

Faglige anbefalinger for patienter med primære smerter i lænderyggen

Rammen

for udvikling af faglige anbefalinger

De faglige anbefalinger for patienter med smerter i lænderyggen er udarbejdet af to faglige ressourcepersoner Morten Høgh og Elisabeth Due Andersen. Anbefalingerne er udarbejdet i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Modernisering (EKM) og med input fra en følgegruppe bestående af repræsentanter fra praksis og forskning samt praksiskonsulenterne i regionerne ([Bilag 1](#)).

Morten er fysioterapeut, og har en MSc, og en ph.d. og er ansat som lektor i muskuloskeletale smerter og er tilknyttet kandidatuddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi på Aalborg Universitet. Hans primære forskningsinteresse er indenfor smerteforståelse og optimering af behandlingen af kroniske smerter.

Elisabeth er fysioterapeut, og har en MSc, og er ph.d.-studerende, og arbejder som lektor på Fysioterapeutuddannelsen på VIA University College i Aarhus. Hendes primære forskningsinteresse er indenfor patienter med smerter i lænderyggen, som ses i almen praksis.

Anbefalingerne bygger på ressourcepersonernes faglige viden, den foreliggende evidens fra nationale og internationale kliniske retningslinjer, systematiske oversigtsartikler, samt input fra praksis. Der ligger ikke en systematisk litteraturgennemgang til grund for anbefalingerne, men nyeste viden fra relevante systematiske oversigtsartikler indgår som centrale elementer.

De faglige anbefalinger opdateres, hvis der kommer nye anbefalinger for praksis i Danmark.

Indhold

Patienter med smerter i lænderyggen	4
Afgrænsning af patientgruppen	4
Om smerter i lænderyggen	4
Særlige udfordringer i fysioterapipraksis for patienter med primære smerter i lænderyggen	6
Anbefalede elementer i undersøgelsen af patienter med smerter i lænderyggen	6
Indledende konsultation	8
Screening, monitorering og patientrapporterede resultatmål	10
Særlige undersøgelser	11
Anbefalede behandlinger	12
Strategier til egenhåndtering	12
Patientuddannelse	13
Fysisk aktivitet	15
Træning	15
Adfærdsterapi	15
Manuel behandling	15
Andre behandlinger	15
Ikke anbefalede behandlinger	15
Anbefalinger om samarbejde	16
Samarbejde med egen læge	16
Henvisning til kommunale tilbud	16
Henvisning til specialister	16
Samarbejde med arbejdsplads og/eller jobcenter/kommune	16
Anbefalinger om vurdering, videre forløb og afslutning	16
Vurdering	16
Videre forløb	17
Afslutning af forløb	17
Referencer	18
Bilag 1	23
Deltagere i den faglige følgegruppe	23
Praksiskonsulenter for Fysioterapi	23

Patienter med smerter i lænderyggen

Afgrænsning af patientgruppen

Smerter i lænderyggen lokaliseres anatomisk som området fra nederste ribbenskant til nederste del af sædepartiet, og kan forekomme med eller uden bensmerter.⁽¹⁾ I mere end 80% af tilfældene kan der ikke identificeres en egentlig årsag til smerterne, og de betegnes derfor som uspecifikke.⁽²⁾ World Health Organization (WHO) benytter nu betegnelsen kroniske primære lændesmerter for uspecifikke lændesmerter, som har varet i længere tid, og sekundære smerter, hvor der er en konkret årsag.⁽³⁾ mens andre inklusive Sundhedsstyrelsen nu taler om almindelige rygsmerter. For patienter med specifikke eller sekundære smerter i lænderyggen henviser vi til faglige anbefalinger for patienter med hhv. nerverodstryk i lænd/nakke og lumbal spinalstenose.

Der er tradition for at inddele lændesmerter i korterevarende smerter (mindre end 12 uger) og længerevarende smerter (mere end 12 uger).⁽⁴⁾ Det kan forekomme en anelse upraktisk at bruge disse tidsangivelser stringent, fordi mange akutte episoder reelt er del af en tilbagevendende problematik. Anbefalingerne i denne rapport er rettet imod voksne (>18 år) med primære smerter i lænderyggen med eller uden udstråling til ben, som i deres hverdag er påvirket af det i en grad, at de opsøger fysioterapi. I denne anbefaling henviser "uspecifikke smerter i lænderyggen" og "primære smerter i lænderyggen" til smerter, som patienten oplever i lænderyggen, uden at der kan påvises eller sandsynliggøres en patofysiologisk årsag til smerterne.¹

Om smerter i lænderyggen

Epidemiologi

Smerter i lænderyggen er et stigende problem globalt. Tilstanden er den førende årsag til funktionsnedsættelse verden over og medfører enorme økonomiske omkostninger for både sundhedssystemer og samfund som helhed.⁽¹⁾ Smerter i lænderyggen er en hyppigt forekommende, ofte tilbagevendende, tilstand. For den enkelte patient er akutte episoder med smerter i lænderyggen i mange tilfælde nye episoder i et allerede langvarigt forløb,

mere end det er første-gangs-smerter i lænderyggen.⁽⁵⁾ Omkring 1.000.000 danskere anslås at have smerter i lænderyggen⁽⁴⁾ og ca. 20% af alle patienter, der søger hjælp hos praktiserende fysioterapeuter i Danmark, har smerter i lænderyggen som primært symptom.⁽⁴⁾ Omkring hver fjerde patient med komplekse diagnoser (fx fibromyalgi) har smerter i lænderyggen som en del af problemstillingen.

Ætiologi

Der kan være mange forskellige årsager til rygsmerter fx alvorlig patologi, vævsskade, nerverodstryk, inflammatorisk lidelse, men de fleste er uspecifikke. Begrebet uspecifik dækker over alle andre end ovenstående smerter, og de er kendetegnet ved, at der ikke findes en dominant, kendt smertemekanisme. Antagelsen er således, at årsagen til uspecifikke smerter i lænderyggen er multifaktoriel, og at specifik behandling af de underliggende årsager enten er umulig eller ukendt. Selvom ætiologien bag smerter i lænderyggen er ukendt, betyder det ikke, at man ikke ved noget om hvad, der kan påvirke smerterne.⁽¹⁾

Prognose

Patienter, der henvender sig til en fysioterapeut med smerter i lænderyggen, har typisk haft smerter i mere end syv dage, og for de fleste er der tale om nye episoder med smerter i et længerevarende forløb med tilbagevendende lænderygsmerter.⁽⁶⁾ Akut opståede (episoder med) smerter i lænderyggen har en god prognose.⁽⁷⁾ En episode tager i gennemsnit fem dage, og op mod 91% af patienterne vil opleve fuld remission indenfor seks uger.⁽⁷⁾ Prognosen for akutte episoder er således god, og behandlingen bør fokusere på at støtte patienten i at bevare så højt og normalt aktivitetsniveau som muligt, herunder at bevare normal arbejdsfunktion.

Den langsigtede prognose er imidlertid mindre god, hvis man isoleret ser på udviklingen i smerte.⁽⁸⁾ Når en patient har haft gentagne episoder, som samlet har varet over 12 uger, falder sandsynligheden for yderligere smertereduktion markant over tid. Det tyder således på, at akutte smerter (de første 6-12 uger) kan

¹ Denne rapport følger WHO's betegnelse primære lændesmerter for lændesmerter, hvor der ikke kan påvises en konkret patologi eller årsag. På steder, hvor der ikke nødvendigvis er tale om langvarige eller tilbagevendende, altså kroniske, smerter benytter vi dog stadig betegnelsen uspecifikke lændesmerter.

lindres med traditionelle fysioterapeutiske metoder, mens længerevarende smerter i lænderyggen ikke ser ud til at påvirkes på længere sigt.^(5,9)

Selvom en akut prolaps ikke hører til under gruppen af uspecifikke lænderygssmerter, så er prognosen stadig god og behandlingen er primært samme behandling,⁽¹⁰⁾ som anbefales i denne rapport. Når man sammenligner behandling til patienter med lumbal diskusprolaps, er konservativ behandling lige så effektiv som kirurgiske interventioner målt på funktionstab og behov for (re)operation indenfor 12 måneder.⁽¹⁰⁾ Prolaps og andre akutte tilstande (fx fraktur eller cancer), som leder til rodtryk kræver muligvis anden behandling, og bør behandles som "alvorlig patologi", indtil der er sikkerhed for, at rodtrykket ikke leder til varige skader, se faglige anbefalinger for patienter med nerverodspåvirkning i lænd/nakke.

Patientcentreret tilgang

Fysioterapeutisk undersøgelse og behandling har i begyndelsen af det 21. århundrede anvendt en mekanisme-baseret model, hvor smerte og/eller lindring ved bevægelse (eller kontrol af bevægelse) har været anvendt som forklaring på uspecifikke smerter i lænderyggen.⁽¹¹⁾ I tillæg hertil er der gradvist opstået en større forståelse blandt fysioterapeuter for de uspecifikke effekters rolle i udredning og behandlingen af primære smerter i lænderyggen fx bekymringer, patientens handlemuligheder og kontrol over smerten samt den terapeutiske alliance.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Klinisk praksis i dag bør være "patient-centreret", hvor vægten lægges på at udelukke alvorlig patologi og afdække individuelle problemstillinger, der bidrager til smerten og/eller den påvirkning, smerten har på individet.^(15,16) Behandlingen er derfor rettet mod at støtte patienten i at få det bedst mulige liv (ud fra patients perspektiv), og når det er muligt, bør det inkludere et smertefrit liv. Hvis et smertefrit liv ikke er muligt, bør fysioterapeuten støtte patienten i at kontrollere smerten og fastholde så mange værdifulde aktiviteter i livet som muligt.⁽¹⁷⁾ Denne tilgang står i nogen grad i kontrast med tidligere konceptuelle tilgange, hvor fokus var på at finde en ultimativ årsag (dysfunktion) som kunne behandles.⁽¹¹⁾

I en patient-centreret tilgang søger fysioterapeuten at bruge sin forståelse for patientens unikke problemstilling, samt viden om smerte, til at validere patientens smerter og skabe mening med/forståelse for smerten gennem patientens egne oplevelser, samt gennem videndeling.^(16,18,19) Et andet kendetegn ved denne praksis er, at patienten støttes i selv at lære at håndtere smerterne og/eller livet med smerter, samt i at træffe beslutninger, der stemmer overens

med patientens egne værdier og behov.⁽¹⁶⁾ Patientens oplevelse af årsagen til smerten, tanker og følelser omkring smerten og hvordan disse påvirker patientens samlede håndtering, ender således med at være centrale for både undersøgelse og behandling af primære smerter i lænderyggen. Interventionen er således styret af patientens specifikke målsætninger, og understøtter patientens værdier.

Behandlingseffekt

Effekten, som patienten oplever efter behandling hos fysioterapeut, er et resultat af specifikke og uspecifikke effekter.^(20,21) De specifikke effekter relaterer sig til selve behandlingen, mens de uspecifikke inkluderer effekter, der også kan måles, hvis blot patienten oplever det, som om hun/han modtager behandling, dvs. "sham behandling" i randomiserede studier.⁽²²⁾ Disse inkluderer verbal og non-verbal kommunikation, relationen mellem patient og terapeut, oplevelsen af behandlingen ("behandlingsritualet"), social kontekst, tilfredshed og forventet eller tidligere opnået effekt, samt økonomiske forhold, om fx behandlingen opfattes som "billig" eller "værdifuld".⁽²³⁾ De uspecifikke effekter udgør halvdelen eller mere af den fulde behandlingseffekt, og udgør således et værdifuldt element i den fysioterapeutiske behandling.^(20,21)

Selvom mange patienter bliver symptomfrie efter behandling, er det vanskeligt på forhånd at identificere hvilke,^(24,25) eller hvor længe effekten af behandlingen varer ved.⁽²⁶⁾ Det er med andre ord ikke muligt at vide på forhånd, i hvilket omfang evidens-baseret behandling virker for den enkelte patient. Heraf følger, at fysioterapeuter skal være særligt opmærksomme på at afdække relevante effektmål, som kan anvendes til at vurdere om behandlingen leder til relevante fremskridt for patienten. For at dokumentere relevant effekt af behandlingen kan fysioterapeuter med fordel fokusere på at støtte patienten i at genoprette normal funktion (arbejde, motion, søvn o.a.). Til at måle dette kan *Patient Specific Functional Scale (PSFS)* være et simpelt og effektivt måleredskab,^(56,59) der let kan anvendes i klinisk praksis, og som samtidig sikrer, at effekten af behandlingen vurderes ud fra patientens behov og ønsker.

Nye tilgange til behandling

Den fysioterapeutiske behandling bør ikke afgrænses til behandling, der finder sted på fx en klinik, men bør også inkludere tilbud som eKonsultationer⁽²⁷⁾ og benyttelse af effektive App-løsninger.^(28,29) Anvendelse af telemedicinske tilbud må formodes at afhænge i mindst lige så høj grad som klinik-baseret behandling af en god terapeutisk alliance.⁽³⁰⁾ Denne kan fx opbygges i klinikken ved at bruge eKonsultationer til opfølgning og i supplement til de kliniske

konsultationer. Hvis behandlingen udelukkende består af eKonsultationer bør klinikerne være særligt opmærksom på forskelle mellem klinik og telemedicin, fx hvordan patienten involveres mere aktivt og at forberedelse til konsultationen kan tage længere tid.⁽³⁰⁾

Risikofaktorer

Adfærd, der er forbundet med øget risiko for dårlige behandlingsresultater hos patienter med akutte smerter i lænderyggen, er bl.a. sygemelding,⁽³¹⁾ tidlig MR-skanning,⁽³²⁾ opioidbehandling,⁽³³⁾ ikke-guideline-baseret behandling⁽³⁴⁾ og uhensigtsmæssig smertekontrol/-adfærd, bl.a. boom-bust adfærd og undgåelsesadfærd.⁽³⁵⁾ I tillæg til observerbar adfærd kan patienter også give udtryk for tanker eller oplevelser, som kan være forbundet med øget risiko for dårligere behandlingsresultater. Disse omfatter fx katastrofetanker,⁽³⁶⁾ stigmatisering,⁽³⁷⁾ oplevet uretfærdighed,⁽³⁸⁾ manglende støtte/forståelse fra arbejdspladsen,⁽³⁹⁾ manglende støtte, usikkerhed omkring situationen og relationen til fysioterapeuten⁽⁴⁰⁾ samt konsekvens-tænkning baseret på struktur-diagnoser (fx at degeneration i ryggen skal behandles kirurgisk).⁽⁴¹⁾ Et relevant redskab til at vurdere patientens risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet er Örebro spørgeskemaet (Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ)).⁽⁴²⁻⁴⁵⁾

Særlige udfordringer i fysioterapipraksis for patienter med primære smerter i lænderyggen

Arbejdsmarkedstilknytning

De primære udfordringer i behandlingen af patienter med primære smerter i lænderyggen er, at alt for mange ikke kan fastholde deres arbejde,⁽⁴⁾ føler sig svigtet eller utilstrækkeligt vejledt,⁽⁴⁶⁾ bliver udsat for behandlinger i modstrid med gældende anbefalinger, såsom unødigt henvisning til sekundærsektoren til fx MR-skanning eller medicinsk behandling.⁽⁴⁷⁾ En del af denne udfordring kan tilskrives det dilemma, at selvom smerten er aldeles reel, så mangler der viden om årsagerne til primære smerter i lænderyggen.⁽¹⁾ I mangel på reel viden om årsagen (eller årsagerne) til primære smerter i lænderyggen skal fysioterapeuter kunne arbejde ud fra viden om hvilke behandlingsmodaliteter, der har størst sandsynlighed for at påvirke smerterne, samt hvordan de støtter patienterne i at ændre og/eller tilpasse hverdagen, så de kan lykkes med at reducere smertens påvirkning på patienten.⁽⁴⁸⁾

Alvorlig patologi

Da smerte i rygområdet også er et typisk fund hos patienter med alvorlig patologi (cancer, infektion, inflammatorisk sygdom, fraktur og evt. nervepåvirkning) udgør det en særlig udfordring for fysioterapeuten

altid at udelukke mistanke om sådanne tilstande, eller at handle adækvat herpå.⁽⁴⁹⁾ Såkaldte *røde flag* (kliniske indikatorer for alvorlig patologi) har vist sig at være en utilstrækkelig metode til at udelukke alvorlig patologi, og fysioterapeuter skal i højere grad være i stand til at minimere eller udelukke mistanke, eller reagere på mistanke om alvorlig patologi.⁽⁵⁰⁾

Selvom forekomsten af alvorlig patologi ifølge internationale studier er <1% hos patienter, som ses i primærsektoren, har nyere dansk forskning vist, at fysioterapeuter er udfordret på at identificere alvorlig patologi,⁽⁵¹⁾ og at 2,3% af patienter med muskuloskeletale lidelser, som ses i fysioterapipraksis, bliver diagnosticeret med en alvorlig patologi indenfor det næste halve år.⁽⁵²⁾ Forekomsten af neoplasmer var 2,11% (heraf var 0,98% ikke maligne, mens 1,13% var maligne), cauda equina syndrom 0,01%, frakturer 0,13%, infektioner 0,01% og anden inflammatorisk patologi 0,06%. Fysioterapifonden har i den forbindelse medvirket til en e-Læringsplatform, der kan støtte klinikere i at træne viden om og handlinger i forhold til alvorlig patologi. Du kan finde platformen og se mere på www.alvorligpatologi.dk.

Det er en særlig udfordring, at uspecifikke smerter i lænderyggen kan være forårsaget af alvorlig patologi, men at det sjældent er det. Fysioterapeuten skal derfor kunne udelukke mistanke og i forlængelse heraf acceptere, at der ikke findes kendt(e) årsag(er) til størstedelen af alle smerter i lænderyggen. I disse tilfælde er det fysioterapeutens opgave at hjælpe patienten med at definere problemer, som patienten - alene eller i samarbejde med fysioterapeuten/andre sundhedsfaglige - kan løse, og efterfølgende støtte patienten i denne proces.⁽⁵³⁾

Anbefalede elementer i undersøgelsen af patienter med smerter i lænderyggen

Den indledende undersøgelse bør inkludere en komplet afdækning af, hvordan smerter i lænderyggen påvirker den enkelte patients fysiske funktion, livskvalitet, humør, sociale aktiviteter og forhold, beskæftigelse, fritidsaktiviteter og søvn.^(15,16) Derudover bør der laves en grundig vurdering af relevante komorbiditeter samt hvilken indflydelse, de kan have på behandlingsresultatet.

Den personcentrede tilgang bidrager som værktøj til beslutningsstøtte ved undersøgelse og behandling, den styrker den terapeutiske alliance mellem fysioterapeut og patient,⁽¹⁶⁾ og fordrer en fælles beslutningstagningsproces, der kan styrke effekten af behandlingen.^(20,21,23) Det er vigtigt, at fysioterapeuten

medtager patientens præferencer for og tro på forskellige behandlinger, i forhold til efterlevelse af aftalt behandling (fx træning og egenhåndtering).

Fysioterapeuten bør, efter accept fra patienten, altid sikre sig, at patienten er velinformeret om sine valgmuligheder, herunder især prognose, forventede bivirkninger, risiko og sandsynlighed for et behandlingsresultat, der er tilfredsstillende for

patienten. Tilsammen skal terapeutens viden om patienten og patientens viden om sin tilstand øge chancen for et mere optimalt forløb for den enkelte patient. Se også oversigt i Tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over tilgang til og elementer i undersøgelse.

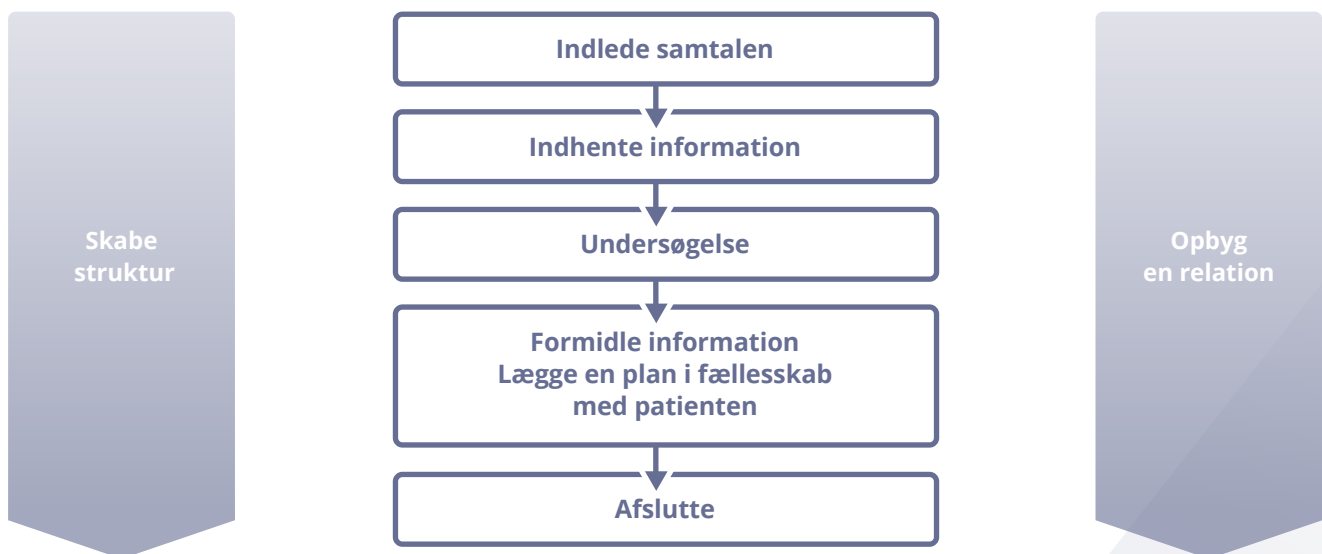
Patientcentreret biopsykosocial tilgang	Komplet afdækning af symptompåvirkning og komorbiditeter - Undersøg og dokumentér, hvordan smerter i lænderyggen påvirker patientens fysiske funktion, livskvalitet, humør, sociale aktiviteter, forhold, beskæftigelse, fritidsaktiviteter og søvn - Notér relevante komorbiditeter og deres betydning i anamnesen Personcentreret tilgang og fælles beslutningstagning: - Styrk den terapeutiske alliance ved at inkludere patientens præferencer og tro på forskellige behandlinger for at understøtte compliance i forhold til aftalt behandling - Afdæk patientens viden om smerter i lænderyg, behandlingsalternativer og deres effekt tidligt i mødet Skræddersyet behandlingsforløb baseret på patientens input: - Brug den indsamlede information til at etablere et individuelt tilpasset behandlingsforløb, der tager udgangspunkt i patientens forventninger, præferencer og målsætninger samt eksisterende evidens på området
Risikofaktorer	Faktorer af betydning for resultat af behandling - Uhensigtsmæssig sygemelding, fx sygemelding uden et isoleret formål - Uhensigtsmæssig brug af passive strategier, fx i stedet for eller i mangel på viden om og kompetence til egenhåndtering - Frygt for bevægelse, fx tanker om at bevægelse (med eller uden smerter) er skadelige, og hvis det leder til inaktivitet
Diagnostik	Diagnosen uspecifikke lændesmerter er baseret på symptomer og undersøgelsesfund ved udelukkelse af specifikke lidelse - Udeluk mistanke om alvorlig patologi - Udeluk mistanke om lumbalt rodtryk (neurologisk undersøgelse), lumbal spinalstenose eller spondylolistese - Udeluk inflammatoriske tilstande på baggrund af anamnesen

Indledende konsultation

Som grundlag for den indledende undersøgelse og det videre forløb, kan fysioterapeuten anvende Calgary-Cambridge modellen.^(54,55) Kommunikationsmodellen er opbygget omkring to formål; at skabe struktur

og opbygge relation. Elementerne i samtalen er struktureret som indledning, indhentning af information, undersøgelse, formidle information, planlægning og afslutning. Se Figur 1.

Figur 1. Calgary-Cambridge-Guide. En kommunikationsmodel. Her er illustreret med de forskellige grundelementer, som enhver samtale typisk indeholder. Samtalens faser rammes ind af to kontinuerte processer, nemlig relationsdannelse og strukturering.



Fysioterapeuter skal altid have fokus på at etablere en stærk, terapeutisk relation til patienten ("terapeutisk alliance").⁽²³⁾ Dette opnås bl.a. gennem en patient-centreret tilgang med anvendelse af effektive kommunikationsteknikker, tilstrækkelig tid til at lytte til og forstå patientens perspektiver, erfaringer, forventninger mv. og inddrage dem i behandlingen (se eksempel nedenfor). En enkel teknik, der let kan anvendes i klinikken, er at lytte til (spørge om) patientens egen forståelse for og tanker om smerten og dens årsag, fx baseret på ovennævnte Calgary-Cambridge model⁽⁵⁵⁾ eller Common-Sense modellen.⁽⁵⁶⁾ Modellen afdækker patientens forståelse for sin situation og kategoriserer det i følgende temaer: 1) Identitet, 2) Prognose, 3) Konsekvens, 4) Årsag og 5) Behandling eller kontrol over tilstanden.

Eksempel: "Smerterne [identitet] går nok aldrig væk [prognose] så nu må jeg sygemelde mig eller helt stoppe med at arbejde [konsekvens]. Jeg ved godt, hvorfor jeg

har ondt, det er fordi jeg har slidt mig selv halvt ihjel på arbejde [årsag], og ifølge kirurgen kan man ikke gøre mere for mig [behandling/kontrol]". Studier har vist, at manglende eller negative forståelse for hvad uspecifikke rygsmerter er, kan spille en rolle i, hvor meget smerterne påvirker patienten.^(57,58)

I den første konsultation er det vigtigt dels at opbygge en tillidsrelation til patienten, og udrede om patienten hører til undergruppen af uspecifikke smerter i lænderyggen. Det drejer sig således om at udelukke alvorlig/progressiv patologi samt andre specifikke tilstande,^(52,59) hvor der findes specifikke behandlingstiltag eller retningslinjer. I tillæg hertil skal fysioterapeuten, sammen med patienten, fra begyndelsen af et forløb være i stand til at definere et eller flere realistiske mål for behandlingen. Nedenfor er skitseret et eksempel på emner, der bør være omfattet i den (eller de) indledende konsultation(er). Se også [Tabel 1](#).

1. Redegøre for hvad patienten IKKE fejler, og hvordan smerterne forstås baseret på videnskabelige forklaringsmodeller

a. Udeluk mistanke om alvorlig patologi

Smerter i ryggen kan være et tegn på progressive sygdomme (maligne tilstande, infektion, reumatologiske sygdomme og/eller fraktur) såvel som refererede smerter fra andre regioner som fx hofte eller indre organer. De kan også være forårsaget af skader på eller kompromittering af nervesystemets funktion eller integritet (fx nerverodspåvirkning - se de faglige anbefalinger for patienter med nerverodspåvirkning i lænd og nakke samt lumbal spinalstenose). Selvom alvorlig patologi er utrolig sjældent (estimat er omkring 1%), er tilstandens karakter så alvorlig, at de altid skal overvejes.⁽⁵⁹⁾ Hvis fysioterapeuten ikke kan udelukke mistanke om alvorlig patologi, skal vedkommende reagere med fx faglig sparring hos kollega og/eller henvendelse til patientens læge eller kontakt til sygehus.

b. Udeluk andre specifikke tilstande, der er afgørende for behandlingsvalg.

Akutte vævsskader (fx akut diskusprolaps med nerverodspåvirkning, kontusioner eller spondylolyse/arkolyse) leder til et inflammatorisk respons og ofte til akutte smerter i ryggen og/eller udstråling til ben. Selvom processen i udgangspunktet er selvbegrænsende (dvs. den forsvinder over tid) og smerterne derfor tidsbegrænsede, kan vejledningen af patienten være anderledes end til de uspecifikke smerter i lænderyggen. Især unge med mistanke om brud på hvirvelbuen, en benign og stabil tilstand, bør have et mere restriktivt regime, hvis skaden opdages akut for at understøtte helingen og eventuelt reducere graden af følger senere i livet.

c. Uspecifikke smerter

Hvis alvorlig, progressiv sygdom og specifikke tilstande ikke mistænkes, betragtes tilstanden som uspecifik. I praksis betyder det, at anbefalingerne for interventionsvalg og -fravalg bør guide behandlingen, selvom de anbefalede interventioner (se senere) generelt kun kan vise en lille-moderat effekt på fx smerte og funktion. Til gengæld vil der være stor forskel på, hvor godt patienterne responderer på forskellige teknikker, ligesom relationen mellem terapeuten og patient samt terapeutens kompetencer og erfaring kan have stor indflydelse.

2. Afdæk smertens påvirkning på patientens liv, humør og funktion samt patientens viden om egen tilstand

a. Primære smerter i lænderyggen vil, uanset hvor længe de har stået på, ofte påvirke patientens hverdag (fx arbejde), humør og adfærd. Desto længere smerten fortsætter, og desto mindre patienten føler sig i stand til at kontrollere den og/eller leve uhindret på trods af smerten, desto mere vil smerten typisk betyde for patientens liv og hverdag. Ved at afdække smertens indvirkning i patientens liv, får fysioterapeuten mulighed for, a) at forstå patientens syn på smerten, b) konkretisere mål for behandlingen, der rækker ud over smertelindring og c) tale med patienten om prognose og mulige behandlingstilbud hos andre fagpersoner.

b. Nogle "risikofaktorer" er tættere forbundet med mindre favorable resultater for patienten. Risikofaktorer skal betragtes som opmærksomhedspunkter, ikke "risikobetonet adfærd". Fx kan kortvarig sygemelding være hensigtsmæssigt i særlige tilfælde, mens sygemelding generelt er en stærk risikofaktor for dårligt behandlingsresultat. Ligeledes betyder ingen sygemelding ikke, at patienten automatisk har en god prognose.

Risikofaktorer, der er forbundet med (uhensigtsmæssig) adfærd er oplagte mål for den fysioterapeutiske intervention. Eksempler på adfærd, der kan betragtes som uhensigtsmæssig hos en patient med uspecifikke rygsmerter er fx sygemelding, sengeleje, undgåelse af bevægelser eller ophør af vanlige aktiviteter. Derfor skal fysioterapeuten eksplicit afdække disse, gerne understøttet af spørgeskemaer, før eller under første konsultation. Potentielle mål for behandlingen afdækkes dels i anamnesen og i observationsbaseret undersøgelse (fx bevæge analyse), og kan fortsætte gennem hele behandlingsforløbet.

Undersøgelsen af patienten kan med fordel suppleres med standardiserede spørgeskemaer, se næste afsnit.

Screening, monitorering og patientrapporterede resultatmål

I international sammenhæng er der stort fokus på at benytte spørgeskemaer i kliniske sammenhænge.⁽⁶⁰⁾ Spørgeskemaer kan indgå i dialogen mellem patient og behandler i forhold til at sætte mål for behandling; kortlægge særlige risikofaktorer, herunder mental

og fysisk funktionsevne, som kan adresseres ved behandling og egentlige resultatmål, som kan sige noget om patientens udbytte af behandling på længere sigt, se oversigt i Tabel 2.

Tabel 2. Anbefalinger til resultatmål og vurdering af risikofaktorer.

Resultatmål for behandling		
Kerne domæne	Målemetode	Beskrivelse
Smerter	Smerteskalaer Visuel Analog Skala (VAS)	Patienten vurderer smerter i ryg og ben fra ingen smerte til værst tænkelige smerter for at spore smerteintensitet over tid.
	Numerisk Rating Skala (NRS)	NPRS ^(61,62)
	Neuropathic Pain Grading System	Neuropatiske smerter ⁽⁶³⁾ Bruges til at vurdere sandsynlighed for at smerterne er primært neuropatiske.
Fysisk funktion	Spørgeskema registrering Patient Specifik Functional Scale (PSFS)	Spørgeskema registrering af graden af besvær ved dagligdags funktioner, eller evaluering via anbefalede præstationsbaserede funktionstests.
	Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)	Referencer PSFS, ^(56,59) RMDQ, ODI. ^(64,65)
	Oswestry Disability Index (ODI)	Bør vurderes og dokumenteres før og efter behandlingsforløbet
Påvirkelige risikofaktorer	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) Pain Catastrophizing Scale (PCS)	Spørgeskema registrering af frygt for bevægelse og katastroferende tanker i forbindelse med rygsmerter ^(66,67)
Sygemelding	Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ)	Spørgeskema til identifikation af risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet. Findes i både kort og lang form ⁽⁴²⁻⁴⁵⁾
Kompleksitet	STarT Back Screening Tool (SBST)	Vurdering af kompleksitet af patientens rygproblem. ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾
Self-efficacy	General Self-Efficacy (GSE) Arthritis Self-Efficacy (ASES) Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)	Mål for self-efficacy, som er et element i egenhåndtering.
Livskvalitet	Short Form SF36 / SF12*	Spørgeskema registrering af livskvalitet, herunder opdeling i fysiske og mentale komponenter SF36 ⁽⁷¹⁾ eller SF12. ⁽⁷²⁾
	Euroqol 5 Domains EQ-5D	Kan også måles som helbredsrelateret livskvalitet via EQ-5D ⁽⁷¹⁻⁷³⁾ Bør vurderes og dokumenteres før og efter behandlingsforløbet.
Egenhåndtering	Musculoskeletal Self-Management Questionnaire MSK-SMQ	Spørgeskema til vurdering af egenhåndtering. ⁽⁷⁴⁾ Spørgeskemaet er indholdsvalideret, men mangler oversættelse til dansk og vurdering af klinimetricke og psykometriske egenskaber

* Indeholder domæne-specifikke subskalaer, som kan anvendes og udregnes.

Et meget simpelt og klinisk anvendeligt spørgeskema i forhold til dialog om individuel målsætning er, *Patient Specific Functional Scale (PSFS)*, som tager udgangspunkt i patientens tidligere funktionsniveau og mål med behandlingen.^(56,59) For at afdække adfærdsmæssige konsekvenser og potentielt modificerbare risikofaktorer hos patienten med længerevarende smerter i lænderyggen, kan det anbefales at anvende *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)*⁽⁶⁷⁾ og *Pain Catastrophizing Scale (PCS)*.⁽⁶⁶⁾ De to mest anvendte spørgeskemaer til at undersøge fremtidig risiko for ikke at vende tilbage til arbejde eller for at have flere problemer med at håndtere smerten er *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ)*⁽⁴²⁻⁴⁵⁾ og *STarT Back Screening Tool (SBST)*.⁽⁶⁹⁾

Hvis der er behov for yderligere uddybning af patientens livskvalitet/generel sundhed, mental og fysisk funktionsevne er *EuroQol-5 Domain (EQ-5D)*, *EQ-5D Sundhedsbarometer*⁽⁷³⁾ og *Short Form 36 (SF-36)*⁽⁷¹⁾ eller *Short Form 12 (SF-12)*⁽⁷²⁾ velegnede og validerede redskaber. Disse redskaber kan sammen med vurdering af smerter med *Visuel Analog Skala (VAS)* eller *Numerisk Rang Skala (NRS)*,^(61,62) funktionsevne med *Oswestry Disability Index*^(64,65) og PSFS danne grundlag for vurdering af opnåede resultater for patienten på sigt.

Til vurdering af egenhåndtering kan enten *Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES)*⁽⁷⁵⁾ benyttes eller *General Self-efficacy (GSE)*.⁽⁷⁶⁾ Den første er udviklet specifikt til patienter med reumatoid arthritis og den anden er generisk, og har været benyttet til en lang række sygdomme. Fælles for dem er, at det er det bedste vi har, men for patienter med muskuloskeletale problemstillinger har de ikke vist sig særlig anvendelige i forhold til at vise forandringer over tid.⁽⁷⁷⁾ Et nyt spørgeskemaer er udviklet til patienter med muskuloskeletale problemstillinger, *Musculoskeletal Self-Management Questionnaire (MSK-SMQ)*, men det er endnu ikke oversat til danske eller testet for måleegenskaber.⁽⁷⁴⁾

Danske Fysioterapeuter har en underside på fysio.dk, hvor du kan finde danske spørgeskemaer og læse, hvordan de anvendes.

Særlige undersøgelser

Der bør udføres neurologisk undersøgelse, hvis ikke nervepåvirkning kan udelukkes i anamnesen. Smerter i lænderyggen kan være en del af billedet hos patienter med radikulopati (se "Faglige anbefalinger for patienter med nerverodspåvirkning i lænd/nakke") og/eller patienter med nerveskade eller -sygdomme (fx neuropati efter kirurgi eller hos patienter med Multipel Sklerose (MS). Hos patienter med mistanke om rodtryk

og mistanke om neuropatiske smerter (smerter der primært eller helt skyldes nerveskade eller -sygdom), skal fysioterapeuten kunne udføre, fortolke og handle på den neurologiske undersøgelse (se nedenfor). Til udredning af neuropatiske smerter kan fysioterapeuter med fordel støtte sig til den algoritme, der er udarbejdet af *Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG)*.⁽⁶³⁾ Den neurologiske undersøgelse skal altid sammenholdes med anamnesen, og det er det samlede billede, der kan støtte fysioterapeuten i at udelukke eller mistænke nerverodspåvirkning (og viderehenvise) patienten.

Neurologisk undersøgelse:

- **Reflekser:** Test af dybe senereflekser (fx knæ- og akillesene) for tab af funktion såvel som hyperrefleksi. Babinski refleks testes ved mistanke om skade på første motor neuron (fx mistanke om MS).
- **Sensorisk funktion:** Undersøgelse af følesans, herunder let berøring, pin prik, vibration og adskille køl og lun temperatur.
- **Motorisk funktion:** Vurdering af muskelstyrke i UE herunder eventuelle tegn på atrofi. Klonus testes ved mistanke om skade på første motor neuron (fx mistanke om MS).

I tillæg til den neurologiske test kan fysioterapeuten supplere med *Straight Leg Raise test (SLR-test)*, krydset SLR-test og test af n. femoralis. Den fysioterapeutiske undersøgelse kan give anledning til, at man udelukker mistanke om rodtryk eller, at man styrker mistanken, men den kan ikke forklare, hvorfor en patient har rodtryk.⁽⁷⁸⁾ Den neurologiske undersøgelse er yderligere specificeret i Faglige anbefalinger for patienter med nerverodspåvirkning i lænd eller nakke.

Anbefalede behandlinger

Guideline-baserede anbefalinger bør anvendes ud fra patientens præferencer og behandlerens kompetencer mens behandlinger, der ikke anbefales i guidelines ikke vurderes at have en relevans i behandlingen af patienter med primære smerter i lænderyggen.^(2,79,80) Behandling bør altid være fokuseret på at støtte patienten i at reducere eller fjerne de forhindringer,

der gør dem i stand til selv at opretholde et liv, der er så normalt som muligt.⁽⁵³⁾ Behandlingen bør fokusere på egenhåndtering og kun i meget begrænset grad være baseret på såkaldte *passive behandlinger* (se oversigt i Tabel 3).

Tabel 3. Oversigt over anbefalede behandlinger til patienter med primære smerter i lænderyggen

Anbefalede behandlinger	
WHO-anbefalinger	• Fysisk aktivitet og træning • Optimere mentalt velvære • Opretholde en sund kropsvægt • Undgå Rygning • Få god søvn • Vær engageret i sociale og arbejdsmæssige aktiviteter
Kernebehandling (tilbyd til alle)	• Patientuddannelse til egenhåndtering • Fysisk aktivitet, træning og øvelser • Samarbejde om ændring af livsstil
Supplerende behandling (relevant for nogle)	• Adfærdsændringsteknikker • Manuel behandling • NSAID (i begrænset omfang)

Strategier til egenhåndtering

De nyeste guidelines fra WHO⁽⁸¹⁾ anbefaler at give patienten råd og vejledning, tilpasset individuelle behov og evner for at fremme egenhåndtering. Egenhåndtering bør understøttes i alle faser af behandlingsforløbet, og kan bestå af informationer om smerternes karakter, forløb og årsag samt opmuntring til at fortsætte med normale aktiviteter. For nogle patienter er egenhåndtering muligt med minimal hjælp og vejledning fra praktiserende fysioterapeut, mens andre patienter har behov for mere støtte. Som et led i behandlingsforløbet kan det anbefales at anvende online konsultationer som opfølgning og støtte i egenhåndteringen.

Fokusområder i WHO anbefalinger:⁽⁸¹⁾

- **Være fysisk aktiv:** Find en form for motion du nyder, hvad enten det er gåture, løb, cykling eller yoga. Prøv at få mindst 30 minutters aktivitet om dagen.
- **Optimere mental velvære:** Praktiser mindfulness eller meditation, og sørg for at tage tid til dig selv.

Tal med venner eller en professionel, hvis du føler dig overbelastet.

- **Opretholde en sund kropsvægt:** Spis en varieret kost rig på frugt, grøntsager, fuldkorn og magre proteiner. Undgå forarbejdede fødevarer og sukkerholdige drikkevarer (jf. Sundhedsstyrelsens kostråd).
- **Undgå Rygning:** Hvis du ryger, søg hjælp til at stoppe. Det er muligt at få hjælp hos kommunen eller egen læge, og der findes støttegrupper i lokalområdet, der kan hjælpe med rygestop.
- **Få god søvn:** Skab en regelmæssig søvnrytme ved at gå i seng og stå op på samme tid hver dag. Skab en afslappende rutine før sengetid og udgå skærme en time før sengetid.
- **Vær engageret i sociale og arbejdsmæssige aktiviteter:** Deltag i sociale begivenheder og find måder at være aktiv i dit lokalsamfund. På arbejdet kan du evt. deltage i projekter, der interesserer dig og opbygge gode relationer med kolleger.

Patientuddannelse

Patientuddannelse sigter mod at forbedre patientens forståelse af smerten og vejlede i selvhåndtering og øget livskvalitet.^(15,82,83)

Studier viser, at patientuddannelse skal omfatte struktureret og standardiseret uddannelse og/eller rådgivning, defineret som levering af struktureret og standardiseret information givet af sundhedsarbejdere til en person med smerter i lænderyggen.⁽⁸⁴⁾

Patientuddannelse kan tage mange former, og i Danmark findes der standardiserede materialer,^(85,86) som kan være en hjælp. Forskningen peger på, at der er fem temaer, som er vigtige at tage med, når man planlægger patientuddannelse⁽⁸⁴⁾ +(Kongsted et al. 2025, Submitted):

- **TEMA 1. Individualiseret information og uddannelse:** Patienter beskriver, at det er vigtigt at informationen er tilpasset deres situation, erfaringer og forståelser. De efterlyser empatiske klinikere, der hjælper dem med at forstå deres situation og involverer dem i at finde løsninger og tage beslutninger.
- **TEMA 2. Viden om tilstanden (årsag, diagnose, prognose):** Patienter beskriver, at de har brug for klar og grundig information om tilstanden og for en diagnose. En diagnose skal tjene det formål, at den validerer deres smerter, vejleder behandlingen, og kommunikerer til andre, hvad der er galt. De efterlyser betryggende information om prognosen og klinikere, der indgyder håb og optimisme. De søger dermed svar på spørgsmål som: Hvad fejler jeg? Hvad er fremtidsudsigterne? Er smerterne indbildning, når de ikke kan påvises?
- **TEMA 3. Forstå smerter og faktorer der påvirker dem:** Patienter beskriver behov for at forstå smerternes komplekse natur, herunder hvordan tanker og følelser påvirker smerter og adfærd. De beskriver behov for at klinikere adresserer de følelsesmæssige påvirkninger, og for at blive bekræftet i at reaktioner er almindelige og rationelle. De søger dermed svar på spørgsmål som: Hvorfor opfører smerterne sig som de gør? Hvilke forhold påvirker om, jeg har en god eller dårlig dag?
- **TEMA 4. Strategier til egen- og smertehåndtering:** Patienter beskriver et ønske om støtte til selv at tage kontrol over deres helbred. De beskriver, at de har brug for information om, hvad de selv kan gøre for at håndtere og forbedre deres tilstand, herunder praktiske råd om, hvad de kan gøre, når smerter blusser op. De søger dermed svar på spørgsmål som: Hvad kan jeg selv gøre? Hvor meget må jeg? Bør jeg

være sygemeldt? Hvad gør jeg, når smerterne bliver alt for meget? Hvor kan jeg deltage i aktiviteter, der er gode/sikre for mig?

- **TEMA 5. Information om andre behandlingsmuligheder:** Patienter beskriver behov for information om, hvilke behandlinger der er effektive og fordele og ulemper ved behandling. De søger dermed svar på spørgsmål som: Hvilke effektive behandlingsmuligheder er der? Er der risiko for bivirkninger?

Selve interventionen (patientuddannelse) foregår eventuelt som dialog, hvor fysioterapeuten svarer på patientens spørgsmål direkte, gennem metaforer (sproglige og visuelle) eller hvor fysioterapeuten argumenterer logisk for eller imod opfattelser, som patienten har givet udtryk for.

Eksempel: *Patienten oplever sammenhæng mellem degenerative forandringer i ryggen og rygsmerter, men har lange perioder uden smerter. Fysioterapeuten kan støtte patienten i at reflektere over alternative forklaringer, og eventuelt tilbyde at forklare patientens oplevelse af smerte på en anden måde (fx at smerte ikke har én årsag, men mange), og bruge patientens egne oplevelser til skabe forståelse for hendes/hans smerter (fx at smerten kan være værre, når hun/han ikke har sovet eller hvis humøret er lavt).*

Tabel 4 nedenfor giver forslag til elementer, som kan indgå i patientuddannelsen. Disse elementer kan hjælpe patienter med at blive bedre informeret og mere aktive deltagere i deres egen behandling, hvilket kan føre til bedre resultater og mindre smerte.^(2,82)

Tabel 4. Eksempler på indhold i individualiseret patientuddannelse.

Individualiseret patientuddannelse	
Viden om tilstanden	Forklar hvad smerter i lænderyggen er, og hvad der kan forårsage dem. Det er vigtigt at afmystificere tilstanden og italesætte patientens bekymring.
Prognose	Informér patienten om, at smerter i lænderyggen ofte ikke er alvorlige, og har en god prognose. De fleste tilfælde forbedres inden for få uger.
Egenhåndtering	Skab en dialog med patienten om, hvordan hun/han bedst kan fortsætte eller vende tilbage til et aktivt liv (arbejde og fritid). Opfordre til at forblive aktiv og undgå langvarig hvile.
Smertemekanismer	Uddan om, hvordan smerte opstår, og hvordan nervesystemet kan blive overfølsomt. Dette kan hjælpe med at reducere frygt og katastrofetanker. Det anbefales, at patienter med primære smerter i lænderyggen i den akutte fase modtager råd og vejledning om smerternes karakter og årsag (herunder eventuelle radikulære eller somato-refererede smerter). At de beroliges og forvisses om, at der ikke er tale om en alvorlig tilstand, og at deres symptomer vil aftage over tid; svarende til generel vejledning ved akut skadebehandling. Er smerterne længerevarende/kroniske skal informationen til patienten ligeledes indeholde vejledning om smertens karakter – hvorfor er smerterne langvarige/tilbagevendende jf. forklaringer fra smertevidenskaben. Der kortlægges et mønster for smerterne og identificeres mulige forværrende/lindrende faktorer i patientens hverdag.
Behandlingsmuligheder	Diskuter forskellige behandlingsmuligheder, herunder manuel behandling, fysisk aktivitet, træning og eventuelle medicinske behandlinger (begrænset til NSAID i korte perioder). Forklar hvorfor billeddiagnostik som røntgen eller MR kun sjældent er nødvendigt, og ikke i sig selv vil ændre på patientens situation eller valg af behandling. Fysioterapeuten bør lytte til, om patienten allerede har erfaring med behandling, og hvordan denne påvirker patienten. Fx kan fysioterapeuter spørge patienter, som har fået tilbudt eller tager opioider (fx morfin, tramadol eller dolol), om medicinen virker, hvilke bivirkninger den har, og om patienten har talt med lægen om muligheder for af- eller udtrapning.
Humør, oplevelser, følelser	Tal om følelser/oplevelser (fx afmagt og stressors), ikke kun smerte og bekymringer.⁽⁸⁷⁾ Her kan TAK-modellen evt. anvendes som værktøj til at afklare de psyko-soziale faktorer, som kan have betydning i patientens liv.⁽⁸⁸⁾ Observer hvordan patienten opfatter og beskriver sine symptomer, samt hvordan de påvirker/påvirkes af dennes omgivelser (fx arbejde og familie relationer). Forsøg at identificere de situationer, der nedbryder eller understøtter patientens selvopfattelse (fx selvværd). Forstå hvilke specifikke strategier (fx accept og anerkendelse) patienten bruger til at håndtere sine symptomer, samt hvordan social støtte påvirker smerterne. Tal om hvilke passive (fx social isolation) og/eller aktive (fx aktivitet på trods af smerter) reaktioner i sin hverdag. Tilbyd støtte og ressourcer til at håndtere disse faktorer.
Jobsituation	Giv råd om, hvordan man kan vende tilbage til arbejde og daglige aktiviteter på en sikker måde. Dette kan inkludere gradvis genoptagelse af aktiviteter og ergonomisk, genoptage aktiviteter og afprøvning af justeringer i arbejdet (fx pauser, ergonomiske redskaber og fleksible roller). Fysioterapeuter i praksis kan spille en stor rolle i kommunikation mellem arbejdsplads (leder og kolleger) og patienten, fx kan fysioterapeuten hjælpe arbejdspladsen med at forstå, at rygsmerter ikke nødvendigvis opfører sig "mekanisk" og at man sagtens kan løse nogle opgaver – men ikke nødvendigvis alle – selvom man har ondt. Fysioterapeuten kan også støtte patienten på sin arbejdsplads, fx med telemedicinske løsninger, til at løse problemer og/eller svare på spørgsmål, der ikke kan vente til næste konsultation.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet for patienter med primære smerter i lænderyggen omfatter generel fysisk aktivitet (fx gang), konditionstræning, øvelsesterapi, styrketræning, bevægelighedstræning, balancetræning mm.⁽⁸¹⁾ Effekten af træning er størst, når den er superviseret, kombineret med andre behandlinger og med kognitive tilgange.^(35,89)

Træning kan reducere smerter, forbedre funktion og forebygge lænderygbesvær hos mennesker med episodisk eller vedvarende lænderygbesvær på samme niveau, som andre anbefalede behandlinger som for eksempel manuel terapi.⁽⁹⁰⁾

I den tidlige fase anbefales der ikke superviserede træningsforløb til patienter med smerter i lænderyggen, men blot en opfordring til at være så aktiv som muligt. Superviseret træning kan dog overvejes, hvis fremgang ikke sker efter forventet tidsforløb, eller hvis patienten er i risiko for at udvikle kronisk/længerevarende nedsat funktionsniveau.^(81,91)

Træning

Anbefalinger fra WHO om træning til patienter med primære lændesmerter (> 12 uger) opfordrer til et graderet træningsprogram, gerne på hold, som fremmer patientens funktionsniveau og forebygger tilbagefald. Da der ikke er påvist evidens for, at nogen træningsformer eller aktiviteter er bedre end andre til denne målgruppe, anbefaler WHO, at træningen tager udgangspunkt i patientens præferencer ud fra dennes behov og ressourcer, hvor nogle patienter vil have brug for mere støtte end andre.⁽⁸¹⁾

Adfærdsterapi

Der er evidens for at tilbyde kognitiv adfærdsterapi til patienter med primære smerter i lænderyggen.^(81,92)

Der er ligeledes evidens for, at kognitiv funktionel terapi (CFT) har effekt på funktion, smerte og selvværd hos patienter med primære smerter i lænderyggen.^(19,93) CFT er en adfærdsbaseret intervention, som inddrager patientens emotionelle, kognitive og adfærdsmæssige respons

på smerte og guider patienten til smertekontrol under funktion. Målet er at individualisere behandlingen og vejlede patienterne i selv at kunne håndtere deres tilstand gennem intervention, der integrerer livsstil, fysisk aktivitet og psykologiske aspekter (patientens smerteoplevelse, følelser, selvværd og adfærd).^(92,94)

Manuel behandling

Manuel behandling som mobilisering og massage bliver i retningslinjer anbefalet som behandling ved både akutte og kroniske smerter.^(2,80,81,95) Identifikation af eventuelle kontraindikationer eller tilstande forbundet med højere risiko ved manuel behandling, såsom osteoporose, er naturligvis påkrævet før udførelse. Manuel terapi bør ikke stå alene, men kan anvendes som smertelindring og kortvarigt som led i anden behandling.⁽⁸¹⁾ Målet med manuel behandling – i tillæg til kortvarig smertelindring – kan være at styrke den terapeutiske alliance^(96,97) og uspecifikke behandlingseffekter.⁽²¹⁾

Andre behandlinger

Passive behandlingsmodaliteter spiller imidlertid en rolle i den akutte smertelindring, som nogle patienter kan have glæde af i en kortere periode.^(53,80,81,95) Til primære smerter i lænderyggen anbefaler WHO akupunktur som smertelindring. NSAID kan anbefales til patienter med længerevarende smerter i lænderyggen i begrænset omfang, hvis medicin er nødvendigt, og patienten ikke har lidelser, som gør, at det er kontraindiceret.^(2,47,81)

Ikke anbefalede behandlinger

Litteraturen anbefaler imod at benytte korset eller lændebælte, traktion, TENS og terapeutisk ultralyd.^(2,47,81) Der er anbefaling imod brug af opioider til patienter med primære smerter i lænderyggen,^(2,47,81) og stort set alle former analgetika, antidepressiva, antiepileptika, muskelafslappende og glukokortikoider. Paracetamol kan afprøves, men anbefales ikke til rygsmerter fordi effekten ikke overstiger placebo-effekter, men til gengæld er der ingen kendte bivirkninger. Se Tabel 5 nedenfor.

Tabel 5. Oversigt over ikke anbefalede behandlinger til patienter med primære smerter i lænderyggen.

Ikke anbefalede behandlinger til patienter med primære smerter i lænderyggen.	
Ikke anbefalede behandlinger	• Korset eller lændebælte • Traktion • TENS • Ultralyd
Ikke anbefalet medicinsk behandling	• Opioider • Antidepressive • Antiepileptika • Muskelafslappende • Glukokortikoider • Paracetamol

Anbefalinger om samarbejde

Samarbejde med egen læge

Husk altid at få patientens tilladelse til at dele information med læge/sygehus eller andre. Hvis fysioterapeuten mistænker alvorlig patologi, bør patientens læge kontaktes umiddelbart. Fysioterapeuten bør sende epikrise til henvisende læge, hvis der er ændringer undervejs i forløbet, som lægen bør kende til, samt ved afslutning af forløbet. I epikrisen kan fysioterapeuten med fordel redegøre for patientens situation og mål, formål med og effekt af den fysioterapeutiske intervention samt information til lægen om evt. forklaringsmodeller så patienten ikke risikerer at blive forvirret over forskellige forklaringer.

Fysioterapeuter bør tale med patienten med primære smerter i lænderyggen om muligheder for og gevinster ved af-/udtrapning af længerevarende brug af smertestillende medicin - herunder opioider i samråd med egen læge.

I tilfælde hvor patienten henvises til fysioterapi af lægen, bør der være løbende kommunikation omkring symptomudvikling. Dette gælder særligt, hvis symptomerne ikke bedres over tid eller ved symptomprogression.

Henvisning til kommunale tilbud

Patienter med primære smerter i lænden kan henvises til kommunal genoptræning, hvis deres tilstand har medført et betydeligt tab af funktionsevne, og der foreligger en genoptræningsplan fra et hospital eller en speciallæge (jf. Sundhedsloven §140). Vurdering af genoptræningsbehov foretages individuelt, hvor patientens ønsker (fx at fortsætte ved egen fysioterapeut eller træning på egen hånd) tages med i overvejelserne. Uanset hvor/hvordan patienten fortsætter sin behandling, vil et øget fokus på egenhåndtering være vigtigt. Disse overvejelser gælder både for opererede såvel som ikke-opererede. Endelig kan enkelte kommuner have forebyggende tiltag i henhold til §119 i Sundhedsloven.

I forbindelse med de nye kronikerpakker skal kommunerne udvikle *forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*, herunder muskel-skelet-sygdomme, så som lænd- og rygsmerter. Af oplægget fra Sundhedsstyrelsen fremgår det, at patienter skal henvises via egen læge, speciallæge eller hospitalsafdeling, men der lægges også op til, at patienten selv kan henvende sig i sin kommune. Det er relevant at holde sig opdateret, hvad tilbuddene er i hver enkelt kommune. Se mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Henvisning til specialister

Patienter med primære smerter skal i udgangspunktet håndteres i primærsektoren, dvs. i samarbejde mellem patientens læge, fysioterapeut, kiropraktorer og evt. psykolog. Henvisning til specialist (fx rygfdeling) eller smerteklinik/-center kan ske under særlige forhold. Se de regionale forløbsprogrammer for at få specifik vejledning heri. Typisk skal et forløb på mindst to måneder være afprøvet i primærsektoren inden viderehenvisning til sekundærsektoren.

Samarbejde med arbejdsplads og/eller jobcenter/kommune

Europæiske retningslinjer anbefaler, at patienter med rygsmerter fortsætter med deres daglige aktiviteter og fastholder eller vender tilbage til arbejde så tidligt som muligt.⁽⁹⁸⁾ Rådgivning og vejledning bør tilpasses til den enkeltes behov, hvor arbejdsopgaverne, som skal løses, tages med i den samlede vurdering. Her kan anvendelse af Örebro spørgeskema være en hjælp til at identificere patienter i risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet.⁽⁴⁴⁾ Strukturerede træningsprogrammer på og/eller udenfor arbejdspladsen kan understøtte genoprettelse af fuld arbejdssevne.

Blandt erhvervsaktive mennesker i alderen 16-64 år er der årligt 2.907.486 ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt mennesker med primære smerter i lænderyggen sammenlignet med mennesker uden, der har samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset reumatiske sygdomme.⁽⁴⁾

Fysioterapeuten kan blive involveret i samarbejde med patientens arbejdsplads og/eller jobcenteret. Det er relevant at sikre, at patienter med smerter i lænderyggen får den nødvendige støtte til at kunne fastholdes på arbejde eller vende tilbage til arbejdsmarkedet på en bæredygtig måde.

Anbefalinger om vurdering, videre forløb og afslutning

Vurdering

Epikrise

Fysioterapeuten udfærdiger en fyldestgørende epikrise som afslutning på behandlingsforløbet både for forløb med henvisning (obligatorisk og kræver patientens samtykke) og uden henvisning (god skik og kræver patientens samtykke). I epikrisen er det vigtigt, at det fremgår præcist, hvilke former for behandling (og hvor meget) patienten har modtaget, samt hvilken forståelse patienten har for tilstanden samt den plan, der er aftalt (inklusive egenhåndtering og andre strategier til smertelindring).

Monitorering

Effekten af det fysioterapeutiske forløb bør tage udgangspunkt i grad af målopfyldelse på patientens funktionelle mål, ændring i arbejdsevne, samt forbedring af smerte. Vurdering af behandlingseffekt kræver, at der systematisk indhentes information om forløb og symptomer fx ved hjælp af spørgeskemaer, og gerne i op til et år efter behandlingsforløbet er afsluttet. Se tidligere afsnit *Screening, monitorering og patientrapporterede resultatmål*.

Videre forløb

Formålet med fysioterapeutiske forløb til patienter med primære smerter i lænderyggen bør blandt andet være, at patienten bliver smertefri eller selv kan håndtere sine symptomer i en grad, der gør patienten i stand til at leve uden eller med så få begrænsninger som muligt. Det er vigtigt, at patienten så vidt muligt selv kan vedligeholde en fysisk aktiv og sund livsstil, da en sund og aktiv livsstil øger chancen for øget funktion og færre smerter.

Hvis patienten har deltaget i et superviseret træningsforløb hos en fysioterapeut, så tilrettelægges det individuelt, hvornår forløbet afsluttes og patienten overgår til selvtræning/anden aktivitet. En gradueret overgang fra superviseret træning til selvtræning er ofte relevant. Denne overgang kan med fordel planlægges tidligt i det superviserede forløb, og bør involvere en konkret samtale med patienten om mulighederne for fortsat træning og fysisk aktivitet i civilsamfundet/foreningslivet.

Afslutning af forløb

Der er stor variation i graden af symptomer og påvirkningen af funktionsniveau og livskvalitet hos den enkelte patient. Den store forskel på, hvor svære symptomer patienterne har, gør at deres behov for behandling, herunder en fysioterapeutisk indsats, er forskellig. Behandlingsbehovet vil være afhængigt af patientens egen vurdering af funktionsbegrænsninger og påvirkningen af deres livskvalitet, i kombination med fysioterapeutens faglige vurdering af patientens funktionsevne og ressourcer. Nogle patienter vil udelukkende have behov for information og vejledning, mens andre har behov for en multimodal intervention bestående af fx superviseret træning, manuel behandling og patientuddannelse.

Det er vigtigt at inddrage patienten i planlægningen af forløbet, så dette beror på fælles beslutningstagen. Alt efter hvilken målsætning patienten har, vil varigheden af forløbet hos fysioterapeuten variere betydeligt. Patienten vil ofte afsluttes til selvtræning, træning i civilsamfundet, eller lignende. Det er relevant at afslutte forløbet, når målet er opnået, eller når patienten har redskaber til selv at kunne opnå sit mål. Afslutning af forløbet kan også omfatte aftale om opfølgning og/eller plan for, hvad patienten kan gøre, hvis hun/han oplever tilbagefald.

Selvom et forløb hos fysioterapeut ikke ender med at indfri patienten mål er "manglende effekt" ikke grund til at henvise patient til sekundærsektoren (til fx specialist eller MR). Nogle patienter kan have gavn af at se andre fagpersoner i primærsektoren, men afslutning af forløbet kan også omfatte en aftale om, at patienten holder kontakt til fysioterapeuten eller egen læge i en periode, hvor hun/han arbejder med smerten/sin situation uden regelmæssig behandling.

Referencer

1. 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.
2. 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.
3. World Health Organization. *WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme [Internet]. Version 2.0. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Sygdomme-Sygdomsbyrden-2023.ashx>
5. 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.
6. Pedersen JR, Hartvigsen J, Hoegh M, Thorlund JB. *Self reported characteristics of people seeking primary care physiotherapy in Denmark: A cross-sectional study*. Physiother Res Int. januar 2024;29(1):e2068.
7. De Campos TF, Da Silva TM, Maher CG, Pocovi NC, Hancock MJ. *Prognosis of a new episode of low back pain in a community inception cohort*. Eur J Pain. maj 2023;27(5):602–10.
8. Artus M, Van Der Windt DA, Jordan KP, Hay EM. *Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials*. Rheumatology. december 2010;49(12):2346–56.
9. Artus M, Van Der Windt DA, Jordan KP, Hay EM. *Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials*. Rheumatology. december 2010;49(12):2346–56.
10. Rickers KW, Pedersen PH, Tvedebrink T, Eiskjær SP. *Comparison of interventions for lumbar disc herniation: a systematic review with network meta-analysis*. Spine J Off J North Am Spine Soc. oktober 2021;21(10):1750–62.
11. Karayannis NV, Jull GA, Hodges PW. *Physiotherapy movement based classification approaches to low back pain: comparison of subgroups through review and developer/expert survey*. BMC Musculoskelet Disord. december 2012;13(1):24.
12. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. *The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature*. Physiother Theory Pract. 2. august 2020;36(8):886–98.
13. Ho EKY, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM, m.fl. *Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis*. BMJ. 30. marts 2022; e067718.
14. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, m.fl. *Low back pain: a call for action*. The Lancet. juni 2018;391(10137):2384–8.
15. Alves GS, Vera GEZ, Maher CG, Ferreira GE, Machado GC, Buchbinder R, m.fl. *Clinical care standards for the management of low back pain: a scoping review*. Rheumatol Int. 29. februar 2024;44(7):1197–207.
16. O'Hagan ET, Cashin AG, Traeger AC, McAuley JH. *Person-centred education and advice for people with low back pain: Making the best of what we know*. Braz J Phys Ther. januar 2023;27(1):100478.
17. Linton SJ, O'Sullivan PB, Zetterberg HE, Vlaeyen JWS. *The "future" pain clinician: Competencies needed to provide psychologically informed care*. Scand J Pain. 8. august 2024;24(1):20240017.
18. Grøn S, Bülow K, Jonsson TD, Degn J, Kongsted A. *What do people believe to be the cause of low back pain? A scoping review*. Braz J Phys Ther. 1. november 2023;27(6):100562.
19. 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. 2023;401(10391):1866–77.
20. Hafliðadóttir SH, Juhl CB, Nielsen SM, Henriksen M, Harris IA, Bliddal H, m.fl. *Placebo response and effect in randomized clinical trials: meta-research with focus on contextual effects*. Trials. december 2021;22(1):493.
21. Pedersen JR, Strijkers R, Gerger H, Koes B, Chiarotto A. *Clinical improvements due to specific effects and placebo effects in conservative interventions and changes observed with no treatment in randomized controlled trials of patients with chronic nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis*. Pain [Internet]. 10. januar 2024 [hentet 4. februar 2025]; Tilgængelig hos: <https://journals.lww.com/10.1097/j.pain.0000000000003151>

22. Lavazza C, Galli M, Abenavoli A, Maggiani A. *Sham treatment effects in manual therapy trials on back pain patients: a systematic review and pairwise meta-analysis*. BMJ Open. 4. maj 2021;11(5):e045106.
23. Hohenschurz-Schmidt D, Thomson OP, Rossetini G, Miciak M, Newell D, Roberts L, m.fl. *Avoiding nocebo and other undesirable effects in chiropractic, osteopathy and physiotherapy: An invitation to reflect*. Musculoskelet Sci Pract. december 2022;62:102677.
24. Karran EL, Traeger AC, McAuley JH, Hillier SL, Yau YH, Moseley GL. *The Value of Prognostic Screening for Patients With Low Back Pain in Secondary Care*. J Pain. juni 2017;18(6):673–86.
25. Vidal R, Grotle M, Johnsen MB, Yvernay L, Hartvigsen J, Ostelo R, m.fl. *Prediction models for outcomes in people with low back pain receiving conservative treatment: a systematic review*. J Clin Epidemiol. januar 2025;177:111593.
26. De Campos TF, Da Silva TM, Maher CG, Pocovi NC, Hancock MJ. *Prognosis of a new episode of low back pain in a community inception cohort*. Eur J Pain. maj 2023;27(5):602–10.
27. Lara-Palomo IC, Gil-Martínez E, Ramírez-García JD, Capel-Alcaraz AM, García-López H, Castro-Sánchez AM, m.fl. *Efficacy of e-Health Interventions in Patients with Chronic Low-Back Pain: A Systematic Review with Meta-Analysis*. Telemed E-Health. 1. december 2022;28(12):1734–52.
28. Kongstad LP, Øverås CK, Skovsgaard CV, Sandal LF, Hartvigsen J, Søgaard K, m.fl. *Cost-effectiveness analysis of app-delivered self-management support (selfBACK) in addition to usual care for people with low back pain in Denmark*. 1. september 2024 [henvist 21. marts 2025]; Tilgængelig hos: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/9/e086800>
29. Sandal LF, Bach K, Øverås CK, Svendsen MJ, Dalager T, Stejnicher Drongstrup Jensen J, m.fl. *Effectiveness of App-Delivered, Tailored Self-management Support for Adults With Lower Back Pain-Related Disability: A selfBACK Randomized Clinical Trial*. JAMA Intern Med. 1. oktober 2021;181(10):1288–96.
30. Seebacher B, Geimer C, Neu J, Schwarz M, Diermayr G. *Identifying central elements of the therapeutic alliance in the setting of telerehabilitation: A qualitative study*. Roman NA, redaktør. PLOS ONE. 8. marts 2024;19(3):e0299909.
31. The BelCoBack Study Group, Van Nieuwenhuysen A, Burdorf A, Crombez G, Verbeke G, Masschelein R, m.fl. *Sick leave due to back pain in a cohort of young workers*. Int Arch Occup Environ Health. november 2013;86(8):887–99.
32. Shraim BA, Shraim MA, Ibrahim AR, Elgamal ME, Al-Omari B, Shraim M. *The association between early MRI and length of disability in acute lower back pain: a systematic review and narrative synthesis*. BMC Musculoskelet Disord. december 2021;22(1):983.
33. Ibrahim AR, Elgamal ME, Moursi MO, Shraim BA, Shraim MA, Shraim M, m.fl. *The Association between Early Opioids Prescribing and the Length of Disability in Acute Lower Back Pain: A Systematic Review and Narrative Synthesis*. Int J Environ Res Public Health. 25. september 2022;19(19):12114.
34. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, m.fl. *Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care*. JAMA Netw Open. 16. februar 2021;4(2):e2037371.
35. 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.
36. Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R, Weiser S. *Catastrophizing—a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review*. Spine J. november 2014;14(11):2639–57.
37. Bean DJ, Dryland A, Rashid U, Tuck NL. *The Determinants and Effects of Chronic Pain Stigma: A Mixed Methods Study and the Development of a Model*. J Pain. oktober 2022;23(10):1749–64.
38. Penn TM, Overstreet DS, Aroke EN, Rumble DD, Sims AM, Kehrer CV, m.fl. *Perceived Injustice Helps Explain the Association Between Chronic Pain Stigma and Movement-Evoked Pain in Adults with Nonspecific Chronic Low Back Pain*. Pain Med. 1. november 2020;21(11):3161–71.
39. Lundin Å, Ekman I, Andréll P, Lundberg M, Wallström S. *Have my back as I get back to work—Experiences of stakeholder support in returning to work after sick leave due to chronic pain: A qualitative interview study*. Mothabeng DJ, redaktør. PLOS ONE. 23. oktober 2024;19(10):e0312478.
40. Costa N, Butler P, Dillon M, Mescouto K, Olson R, Forbes R, m.fl. *"I felt uncertain about my whole future"—a qualitative investigation of people's experiences of navigating uncertainty when seeking care for their low back pain*. Pain. december 2023;164(12):2749–58.

41. O’Keeffe M, Michaleff ZA, Harris IA, Buchbinder R, Ferreira GE, Zadro JR, m.fl. *Public and patient perceptions of diagnostic labels for non-specific low back pain: a content analysis*. Eur Spine J. december 2022;31(12):3627–39.
42. Heikkala E, Oura P, Ruokolainen O, Ala-Mursula L, Linton SJ, Karppinen J. *The Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire-Short Form and 2-year follow-up of registered work disability*. Eur J Public Health. 16. maj 2023;33(3):442.
43. Hockings RL, McAuley JH, Maher CG. *A systematic review of the predictive ability of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire*. Spine. 1. juli 2008;33(15):E494–500.
44. Oxfeldt M, Tegner H, Björklund M, Christensen J. *Danish short form Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire: Translation, cross-cultural adaptation, and evaluation of measurement properties*. J Back Musculoskeletal Rehabil. 2024;37(6):1529–36.
45. Horn KK, Jennings S, Richardson G, Vliet DV, Hefford C, Abbott JH. *The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure*. J Orthop Sports Phys Ther. januar 2012;42(1):30–42.
46. Lyng KD, Larsen JB, Birnie KA, Stinson J, Hoegh MS, Palsson TS, m.fl. *Participatory research: a Priority Setting Partnership for chronic musculoskeletal pain in Denmark*. Scand J Pain. 25. april 2023;23(2):402–15.
47. Buchbinder R, Underwood M, Hartvigsen J, Maher CG. *The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update*. Pain. september 2020;161(Supplement 1):S57–64.
48. Almond A, Zou Y, Forbes R. *Navigating diagnostic uncertainty in musculoskeletal practice: The perspectives and experiences of new graduate physiotherapists*. Musculoskeletal Sci Pract. april 2021;52:102354.
49. Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, m.fl. *International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies*. J Orthop Sports Phys Ther. juli 2020;50(7):350–72.
50. Williams CM, Henschke N, Maher CG, Van Tulder MW, Koes BW, Macaskill P, m.fl. *Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain*. Cochrane Back and Neck Group, redaktør. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 28. november 2023 [henvist 15. januar 2025];2024(1). Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008643.pub3>
51. Budtz CR, Rønn-Smidt H, Thomsen JNL, Hansen RP, Christiansen DH. *Primary care physiotherapists ability to make correct management decisions – is there room for improvement? A mixed method study*. BMC Fam Pract. 6. oktober 2021;22(1):196.
52. Budtz CR, Hansen RP, Thomsen JNL, Christiansen DH. *The prevalence of serious pathology in musculoskeletal physiotherapy patients - a nationwide register-based cohort study*. Physiotherapy. september 2021;112:96–102.
53. Linton SJ, O’Sullivan PB, Zetterberg HE, Vlaeyen JWS. *The “future” pain clinician: Competencies needed to provide psychologically informed care*. Scand J Pain. 8. august 2024;24(1):20240017.
54. Dinesen BB Marianne Engelbrecht Lau, Jette Ammentorp, Juliane. *Den gode patientsamtale*. [henvist 21. marts 2025]. Forside. Tilgængelig hos: <https://dengodepatientsamtale.digi.munksgaard.dk/?id=1>
55. Kurtz SM, Silverman JD. *The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes*. Med Educ. marts 1996;30(2):83–9.
56. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. *The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management*. J Behav Med. december 2016;39(6):935–46.
57. Joern L, Kongsted A, Thomassen L, Hartvigsen J, Ravn S. *Pain cognitions and impact of low back pain after participation in a self-management program: a qualitative study*. Chiropr Man Ther. 21. februar 2022;30(1):8.
58. Hallegraeff JM, van Trijffel E, Kan RW, Stenneberg MS, Reneman MF. *Illness perceptions as an independent predictor of chronic low back pain and pain-related disability: a prospective cohort study*. Physiotherapy. september 2021;112:72–7.
59. 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.
60. Keeney T, Kumar A, Erler KS, Karmarkar AM. *Making the Case for Patient-Reported Outcome Measures in Big-Data Rehabilitation Research: Implications for Optimizing Patient-Centered Care*. Arch Phys Med Rehabil. maj 2022;103(5S):S140–5.

61. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, Salim S, MacDermid JC, Walton DM, m.fl. *A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain*. Clin J Pain. 26. oktober 2021;38(2):132–48.
62. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. *A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?* Am J Emerg Med. april 2018;36(4):707–14.
63. Schmid AB, Tampin B, Baron R, Finnerup NB, Hansson P, Hietaharju A, m.fl. *Recommendations for terminology and the identification of neuropathic pain in people with spine-related leg pain. Outcomes from the NeuPSIG working group*. Pain. august 2023;164(8):1693–704.
64. Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, Korsholm L, Grønnet-Nilsson N. *Danish version of the Oswestry Disability Index for patients with low back pain. Part 1: Cross-cultural adaptation, reliability and validity in two different populations*. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. november 2006;15(11):1705–16.
65. Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, Korsholm L, Grønnet-Nilsson N. *Danish version of the Oswestry disability index for patients with low back pain. Part 2: Sensitivity, specificity and clinically significant improvement in two low back pain populations*. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. november 2006;15(11):1717–28.
66. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. *The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation*. Psychol Assess. 1995;7(4):524–32.
67. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. *A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability*. PAIN. februar 1993;52(2):157.
68. Traeger A, McAuley JH. *STarT Back Screening Tool*. J Physiother. juni 2013;59(2):131.
69. Morsø L, Albert H, Kent P, Manniche C, Hill J. *Translation and discriminative validation of the STarT Back Screening Tool into Danish*. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. december 2011;20(12):2166–73.
70. Morsø L, Kent P, Albert HB, Hill JC, Kongsted A, Manniche C. *The predictive and external validity of the STarT Back Tool in Danish primary care*. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. august 2013;22(8):1859–67.
71. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T, Bech P, Rasmussen NK, Kristensen TS, m.fl. *Dansk manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus*. 1997 [henvist 21. marts 2025]; Tilgængelig hos: <https://nfa.elsevierpure.com/en/publications/dansk-manual-til-sf-36-et-sp%C3%B8rgeskema-om-helbredsstatus>
72. Christensen LN, Ehlers L, Larsen FB, Jensen MB. *Validation of the 12 Item Short form Health Survey in a Sample from Region Central Jutland*. Soc Indic Res. 1. november 2013;114(2):513–21.
73. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, m.fl. *Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L)*. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. december 2011;20(10):1727–36.
74. Hutting N, Belton J, Caneiro JP, Oliveira VC, Devan H, Johnston V, m.fl. *Development and content validity of the musculoskeletal self-management questionnaire (MSK-SMQ)*. Musculoskelet Sci Pract. 29. april 2025;78:103342.
75. Primdahl J, Wagner L, Hørslev-Petersen K. *Self-efficacy in rheumatoid arthritis: translation and test of validity, reliability and sensitivity of the Danish version of the Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Questionnaire (RASE)*. Musculoskeletal Care. september 2010;8(3):123–35.
76. Schwarzer R, Jerusalem M. *General Self-Efficacy Scale* [Internet]. 2012 [henvist 11. april 2025]. Tilgængelig hos: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t00393-000>
77. Brady TJ. *Measures of self-efficacy: Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), Arthritis Self-Efficacy Scale-8 Item (ASES-8), Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE), Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDESES), Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale (PASE), and Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE)*. Arthritis Care Res. november 2011;63 Suppl 11:S473–485.
78. Iversen T, Solberg TK, Romner B, Wilsgaard T, Nygaard Ø, Waterloo K, m.fl. *Accuracy of physical examination for chronic lumbar radiculopathy*. BMC Musculoskelet Disord. december 2013;14(1):206.
79. Hartvigsen J, Kamper SJ, French SD. *Low-value care in musculoskeletal health care: Is there a way forward?* Pain Pract. september 2022;22(5):65–70.
80. 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.

81. World Health Organization. **WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings.** Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. 1 s.
82. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, Van Der Windt DA, Groel R, Van Tulder MW. *Individual patient education for low back pain.* Cochrane Back and Neck Group, redaktør. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. CHRIST23. januar 2008 [henvist 24. januar 2025]; Tilgængelig hos: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004057.pub3>
83. Bellamy R. *An introduction to patient education: theory and practice.* Med Teach. juni 2004;26(4):359–65.
84. French SD, Nielsen M, Hall L, Nicolson PJA, van Tulder M, Bennell KL, m.fl. *Essential key messages about diagnosis, imaging, and self-care for people with low back pain: a modified Delphi study of consumer and expert opinions.* Pain. december 2019;160(12):2787–97.
85. Kjaer P, Kongsted A, Ris I, Abbott A, Rasmussen CDN, Roos EM, m.fl. *GLA:D® Back group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain - development, theories and scientific evidence.* BMC Musculoskelet Disord. 29. november 2018;19(1):418.
86. Kongsted A, Ris I, Kjaer P, Vach W, Morsø L, Hartvigsen J. *GLA:D® Back: implementation of group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain - protocol for a hybrid effectiveness-implementation study.* BMC Musculoskelet Disord. 18. februar 2019;20(1):85.
87. Martinez-Calderon J, Matias-Soto J, Luque-Suarez A. *"My Pain Is Unbearable... I Cannot Recognize Myself!" Emotions, Cognitions, and Behaviors of People Living With Musculoskeletal Disorders: An Umbrella Review.* J Orthop Sports Phys Ther. maj 2022;52(5):243-A102.
88. Hubeishy MH, Rossen CB, Dannapfel P, Thomas K, Jensen TS, Maribo T, m.fl. *Developing a low back pain guideline implementation programme in collaboration with physiotherapists and chiropractors using the Behaviour Change Wheel: a theory-driven design study.* Implement Sci Commun. 3. april 2024;5(1):33.
89. O'Keefe M, Hayes A, McCreesh K, Purtill H, O'Sullivan K. *Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis.* Br J Sports Med. januar 2017;51(2):126–32.
90. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. *Exercise therapy for chronic low back pain.* Cochrane Back and Neck Group, redaktør. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 28. september 2021 [henvist 15. august 2022];2021(10). Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009790.pub2>
91. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, m.fl. *Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association.* J Orthop Sports Phys Ther. november 2021;51(11):CPG1–60.
92. Vorensky M, Murray T, McGovern AF, Patel YY, Rao S, Batavia M. *Effect of integrated exercise therapy and psychosocial interventions on self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review.* J Psychosom Res. februar 2023;165:111126.
93. Thiveos L, Kent P, Pocovi NC, O'Sullivan P, Hancock MJ. *Cognitive Functional Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Phys Ther. 6. december 2024;104(12):pzae128.
94. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keefe M, et al. *Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain.* Phys Ther. 2018;98:408–423. Phys Ther. 1. oktober 2018;98(10):903–903.
95. NICE guideline. *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management.* 2020;23.
96. Draper-Rodi J, Newell D, Barbe MF, Bialosky J. *Integrated manual therapies: IASP taskforce viewpoint.* PAIN Rep. december 2024;9(6):e1192.
97. Ezzatvar Y, Dueñas L, Balasch-Bernat M, Lluch-Girbés E, Rossetini G. *Which Portion of Physiotherapy Treatments' Effect Is Not Attributable to the Specific Effects in People With Musculoskeletal Pain? A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials.* J Orthop Sports Phys Ther. juni 2024;54(6):391–9.
98. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, m.fl. *Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines.* Eur J Pain Lond Engl. februar 2021;25(2):275–95.

Bilag 1

Deltagere i den faglige følgegruppe

Andreas Kiilerich Andresen, ph.d., Konst. Ledende Overlæge på Rygcenter Syddanmark

Alice Kongsted, Professor MSO, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Idræt og Biomekanik, Forskningsenheden Klinisk Biomekanik

Berit Schiøttz-Christensen, Professor, ph.d. og Speciallæge i reumatologi

Charlotte Krog, Fysioterapeut, Specialist i Ryg- og Nakkeproblemer, Højeste kompetenceniveau i McKenzie Metoden (Dip. MDT), Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi, Master i Positiv Psykologi (MoPP), medlem af Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi

Claus Kjærgaard, M.Sc. Health Science, ph.d.-studerende og Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi, Dip.MDT

Helene Juhl-Olsen, Praktiserende læge i Hobro, Praksiskonsulent i reumatologi under kvalitetsenheden Nord-KAP i Region Nord

Janus Laust Thomsen, Læge, Centerleder, Professor, ph.d., Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet

Kasper Ussing, Fysioterapeut, Praktiserende i specialklinik, Rygcenter Syddanmark

Lau Rosborg, Fysioterapeut

Nanna Rolving, Forskningsleder, Fysioterapeut, ph.d., Lektor på Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Nils-Bo de Vos Andersen, Fysioterapeut, Praksiskonsulent for Fysioterapi Region Midtjylland

Ove Thomsen, Fysioterapeut og klinikejer

Praksiskonsulenter for Fysioterapi

Helene Povlsen, Region Nordjylland

Bo Albertsen, Region Midtjylland

Victor Ladegourdie, Region Syddanmark

Thomas Agner Larsen og Jesper Ottesen, Region Hovedstaden