemet blevet mere følsomt og skruer op for smertesignalerne. Det forklarer, hvorfor billeddiagnostiske fund og smerteintensitet ofte ikke stemmer overens, og hvorfor fortsat udredning og medicinsk behandling sjældent hjælper⁴⁹.

Handleplan: Skift fokus fra at lede efter en strukturel årsag og optrappe medicin til den adfærdsorienterede tilgang: Validér smerten som reel, forklar det følsomme nervesystem som en kropslig mekanisme, understøt fortsat aktivitet og arbejd med søvn, bekymring og bevægelsesfrygt^{32,50}.

er blevet mere følsomt og skruer op for smertesignalerne, lidt som et alarmsystem, der reagerer for kraftigt. Konkret kan man forklare til patienten: ”Din ryg er stærk, selvom den gør ondt, og du må gerne bruge den” og ”Smerten er helt reel; det er nervesystemet, der er blevet overfølsomt og skruer op for signalerne”.

Forklar samtidig, at søvn, bekymring og belastning kan skrue yderligere op for følsomheden. Netop derfor er de også nogle af de knapper, man kan skrue ned på, når man arbejder med søvn, tryghed og gradvis aktivitet, hvor smerten ofte kan dæmpes^{32,49}.

Forståelsen af central sensibilisering forklarer, hvorfor billeddiagnostiske fund og smerteintensitet ofte ikke stemmer overens, og hvorfor fortsat udredning og medicinsk behandling sjældent hjælper. Psykosociale faktorer og tidligere belastninger kan bidrage til udviklingen og bør indgå i den bio-psyko-sociale vurdering. Klinisk understøtter forståelsen vejledningens grundprincip: at flytte fokus fra strukturelle årsager til aktivitet, tryghed og støttet egenhåndtering. Behandlingen af de mest komplekse forløb varetages tværfagligt, jf. afsnittet om tværfaglige ryg- og smertecentre. ■

Behandling

Lænderygssmerter er en vedvarende eller episodisk tilstand for de fleste. Behandlingen sigter ikke primært mod smertefrihed, men mod at støtte patienten i at bevare funktion og aktivitet, hvis smerterne er vedvarende.

Den praktiserende læges centrale opgave er at skelne de få patienter, der har behov for akut udredning (røde flag), fra det store flertal, der skal støttes i aktiv egenhåndtering. Førstevalg er non-farmakologisk behandling: information, aktivitet, støttet egenhåndtering, superviseret træning, manuel behandling og kognitive tilgange. Medicinsk behandling og billeddiagnostik anvendes kun på specifik indikation.

Den adfærdsorienterede tilgang

Forståelsen af uspecifikke lænderygssmerter har ændret sig markant. Nervesystemet og hjernen spiller en central rolle for smerteoplevelsen og ofte en større rolle end de strukturelle forandringer, der kan ses i ryggen ved billeddiagnostik. Når alvorlig patologi er udelukket, stemmer kliniske fund og billeddiagnostik kun svagt overens med smerte og prognose og guider sjældent behandlingsvalget^{3,37}. Ved langvarige smerter kan nervesystemet blive mere følsomt (central sensibilisering), så smerteimpulser opfattes lettere⁴⁹. Samtidig påvirkes smerten af, hvordan patienten tænker og reagerer. Frygt for smerte og undgåelsesadfærd kan forværre smerten og skabe en negativ spiral³².

På den baggrund er behandlingen skiftet fra en biomedicinsk model, der søgte en strukturel årsag og behandlede den passivt eller medikamentelt, til en adfærdsorienteret, biopsykosocial tilgang. Særligt i almen praksis retter behandlingen sig mod patientens tanker om smerten, smerterelateret adfærd i fritiden, egenhåndtering og tilknytning til arbejdsmarkedet. Målet er ikke længere at fjerne en formodet skade, men at ændre uhensigtsmæssig adfærd og genoptage værdifulde aktiviteter og arbejde trods smerter. Denne adfærdsændring er den vigtigste behandling ved uspecifikke lænderygssmerter^{50,51}. Lægens tilgang er den gode rygsamtale og støttet egenhåndtering.

Ved langvarige lænderygssmerter har den adfærdsorienterede tilgang vist sig klinisk relevant for vedvarende bedring af smerte og funktion sammenlignet med manuel behandling, øvelsesterapi⁵² og sædvanlig behandling⁵³. Samtidig er farmakologisk behandling rykket ned i prioriteringen på grund af begrænset effekt og risiko for skade. Både WHO⁹ og Sundhedsstyrelsen⁴ fraråder rutinemæssig medicinsk behandling; se afsnittet om farmakologisk smertebehandling.

Kort fortalt | Den adfærdsorienterede tilgang

Fund styrer ikke behandlingen: Når alvorlig sygdom er udelukket, stemmer kliniske fund og billeddiagnostik kun svagt overens med smerte og prognose og guider sjældent behandlingsvalget^{3,37}.

Målet er ændret: Det handler ikke længere om at fjerne en formodet skade, men om at ændre uhensigtsmæssig adfærd og genoptage værdifulde aktiviteter og arbejde trods smerter.

Tilgangen virker: Ved langvarige lænderygsmarter har den adfærdsorienterede tilgang vist sig at være klinisk relevant for vedvarende bedring af smerte og funktion – sammenlignet med manuel behandling, øvelsesterapi⁵² og sædvanlig behandling⁵³.

Forløbet for lænderygsmarter

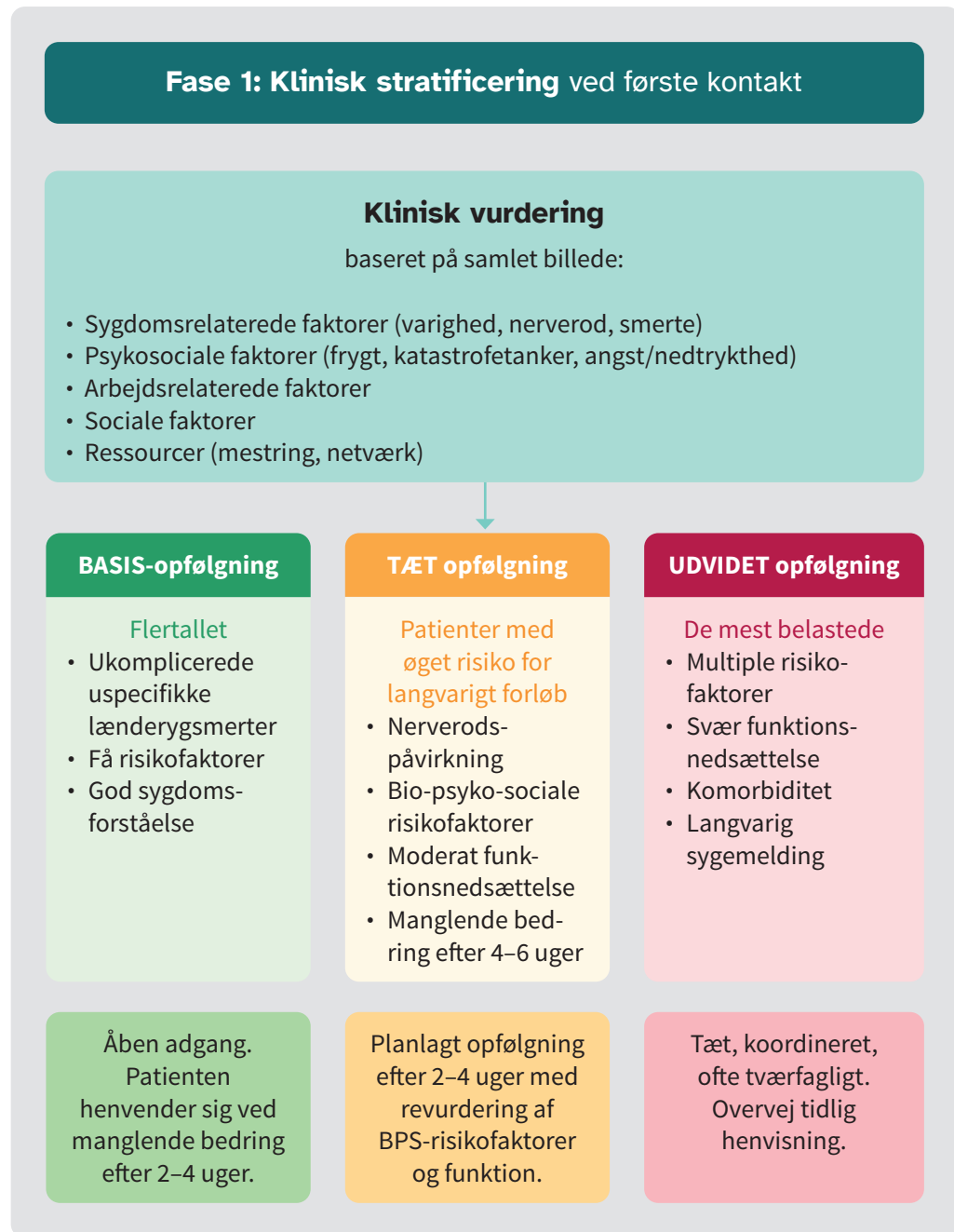
Anamnese og objektiv undersøgelse samles i én klinisk vurdering. Det er den vurdering, der former resten af forløbet. To spørgsmål driver den: Hvad fejler patienten? Hvor meget fylder det? Den første del er *triagering*, hvor formålet er at skille de få patienter med nerverodspåvirkning eller mistanke om specifik, alvorlig årsag fra det store flertal med uspecifikke lænderygsmarter. Den næste del er *stratificering*, hvor formålet er at vurdere risikoen for et langvarigt eller kompliceret forløb ud fra patientens samlede belastning, så indsatsens intensitet svarer til behovet²⁰.

I praksis er det en formalisering af det, mange allerede gør intuitivt. En patient med gode ressourcer og lav belastning har sjældent brug for mere end grundig information, tryghed og gradvis genoptagelse af aktivitet. Den mere sårbare patient med flere risikofaktorer, udtalt funktionsnedsættelse eller psykosocial belastning har ofte brug for tættere og mere proaktiv opfølgning. Graden af støtte og opfølgning optrappes efter den vurderede belastning⁵⁴.

Stratificering – første kontakt

Formålet med stratificering er at identificere patienter med øget risiko for et langvarigt eller kompliceret forløb og tilpasse opfølgningens intensitet herefter. Stratificeringen er en integreret del af den kliniske vurdering, hvor lægen afdækker patientens ressourcer og de psykosociale, arbejdsmæssige og helbredsmæssige forhold, herunder kronisk sygdom, der kan påvirke forløbet (se figur 11A og 11B). Psykosociale forhold er de stærkeste prædiktorer for udvikling af kronisk smertetilstand og bør veje tungt^{32,55}. Jo flere samtidige risikofaktorer, jo større risiko for et langvarigt forløb. Stratificeringen er dynamisk og revurderes ved nye konsultationer.

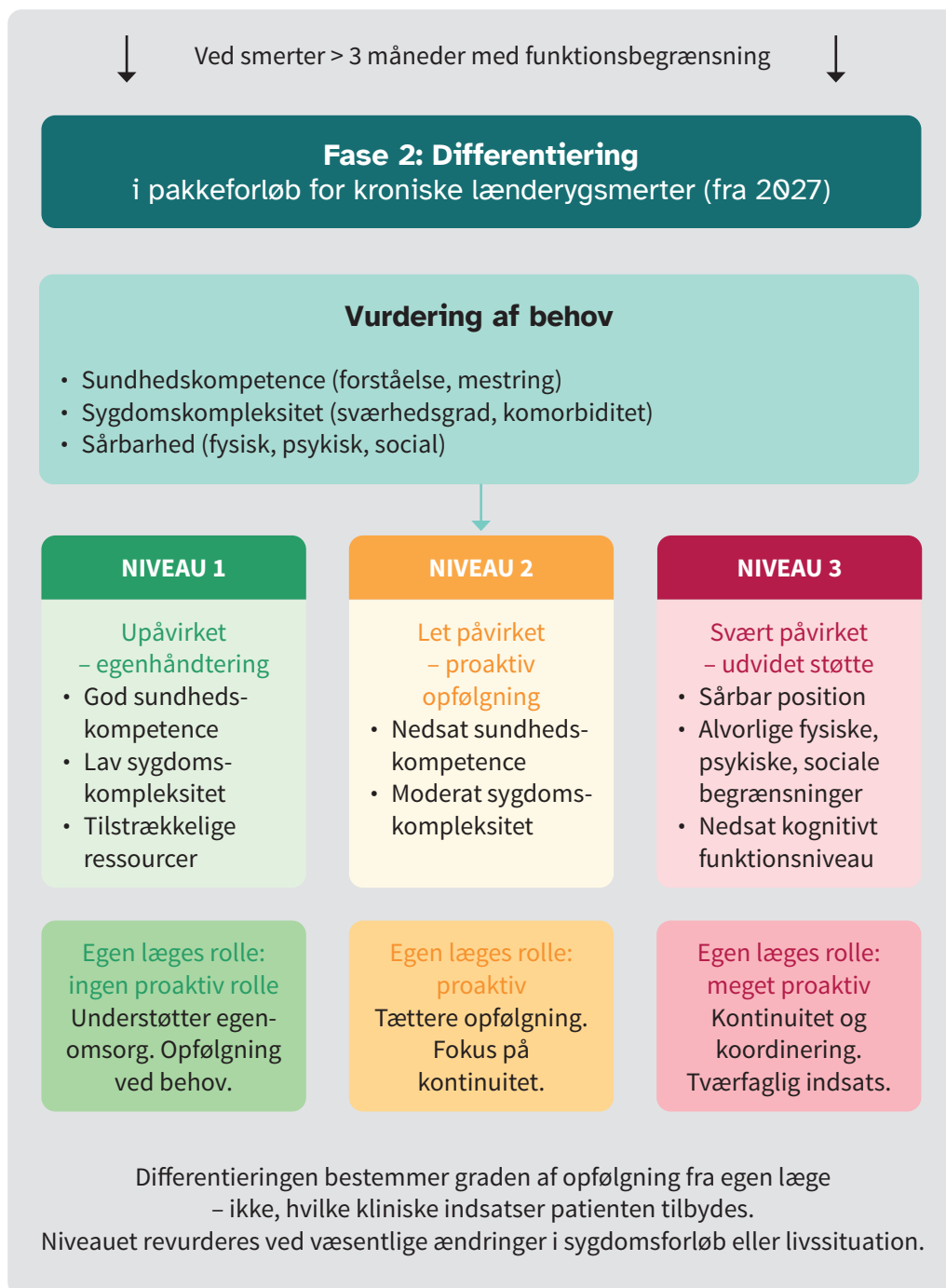
Figur 11A | Stratificering og differentiering – fra første kontakt til pakkeforløb



Strukturerede forløb for kroniske lænderygsmærter (fra 2027)

Behandlingsforløbet for kroniske lænderygsmærter planlægges i dialog med patienten på baggrund af patientens sundhedskompetence, sygdommens kompleksitet og patientens sårbarhed. Det planlagte forløb bygger på en samlet klinisk vurdering. Niveaulet fremgår af den udarbejdede behandlingsplan, der revurderes ved væsentlige ændringer i sygdomsforløbet eller livssituationen¹³.

Figur 11B | Stratificering og differentiering – fra første kontakt til pakkeforløb



Faktaboks 7 | Nøglepunkter ved stratificering

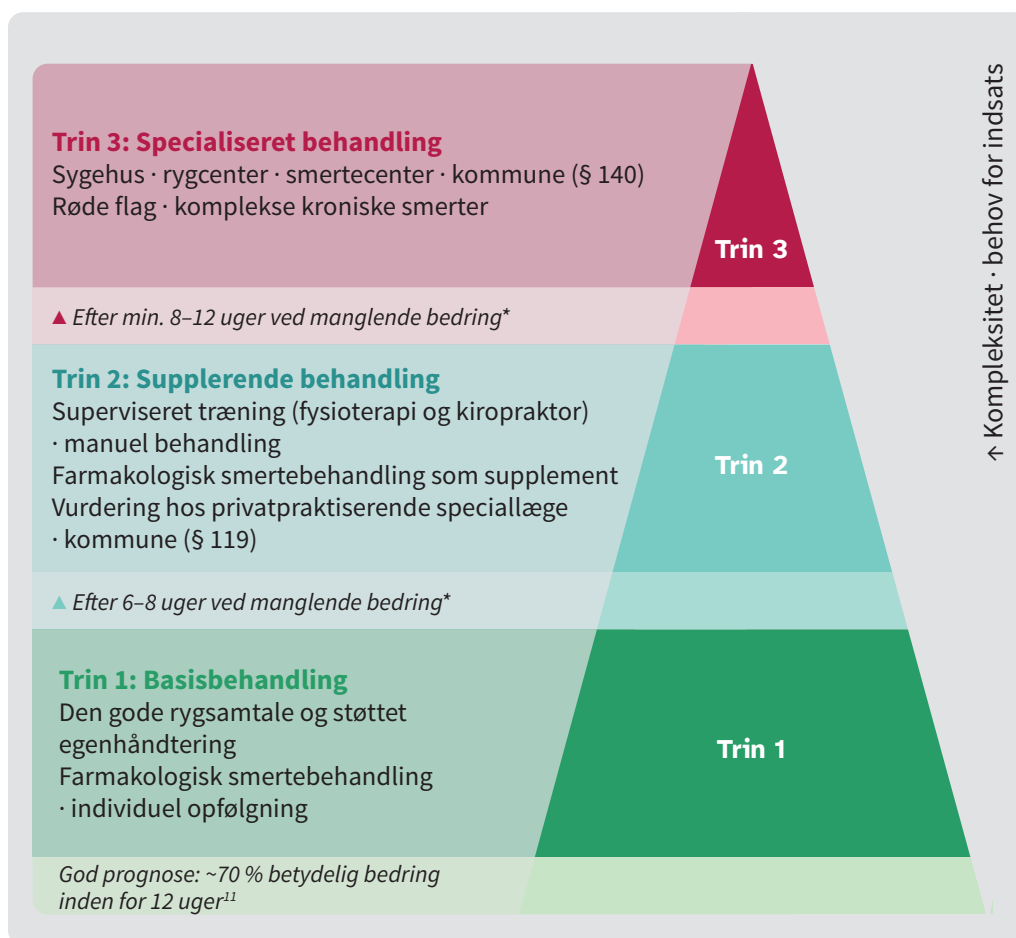
- Stratificering er en integreret del af den kliniske vurdering.
- Psyko-sociale forhold vejer tungt, da de er stærke prædiktorer for udvikling af kronisk smertetilstand.
- Tidlig stratificering danner grundlag for evt. senere differentiering i pakkeforløb for kroniske lænderygsmarter.
- Stratificeringen er dynamisk og revurderes ved hver ny konsultation.

Gradueret behandlingstrekant ved akutte lænderygsmarter

Behandlingen af uspecifikke lænderygsmarter følger en gradueret tilgang med tre trin, hvor non-farmakologisk behandling er det bærende princip på alle tre trin. Denne tilgang følger Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger og internationale retningslinjer på området^{3,9,13,56}. Behandlingen kan suppleres med farmakologisk behandling, men denne kan ikke stå alene og bør kun anvendes tidsbegrænset og målrettet (se afsnit om medicinsk smertebehandling)^{4,13}.

I denne vejledning anbefales en kombineret tilgang: Den graduerede behandlingstrekant suppleres med klinisk stratificering, så alle patienter tilbydes basisbehandling, mens patienter med øget risiko identificeres tidligt og følges tættere⁵⁷. Patienter, der allerede i det akutte forløb identificeres med stærke smerter (NRS >7), multiple risikofaktorer og betydelig funktionsnedsættelse, placeres typisk på trin 2 fra starten. Røde flag placeres direkte på trin 3.

Figur 12 | Behandlingstrekanten | gradueret indsats



*Ugeangivelsen afhænger af regionale forløbsprogrammer.

Faktaboks 8 | Nøgleprincipper

- Førstevalg er non-farmakologisk behandling på alle trin.
- Den praktiserende læge er tovholder på alle trin.
- Information, rådgivning og støtte til egenhåndtering er fundamentet på alle trin.
- Eskalering sker kun ved utilfredsstillende behandlingsrespons eller specifikke indikationer.
- Røde flag henvises akut direkte til trin 3.
- Behandlingen tilpasses individuelt på basis af den bio-psyko-sociale model og ICF-vurdering.

Trin 1: Basisbehandling

Langt hovedparten af patienter med lænderygsmærter (omkring 90 %) håndteres i almen praksis, hvor det primære fokus er information, rådgivning og støtte til patientens egenhåndtering af tilstanden^{3,58}.

Den gode rygsamtale og støttet egenhåndtering

Den gode rygsamtale er det vigtigste i behandlingen og det redskab, der igangsætter støttet egenhåndtering.

Afdæk, før du rådgiver. Inden der gives råd, afdækkes patientens egne bekymringer, sygdomsforståelse, erfaringer og mål samt kravene i hverdag og arbejdsliv. Generisk information kan ramme forbi patientens konkrete bekymring og forstærke oplevelsen af ikke at blive set. Informationen skal derfor kobles til patientens egen situation^{3,51}.

Forklar diagnosen og giv en realistisk prognose. For langt de fleste er der tale om almindelige lænderygsmærter uden tegn på alvorlig sygdom, og prognosen er god: ca. 60 % oplever betydelig bedring inden for 6 uger, og 8–9 ud af 10 er bedre inden for 12 uger⁴⁸. Ordet ”uspecifik” kan opfattes som noget uafklaret og farligt; over for patienten omtales tilstanden derfor som ”almindelige” rygsmerter. Understreg, at ryggen er stærk, at det er sikkert at bruge den, og at fortsat aktivitet er bedre end hvile.

Støttet egenhåndtering er målet med samtalen. Det er en adfædsorienteret tilgang, hvor fokus er på det, patienten selv gør og oplever i hverdagen, dvs. hvor aktiv man er, om man undgår bestemte bevægelser af frygt, hvordan man sover, og hvilke tanker og bekymringer man har om ryggen. Der fokuseres ikke på at finde og behandle en strukturel årsag. Målet er at flytte fokus fra en vedvarende søgen efter en strukturel diagnose til at finde veje til et værdifuldt liv med den ryg, patienten har, og derigennem mindske sensitiviteten for rygsmerter. Vejledning i denne form for adfædsændring er den vigtigste behandling ved uspecifikke lænderygsmærter^{50,51}.

Tilpas omfanget. Ved akutte, ukomplicerede forløb, som udgør størstedelen, er kerne at berolige, afkræfte alvorlig sygdom og støtte fortsat aktivitet; de fleste har det bedre inden for få uger^{48,59}. Ved længerevarende eller tilbagevendende besvær, eller hvor psykosociale faktorer fylder, udbygges indsatsen. Lægen støtter da aktivt patienten i at:

- Identificere barrierer for aktivitet: Hvad hindrer genoptagelse af arbejde, sociale aktiviteter og bevægelse? Er det frygt, smerteopfattelse, vaner eller konkrete praktiske forhold?
- Sætte delmål med udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for patienten: Kortsigtede, opnåelige mål giver en oplevelse af mestring og fremgang.
- Bygge på det, der allerede fungerer: Hvad har patienten selv forsøgt med effekt? Hvad kan der gøres mere af?

- Afhjælpe bevægelsesfrygt, der er en stærk prædiktør for et langvarigt forløb³². Patienten bør forstå, at smerter ved bevægelse ikke er det samme som skade, og at ryggen ikke er skrøbelig. Enkle spørgsmål kan afdække og korrigere fejlagtige forestillinger: ”Hvad sker der, når du bevæger dig trods smerterne?”

Læg planen sammen med patienten. Behandlingsstrategien vælges i fælles beslutningstagning, hvor patientens perspektiv inddrages aktivt. Sproget kan understøtte dette: ”Det vigtigste er at finde den behandling, der passer bedst til dig. Jeg har nogle forslag, men vil gerne høre dine overvejelser.” Information og støttet egenhåndtering anbefales som førstevalg i nationale og internationale retningslinjer, og fokus er på funktionsforbedring og aktiv deltagelse frem for fuldstændig smertefrihed^{3,8}.

Lægens rolle adskiller sig fra andre behandleres

Lægens rolle afhænger af, hvad patienten fejler. For flertallet, hvor der ikke er tegn på alvorlig sygdom eller nerverodstryk, er lægens opgave at undersøge, skabe tryghed om, at det ikke er noget farligt, forklare den gode prognose og støtte patienten i at forblive aktiv. Patienten får samtidig et sikkerhedsnet: viden om, hvornår der skal reageres, f.eks. ved forværring, nye symptomer eller manglende bedring.

Ved rodtryk, risiko for et langvarigt forløb eller udtalt funktionsnedsættelse udvides indsatsen. At arbejde med bevægelsesfrygt, undgåelse og uhensigtsmæssige vaner kræver hyppig kontakt over tid. Det sker derfor typisk hos en fysioterapeut eller kiropraktor. Lægen lægger sammen med patienten en behandlingsplan, som behandlerne følger op på, og lægen bevarer tovholderfunktionen.

Modellen forudsætter en fysioterapeut eller kiropraktor, der er efteruddannet i den adfærdsorienterede tilgang. Denne kompetence er ikke en selvfølge. Aktuelt findes der ingen samlet oversigt over, hvilke behandlere der har denne kompetence. Behandlerne skifter desuden praksis og arbejdssted, så lægen kender sjældent den enkelte behandler tilgang på forhånd. Den mest sikre vej er derfor at henvise til et struktureret forløb, hvor den adfærdsorienterede tilgang er indbygget i selve programmet (f.eks. GLA:D Ryg eller **MINRYG**) frem for at udpege en bestemt behandler. Alternativt kan lægen i henvisningen bede om, at forløbet tilrettelægges adfærdsorienteret.

Den adfærdsorienterede behandling forudsætter hverken psykologhenvisning eller en psykiatrisk diagnose. Formel kognitiv adfærdsterapi hos en psykolog er en mere begrænset ressource. Den forudsætter en selvstændigt kvalificerende diagnose (f.eks. angst eller let til moderat depression) og bør reserveres til patienter med reel behandlingskrævende psykisk komorbiditet. Den bruges ikke som rutinemæssig adgangsvej til adfærdsbehandling. Henvisning til tværfagligt smertecenter er beholdt de komplekse eller refraktære forløb (trin 3).

Faktaboks 9 | Adfædsorienterede spørgsmål til rygsamtalen

Spørgsmålene afdækker patientens tanker, adfærd og mål, før der gives råd, og denne afdækning kan gøre de generelle råd mere konkrete og relevante^{3,50}.

Sygdomsforståelse: “Hvad tænker du selv, der er galt?
Hvad er du mest bekymret for?”

Afdækker katastrofetanker og fejlopfattelser, der skal adresseres.

Frygt og undgåelse: “Undgår du bestemte bevægelser eller aktiviteter?
Hvad tror du, der sker, hvis du gør dem?”

Identificerer undgåelsesadfærd og danner grundlag for gradvis genoptagelse.

Hverdag og arbejde: “Hvad forhindrer smerterne dig i
– hjemme, i fritiden, på arbejde?”

Kobler smerten til funktion og arbejdsfastholdelse.

Håndtering: “Hvad har du selv prøvet? Hvad hjælper?
Hvad gør det værre?”

Byg på det, der virker. Korrigerer uhensigtsmæssige strategier som langvarig hvile.

Følelser og søvn: “Hvordan påvirker det dit humør og din søvn?
Er der noget, der tynger dig?”

Søvn, nedtrykthed og stress forstærker smerten og er ofte lettere at påvirke end selve smerten.

Mål: “Hvad vil du gerne kunne igen?”

Definerer et konkret, meningsfuldt mål for genoptagelse af aktivitet og arbejde.

Grundholdning: Validér smerten som reel. Brug en tryghedsskabende forklaringsmodel; ryggen er stærk og må bruges^{32,50}.

Farmakologisk smertebehandling

Dette afsnit omhandler farmakologisk behandling ved almindelige lænderygsmarter og rygrelaterede bensmerter. Anbefalingerne afhænger af den kliniske præsentation og kan ikke uden videre overføres mellem de forskellige patientgrupper.

For de fleste patienter med almindelige lænderygsmarter er farmakologisk smertebehandling ikke nødvendig. Non-farmakologisk behandling med information, aktivitet og støttet egenhåndtering er førstevalg og udgør kernen i behandlingen på alle trin^{3,9,13}. Farmakologisk behandling kan i udvalgte tilfælde anvendes kortvarigt som supplement, når det forventes at understøtte patientens funktion og mulighed for at forblive aktiv. Behandlingen bør ikke stå alene, og der aftales mål, opfølgning og seponering^{4,13}.

Farmakologisk behandling ved akutte lænderygsmarter bør generelt anvendes restriktivt og kun som supplement til information, opretholdelse af vanlig aktivitet og øvrige ikke-farmakologiske tiltag. Paracetamol og NSAID anbefales ikke rutinemæssigt, da der ikke er påvist klinisk betydende effekt af disse midler ved denne tilstand. Opioider bør som udgangspunkt ikke anvendes.

I særlige tilfælde kan farmakologisk behandling dog overvejes efter individuel vurdering, hvor potentiel begrænset effekt afvejes mod risikoen for bivirkninger og skadevirkninger. Hvis behandling iværksættes, bør den anvendes i lavest mulige dosis og i kortest mulig tid, og der bør være en klar plan for opfølgning og seponering⁴.

Ved patienter med kroniske smerter fastholdes tilbageholdenhed. Effekten af farmakologisk behandling aftager over tid, mens risikoen for bivirkninger og afhængighed øges. Opioider bør undgås ved kroniske smerter og anbefales ikke som del af et længerevarende forløb^{4,19}. Gabapentin og pregabalin anbefales ikke, heller ikke ved nerverodspåvirkning^{60,61}. Ved enhver ordination lægges en plan for opfølgning og seponering. Der følges op efter få dage og senest 3–4 uger; ved manglende effekt seponeres, og der optitreres ikke ved manglende virkning⁴.

Individuel opfølgning

Patienten opfordres til at kontakte praksis ved nye eller forværrede symptomer. Individuel opfølgning tilbydes ved utilstrækkelig bedring. Her revurderes røde flag, psykosociale risikofaktorer for langvarigt forløb og patientens arbejdsstatus, og det videre forløb afklares.

Eskalering til trin 2 overvejes ved utilfredsstillende bedring efter 6–8 uger, svære smerter (NRS >7), betydelig funktionsnedsættelse, tilstedeværelse af psykosociale risikofaktorer, eller hvis patienten ønsker yderligere støtte.

Trin 2: Supplerende behandling

Hvis basisbehandlingen ikke har givet tilstrækkelig effekt, eller der er behov for mere struktureret støtte, eskaleres behandlingen til supplerende indsatser. Det gælder typisk for 10–30 % af patienterne med lænderygsmærter, patienter med manglende bedring, moderat til betydelig funktionsnedsættelse eller flere psykosociale risikofaktorer.

Fysioterapeut og kiropraktor

Allerede i basisbehandlingen kan den praktiserende læge samarbejde med fysioterapeuter og kiropraktorer i primærsektoren. Begge faggrupper understøtter den tidlige indsats med rådgivning om aktivitet, patientuddannelse og vejledning i egenhåndtering i forlængelse af den gode rygsamtale^{3,6,7,10}.

Kiropraktorer og fysioterapeuter kan kontaktes direkte med eller uden henvisning. Begge faggrupper tilbyder overenskomstforankrede strukturerede forløb for primære lænderygsmærter, som omfatter undersøgelse, patientuddannelse og superviseret træning. Disse strukturerede forløb må ikke forveksles med pakkeforløbet for kroniske lænderygsmærter, der indføres fra 2027.

I den akutte fase (under 6 uger) er der begrænset evidens for effekten af superviseret træning, og fokus bør være på at forblive aktiv^{6,56,59}. Ved smerter af over 6 ugers varighed anbefales superviseret træning som en del af behandlingen, da den stærkeste evidens ses for superviserede øvelsesprogrammer^{2,3,56,62,63}. Der er ikke evidens for, at én bestemt træningsform er bedre end andre⁵⁶. Superviseret træning er særligt effektiv i kombination med patientuddannelse og støttet egenhåndtering^{6,9}. Et typisk forløb omfatter 8–12 behandlinger over 6–8 uger, og målet er, at patienten selv kan fortsætte træningen derefter.

Manuel behandling (manipulation, mobilisering, bløddelsbehandling) kan tilbydes af både kiropraktorer og fysioterapeuter, herunder osteopater^{10,64,65}. Der er moderat evidens for kortvarig smertereduktion og funktionsforbedring^{6,7,66–68}. Manuel behandling bør ikke stå alene, men anvendes som kortvarigt supplement til aktiv behandling. Manglende klinisk relevant bedring efter 4–5 behandlinger bør føre til ændret tilgang frem for fortsat manuel behandling^{59,67,69}.

Praktiserende speciallæger i primærsektoren

Praktiserende speciallæger udgør et bindeled mellem almen praksis og sygehusvæsenet og kan inddrages, når initial udredning og behandling ikke har givet tilstrækkelig afklaring eller bedring, men hvor hospitalsbaseret vurdering ikke er nødvendig. De relevante specialer er primært reumatologi og neurologi, men også ortopædkirurgi og smertespecialer kan være relevante, afhængigt af problemstilling og regional tilgængelighed^{1,13,53}.

Henvisning bør overvejes ved klinisk mistanke om inflammatorisk rygsygdom, atypiske eller progredierende neurologiske symptomer uden akutte alarmsymptomer

eller komplekse kroniske rygsmerter, hvor multidisciplinær vurdering på smertecenterniveau endnu ikke er indiceret. Henvisning er sjældent førstevalg ved akutte uspecifikke lænderygsmerter^{11,12}.

Praktiserende reumatolog varetager udredning ved mistanke om inflammatorisk rygsygdom og komplekse uspecifikke lænderygsmerter uden bedring efter primær behandling. Praktiserende neurolog kan inddrages ved diagnostisk uafklarede radikulære smerter, atypiske neurologiske udfald eller mistanke om polyneuropati eller myelopati, evt. suppleret med elektrofysiologisk undersøgelse^{1,13,53}.

Kommunale tilbud

Efter sundhedslovens § 119 bør kommunen tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til borgere med kronisk sygdom, herunder patientuddannelse, sygdomsmestring og holdtræning. Fra 2027 flyttes myndighedsansvaret for patientforebyggelse fra kommunerne til regionerne, om end størstedelen af kommunerne fortsat varetager opgaven på vegne af regionen.

Arbejdsmarkedsindsats

Opretholdelse af tilknytning til arbejdsmarkedet og gradvis tilbagevenden til arbejde er et selvstændigt behandlingsmål på linje med smertelindring og bedret funktion. Arbejdsdeltagelse understøtter i sig selv et godt forløb¹⁵, og de arbejdsmarkeds-mæssige konsekvenser af lænderygsmerter er betydelige². Unødvendig sygemelding bør undgås, og arbejdsfastholdelse med relevante tilpasninger understøttes aktivt allerede fra første konsultation¹³. Er sygemelding nødvendig, tilstræbes delvis frem for fuld sygemelding, og der aftales et konkret mål for tilbagevenden. Ved længerevarende forløb kan et samarbejde med jobcenteret om arbejdspladstilpasning og gradvis tilbagevenden være relevant.

Ved sygemelding over 4 uger eller risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet bør der igangsættes et samarbejde med jobcenteret om arbejdsfastholdelse, arbejdsplad-sændringer og gradvis tilbagevenden til arbejde. Alle sundhedsfaglige aktører har et fælles ansvar for at fokusere på patientens arbejdsmarkedstilknytning⁵⁴.

Ved mistanke om arbejdsbetinget belastning eller behov for eksponerings- og arbejdsevnevurdering kan der henvises til en arbejds- og miljømedicinsk afdeling.

Eskalering til trin 3 med henvisning til specialiseret behandling overvejes, hvis basisbehandling og udvidet behandling ikke har ført til bedring af tilstanden³³.

Trin 3: Specialiseret behandling

En lille andel af patienterne (under 10 %) har behov for specialiseret behandling på sygehusniveau⁵⁴.

Sygehusbehandling

Specialiseret rygdredning varetages tværfagligt og omfatter diagnostisk udredning, funktionsvurdering og eventuelt billeddiagnostik. Den konkrete organisering og henvisningsvej fremgår af den lokale forløbsbeskrivelse. Specialiseret rygdredning bør overvejes ved manglende bedring efter et struktureret forløb på typisk 6–12 uger⁴¹.

Rygkirurgisk vurdering er relevant ved diskusprolaps med neurologiske udfald og spinal stenose. Omkring 90 % af patienter med tegn på diskusprolaps færdigbehandles uden operation i et tværfagligt rygambulatorium.

Tværfaglig funktionsvurdering, smertehåndtering og rehabilitering ved langvarige rygsmerter med betydelig funktionsnedsættelse varetages af regionernes rygcentre, tværfaglige smertecentre eller funktionelle centre^{1,13,53}.

Genoptræning efter § 140 tilbydes borgere, som efter sygehuskontakt har fået udarbejdet en genoptræningsplan, der er baseret på en lægefaglig vurdering af funktionsnedsættelse⁷⁰.

Tværfaglige smertecentre

Smertecentre tilbyder tværfaglig behandling af komplekse kroniske non-maligne smertetilstande. Inden henvisning bør en række visitationskriterier være opfyldt: Tilstanden er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer. Behandling er forsøgt uden tilstrækkelig effekt. Patienten har væsentlig funktionsnedsættelse, som påvirker arbejds- og hverdagsliv, og der foreligger psyko-soziale problemstillinger, der nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

Behandlingen foregår i tværfaglige teams med læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter. Den omfatter fysisk træning, psykologisk intervention, patientuddannelse samt social og arbejdsmæssig rådgivning, med fokus på støttet egenhåndtering og justering af medicinsk smertebehandling. Kognitiv terapi kan indgå i behandlingen. Ved komplekse problemstillinger kan patienten drøftes på en tværfaglig konference med smertecentret inden formel henvisning. ■

Opfølgning

Opfølgning tilrettelægges individuelt og afhænger af, om patienten har et akut eller kronisk forløb.

Akutte forløb

For patienter med nyopståede lænderygsmærter tilpasses opfølgningens hyppighed til stratificeringsniveauet. Patienter uden risikofaktorer opfordres til åben adgang og kontakter selv praksis ved manglende bedring. Patienter med nerverodspåvirkning, risikofaktorer for et langvarigt forløb eller manglende bedring efter 4–6 uger tilbydes planlagt opfølgning efter 2–4 uger med revurdering af risikofaktorer og funktionsevne. Ved multiple risikofaktorer, svær funktionsnedsættelse eller manglende behandlingsrespons efter 8 uger koordineres tæt opfølgning, eventuelt med inddragelse af tværfaglige indsatser^{32,55}. Et ukompliceret akut forløb kan afsluttes, når patienten har opnået tilstrækkelig funktion og vurderes selv at kunne håndtere eventuelle fremtidige episoder.

Kroniske lænderygsmærter (pakkeforløb fra 2027)

For patienter med kroniske lænderygsmærter indgår opfølgningen i det strukturerede forløb for kronisk sygdom. Opfølgningen er individuel og behovsbaseret. Frekvens og omfang fastlægges ud fra patientens differentieringsniveau¹⁻³ og kliniske behov¹³.

Ved første konsultation aftaler læge og patient, hvornår den næste opfølgning skal finde sted. Herefter følges patienten som aftalt i behandlingsplanen eller efter behov ved en statussamtale.

Ved opfølgningen revurderes behandlingsplanen i dialog med patienten. Differentieringsniveauet justeres, hvis patientens behov har ændret sig.

Graden af opfølgning følger differentieringsniveauet. Niveau 1 kræver mindst proaktivitet fra lægen (patienten tager selv kontakt ved behov), mens niveau 3 indebærer tættere, planlagt opfølgning med koordinering på tværs af sektorer. ■

Samarbejde i primærsektoren

Almen praksis er en central del af primærsektoren, men ikke den eneste indgang for patienten. Mange henvender sig direkte til en fysioterapeut eller kiropraktor, og nogle kan få adgang uden om egen læge via en sundhedsforsikring. Et velfungerende forløb afhænger derfor ikke af, at alt går gennem lægen, men at de involverede aktører arbejder godt sammen om patienten^{11,12}.

Fysioterapeuter og kiropraktorer bidrager med mere end træning og manuel behandling. De varetager også tidlig vurdering, patientuddannelse, smerteforståelse og støtte til egenhåndtering, og de kan aflaste almen praksis for den store gruppe med ukomplicerede forløb. Samarbejdet hviler på en række overenskomstforankrede tilbud: strukturerede forløb hos fysioterapeut samt specialistvurdering og prolapspakker hos kiropraktor^{11,12}.

Den praktiserende læge er tovholder gennem hele forløbet, også når patienten følges af andre behandlere eller er henvist. Rollen består i at koordinere indsatsen, modtage og vurdere tilbagemeldinger fra de øvrige faggrupper og følge op på behandlingseffekten. Overblikket samles ét sted, så patienten oplever et sammenhængende forløb frem for en række adskilte kontakter.

Behandlerne deler information

Ansvaret for at dele information ligger hos behandlerne, ikke hos patienten. Det bør ikke være patientens opgave at bære oplysninger mellem fysioterapeut, kiropraktor og læge. Når patienten er i et parallelt forløb, giver behandleren tilbagemelding til den praktiserende læge ved afslutning, ved væsentlige ændringer i tilstanden, og når det er klinisk relevant, så tovholderfunktionen understøttes uden at skabe unødigt informationsmængde i en travl hverdag. Kommunikationen foregår elektronisk og forudsætter patientens samtykke¹⁸.

En god henvisning indeholder en klar henvisningsårsag, relevant information om tidligere udredning og behandling samt et tydeligt formuleret spørgsmål. Den praktiserende læge kan tilsvarende forvente at få følgende retur: en tilbagemelding fra behandleren i primærsektoren eller en epikrise fra speciallæge eller sygehus med konklusion, anbefalinger og plan for opfølgning.

Understøttende it og struktur er en forudsætning for, at samarbejdet fungerer i praksis. Elektronisk kommunikation mellem sektorer gør tovholderfunktionen mulig i hverdagen.

Fremtidige perspektiver

Med sundhedsreformen 2024 formaliseres den tværsektorielle koordinering yderligere. Fra 2027 indføres pakkeforløb for kroniske lænderygsmærter. De bygger på Sundhedsstyrelsens generiske model, hvor den praktiserende læge forbliver det gennemgående led, der forbinder udredning, behandling og opfølgning i et koordineret forløb for den enkelte patient med langvarige rygsmærter. ■

Litteraturliste

1. Sundhedsstyrelsen. Lænderygsmerter. Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmerter [Internet]. København, 2025, s. 21 [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2025/Indsatser-og-forloeb-for-mennesker-med-laenderygsmerter>.
2. Mairey I, Rosenkilde S. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme [Internet]. København; 2022 [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2023/sygdomsbyrden-i-danmark>.
3. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, m.fl. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet. juni 2018;391(10137):2368–83. doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6.
4. Sundhedsstyrelsen. Brug af paracetamol, NSAID og opioider til behandling af akutte lænderygsmerter hos voksne [Nationale kliniske anbefalinger] [Internet]. København, 2025 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/qhyegdzp/nka-laenderygsmerter.pdf>.
5. Sundhedsstyrelsen. Smerteguide. Indsatser for Rationel Farmakoterapi [Internet]. København, 2019 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2019/Smerteguide>.
6. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter [Internet]. København, 2016 [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/arhlabjk/national-klinisk-retningslinje-laenderygsmerter.pdf>.
7. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, m.fl. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. Eur Spine J. januar 2018;27(1):60–75. doi:10.1007/s00586-017-5099-2
8. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, m.fl. Clinical practice guide-lines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. november 2018;27(11):2791–803. doi:10.1007/s00586-018-5673-2.
9. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/29f3a0de-6c68-49b5-b8ed-e04f53022edd/content>.
10. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, m.fl. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med. januar 2020;54(2):79–86. doi:10.1136/bjsports-2018-099878.
11. Region Sjælland, Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland, Sundhedsråd Østsjælland og Øerne. Tvær-sektorielt Forløbsprogram for borgere med lænderygsbesvær [Internet]. Region Sjælland, 2026 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: https://app-rsjdxcms-prod-001.azurewebsites.net/media/eshpjomt/03095-forloebprogram-laenderygsbesvaer_2026.pdf.

12. Region Syddanmark. Tværsektorielt forløbsprogram for borgere med lænderygbesvær [Internet]. Vejle, 2023 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesens/samarbejdsaftaler-og-forlobsprogrammer/forlobsprogrammer/forlobsprogram-for-borgere-med-laenderygbesvaer>.
13. Sundhedsstyrelsen. Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. <https://www.sst.dk/udgivelser/2026/generisk-model-for-pakkeforloeb-for-mennesker-med-kronisk-sygdom> [Internet]. København, 2025 [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2026/generisk-model-for-pakkeforloeb-for-mennesker-med-kronisk-sygdom>.
14. Wallwork SB, Braithwaite FA, O’Keeffe M, Travers MJ, Summers SJ, Lange B, m.fl. The clinical course of acute, subacute and persistent low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Can Med Assoc J.* 22. januar 2024;196(2):E29–46. doi:10.1503/cmaj.230542.
15. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, m.fl. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet.* juni 2018;391(10137):2356–67. doi:10.1016/S0140-6736(18)30480-X.
16. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J.* april 2003;12(2):149–65. doi:10.1007/s00586-002-0508-5.
17. Hartvigsen J, Rolving N, Møller A, Schiøttz-Christensen B. Managing low back pain. *Ugeskr Læg.* 27. april 2026;1–9. doi:10.61409/V05250429.
18. Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis 2022 [Internet]. København, 2022 [henvist 18. december 2025]. Tilgængelig hos: <https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22>.
19. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust.* april 2017;206(6):268–73. doi:10.5694/mja16.00828.
20. Koes BW, Van Tulder M, Lin CWC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* december 2010;19(12):2075–94. doi:10.1007/s00586-010-1502-y.
21. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. 2001 [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.
22. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* juni 2015;156(6):1003–7. doi:10.1097/j.pain.000000000000160.
23. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, m.fl. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain.* januar 2019;160(1):28–37. doi:10.1097/j.pain.0000000000001390.
24. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five “red flags” to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol.* februar 2008;61(2):110–118.e1. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.04.013.
25. Koes BW, Van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ.* 17. juni 2006;332(7555):1430–4. doi:10.1136/bmj.332.7555.1430.
26. Premkumar A, Godfrey W, Gottschalk MB, Boden SD. Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red: A Prospective Evaluation of the Clinical Utility of Commonly Used Screening Questions for Low Back Pain. *J Bone Jt Surg.* 7. marts 2018;100(5):368–74. doi:10.2106/JBJS.17.00134.
27. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Retningslinjer for visitation og henvisning af degenerative lidelser i columna - udsendes til relevante parter, 17. decem-

- ber 2010 [Internet]. Tilgængelig hos: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/95145_kliniske_retningslinjer_columna.pdf.
28. Vardeh D, Mannion RJ, Woolf CJ. Toward a Mechanism-Based Approach to Pain Diagnosis. *J Pain*. september 2016;17(9):T50–69. doi:10.1016/j.jpain.2016.03.001.
 29. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol*. august 2010;9(8):807–19. doi:10.1016/S1474-4422(10)70143-5.
 30. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, m.fl. Neuro-pathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*. august 2016;157(8):1599–606. doi:10.1097/j.pain.0000000000000492.
 31. Lægehåndbogen. Funktionsevnevurdering og ICF [Internet]. 22. august 2025 [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne-og-rehabilitering/funktionsevnevurdering-og-icf/funktionsevne-vurdering-og-icf/>.
 32. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther*. 1. maj 2011;91(5):737–53. doi:10.2522/ptj.20100224.
 33. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet*. februar 2017;389(10070):736–47. doi:10.1016/S0140-6736(16)30970-9.
 34. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59) [Internet]. London, 30. november 2016 [henvist 3. november 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>.
 35. Hartvigsen L, Kongsted A, Hestbaek L. Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Ther*. december 2015;23(1):13. doi:10.1186/s12998-015-0054-y.
 36. Fairbank J, Mallen C. Cauda equina syndrome: implications for primary care. *Br J Gen Pract*. februar 2014;64(619):67–8. doi:10.3399/bjgp14X676988.
 37. Rajasekaran S, Dilip Chand Raja S, Pushpa BT, Ananda KB, Ajoy Prasad S, Rishi MK. The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of ‘clinical reporting’: results from an RCT and blinded trials. *Eur Spine J*. juli 2021;30(7):2069–81. doi:10.1007/s00586-021-06809-0.
 38. Dragsbæk L, Secher Jensen T, Arnbak B, Laust Thomsen J, Axelsen S, Isaksen C, m.fl. Den kliniske relevans af MR-skanning af lænden. *Ugeskr Læg*. 2023(185):V03220158.
 39. Kjaer P, Leboeuf-Yde C, Korsholm L, Sorensen JS, Bendix T. Magnetic Resonance Imaging and Low Back Pain in Adults: A Diagnostic Imaging Study of 40-Year-Old Men and Women: *Spine*. maj 2005;30(10):1173–80. doi:10.1097/01.brs.0000162396.97739.76.
 40. Andersen JC. Is immediate imaging important in managing low back pain? *J Athl Train*. 2011;46(1):99–102. doi:10.4085/1062-6050-46.1.99.
 41. Region Syddanmark. Billeddiagnostik af columna. Retningslinjer for billeddiagnostik af columna [Internet]. Region Syddanmark, 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientbehandling/diagnostiske-tilbud/billeddiagnostik/flowchart-af-columna/>.
 42. Vælg Klogt. Anbefalinger Lænderyg [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/laenderyg>.
 43. Pengel LHM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 9. august 2003;327(7410):323–0. doi:10.1136/bmj.327.7410.323.
 44. Downie AS, Hancock MJ, Rzewuska M, Williams CM, Lin CWC, Maher CG. Trajectories of acute low back pain: a latent class growth analysis. *Pain*. januar 2016;157(1):225–34. doi:10.1097/j.pain.0000000000000351.

45. Costa LDCM, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM, m.fl. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ*. 6. oktober 2009;339:b3829–b3829. doi:10.1136/bmj.b3829.
46. Stanton TR, Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, McAuley JH. After an Episode of Acute Low Back Pain, Recurrence Is Unpredictable and Not as Common as Previously Thought: *Spine*. december 2008;33(26):2923–8. doi:10.1097/BRS.0b013e31818a3167.
47. Enthoven P, Skargren E, Öberg B. Clinical Course in Patients Seeking Primary Care for Back or Neck Pain: A Prospective 5-Year Follow-Up of Outcome and Health Care Consumption with Sub-group Analysis: *Spine*. november 2004;29(21):2458–65. doi:10.1097/01.brs.0000143025.84471.79.
48. Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord*. december 2016;17(1):220, s12891-016-1071-2. doi:10.1186/s12891-016-1071-2.
49. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. marts 2011;152(3):S2–15. doi:10.1016/j.pain.2010.09.030.
50. O’Sullivan PB, Caneiro JP, O’Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, m.fl. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther*. 1. maj 2018;98(5):408–23. doi:10.1093/ptj/pzy022.
51. Kongsted A, Høgh M, Harvigsen J. Når ryggen gør ondt - En guide til rygsmerter [Internet]. Danske professionshøjskoler 2026. Udgivet under CC BY-SA 4.0. [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/304909264/Na_r_Ryggen_g_r_ondt_selvprint_.pdf.
52. Vibe Fersum K, O’Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification- based cognitive functional therapy in patients with non- specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain*. juli 2013;17(6):916–28. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x.
53. Kent P, Haines T, O’Sullivan P, Smith A, Campbell A, Schutze R, m.fl. 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*. juni 2023;401(10391):1866–77. doi:10.1016/S0140-6736(23)00441-5.
54. Zaina F, Côté P, Cancelliere C, Di Felice F, Donzelli S, Rauch A, m.fl. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Persons With Non-specific Low Back Pain With and Without Radiculopathy: Identification of Best Evidence for Rehabilitation to Develop the WHO’s Package of Interventions for Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. november 2023;104(11):1913–27. doi:10.1016/j.apmr.2023.02.022.
55. Kendall N, Linton S, Main C. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss. Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee; 1997.
56. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 4. april 2017;166(7):514–30. doi:10.7326/M16-2367.
57. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, m.fl. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet*. oktober 2011;378(9802):1560–71. doi:10.1016/S0140-6736(11)60937-9.

58. IJzelenberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, Koes BW, van Tulder MW, Rubinstein SM, m.fl. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 30. august 2023;8(8):CD009365. doi:10.1002/14651858.CD009365.pub2.
59. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev.* 16. juni 2010;2010(6). doi:10.1002/14651858.CD007612.pub2.
60. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, AlAmri R, Kamath S, Thabane L, m.fl. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Tsai AC, redaktør. *PLOS Med.* 15. august 2017;14(8):e1002369. doi:10.1371/journal.pmed.1002369.
61. Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, Latimer J, Koes BW, Hancock MJ, m.fl. Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. *N Engl J Med.* 23. marts 2017;376(12):1111–20. doi:10.1056/NEJMoa1614292.
62. O'Sullivan K, O'Sullivan P, Vibe Fersum K, Kent P. Better targeting care for individuals with low back pain: opportunities and obstacles. *Br J Sports Med.* marts 2017;51(6):489–90. doi:10.1136/bjsports-2016-096612.
63. Jenks A, de Zoete A, van Tulder M, Rubinstein SM, International IPD-SMT group. Spinal manipulative therapy in older adults with chronic low back pain: an individual participant data meta-analysis. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* juli 2022;31(7):1821–45. doi:10.1007/s00586-022-07210-1.
64. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, Van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* april 2010;24(2):193–204. doi:10.1016/j.berh.2010.01.002.
65. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, m.fl. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 8. januar 2016. doi:10.1002/14651858.CD012004.
66. Rubinstein SM, De Zoete A, Van Middelkoop M, Assendelft WJJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 13. marts 2019;l689. doi:10.1136/bmj.l689.
67. Louw A, Zimney K, Puenteadura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* juli 2016;32(5):332–55. doi:10.1080/09593985.2016.1194646.
68. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Osteopat.* 25. februar 2010;18:3. doi:10.1186/1746-1340-18-3.
69. Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bédard-Brochu MS, Empey B, Dugas E, m.fl. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 23. september 2015;2015(9):CD004249. doi:10.1002/14651858.CD004249.pub4.
70. Serviceloven [Internet] [henvist 19. februar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.lovguiden.dk/loven/serviceloven>.



Kort om DSAM's vejledninger

DSAM udgiver vejledninger om kliniske problemstillinger, der ofte opstår i almen praksis og kan skabe diagnostisk eller behandlingsmæssig usikkerhed og variation. Vejledningerne er udviklet for at støtte lægerne i at udøve evidensbaseret praksis.

Alle vejledninger bliver sendt i høring hos de almenmedicinske miljøer, de lægevidenskabelige selskaber, relevante faglige organisationer og en række myndigheder.

Samtlige produkter – kliniske vejledninger, FAQta-ark og redskabsark – findes på DSAM's hjemmeside: **www.dsam.dk/vejledninger**.

Hvis du har spørgsmål til DSAM's udgivelser, kan du kontakte DSAM på telefon **7070 7431** eller mail **dsam@dsam.dk**.

www.dsam.dk