

Høringsudkast - Pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion	2
1.1. Formål	2
1.2. Baggrund.....	4
1.3. Målgruppen for pakkeforløbet.....	5
2. Indhold i pakkeforløbet.....	8
2.1. Elementer i pakkeforløbet.....	8
2.2. Indledende fase: Trin 1. Opstart af pakkeforløb	9
2.3. Indledende fase: Trin 2. Yderligere indsatser	21
2.4. Vedvarende fase	28
3. Implementering.....	30
3.1. Indfasning.....	30
3.2. Digital understøttelse af pakkeforløbet	30
3.3. Monitorering og opfølgning	31
Referenceliste.....	33
Bilagsfortegnelse	35

1. INTRODUKTION

1.1. FORMÅL

Formålet med pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmerter er, at det samlede sundhedsvæsen støtter mennesker med kroniske lænderygsmerter i at leve et godt og meningsfuldt liv med deres sygdom og med færrest mulige symptomer, både på kort og på langt sigt.

Pakkeforløbet skal fremme, at mennesker med kroniske lænderygsmerter oplever et sammenhængende patientforløb med individuelt tilrettelagte indsatser, som er tilpasset den enkeltes behov, ressourcer, motivation og samlede livssituation. Formålet er, at den enkelte patient oplever at få den rette støtte og de rette indsatser på rette tidspunkt samt øget tryghed i patientforløbet gennem løbende opfølgning ved behov og tydelig koordinering og samarbejde på tværs af de sundhedsfaglige aktører, der er involveret i forløbet. Nogle patienter har nemt ved at navigere i sundhedsvæsenet, følge en behandlingsplan og håndtere tilbagevendende episoder med lænderygsmerter. Andre har behov for mere proaktiv og vedvarende støtte til at følge relevante mestringsstrategier og tage imod de sundhedsfaglige indsatser, der kan være brug for.

Patientens forløb vil blive samlet i en digitalt understøttet behandlingsplan, som kan tilgås af patienten selv samt de sundhedsfaglige aktører på tværs af sektorer, som er involveret i patientforløbet. På den måde skabes et bedre overblik og forventningsafstemning om, hvad patienten kan forvente i sit forløb. Gennem løbende informationsdeling, opfølgning ved behov og tydelig koordinering og samarbejde på tværs af sundhedsfaglige aktører skal patientens tryghed, egenomsorg^a og oplevet sammenhæng i patientforløbet styrkes. Sammenhæng indebærer ikke alene deling af information, men betyder også, at relevante aktører så vidt muligt arbejder ud fra en fælles forståelse af patientens situation, mål og videre forløb. Det skal bidrage til, at patienten møder enslydende information samt tydelig forventningsafstemning på tværs af aktører og sektorer.

Med pakkeforløbet styrkes den tidlige indsats efter diagnose ved at indføre en fælles ramme for systematisk vurdering og differentiering af patienternes behov for støtte og et tydeligt placeret koordinationsansvar for det samlede patientforløb i almenmedicinske tilbud. Med pakkeforløbet stilles der krav til, at almenmedicinske tilbud i opstarten af pakkeforløbet foretager en systematisk og helhedsorienteret behovsvurdering og differentiering af den enkelte patients behov for støtte samt udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med patienten. På den baggrund skal almenmedicinske tilbud med pakkeforløbet yde ekstra støtte og proaktiv opfølgning til de patienter, der vurderes at have behov for det, og som kan have vanskeligt ved at følge behandlingsplanen. Andre patienter vil have et mindre behov for støtte og dermed en større grad af egenomsorg. Denne tilgang giver mulighed for en høj grad af prioritering og fokusering, dels i forhold til hvilke af patientens problemstillinger der skal håndteres hvornår og dermed hvilke indsatser, der skal iværksættes i hvilken rækkefølge. Dels i forhold til ressourcer, således at de patienter med størst behov også får mest støtte.

^a Egenomsorg anvendes på tværs af de målgruppespecifikke pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom og forstås som den enkeltes evne til at håndtere og mestre symptomer, behandling, fysiske og psykiske konsekvenser og livsstilsændringer forbundet med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter desuden de handlinger og valg, som den enkelte foretager for at tage vare på egen sundhed, funktionsevne og trivsel i hverdagen, herunder at kunne reagere hensigtsmæssigt på ændringer i symptomer og vide, hvornår der er behov for at søge sundhedsfaglig hjælp. For yderligere information henvises til afsnit 2.3.1.

Der indføres to nye rettigheder for patienter i målgruppen gældende pr. 1. januar 2027⁽¹⁾. Patienter, der indgår i et pakkeforløb for patienter med kronisk sygdom, har ret til en personlig behandlingsplan, som udarbejdes hos almenmedicinske tilbud i dialog med den enkelte patient inden for 30 dage efter, at diagnosen er stillet^b. Almenmedicinske tilbud skal vurdere, om patienten har behov for patientrettede forebyggelsestilbud og henvise patienten, hvis det vurderes relevant. Patienter, der indgår i pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, har ret til tilbud om opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud efter sundhedslovens § 119, stk. 3 inden for 21 kalenderdage efter henvisning fra almenmedicinske tilbud.

Pakkeforløbet forventes således at bidrage til en mere systematisk henvisning af patienter til patientrettede forebyggelsestilbud og til, at flere patienter deltager i tilbuddene, herunder fx sygdomsmestring, fysisk aktivitet og brobygning til aktiviteter i foreningslivet og det øvrige civilsamfund. Den eksisterende organisering af tilbud til mennesker med kroniske lænderygsmærter i det samlede sundhedsvæsen ændres ikke som følge af pakkeforløbet. Der vil derfor fortsat være egenbetaling i tilfælde af indsatser i dele i praksissektoren, i lighed med i dag.

Det sundhedsfaglige indhold i pakkeforløbet er baseret på gældende retningslinjer på området fx kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og vejledninger. Pakkeforløbet beskriver de overordnede rammer og centrale indsatsområder for pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter og skal ses i sammenhæng med de fortsat gældende regionale forløbsprogrammer, der har til formål at beskrive den lokale tilrettelæggelse af de sundhedsfaglige indsatser til mennesker med kroniske lænderygsmærter, herunder det tværsektorielle samarbejde, opgavefordeling, koordinering og kommunikation omkring patienterne mellem involverede aktører. Hensigten med pakkeforløbene er dermed at styrke kvaliteten, sammenhængen, samarbejdet mellem aktører og systematikken i de eksisterende forløb. Speciallæger og øvrigt sundhedspersonale, både på sygehuse og i speciallægepraksis vil fortsat spille en vigtig rolle i patientforløbene og i at understøtte almenmedicinske tilbud gennem gensidig faglig sparring og rådgivning. Derudover vil sygehusene fortsat varetage patienter, hvis tilstand vurderes mest hensigtsmæssigt håndteret i sygehusregi fx grundet komplicerede eller komplekse sygdomsforløb eller behov for specialiseret udredning eller behandling.

For patienter, der er i målgruppen for flere forskellige pakkeforløb, vil den samlede indsats blive tilbudt og tilrettelagt i et pakkeforløb. Dette skal understøtte en koordineret indsats, der tager højde for patientens samlede situation og sygdomstilstand, så patienten ikke skal indgå i flere parallelle pakkeforløb.

Denne udgivelse henvender sig til myndigheder og aktører, som har et ansvar for implementeringen af pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmærter. Dette omfatter blandt andet almenmedicinske tilbud, regioner, kommuner, den øvrige praksissektor og Digital Sundhed Danmark.

Pakkeforløbet er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af en følgegruppe bestående af repræsentanter fra statslige myndigheder, regioner, kommuner, faglige selskaber og civilsamfundsorganisationer (se arbejdsprocessen for følgegruppen samt følgegruppens sammensætning, jf. bilag 1 og 2). Endvidere er pakkeforløbet udarbejdet med inddragelse af relevante aktører via en række bilaterale arbejds møder.

^b De nærmere rammer for patientrettighederne fremgår af [udkast til] forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Kronikerpakker, frit valg og befordring til sundheds- og omsorgspladser, m.v.), som træder i kraft den 1. januar 2027

1.2. BAGGRUND

Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom er en del af den politiske aftale om sundhedsreformen fra 2024⁽²⁾. Denne udgivelse beskriver pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, fra 2026⁽³⁾. Den generiske model fastlægger de overordnede principper, strukturer og rammer for indholdet i de målgruppespecifikke pakkeforløb.

Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom tager afsæt i den nationale ramme for sundhedsplanlægning, der blandt andet består af Den nationale sundhedsplan⁽⁴⁾. Den nationale sundhedsplan har et flerårigt implementerings- og udviklingssigte og sætter en fælles strategisk retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet mod et styrket nært sundhedsvæsen med følgende seks principper:

- Sundhedsplanlægning fremmer den sundhedsmæssige værdi for befolkningen
- Ressourcer bliver fordelt efter behov og faglig bæredygtighed
- Det primære sundhedsvæsen bliver fundamentet
- Patientforløb bliver tilrettelagt med færrest mulige skift i behandlingsansvar
- Fremtidens sundhed bliver mere digital
- Omstilling sker trinvis, koordineret og vidensbaseret

Pakkeforløb for kronisk sygdom indgår som del af implementeringen af ovenstående principper. Blandt andet skal forankring af pakkeforløbet i almenmedicinske tilbud medvirke til, at sundhedsindsatser, der kan varetages i det primære sundhedsvæsen, tilbydes tæt på eget hjem. Almenmedicinske tilbud vil varetage en stor del af patienternes forløb, som typisk også vil involvere flere sundhedsfaglige aktører, der bidrager med forskellige indsatser på tværs af sektorer og fagligheder. Som led i at sygehusene fremover skal arbejde mere udadvendt, spiller speciallæger fx fra reumatologiske, endokrinologiske eller ryggkirurgiske afdelinger en vigtig rolle i pakkeforløbet ved aktivt at understøtte almenmedicinske tilbud gennem gensidig faglig sparring og rådgivning om konkrete patienter eller problemstillinger. Det skal således tilstræbes, at patienter ikke henvises til sygehuset, hvis patienten kan håndteres i almenmedicinske tilbud med relevant rådgivning fra speciallæger og øvrigt sundhedspersonale på sygehuset. Derudover skal differentiering af almenmedicinske tilbuds rolle og grad af proaktivitet i det enkelte patientforløb bidrage til en bedre ressourceudnyttelse, hvor flere ressourcer, eksempelvis opfølgning og indsatser, tilgås patienter med størst behov.

Udarbejdelsen af pakkeforløb er en del af det samlede sundhedsvæsens indsats til mennesker med kroniske sygdomme, herunder i almenmedicinske tilbud, sygehuse, kommuner mv. Således skal pakkeforløb ses i sammenhæng med øvrige tiltag i sundhedsreformen fx specialeplanlægning, kvalitetsstander samt udvidelsen af funktion og kapacitet i almenmedicinske tilbud. Eksempelvis definerer Sundhedsstyrelsens Nationale Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud⁽⁵⁾ de fremtidige opgaver og krav til almenmedicinske tilbud, herunder at der specifikt er opgaver i relation til pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. Desuden beskriver Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft (forventes offentliggjort ultimo 2026)⁽⁶⁾ kvalitetskrav og anbefalinger til patientrettede forebyggelsestilbud, der indgår som en integreret del af pakkeforløbet. Ligeledes udgør digital understøttelse, muligheder for hjemmebehandling og udgående funktioner centrale elementer i den strukturelle omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere sundhedsindsatser fremover skal varetages tættere på patienternes hjem i det primære sundhedsvæsen.

1.3. MÅLGRUPPEN FOR PAKKEFORLØBET

Målgruppen for pakkeforløbet er mennesker med kroniske lænderygsmærter, som har betydelig indvirkning på funktionsevne og hverdagsliv (se afsnit 2.2.1 for inklusionskriterier for pakkeforløbet). Pakkeforløbet er udarbejdet med udgangspunkt i målgruppens karakteristika, herunder udfordringer, forskellige behov og kontaktmønstre i sundhedsvæsenet. I tilrettelæggelsen af det enkelte patientforløb skal der tages højde for disse forhold og behov, således at den enkelte patient modtager de rette indsatser på rette tid.

Kroniske lænderygsmærter er forbundet med nedsat funktionsevne, tilbagevendende episoder med smerter og hyppige kontakter til sundhedsvæsenet. Der er i målgruppen stor variation i symptombelastning, funktionsniveau og behov for støtte, og der er derfor tilsvarende behov for forskellige typer af indsatser.

Mennesker med kroniske lænderygsmærter kan desuden have behov for tværfaglige og tværsektorielle indsatser i almenmedicinske tilbud, i kommuner, på sygehuse og i øvrig praksissektor samt brobygning til civilsamfundet.

1.3.1. Udfordringsbilledet ved kroniske lænderygsmærter

Der lever omtrent 1 million mennesker med lænderygsmærter i Danmark⁽⁷⁾, og 16,3 % af befolkningen angiver at have været meget generet af smerter i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage⁽⁸⁾. Smerter i lænderyggen er derfor almindelige og hyppige i den danske befolkning. Smerternes varighed, intensitet og betydning for hverdagslivet varierer imidlertid betydeligt. I de fleste tilfælde vil de enkelte smerteepisoder bedres spontant inden for få uger eller måneder⁽⁹⁾, men omkring en tredjedel vil alligevel opleve nye episoder inden for et år⁽¹⁰⁾. Størstedelen af patienterne vil dog være i stand til at håndtere deres lænderygsmærter på egen hånd og evt. suppleret med forløb i almenmedicinske tilbud eller praksissektoren hos fx fysioterapeut eller kiropraktor⁽¹¹⁾. For en mindre gruppe vil smerterne udvikle sig til en langvarig eller tilbagevendende tilstand med væsentlig indvirkning på den enkeltes livskvalitet, funktionsevne og arbejdsmarkedstilknytning. Det er denne gruppe, som kan være i målgruppe for pakkeforløbet, da disse patienter er i størst risiko for varige gener og væsentlige personlige konsekvenser som følge af smerterne.

Forekomst af lænderygsmærter

Lænderygsmærter forekommer på tværs af aldersgrupper, med en stor del af tilfældene blandt personer i den erhvervsaktive alder⁽⁷⁾. Når der tages højde for aldersgruppernes størrelse, er forekomsten højest blandt mænd i alderen 50-64 år og kvinder i alderen 75 år eller derover⁽⁷⁾. Samtidig er lænderygsmærter årsag til 13,4 % af ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær og 38,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner.

Der ses en betydelig social ulighed i forekomsten af lænderygsmærter, hvor forekomsten stiger med kortere uddannelsesniveau blandt både mænd og kvinder⁽⁷⁾. Sociale og økonomiske livsvilkår kan dermed have betydning for både risikoen for at udvikle lænderygsmærter og mulighederne for at håndtere tilstanden, herunder at deltage i behandlingsforløb, opretholde funktionsevne, graden af selvhjulpethed og bevare tilknytning til hverdags- og arbejdsliv samt deltagelse i sociale fællesskaber

Kontaktmønstre i sundhedsvæsenet

Lænderygsmærter er forbundet med en betydelig ekstra kontakt til sundhedsvæsenet. Sammenlignet med patienter uden lænderygsmærter med tilsvarende demografiske og helbredsmaessige karakteristika udgør de ekstra kontakter blandt patienter med lænderygsmærter henholdsvis 7,5 % af alle kontakter til praktiserende læge og 20,8 % af alle kontakter til fysioterapeut og kiropraktor⁽⁷⁾. I sygehusregi havde gruppen omtrent 60.000 kontakter i perioden fra 2023-2024 fordelt på indlæggelser og ambulante kontakter⁽⁷⁾. Blandt mennesker med rygsmerter der ses i sygehusregi, har 27 % deres første sygehuskontakt på en akutafdeling. Denne andel vurderes at være uforholdsmæssigt stor, da nyopståede lænderygsmærter i videst muligt omfang bør kunne varetages i det primære sundhedsvæsen og som udgangspunkt ikke kræver akut sygehuskontakt⁽¹²⁾. Samtidig har kun omtrent halvdelen af patienterne set i specialiseret regi været i kontakt med en fysioterapeut og/eller kiropraktor i praksissektoren i det forudgående halve år⁽¹²⁾. Det kan indikere, at patienterne ikke henvises til relevante tilbud i primærsektoren i tilstrækkelig grad.

Både patienter med ryg sygdomme/lænderygsmærter og sundhedsprofessionelle peger på, at udrednings- og behandlingsforløb kan opleves som fragmenterede og ukoordinerede⁽¹³⁾. Patienterne har ofte kontakt med forskellige dele af sundhedsvæsenet, men modtager ofte også sociale – eller beskæftigelsesrettede indsatser, fx i forbindelse med afklaringsforløb i kommunen. Mange patienter oplever utilstrækkelig kommunikation og koordinering mellem de involverede aktører, hvilket kan skabe usikkerhed om ansvar, behandlingsmål og næste skridt i forløbet. Konsekvensen kan være, at patienterne selv må skabe overblik og koordinere mellem forskellige indsatser, hvilket kan være en betydelig belastning i en i forvejen sårbar situation for patienten. Samtidig oplever nogle patienter gentagne henvisninger til indsatser, som ikke har haft tilstrækkelig effekt^(11, 13).

Konsekvenser af et liv med kroniske smerter

At leve med langvarige smerter kan have betydelige konsekvenser ud over selve smerteoplevelsen. Kroniske smerter kan påvirke både den fysiske og psykiske funktionsevne og blandt andet være forbundet med søvnproblemer, træthed, hukommelses- og andre kognitive vanskeligheder. Livet med vedvarende eller tilbagevendende smerter kan samtidig have store følelsesmaessige konsekvenser og være forbundet med fx bekymring, tristhed og utryghed, og nogle mennesker kan udvikle psykiske følgeproblemer, herunder depression. Smerterne kan desuden begrænse deltagelse i hverdagsaktiviteter, sociale relationer og arbejdsliv, og nogle mennesker kan opleve social isolation. Konsekvenserne varierer fra person til person, men understreger behovet for en helhedsorienteret indsats, der tager udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer, livsvilkår og sundhedskompetence, herunder patientens evne til at tage viden om tilstanden til sig, håndtere tilstanden og deltage i det planlagte behandlingsforløb. Mennesker med kroniske lænderygsmærter bør derfor mødes med en helhedsorienteret tilgang, hvor patientens fysiske, psykiske og sociale situation samt ressourcer, livsvilkår og sundhedskompetence inddrages med henblik på at tilrettelægge individuelle og behovstilpassede indsatser^(14, 15).

1.3.2. Afgrænsning af målgruppen

Målgruppen for pakkeforløbet er mennesker med kroniske lænderygsmærter, hvor smerterne har en sådan varighed og betydning for funktionsevne og hverdagsliv, at der er behov for en sammenhængende og individuelt tilrettelagt indsats over tid. Målgruppen omfatter patienter, hvor tilstanden er relevant afklaret, og hvor der ikke aktuelt er behov for yderligere sygdomsspecifik udredning eller behandling, som forventes at kunne ændre smertetilstanden væsentligt.

Det er således en afgrænset del af den samlede gruppe af mennesker med lænderygsmærter. Mennesker med lænderygsmærter der ikke opfylder kriterierne, kan fortsat tilbydes relevante indsatser i

sundhedsvæsenet på baggrund af deres individuelle behov og i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer, anbefalinger og forløbsprogrammer.

Målgruppen der er omfattet af pakkeforløbet er dog heterogen og omfatter mennesker med forskellige årsager til og forløb af deres lænderygsmerter. Pakkeforløbet omfatter både mennesker med primære kroniske lænderygsmerter og sekundære kroniske lænderygsmerter. Ved sekundære kroniske smerter forstås smerter, som initialt anses som et symptom på anden lidelse. Det kan fx være i tilfælde af vedvarende smerter efter en initial diskusprolaps med nerverodspåvirkning. Primære kroniske smerter kan derimod ikke forklares ved en sekundær lidelse eller vævsskade og er endvidere ofte forbundet med betydelig negativ følelsesmæssig påvirkning eller påvirket funktionsevne^(16, 17). Primære lænderygsmerter udgør langt størstedelen af tilfældene, da lænderygsmerter i 9 ud af 10 tilfælde ikke kan tilskrives en bagvedliggende sygdom eller specifik vævsskade⁽¹⁸⁾. Fælles for patienterne i målgruppen er, at smerterne udgør et vedvarende eller tilbagevendende helbredsproblem med væsentlig betydning for patientens funktionsevne og deltagelse i hverdagslivet.

Mennesker med kroniske lænderygsmerter, der opfylder kriterierne for pakkeforløbet, skal tilbydes et pakkeforløb. De specifikke inklusionskriterier for indgang til pakkeforløbet uddybes under afsnit 2.2.1.

Som ved andre indsatser i sundhedsvæsenet er det frivilligt, om patienten ønsker at tage imod et tilbud om pakkeforløb. I udgangspunktet er et pakkeforløb varigt og patienter i målgruppen vil have ret til pakkeforløbet gennem resten af livet. Omfanget af aktiv støtte, opfølgning og kontakt til sundhedsvæsenet skal imidlertid tilpasses patientens aktuelle behov og kan variere betydeligt over tid. For patienter, der selvstændigt kan håndtere tilbagevendende symptomer og fastholde deltagelse i hverdagslivet, kan der være lange perioder uden behov for aktiv opfølgning. Ønsker en patient ikke længere at indgå i pakkeforløbet, skal dette imødekommes og registreres.

2. INDHOLD I PAKKEFORLØBET

2.1. ELEMENTER I PAKKEFORLØBET

Et pakkeforløb består af en indledende fase og en vedvarende fase (se figur 1):

Den indledende fase består af trin 1 og trin 2:

- **Trin 1: Opstart af pakkeforløb** finder sted i almenmedicinske tilbud, som foretager en behovsvurdering og differentiering af patientens behov for støtte fra almenmedicinske tilbud. På baggrund af dette udarbejdes en samlet behandlingsplan i dialog med patienten.
- **Trin 2: Yderligere indsatser** finder sted i almenmedicinske tilbud og hos øvrige aktører afhængigt af behandlingsplanen, herunder hvilke indsatser patienten henvises til.

Den vedvarende fase er det levede liv med en kronisk sygdom og beskriver de fortsatte og yderligere indsatser, herunder behandling og opfølgning, som finder sted i almenmedicinske tilbud og hos øvrige aktører. Almenmedicinske tilbud har ansvar for eventuelle justeringer af behandlingsplanen efter behov.

Begrebet "indsatser" omfatter udredning, medicinsk behandling og øvrige non-farmakologiske indsatser, herunder rehabilitering og patientrettede forebyggelsestilbud mv. Inddragelse af patienten skal være et centralt element i pakkeforløbet, og det konkrete forløb skal altid tage udgangspunkt i patientens sygdomstilstand, funktionsevne, livssituation, ressourcer og motivation.

Figur 1. Patientens kronologiske vej i et pakkeforløb



2.2. INDLEDENDE FASE: TRIN 1. OPSTART AF PAKKEFORLØB

Pakkeforløbet starter, når den almenmedicinske klinik bekræfter, at inklusionskriterierne er opfyldt. Pakkeforløbet forankres i almenmedicinske tilbud, som har koordineringsansvaret i forløbet. Dette gælder uanset, om udredning og behandling varetages i eller uden for almenmedicinske tilbud.

Indgangsvejen til et pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter er illustreret i figur 2. Pakkeforløbet indfases gradvist. Patienter, der vurderes at opfylde inklusionskriterierne i forbindelse med en aktuel udredning og vurdering, kan inkluderes i pakkeforløbet, mens patienter, der allerede er kendt i den almenmedicinske klinik med kroniske lænderygsmærter og opfylder kriterierne, vil blive tilbudt opstart i et pakkeforløb ved løbende kontakt til den almenmedicinske klinik.^c I den forbindelse er det vigtigt, at almenmedicinske tilbud er opmærksomme på patienter, som er kendt med kroniske lænderygsmærter og kan være omfattet af pakkeforløbet, men ikke har eller deltager i planlagte konsultationer.

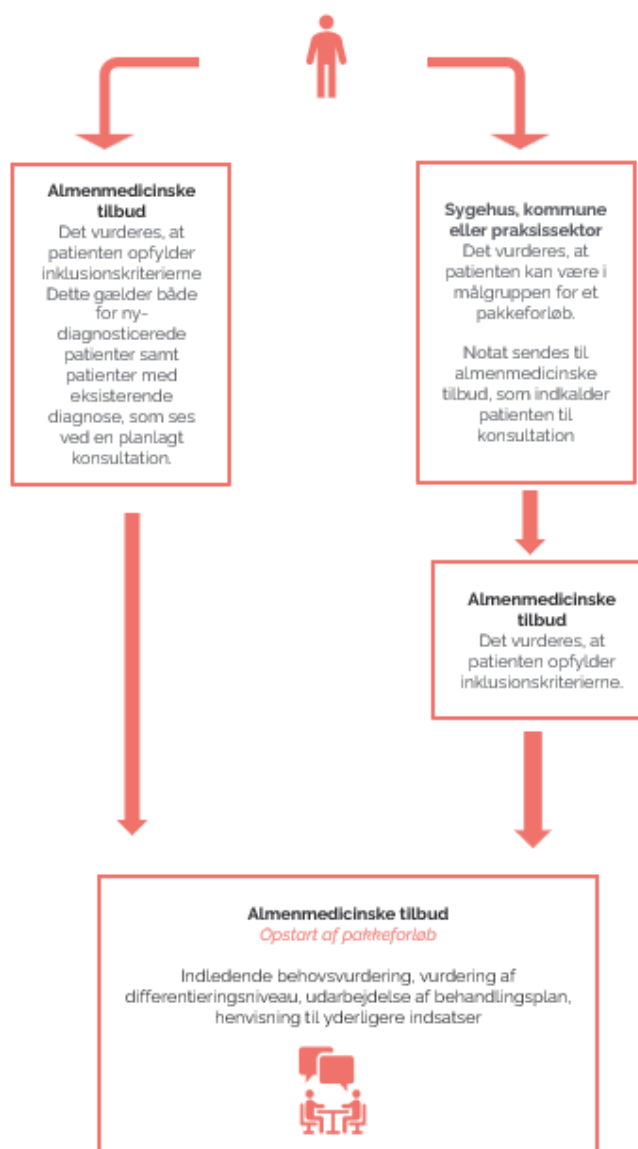
Opstart af et pakkeforløb foregår som følger:

- **Den almenmedicinske klinik** bekræfter, at patienten er diagnosticeret med kroniske lænderygsmærter og dertil opfylder begge inklusionskriterier og opstarter pakkeforløbet. Den almenmedicinske klinik foretager i dialog med patienten en initial behovsvurdering, som gennemføres ved opstart af pakkeforløbet og danner grundlag for differentiering af patientens behov for støtte fra den almenmedicinske klinik og udarbejdelse af en behandlingsplan. Den almenmedicinske klinik har ansvar for at indkalde patienten til en initial behovsvurdering, hvis der i andet regi er foretaget vurdering om, at patienten er i målgruppe for et pakkeforløb.
- **Øvrige aktører (fx sygehuse, speciallægepraksis, fysioterapeuter eller kiropraktorer)** skal sende et notat til almenmedicinske tilbud, hvor det tydeligt fremgår, at patienten vurderes at være i målgruppen for et pakkeforløb. Der kan samtidig videregives relevant information til den almenmedicinske klinik, som kan indgå i udarbejdelsen af behandlingsplanen.

Når patienten indgår i et pakkeforløb, indebærer det ikke, at den almenmedicinske klinik overtager behandlingsansvar og indsætter, der allerede varetages i andet regi, fx på sygehus eller i speciallægepraksis, men at den almenmedicinske klinik understøtter og koordinerer det samlede patientforløb, hvor der er behov.

^c Patienter, der allerede er diagnosticeret og opfylder inklusionskriterierne, når pakkeforløbet træder i kraft, skal tilbydes en behandlingsplan inden for det første år efter ikrafttræden, fx i forbindelse med næste planlagte kontakt til almenmedicinske tilbud. I de tilfælde, hvor en patient i målgruppen for pakkeforløbet henvender sig med et ønske om en behandlingsplan, skal almenmedicinske tilbud tilstræbe at udarbejde denne hurtigst muligt og gerne inden for 30 kalenderdage.

Figur 2. Indgange til et pakkeforløb for patienter med kroniske lænderygsmærter, der opfylder inklusionskriterierne



2.2.1. Kriterier for indgang til pakkeforløbet

Patienter med kroniske lænderygsmærter kan have forskellige udrednings- og behandlingsforløb forud for indgang i pakkeforløbet. For de fleste varetages udredningen i almenmedicinske tilbud, mens nogle patienter, som følge af deres symptomer eller underliggende tilstand, har behov for yderligere udredning eller behandling hos andre aktører. Det kan fx være hos fysioterapeut eller kiropraktor i praksissektoren,

og vil ikke være en henvisning til et behandlingsforløb, men en enkeltstående vurdering, der understøtter almenmedicinske tilbuds videre diagnostik, udredning og planlægning af indsatsen. Vurderingen kan med fordel indgå allerede tidligt i patientforløbet og kan også finde sted i speciallægepraksis eller på sygehus herunder i reumatologisk, rykirurgisk eller endokrinologisk regi.

Nogle patienter kan således have gennemgået et mere specialiseret behandlingsforløb og i nogle tilfælde kirurgisk behandling, inden de opfylder kriterierne for indgang i pakkeforløbet.

Forudsætninger for opstart i pakkeforløb

Opstart i pakkeforløbet forudsætter, at patientens tilstand er relevant afklaret, og at der ikke er behov for eller afventes effekt af yderligere udredning eller sygdomsspecifik behandling, herunder kirurgisk behandling, som forventes at kunne ændre smertetilstanden i væsentlig grad. Ved tilstande som fx aktiv malign lidelse, aktiv infektion, aktuel fraktur eller andre tilstande med behov for sygdomsspecifik udredning eller behandling kan patienten tilbydes et pakkeforløb, når den underliggende sygdom eller tilstand er relevant udredt og behandlet, forudsat at patienten opfylder de nedenstående inklusionskriterier. Patienter, hvor lænderygsmærterne skyldes en systemisk inflammatorisk sygdom, er ikke omfattet af målgruppen for pakkeforløbet.

Inklusionskriterier for tilbud om pakkeforløb

Patienter med kroniske lænderygsmærter kan tilbydes et pakkeforløb, når **begge** nedenstående kriterier er opfyldt. Vurderingen af, om kriterierne er opfyldt, beror på en samlet klinisk vurdering af patientens tilstand og samlede situation:

- Lænderygsmærterne er vedvarende, fluktuerende eller episodiske, med eller uden udstråling til ét eller begge ben, med en samlet varighed over tre måneder gennem det sidste år.
- Lænderygsmærterne er forbundet med betydelig nedsat funktionsevne, som har væsentlig indvirkning på evnen til at udføre eller deltage i vanlige daglige, arbejdsrelaterede eller sociale aktiviteter.

Diagnosekoder

Såfremt det vurderes, at **begge** ovenstående kriterier er opfyldt og patienten kan kodes med én af følgende diagnoser (ICPC-2-koder), kan et pakkeforløb tilbydes:

- L03 - Symptom/klage fra lænd
- L84 - Rygsyndrom uden smerteudstråling
- L86 - Rygsyndrom med smerteudstråling

Ved overgang til ICPC-3 skal der være opmærksomhed på en eventuel justering i de omfattede diagnosekoder.

2.2.2. Behovsvurdering, differentiering og behandlingsplan

Når patienten vurderes at opfylde inklusionskriterierne, starter pakkeforløbet i den almenmedicinske klinik med en initial behovsvurdering. For patienter, der allerede er kendt i den almenmedicinske klinik med kroniske lænderygsmærter og opfylder kriterierne, vil de blive tilbudt opstart i et pakkeforløb ved løbende kontakt til den almenmedicinske klinik. Almenmedicinske tilbud skal være opmærksomme på patienter, som kan være omfattet af pakkeforløbet og ikke har eller deltager i planlagte konsultationer.

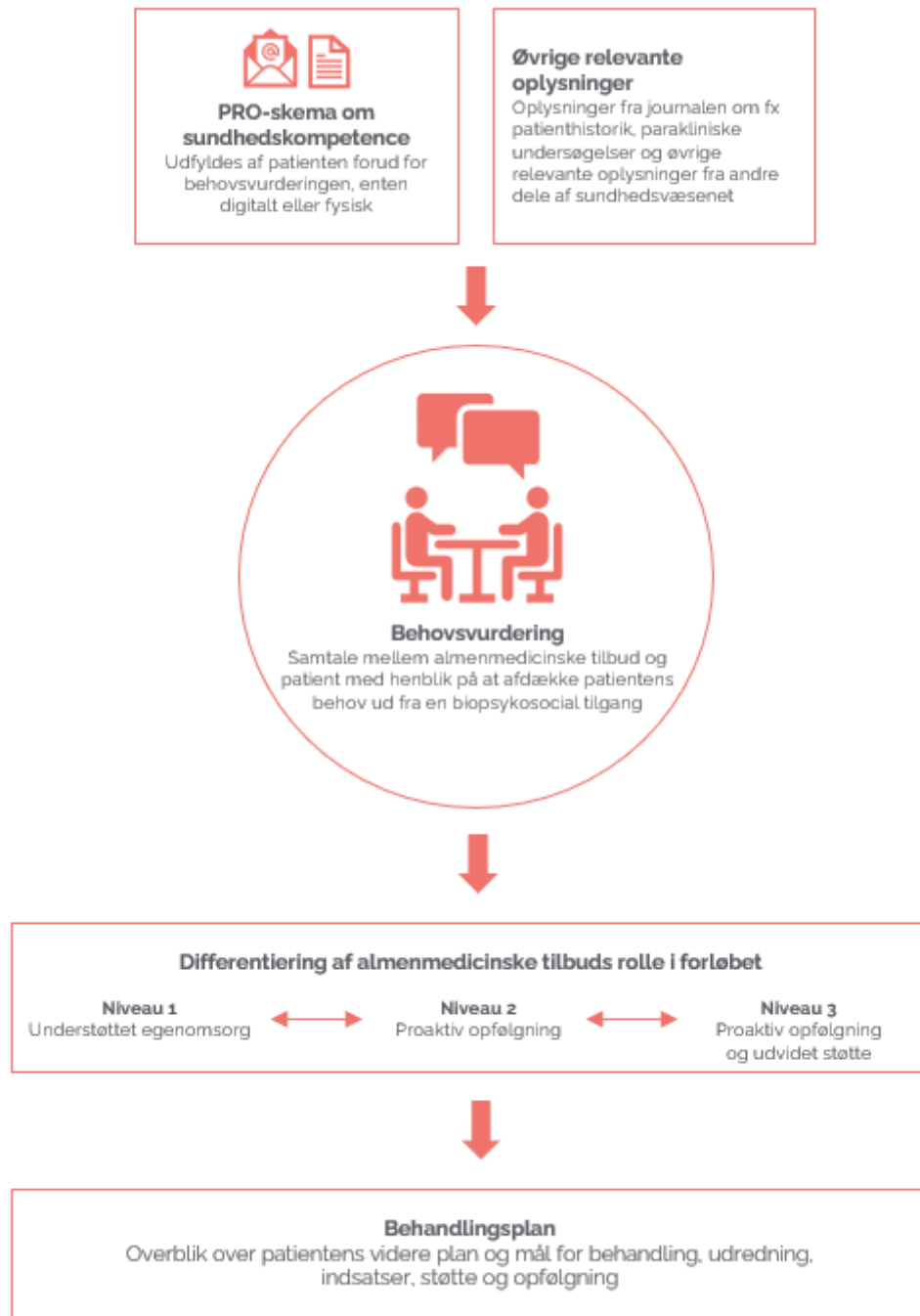
Behovsvurderingen er en systematisk afklaring af patientens individuelle behov, ressourcer og ønsker, som gennemføres i almenmedicinske tilbud i dialog med patienten og følger dermed kendt praksis med en patientcentreret tilgang. Behovsvurderingen danner grundlag for differentieret indsats fra almenmedicinske tilbud i forhold til omfang af støtte og proaktivitet. Den differentierede indsats tilrettelægges på baggrund af en vurdering af patientens aktuelle sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuelt sårbare situation. Patienten skal forud for behovsvurderingen have tilsendt et PRO-skema om sundhedskompetence^d, som skal understøtte almenmedicinske tilbuds dialog med patienten om vedkommendes aktuelle sundhedskompetence. Formålet med differentieringen er at identificere patienter, som har behov for ekstra støtte og en mere proaktiv indsats fra almenmedicinske tilbud, og som kan have vanskeligt ved at følge indsatser i behandlingsplanen. Differentieringen skal dermed bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed, som kroniske lænderygsmerter ofte er forbundet med. Almenmedicinske tilbud skal løbende tage stilling til, om der er behov for at revurdere patientens behov for støtte og proaktivitet.

Behovsvurderingen danner yderligere grundlag for udarbejdelse af en individuel behandlingsplan, som løbende justeres i takt med ændringer i patientens tilstand, behov, ressourcer eller ønsker.

Processen er illustreret i figur 3 og udfoldes yderligere i de kommende afsnit.

^d I regi af Digital Sundhed Danmark vil PRO-skema om sundhedskompetence udvikles, indholdsvalideres og brugertestes forud for idriftsættelse 1. januar 2027, hvorefter skemaet vil blive evalueret og tilpasset på baggrund af erfaringer i forbindelse med idriftsættelse.

Figur 3. Proces for behovsvurdering, differentiering og behandlingsplan i almenmedicinske tilbud



Behovsvurdering

Behovsvurderingen er en systematisk afklaring af patientens individuelle behov, ressourcer og ønsker og har til formål at understøtte, at behandlingsplanen og den efterfølgende opfølgning tilrettelægges med udgangspunkt i patientens samlede helbredsmaessige, psykiske og sociale situation. Behovsvurderingen foretages i dialog med patienten over én eller flere konsultationer og tager udgangspunkt i en struktureret og patientcentreret samtale med patienten. Hvis relevant kan patientens pårørende inddrages, da de kan bidrage væsentligt til patientens forløb. Inddragelsen bør samtidig ske under hensyntagen til den pårørendes egne ressourcer og behov. Derudover tager behovsvurderingen udgangspunkt i oplysninger fra journalen om fx patienthistorik, parakliniske undersøgelser, samt øvrige relevante oplysninger fra andre dele af sundhedsvæsenet. Samtalen skal understøtte fælles prioritering, hvor sundhedsfaglig viden og patientens erfaringer, mål og præferencer bringes sammen som grundlag for den videre plan. Det er væsentligt, at behovsvurderingen gennemføres på en måde, der understøtter en tryk og tillidsfuld relation, som opleves ikke-dømmende og sker i et ikke-stigmatiserende sprog.

Almenmedicinske tilbud kan i forbindelse med behovsvurderingen inddrage relevante sundhedsprofessionelle kompetencer afhængigt af patientens behov og den samlede kompleksitet i sygdommen.

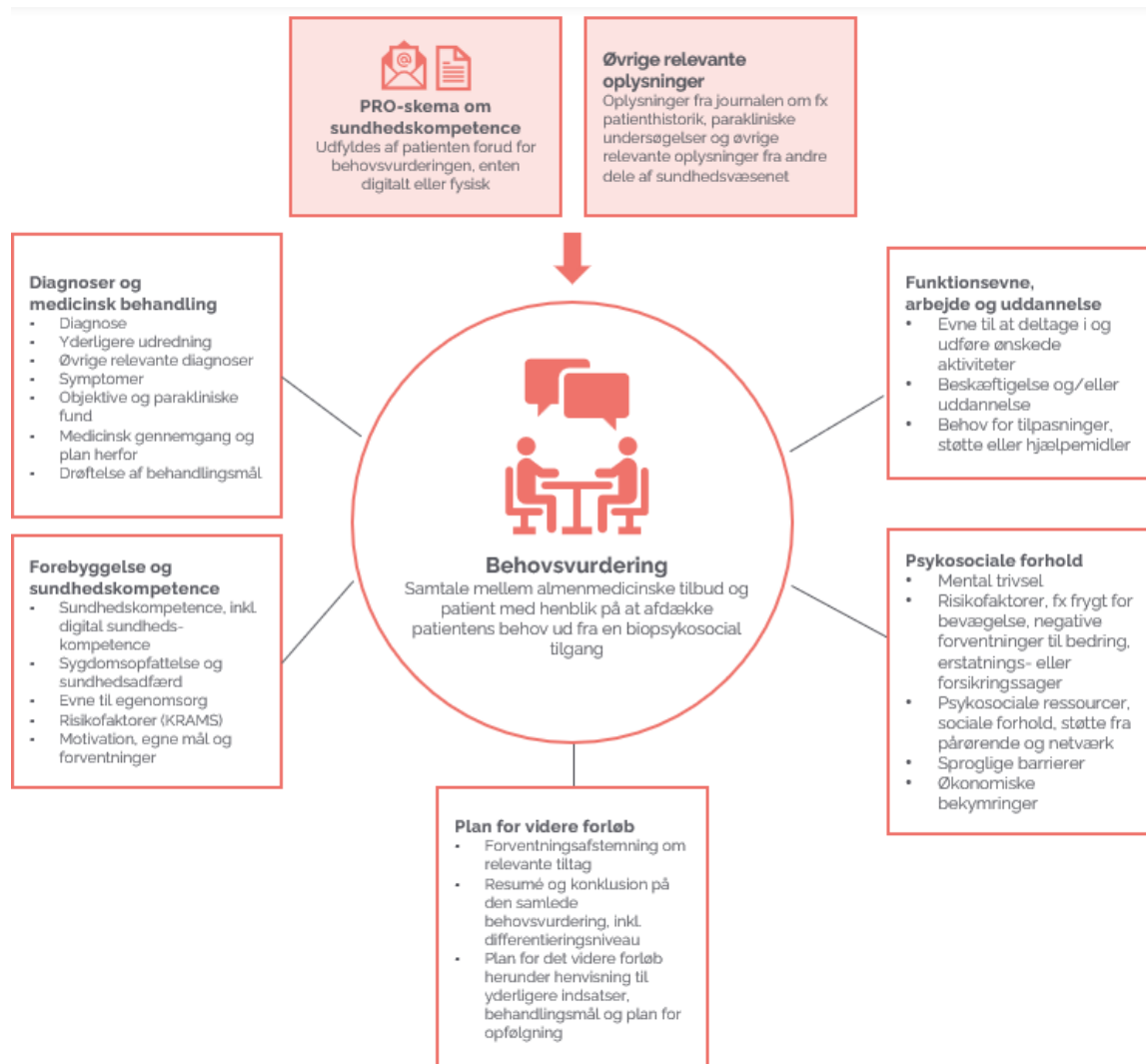
Behovsvurderingen i almenmedicinske tilbud skal ikke forstås som en tjekliste, men som en overordnet vurdering, der bør indeholde følgende elementer:

- Diagnoser og medicinsk behandling
- Forebyggelse og sundhedskompetencer
- Psykosociale forhold
- Funktionsevne og faktorer relateret til arbejde og uddannelse
- Plan for videre forløb

Som del af behovsvurderingen skal almenmedicinske tilbud samtidig afdække patientens aktuelle sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuelt sårbare situation til brug for differentiering af patientens behov for støtte og proaktivitet fra almenmedicinske tilbud (se tekstboks 1). PRO-skemaet skal som nævnt understøtte afdækningen af patientens aktuelle sundhedskompetence.

Figur 4 uddyber elementerne i behovsvurderingen, men udgør ikke en udtømmende liste eller tjekliste over, hvad der skal afdækkes. Almenmedicinske tilbud kan i de konkrete situationer tilpasse rækkefølge og detaljeringsgrad for drøftelsen af de enkelte elementer ud fra en sundhedsfaglig vurdering, patientens ønsker og gældende kliniske retningslinjer på området.

Figur 4. Elementer i behovsvurderingen i almenmedicinske tilbud



Behovsvurderingen skal afdække patientens samlede situation, herunder alle relevante diagnoser og behandlingsbehov, samt patientens funktionsevne, arbejdssituation og sociale forhold. Ved multisygdom^ø bør der desuden være særligt fokus på den samlede behandlingsbyrde for patienten, herunder behovet for koordinering og prioritering på tværs af behandlingsforløb.

Som en del af behovsvurderingen afdækkes det hidtidige forløb med lænderygsmerter. Det omfatter eventuel relevant udredning og vurdering hos speciallæge eller andre aktører i den øvrige praksissektor, samt tidligere og igangværende indsatser og effekten af disse. I den forbindelse afdækkes og vurderes

^ø Multisygdom defineres som det at have to eller flere samtidige kroniske sygdomme.

også patientens eventuelle behov for og brug af smertestillende medicin, herunder hvilke lægemidler og håndkøbspræparater patienten anvender samt patientens oplevede effekt og eventuelle bivirkninger.

For mennesker med kroniske lænderygsmærter kan det i samtalen være relevant at anvende ICF-modellen (International Classification of Functioning, Disability and Health)^(14, 19) som en biopsykosocial forståelsesramme for patientens samlede funktionsevne. I vurderingen af funktionsevnen bør der blandt andet være fokus på, hvordan lænderygsmærterne påvirker patientens mulighed for at udføre almindelige daglige aktiviteter (ADL) og deltage i hverdagslivet. Derudover kan vurderings- og screeningsværktøjer anvendes efter behov med udgangspunkt i gældende kliniske retningslinjer. Hos ældre patienter bør der være opmærksomhed på tegn på skrøbelighed, herunder ændringer i fysisk, psykisk, kognitiv og social funktionsevne samt behov for hverdagsstøtte. I den forbindelse bør eksisterende støtte og eventuelle yderligere behov afdækkes, herunder behov for indsatser i form af helhedspleje eller kommunal sygepleje.

For mennesker med kroniske lænderygsmærter er det også særligt relevant at afdække psykosociale faktorer, der øger risikoen for langvarige forløb. Det kan fx være frygt for bevægelse, undgåelsesadfærd, katastrofetanker om smerterne, negative forventninger til bedring, angst, stress, depression eller søvnforstyrrelser. I den forbindelse afdækkes også patientens viden om og forståelse af egne smerter, herunder tanker om årsagen til smerterne og egne muligheder for at håndtere dem. Afdækningen bør følges af en individuelt tilpasset og forståelig forklaring på lænderygsmærterne og de faktorer, der kan have betydning for symptomer, funktionsevne og hverdagsliv. Forklaringen bør understøtte en biopsykosocial forståelse og reducere unødigt bekymring. Patientens sociale situation og ressourcer bør ligeledes afdækkes, herunder støtte fra familie og øvrigt netværk, deltagelse i sociale fællesskaber, aktiviteter i foreningslivet og det øvrige civilsamfund samt patientens muligheder for at opsøge og fastholde deltagelse i sådanne tilbud og fællesskaber. Ved sproglige barrierer hos patienten bør behovet for tolkebistand vurderes, herunder om der er grundlag for dispensation fra tolkegebyr.

Det er væsentligt at afdække forhold relateret til beskæftigelse og tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder hvordan lænderygsmærterne påvirker muligheden for at varetage arbejdet, eventuelt sygefravær samt risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Patientens forventninger samt mål, ønsker og prioriteringer for det videre forløb og fremtiden bør ligeledes afdækkes, herunder hvad der er vigtigt for patienten at kunne bevare eller opnå i hverdagslivet. Dette danner grundlag for en fælles forventningsafstemning og for sammen med patienten at prioritere indsatser og opstille relevante og realistiske mål for behandlingen og det samlede forløb.

Tekstboks 1. Afdækning af patientens sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og sårbare situation som del af behovsvurderingen

Almenmedicinske tilbud skal identificere patienter med størst behov for støtte med henblik på at tilpasse forløb, kommunikation og opfølgning til patientens individuelle behov og forudsætninger og understøtte, at flere patienter følger behandlingsplanen, herunder gennemfører planlagte aktiviteter og indsatser. Som en del af behovsvurderingen skal almenmedicinske tilbud derfor afdække patientens aktuelle sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuelt sårbare situation til brug for vurdering af differentieringsniveau.

Sundhedskompetence

Almenmedicinske tilbud skal vurdere patientens aktuelle sundhedskompetence, herunder digitale sundhedskompetence og støtte fra pårørende, og om dette medfører behov for ekstra støtte og proaktivitet i forløbet. Med sundhedskompetence forstås patientens personlige kompetencer og ressourcer, som er nødvendige i en given kontekst for at finde, forstå, vurdere og anvende information til at træffe beslutninger om sundhed. Sundhedskompetence vedrører ligeledes evnen til at fastholde, kommunikere og handle på disse beslutninger.

Forud for den initiale behovsvurdering skal patienten have tilsendt et PRO-skema om sundhedskompetence. PRO-skemaet skal give patienten mulighed for at reflektere over egen sundhedskompetence og belyse den enkelte patients oplevelse af egen sundhedskompetence. PRO-skemaet er samtidig et værktøj for almenmedicinske tilbud til at starte dialogen med patienten om sundhedskompetence. Derudover kan patientens besvarelse af PRO-skemaet i sig selv give en indikation af patientens aktuelle sundhedskompetence. Dog kan besvarelsen af PRO-skemaet ikke stå alene, og det er væsentligt, at almenmedicinske tilbuds vurdering af patientens sundhedskompetence sker på baggrund af den samlede vurdering af patientens tilstand.

Hvis patienten ikke kan eller har mulighed for at udfylde PRO-skemaet digitalt på forhånd, skal det overvejes i den almenmedicinske klinik, om patienten kan udfylde det i venteværelset eller i samarbejde med personale i det almenmedicinske tilbud. Klinikken skal være opmærksom på, om manglende udfyldelse af PRO-skemaet kan være en indikation på fx sprogbarrierer eller nedsat digital sundhedskompetence, som kan være af relevans for vurdering af differentieringsniveau. PRO-skemaet vil være generisk og anvendes på tværs af de sygdomsspecifikke pakkeforløb. Arbejdet med udviklingen af PRO-skemaet ligger i regi af Digital Sundhed Danmark, som også vil arbejde med indholdsvalidering og den tekniske løsning frem mod 1. januar 2027. PRO-skemaet vil forventeligt bestå af seks spørgsmål, som tilsammen dækker følgende relevante spørgeområder og variable: funktionel, interaktiv, kritisk/anvendt, kollektiv og digital sundhedskompetence.

Sygdomskompleksitet

Almenmedicinske tilbud skal vurdere patientens aktuelle sygdomskompleksitet, og om dette medfører behov for ekstra støtte og proaktivitet i forløbet. For mennesker med kroniske lænderygsmærter kan sygdomskompleksiteten vurderes ud fra patientens funktionsevne set fra et biopsykosocialt perspektiv, herunder patientens evne til at deltage i aktiviteter i hverdags- og arbejdsliv på lige fod med andre mennesker. Ligeledes skal almenmedicinske tilbud i vurderingen af den samlede sygdomskompleksitet vurdere øvrige relevante faktorer som fx multisygdom eller polyfarmaci, som også kan medføre behov for ekstra støtte og proaktivitet i forløbet.

Sårbare situationer

Almenmedicinske tilbud skal afdække, om patienten befinder sig i en aktuel sårbar situation, og om dette medfører behov for ekstra støtte og proaktivitet i forløbet. Alle mennesker kan i løbet af livet komme i en sårbar situation, hvor de er mere udsatte eller har ringere forudsætninger for at håndtere helbredsproblemer. En sårbar situation kan eksempelvis hænge sammen med alvorlige begrænsninger i fysisk, psykisk, kognitiv og/eller social funktionsevne. Det kan blandt andet omfatte begrænset socialt netværk, langtidsledighed eller risiko for tab af arbejdssevne, svær psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse, rusmiddelafhængighed, livstruende eller terminal sygdom, samt komplekse sociale problemstillinger som hjemløshed eller vold i nære relationer.

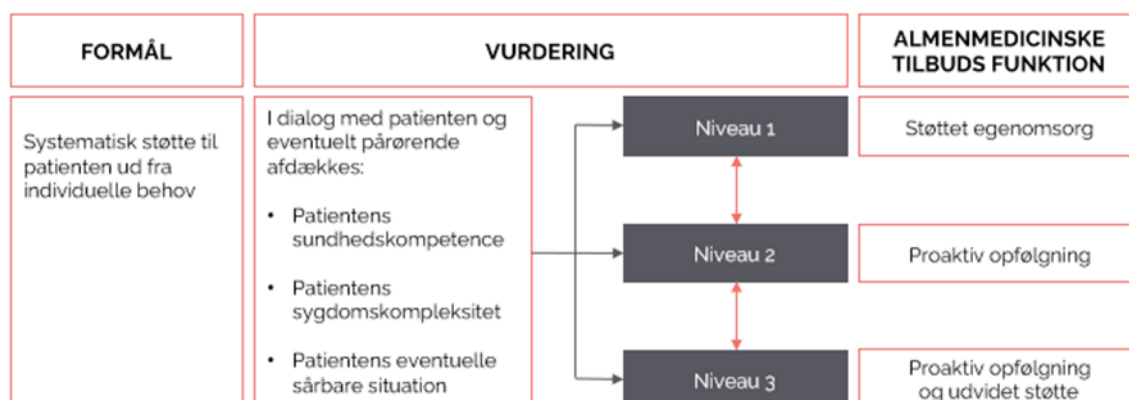
Differentiering af almenmedicinske tilbuds rolle i pakkeforløbet

Almenmedicinske tilbud skal i dialog med patienten, og hvor det er muligt og relevant også med patientens pårørende, tage stilling til almenmedicinske tilbuds rolle og grad af støtte og proaktivitet i det konkrete patientforløb (se figur 5). Differentieringsniveauet fastlægges af almenmedicinske tilbud med samtykke fra patienten, og i den forbindelse er det væsentligt, at differentieringen ikke opleves stigmatiserende for patienten.

Vurderingen skal baseres på patientens aktuelle sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuelt sårbar situation, som er afdækket i behovsvurderingen og gennem PRO-skema om sundhedskompetence (se tekstboks 1). Hensigten med differentieringen er at øge andelen af patienter, der gennemfører de planlagte aktiviteter ved at identificere de patienter, med størst behov for en proaktiv indsats fra almenmedicinske tilbud samt støtte til at følge behandlingsplanen.

Det forventes, at niveau 1 vil være relevant for størstedelen af patienterne, mens niveau 2 vil være relevant for færre og niveau 3 for en mindre del af patienterne. Niveau 3 er målrettet de mest sårbare patienter, hvor en sårbar situation optræder i kombination med flere af de øvrige forhold, der indgår i differentieringen. Niveauet indebærer derfor den højeste grad af støtte og proaktivitet fra det almenmedicinske tilbud og kan desuden indebære inddragelse af øvrige relevante ressourcepersoner omkring patienten.

Figur 5. Systematisk differentiering af patienters behov for støtte i pakkeforløb



Almenmedicinske tilbuds rolle og grad af proaktivitet og støtte i det enkelte patientforløb i henholdsvis niveau 1, 2 og 3 beskrives nedenfor:

- Niveau 1, støttet egenomsorg:
Almenmedicinske tilbud skal støtte patienters egenomsorg og forløb og tilbyde opfølgning ved behov. Almenmedicinske tilbud kan desuden henvise patienten til relevante hjemmesider, hvor patienten kan finde yderligere information, der kan styrke viden om sygdommen og evnen til egenomsorg. Konsultationstypen bør overvejes med henblik på video- eller e-konsultation, når indholdet i konsultationen tillader det. Patienterne opfordres til så vidt muligt at fastholde fysisk aktivitet og hverdagsaktiviteter.

- Niveau 2, proaktiv opfølgning:

Almenmedicinske tilbud skal yde støtte og være proaktive over for patienterne. Det kan fx ske i form af prioritering af kontinuitet i behandlerrelationen, tættere opfølgning, forskellige konsultationstyper (fx behov for fysisk fremmøde eller video- eller e-konsultation), længere konsultationer, konsultationer med gennemgang af behandlingsplan som det specifikke formål samt opfølgning ved udeblivelser fra konsultationer i almenmedicinske tilbud, udeblivelse efter henvisning til patientrettet forebyggelsestilbud eller ved andre afvigelser fra behandlingsplanen.

- Niveau 3, proaktiv opfølgning og udvidet støtte:

Almenmedicinske tilbud skal yde støtte og være proaktive over for disse patienter, jf. beskrivelsen under niveau 2. På niveau 3 skal almenmedicinske tilbud derudover have en særlig opmærksomhed på, at patienter i særligt sårbare situationer (se tekstboks 1) tilbydes den nødvendige støtte. Dette vil blandt andet inkludere, at almenmedicinske tilbud skal afdække relevante ressourcepersoner omkring patienten og understøtte samarbejdet med disse, fx kommune, støttekontaktperson, forløbspsygeplejersker og socialt netværk. Almenmedicinske tilbud bør overveje behovet for et tværfagligt og/eller tværsektorielt møde med relevante ressourcepersoner omkring patienten.

Jf. ovenstående beskrivelser vedrører valget af differentieringsniveau almenmedicinske tilbuds grad af støtte og proaktivitet over for patienten i det enkelte patientforløb og dermed ikke, hvilke indsatser patienten tilbydes. Af bilag 3 fremgår fire patientcases, der illustrerer, hvordan almenmedicinske tilbud kan vurdere behovet for støtte svarende til differentieringsniveau 1, 2 og 3. Casene viser samtidig eksempler på, hvad almenmedicinske tilbuds rolle og proaktivitet kan indebære på de forskellige niveauer i konkrete patientforløb.

På alle tre niveauer skal den almenmedicinske klinik i behandlingsplanen beskrive relevante forhold, der er afdækket i behovsvurderingen, udarbejde en behandlingsplan og ved behov igangsætte relevante indsatser og henvise til fx relevante patientrettede forebyggelsestilbud. Ligeledes bør den almenmedicinske klinik på alle tre niveauer opfordre patienten til at opsøge, deltage i eller fastholde deltagelse i aktiviteter i regi af civil- og lokalsamfund samt foreningsliv, såfremt det vurderes relevant.

Almenmedicinske tilbud skal løbende tage stilling til, om der er behov for at revurdere differentieringsniveauet. Det kan fx være relevant, når der sker ændringer i patienternes livssituation eller sygdom, fx ved akut indlæggelse eller tilkomst af nye symptomer, som kan medføre ændringer i behovet for støtte og proaktivitet fra almenmedicinske tilbud.

Behandlingsplan

Behandlingsplanen er en individuel plan for patientens samlede behandlingsforløb, som deles i det fælles digitale overblik (se tekstboks 2). Patienter i et pakkeforløb har ret til en personlig behandlingsplan, som skal udarbejdes af den almenmedicinske klinik sammen med den enkelte patient, inden for 30 kalenderdage efter, at det er vurderet, at patienten opfylder inklusionskriterierne.

Behandlingsplanen udarbejdes på baggrund af behovsvurderingen og differentieringen og skal understøtte sammenhæng mellem de udfordringer, forudsætninger og behov, der er blevet afdækket, samt den behandling og de indsatser, der iværksættes. Behandlingsplanen skal desuden understøtte patientens motivation og ejerskab i eget forløb, indsatser og egenomsorg.

Behandlingsplanen skal give dokumentation og overblik over patientens videre plan og mål for behandling, udredning, indsatser, støtte og opfølgning samt de aftaler, der er indgået om, hvad patienten skal gøre, fx ved tegn på forværring. Behandlingsplanen skal indeholde en opsummering af patientens behandlingsbehov på baggrund af behovsvurderingen samt en angivelse af differentieringsniveauet for patientens behov for støtte, herunder støtte til at følge behandlingsplanen. Behandlingsplanen bør som udgangspunkt yderligere omfatte de væsentligste oplysninger, mål og aftaler, fra elementerne i behovsvurderingen, herunder diagnoser og medicinsk behandling, forebyggelse og sundhedskompetence, psykosociale forhold, funktionsevne, arbejde og uddannelse, samt plan for det videre forløb. De enkelte elementer bør beskrives i det omfang og med den detaljeringsgrad, der er sundhedsfagligt relevant for patientens samlede behandlingsforløb.

Behandlingsplanen skal være overskuelig og handlingsanvisende for patienten. Ved flere eller komplekse problemstillinger skal patienten og de sundhedsprofessionelle i fællesskab prioritere, hvilke mål og indsatser der aktuelt er vigtigst og realistiske, og hvilke der eventuelt kan afvente. Prioriteringen skal tage højde for patientens samlede behov og ressourcer og bidrage til, at det samlede forløb ikke medfører en unødigt behandlingsbyrde. Målene bør tage udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for patienten at kunne bevare eller opnå i hverdagslivet, og understøtte patientens ønsker og prioriteringer på både kort og længere sigt.

Almenmedicinske tilbud skal i forbindelse med udarbejdelsen af behandlingsplanen vurdere, om patienten skal tilbydes henvisning til patientrettet forebyggelse efter sundhedslovens §119, stk. 3. I den patientrettede forebyggelse sker vurderingen med afsæt i en afklarende samtale med regionen eller den aktør, som regionen samarbejder med i det konkrete sundhedsrådsområde. Da der kan være overlap mellem behovsvurderingen i almenmedicinske tilbud og den afklarende samtale, kan relevante oplysninger fra behovsvurderingen og behandlingsplanen med fordel inddrages i den afklarende samtale. Den almenmedicinske klinik vil desuden være ansvarlig for at følge op på den enkelte patient efter afslutning af patientrettet forebyggelsestilbud, såfremt der vurderes at være behov herfor, fx som led i proaktiv opfølgning, jf. differentieringsniveau 2 og 3. Det patientrettede forebyggelsestilbud skal videregive relevante oplysninger til den almenmedicinske klinik, herunder en tilbagemelding om, hvilke indsatser den enkelte patient har fået tilbudt eller gennemført, om effekt eller evaluering af indsatsen, herunder om de aftalte mål for indsatsen er opnået. Desuden gives en tilbagemelding, hvis patienten udebliver fra det patientrettede forebyggelsestilbud, samt når forløbet er afsluttet. Efter afsluttet forløb kan det almenmedicinske tilbud, hvis det vurderes relevant, indkalde patienten til opfølgning.

Almenmedicinske tilbud kan henvise patienten til yderligere indsatser på baggrund af behovsvurderingen. Pakkeforløbet medfører ikke ændringer i eksisterende henvisningsmuligheder og -praksis. De centrale indsatser i et pakkeforløb uddybes under afsnit 2.3. Henvisningen skal understøtte den enkelte patients mulighed for at leve et godt og meningsfuldt liv med kroniske lænderygsmærter på kort og lang sigt.

Ved henvisning af patienten til yderligere indsatser bør der være en forventningsafstemning med patienten om patientens motivation og mål for at deltage i en konkret indsats. Der bør sættes realistiske mål i samarbejde med patienten, der fokuserer på patientens ønsker til at kunne udføre og deltage i konkrete aktiviteter fremfor opnåelse af smertefrihed, da smerterne for størstedelen af patienterne vil være tilbagevendende. Formålet med dette er at understøtte, at de igangsatte indsatser gennemføres og opleves som meningsfulde for patienten.

Der skal løbende tages stilling til, om behandlingsplanen bør justeres, da fx patientens tilstand, funktions-
evne, behov for støtte og ønsker til behandling kan ændre sig gennem hele livet.

Patienten skal ved afslutning af konsultationen tilbydes at få udleveret behandlingsplanen i papirform, hvis patienten ønsker det, eller hvis almenmedicinske tilbud har identificeret eller har en formodning om, at patienten har nedsat digital sundhedskompetence. Dette kan fx komme til udtryk gennem patientens PRO-besvarelse, fremgå ved at patienten ikke har besvaret PRO-skemaet digitalt, eller blive afdækket i forbindelse med behovsvurderingen. Øvrige involverede sundhedsfaglige aktører med adgang til behandlingsplanen skal ved opdatering af behandlingsplanen overveje, om patienten skal tilbydes at få den udleveret i papirform.

For patienter med flere sygdomme, der giver adgang til et pakkeforløb, skal der kun udarbejdes én behandlingsplan, som omfatter alle diagnoser og patientens samlede situation og sygdomstilstand. Hvis patienten allerede er i et pakkeforløb og bliver diagnosticeret med endnu en kronisk sygdom, der udløser et pakkeforløb, vil den eksisterende behandlingsplan skulle revideres indenfor 30 dage, ligesom patienten skal have tilbudt opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud, hvis det vurderes relevant ift. igangværende behandlingsforløb. En patient vil således ikke skulle indgå i flere parallelle pakkeforløb.

Tekstboks 2. Fælles digitalt overblik over behandlingsplanen

Med pakkeforløbet følger et digitalt overblik over behandlingsplanen, som løbende opdateres af almenmedicinske tilbud, patienten og øvrige involverede sundhedsfaglige aktører med ansvar for elementer i pakkeforløbet. Den digitale behandlingsplan fungerer således som et redskab til at skabe overblik for patienten og sundhedsfaglige aktører med ansvar for elementer i pakkeforløbet samt som et samarbejdsredskab mellem sundhedsfaglige aktører i patientens forløb. Det er i den forbindelse vigtigt, at anvendelsen af digitale løsninger ikke bliver en barriere for patientens deltagelse i eget forløb, og at der tages højde for patienter, som har begrænsede digitale kompetencer eller vanskeligt ved at anvende digitale løsninger.

Foruden almenmedicinske tilbud har øvrige involverede aktører i et pakkeforløb også ansvar for, at behandlingsplanen indeholder opdaterede oplysninger for de dele, som aktøren har behandlingsansvar for.

Det er centralt, at der i behandlingsplanen kun fremgår information, der er relevant for de involverede sundhedsfaglige aktører med ansvar for elementer i pakkeforløbet, og at indholdet i behandlingsplanen stemmer overens med det, der er aftalt med patienten. For yderligere information om digitalisering af pakkeforløbene henvises til afsnit 3.

2.3. INDLEDENDE FASE: TRIN 2. YDERLIGERE INDSATSER

Trin 2 i den indledende fase indebærer de indsatser, som har relevans for patienter med kroniske lænderygsmærter i tiden efter diagnosen, behovsvurderingen og de indledende indsatser i almenmedicinske tilbud. De patientrettede forebyggelsestilbud, jf. sundhedslovens §119 stk. 3, er en central indsats for mennesker i pakkeforløb for kroniske lænderygsmærter. Disse tilbud kan jf. Sundhedsstyrelsens

kvalitetsstandarder for Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft (forventes offentliggjort ultimo 2026) omfatte sygdomsmestring, fysisk aktivitet, ernæringsindsats, nikotinafvænning (fællesbetegnelse for ryge- og nikotinstop) og forebyggende samtale om alkohol. Indsatsen indledes med en afklarende samtale⁽⁶⁾, hvor det allerede her skal indtænkes, hvordan patienten efterfølgende kan fastholde og videreføre relevant forandring, fx ved brobygning til foreningsliv og aktiviteter i regi af civil- og lokalsamfund, samt hvilke personer i patientens netværk, der vil være relevante at inddrage.

De patientrettede forebyggelsestilbud er generiske indsatser, der kan tilbydes patienter med kronisk sygdom samt patienter med kræft og kan indgå i en bredere rehabiliteringsindsats. Indsatserne er ikke sygdomsspecifikke, men der vil i tilrettelæggelsen af de enkelte indsatser tages højde for relevante sygdomsspecifikke forhold. Den enkelte patient kan have behov for patientrettede forebyggelsestilbud flere gange i løbet af sygdomsforløbet, hvor fokus for indsatsen kan være forskelligt afhængig af den enkeltes behov, ønsker og helbredstilstand. Patienten kan også selv henvende sig eller henvises til en afklarende samtale fra kommunale forvaltningsområder som eksempelvis jobcenteret, socialområdet og sundhedsområdet⁽⁶⁾.

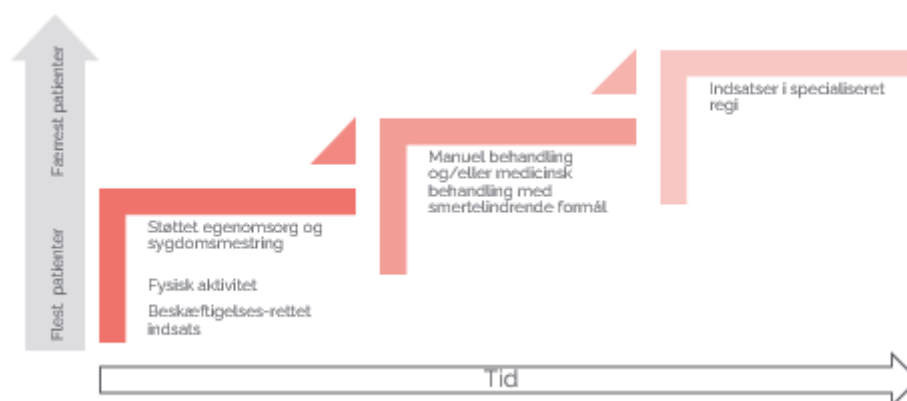
Hvad angår det samlede forløb for den enkelte patient, vil relevansen af de forskellige indsatser variere og bero på den enkeltes behov, ønsker og livssituation. De fremhævede indsatser, der beskrives nedenfor, udgør således ikke et komplet billede af alle de indsatser, som mennesker med kroniske lænderygsmærter kan have behov for, da indsatserne skal tilpasses den enkelte patient. Dette betyder også, at ikke alle i pakkeforløbet skal have alle de nedenstående indsatser. Nogle indsatser vil være relevante i den indledende fase, mens andre kan blive aktuelle i den vedvarende fase af sygdomsforløbet. Fælles er dog, at de fleste patienter der indgår i pakkeforløbet, kan behandles, følges og støttes i det primære sundhedsvæsen, samtidig med at specialistressourcer målrettes de patienter, hvor der er et klart fagligt behov. Det kan endvidere overvejes, om digitale løsninger eller støtteværktøjer skal være en del af indsatsen til de patienter, der kan anvende disse som led i deres fysiske aktivitet, sygdomsmestring og håndtering af en hverdag med kroniske lænderygsmærter.

For de fleste patienter vil følgende indsatser være de mest centrale gennem forløbet:

- Støttet egenomsorg og sygdomsmestring
- Fysisk aktivitet
- Beskæftigelsesrettet indsats

Derudover kan det for nogle patienter være relevant i en periode at supplere med manuel behandling og/eller smertestillende medicin til lindring af smerter. Disse supplerende indsatser bør dog ikke stå alene. Få patienter kan, ved forværring eller tiltagende udfordringer, på klar faglig indikation, have behov for indsatser i specialiseret regi. Fordelingen mellem indsatserne er illustreret i figur 6, hvor det første trin er de indsatser, som oftest vil tilbydes først og til hovedparten af patienterne, mens færre forventes at have behov for at supplere med yderligere indsatser og derved at gå ét eller eventuelt to trin op af trappen.

Figur 6. Indsatser i pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmærter



2.3.1. Støttet egenomsorg og sygdomsmestring

Ved egenomsorg forstås den enkeltes evne til at håndtere og mestre symptomer, behandling, fysiske og psykiske konsekvenser og livsstilsændringer forbundet med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter desuden de handlinger og valg, som den enkelte foretager for at tage vare på egen sundhed, funktionsevne og trivsel i hverdagen, herunder at kunne reagere hensigtsmæssigt på ændringer i symptomer og vide, hvornår der er behov for at søge sundhedsfaglig hjælp⁽²⁰⁾. Mestringsforløb og struktureret patientuddannelse har til formål at styrke patientens egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre patienten i stand til på bedst mulig måde at leve livet med kroniske lænderygsmærter. Indsatser til sygdomsmestring kan varetages tværprofessionelt og bør tilrettelægges med afsæt i de kompetencer, patientens behov kalder på, herunder relationelle, pædagogiske og psykosociale kompetencer.

For patienter med behov for proaktiv opfølgning eller proaktiv opfølgning og udvidet støtte (differentieringsniveau 2 og 3) kan sygdomsmestring med fordel tilrettelægges som en kontinuerlig proces med mulighed for gentagen dialog og opfølgning. Støtten kan omfatte hjælp til at prioritere aktuelle udfordringer, afprøve mestringsstrategier, evaluere erfaringer og justere mål og indsatser over tid.

- **Patientrettede forebyggelsestilbud** efter sundhedslovens §119 stk. 3 skal give patienter med kronisk sygdom eller kræft indsigt, redskaber og tillid til egne evner med henblik på at styrke deres sundhedskompetence. Dette kan over tid bidrage til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom eller kræft, fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd. Indsatserne planlægges med udgangspunkt i en afklarende samtale og en sundhedsfaglig vurdering. Patienter i pakkeforløb skal have fået tilbud om opstart på den første indsats senest 21 kalenderdage efter henvisning fra almenmedicinske tilbud. Indsatserne kan bl.a. omfatte sygdomsmestring, der giver patienten kendskab til den specifikke sygdoms karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation. Støtte til fastholdelse efter afsluttet forløb, herunder brobygning til lokale fællesskaber og civilsamfund, indgår som en systematisk del af alle indsatserne.
- **Civilsamfundsorganisationer** som fx patient- eller idrætsforeninger kan tilbyde information og rådgivning i hverdagslivet. Civilsamfundet tilbyder fællesskaber med mennesker i samme situation og

kan give hjælp til sygdomsforståelse og -håndtering. Der findes forskellige digitale overblik over lokale aktiviteter, se fx tekstboks 3.

- **Kiropraktorer og fysioterapeuter i praksissektoren** kan tilbyde struktureret patientuddannelse og vejledning om livet med kroniske lænderygsmærter, enten individuelt eller på hold. Struktureret patientuddannelse adskiller sig fra råd og vejledning, der gives ad hoc i et behandlingsforløb, ved at være en systematisk og standardiseret indsats, der har til formål at styrke patientens evne til egenomsorg. Mange fysioterapeuter og kiropraktorer beskæftiger sig med den kognitive tilgang til patientuddannelse og smerteforståelser (Se tekstboks 4 for et eksempel på kompetenceudvikling).
- **Psykologer i praksissektoren** kan tilbyde psykologisk behandling i tilfælde, hvor psykiske faktorer som angst, depression, belastningsreaktion, katastrofetænkning, nedtrykthed, undgåelsesadfærd og tilbagetrækning har negativ indvirkning på patientens funktionsevne, smertehåndtering og/eller evne til at indgå i andre behandlingsindsatser.

Tekstboks 3. Eksempel på overblik over lokale aktiviteter i kommunen

Socialkompas.dk er en digital portal, som fungerer som en lokal infrastruktur og et tilbudsoverblik, som både patient, foreninger, frivillige og kommunale medarbejdere kan anvende. Socialkompas er et sted, hvor patient og pårørende kan søge hjælp til deres aktuelle livssituation, frivillige organisationer og uvisiterede kommunale tilbud kan synliggøre deres indsatser, og kommunale medarbejdere kan få et samlet overblik over tilgængelige tilbud.

Tekstboks 4. Eksempel på kompetenceudvikling inden for egenmestring

Forskning viser, at mange sundhedsprofessionelle efterspørger kompetencer og et fælles sprog til systematisk at arbejde med støttet egenmestring og inddrage psykologiske og sociale faktorer i mødet med patient med lænderygbesvær⁽²²⁾.

Region Syddanmark, Region Sjælland og Syddansk Universitet udvikler derfor, i et tværfagligt og tværregionalt fællesskab, et nyt e-læringsforløb målrettet sundhedsprofessionelle med fokus på støttet egenmestring til patienter med lænderygbesvær. Projektet har til formål at udvikle en fagneutral, modulopbygget e-læringsuddannelse, der giver sundhedsprofessionelle viden, færdigheder og motivation til at understøtte patientens egenmestring. Det forventes, at uddannelsen vil tilgængelig nationalt primo 2027 og at der løbende udvikles mere fagspecifikke moduler over tid, fx målrettet almenmedicinske tilbud.

2.3.2. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet indebærer forskellige former for bevægelse, motion og hverdagsaktiviteter, som patienten varetager på egen hånd eller som superviseret fysisk træning. Valg af træningsform bør tage udgangspunkt i patientens præferencer ud fra dennes behov og ressourcer, da der ikke er stærk evidens for, at nogle træningsformer er bedre end andre⁽¹⁵⁾. Almindelig motion og bevægelse kan håndteres af patienten

selv eller i regi af aktører i civilsamfundet fx idrætsforeninger eller træningscentre. Også her kan digitale løsninger eller støtteværktøjer i form af digitalt understøttet træning være relevante at indtænke, fx sundhedsapps anbefalet af Nævnet for Sundhedsapps, se tekstboks 5.

Superviseret træning kan varetages af aktører i sundhedsvæsenets og civilsamfundet og tilbydes individuelt eller på hold. Superviseret træning kan omfatte forskellige træningsformer, herunder konditions-, styrke-, bevægeligheds- og balancetræning mm.

- **Patientrettede forebyggelsestilbud** efter sundhedslovens §119 stk. 3, kan tilbyde vejledning om fysisk aktivitet og superviseret fysisk træning, tilpasset særlige sygdomsspecifikke hensyn, der tilrettelægges på baggrund af den afklarende samtale. I de patientrettede forebyggelsestilbud bygges systematisk bro til relevante aktører i civilsamfundet, som tilbyder fællesskaber inden for fysisk aktivitet og understøtter overgangen fra sundhedsfaglig indsats til et aktivt hverdagsliv med mulighed for varig deltagelse i aktiviteter og fællesskaber. Indsatsen omkring fysisk aktivitet i den patientrettede forebyggelse (Vejledning om fysisk aktivitet eller Superviseret fysisk træning) bør kombineres med sygdomsmestring for at få det bedste udbytte.
- **Fysioterapeuter og kiropraktorer i praksissektoren** kan tilbyde råd og vejledning om fysisk aktivitet samt superviseret træning, enten individuelt eller på hold. Indsatsen bør kombineres med sygdomsmestring for at få det bedste udbytte.
- **Civilsamfundsorganisationer** som fx idræts-, patientforeninger og frivillige organisationer kan tilbyde aktiviteter med fysisk aktivitet, og der kan søges information og rådgivning hos relevante patientforeninger. En særlig styrke er her, at disse aktive lokale fællesskaber, i høj grad tilbyder relationer, tilhørsforhold, social støtte og motivation, hvilket er en væsentlig faktor for varig fastholdelse af fysisk aktivitet.
- **Kommunen** kan yde støtte til bl.a. aktivitetsdeltagelse og hverdagsmestring gennem bl.a. ergoterapi og kan tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens §86 ved funktionsnedsættelse, der ikke er relateret til forløb på sygehus. Patienter med kroniske lænderygsmærter kan også være i målgruppen for denne indsats. Derudover kan der være en snitflade for målgruppen til genoptræning med en genoptræningsplan jf. sundhedsloven §140, hvor kommunen tilbyder genoptræning på basalt og avanceret niveau, hvis sygehuset vurderer, behov for genoptræning efter fald i funktionsevnen relateret til afslutning af et ambulant forløb eller sygehusindlæggelse.

Tekstboks 5. Digitale løsninger og støtteværktøjer

Digitale løsninger og støtteværktøjer, fx sundhedsapps, kan være relevante at anvende som led i at støtte den enkelte i at mestre egen sygdom. Samtidig er det nu muligt for almenmedicinske tilbud at anbefale apps godkendt af Nævnet for sundhedsapps direkte til en patient gennem appen Min Læge.

Nævnet for Sundhedsapps har til formål at vurdere og anbefale sundhedsapps til borgere og sundhedspersoner og er forankret i Lægemiddelstyrelsen. For at en sundhedsapp kan anbefales af nævnet, skal den først og fremmest leve op til følgende fastlagte vurderingskriterier: klinisk evidens for effekt, brugervenlighed, pris og samfundsværdi.

2.3.3. Beskæftigelsesrettet indsats

En beskæftigelsesrettet indsats bør tilpasses patientens aktuelle tilknytning til arbejdsmarkedet og iværksættes så tidligt som muligt:

Ved risiko for længerevarende sygefravær (truet sygemeldt) bør indsatsen have fokus på forebyggelse af sygemelding og fastholdelse i arbejde gennem dialog om skånehensyn, tilpasning af arbejdsopgaver og arbejdstid samt anden relevant støtte på arbejdspladsen.

Ved sygemelding (sygemeldt) bør indsatsen understøtte fastholdelse af tilknytningen til arbejdspladsen og en gradvis tilbagevenden til arbejdet, herunder gennem løbende dialog mellem patient, arbejdsplads og relevante aktører.

Ved tab af tilknytning til arbejdsmarkedet (ude af arbejdsmarkedet) bør indsatsen have fokus på at styrke patientens muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, herunder ved at understøtte funktionsevnen med henblik på beskæftigelse samt planlægge vejen tilbage til beskæftigelse.

Indsatsen bør tilrettelægges i samarbejde mellem patient, arbejdsplads, kommunens beskæftigelsesindsats og den almenmedicinske klinik med henblik på enten at fastholdelse patienten i arbejde eller understøtte tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

- **Almenmedicinske tilbud og kommunen** har et fælles ansvar for at være opmærksomme på og reagere ved risiko for sygefravær eller tab af arbejdsmarkedstilknytning. Kommunen har ansvaret for visitation, opfølgning og eventuel beskæftigelsesrettet indsats. Almenmedicinske tilbud bidrager med helbredsoplysninger og vurderinger til kommunens sagsbehandling.
- **Sygehuse og speciallægepraksis** kan i relevante tilfælde bidrage med afklaring af diagnosen, behandlingsmuligheder og prognose, når dette har betydning for den videre behandling eller den beskæftigelsesrettede indsats. En vurdering af sygdomsforløbet forventede udvikling kan understøtte planlægningen af relevante arbejdsfastholdende indsatser. Arbejdsmedicinske klinikker kan bidrage med udredning af en mulig arbejdsrelateret årsag til symptomerne samt rådgive om arbejdsfastholdelse, tilpasning af arbejdsforhold, fremtidige erhvervs muligheder og forebyggelse af arbejdsrelaterede belastninger. Socialmedicinske afdelinger kan i komplekse forløb bidrage med en tværfaglig vurdering af patientens helbred, funktionsevne og sociale og beskæftigelsesmæssige forhold samt rådgivning om muligheder for fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

2.3.4. Supplerende behandlingsformer med smertelindrende formål

Supplerende behandlingsformer til smertelindring som fx medicinsk smertebehandling eller manuel behandling kan være relevant i perioder for nogle patienter som supplement til aktive behandlingsindsatser som egenomsorg og fysisk aktivitet. Det kan fx være relevant i perioder med opblussen af smerter.

- **Kiropraktorer, fysioterapeuter og osteopater i praksissektoren** kan tilbyde *manuel behandling* med henblik på smertelindring som supplement til aktive indsatser. Manuel behandling bør ikke stå alene, og manglende bedring efter få behandlinger bør føre til revurdering af relevansen af indsatsen.

- **Almenmedicinske tilbud og andre speciallæger** kan igangsætte *medicinsk smertebehandling* som supplement til øvrige indsatser. Medicinsk behandling skal bero på en konkret lægelig vurdering med udgangspunkt i gældende kliniske retningslinjer og bør ikke stå alene. Der bør udvises særlig tilbageholdenhed med langvarig medicinsk behandling på grund af begrænset effekt og risiko for bivirkninger.

2.3.5. Ved tiltagende udfordringer eller behov for andre indsatser

Ved forværring eller tiltagende udfordringer kan det være nødvendigt at henvise til specialiserede indsatser jf. gældende kliniske retningslinjer. Dette vil generelt gælde en mindre del af målgruppen, da de fleste forløb bør håndteres gennem førnævnte indsatser⁽¹¹⁾.

- **Speciallæge i praksissektoren** kan tilbyde yderligere *diagnostisk afklaring* ved behov eller ved utilstrækkelig effekt af andre indledende behandlingstiltag. Indsatsen kan bl.a. varetages af speciallæge i reumatologi, neurologi, psykiatri, radiologi eller monofaglig smerteklinik.
- **Sygehuse** kan bidrage med *diagnostik, behandling og håndtering af komplekse sygdomsforløb*. Henvisning til specialiseret indsats i sygehusregi kan være relevant, hvis patienten ikke har opnået tilstrækkelig effekt af indsatser i primærsektoren, ved behov for yderligere udredning, eller hvis patienten har andre samtidige sygdomme, som kræver en specialiseret indsats. Indsatser i sygehusregi kan typisk omfatte rygmedicinsk eller rykirurgisk indsats, reumatologisk indsats, endokrinologisk indsats eller social- og arbejdsmedicinsk indsats.
- **De tværfaglige smertecentre** kan tilbyde *tværfaglige forløb til patienter med komplekse kroniske smerter*^f, hvor monofaglige indsatser ikke har haft effekt og patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i relevante specialer. Forløbene er målrettet patienter, hvor smerterne har medført alvorlige konsekvenser for arbejds- og hverdagsliv, og er forbundet med sociale og psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats⁽¹⁴⁾.

Ved afslutning fra specialiseret udredning eller behandling skal der være særlig opmærksomhed på overgangen til det videre pakkeforløb. Patienten skal have en forståelig forklaring på konklusionen af den specialiserede vurdering, herunder hvad den betyder for det videre forløb, hvilke indsatser der anbefales, og hvem der følger op. Relevante oplysninger og aftaler skal fremgå af behandlingsplanen og formidles til den almenmedicinske klinik.

For patienter med komplekse biopsykosociale problemstillinger kan der være behov for et tættere tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde. Samarbejdet skal understøtte en fælles forståelse af patientens situation, tydelige mål og rollefordeling samt sammenhæng mellem samtidige indsatser. Ved behov kan der anvendes fælles konsultationer eller tværsektorielle konferencer med relevante aktører og med inddragelse af patientens perspektiv.

^f Komplekse kroniske smerter anvendes om smertetilstande, hvor der udover fysiske problemstillinger også er psykologiske og/eller sociale problemstillinger, og hvor følelsesliv, jobfunktion, fritids- og sociale aktiviteter med videre er påvirket som følge af smerterne.

Tekstboks 6. Særligt om billeddiagnostisk udredning

Billeddiagnostik spiller generelt en begrænset rolle i den samlede indsats til mennesker med kroniske lænderygsmærter. Det skyldes, at fund på billeddiagnostiske undersøgelser kan være svære at tolke og ikke nødvendigvis forklarer patientens symptomer, da degenerative forandringer ofte optræder på skanningssvar fra personer uden symptomer. Allerede i 40-års alderen ses degenerative forandringer på billedundersøgelser hos mindst halvdelen af personer uden rygsmærter⁽²³⁾.

Billeddiagnostik er derfor kun relevant, når svaret kan ændre diagnosen eller behandlingsplanen. Henvi sning til billeddiagnostik skal ske med omtanke og i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer, hvor det kun gives på faglig indikation.

2.4. VEDVARENDE FASE

Den vedvarende fase afspejler patientens levede liv med kroniske lænderygsmærter. Tilstanden kan være livslang, og for de fleste vil smerterne variere over tid med veksling mellem perioder med bedring og med forværring. For mange ældre patienter vil kommunen have en vigtig rolle i såvel støtte til egenomsorg og sygdomsmestring samt ift. fysisk aktivitet. Indsatserne i pakkeforløbet skal tænkes tæt sammen med og koordineres med alle relevante eksisterende rehabiliterende og støttende indsatser. I den vedvarende fase er følgende elementer centrale:

- Patientens egenomsorg
- Opfølgning i almenmedicinske tilbud
- Ved symptomforværring eller ændringer i patientens livssituation

2.4.1. Patientens egenomsorg

I den vedvarende fase er patientens mulighed for at forebygge og håndtere tilbagevendende symptomer og fastholde et meningsfuldt hverdagsliv centralt. Patienten skal derfor støttes i at udvikle, afprøve og fastholde relevante mestringsstrategier og aktiviteter, som understøtter dem i at leve et godt liv med deres symptomer. Behovet for professionel støtte kan variere over tid, og ved ændringer i symptomer, funktion eller livssituation skal patienten kunne få øget støtte. Pårørende og tilbud i civilsamfundet kan udgøre vigtige ressourcer for patienten og bør, hvor relevant, inddrages og understøttes. Hvis der er behov for støtte kan det fx finde sted i regi af de patientrettede forebyggelsestilbud eller ved opfølgning i almenmedicinske tilbud, se nedenfor.

2.4.2. Opfølgning i almenmedicinske tilbud

Almenmedicinske tilbud har et løbende ansvar for at følge patientens sygdom og behandling og sikre relevant opfølgning, også når patienten følges i andet regi eller af øvrige sundhedsfaglige aktører. I den forbindelse har almenmedicinske tilbud en central rolle som koordinator i det enkelte patientforløb med henblik på at skabe kontinuitet, sammenhæng og koordinering af indsatser målrettet både kroniske lænderygsmærter og eventuel multisygdom på tværs af sektorer og sundhedsfaglige aktører. Dette sker blandt andet gennem koordinering og gensidig faglig sparring med relevante aktører.

Opfølgning i almenmedicinske tilbud kan ske som aftalt i behandlingsplanen eller ved behov. Formen for opfølgning bør tilpasses patientens behov og formålet med kontakten, herunder om der er behov for fysisk fremmøde, eller om opfølgningen kan gennemføres ved video- eller e-konsultation. For nogle patienter kan der være behov for at prioritere fysisk fremmøde, fx når patientens tilstand eller funktionsevne skal vurderes nærmere, eller når patientens samlede situation gør en fysisk konsultation mest hensigtsmæssig. Ved alle opfølgende kontakter vurderes behovet for gentaget behovsvurdering, og behandlingsplanen opdateres, så det fremgår, hvornår næste opfølgning skal ske, eller om det er patientens eget ansvar, at tage kontakt til den almenmedicinske klinik ved behov for opfølgning. For patienter med behov for proaktiv opfølgning eller proaktiv opfølgning og udvidet støtte (differentieringsniveau 2 og 3) bør opfølgningen tilrettelægges proaktivt og ikke være betinget af, at patienten oplever forværring af symptomerne. For nogle patienter kan opfølgning i stabile faser give bedre mulighed for at følge op på behandlingsmål, drøfte erfaringer med mestringsstrategier, understøtte fastholdelse af hensigtsmæssige vaner og identificere behov for justering af behandlingsplanen, før en eventuel forværring opstår.

Det bør, under hensyntagen til patientens ønsker og differentieringsniveauet, vurderes, om den opfølgende konsultation kan varetages helt eller delvist af andet praksispersonale med relevante kompetencer, samt om der er behov for en proaktiv indsats ved udeblivelser eller manglende kontakt. Dette bør drøftes med patienten og indføres i behandlingsplanen efter patientens samtykke.

2.4.3. Ved symptomforværring eller ændringer i patientens livssituation

Ved forværringer i patientens symptomer eller ændringer i patientens livssituation kan det være relevant at igangsætte nye, genoptage tidligere indsatser eller evt. pausering af igangværende indsatser. Det kan for eksempel være ved opblussen af kendte smerter, tilkomst af nye symptomer, hvis patienten bliver sygemeldt, eller hvis patienten på anden måde kommer i en sårbar situation, der påvirker vedkommenheden til at håndtere sine symptomer og deltage i ønskede aktiviteter.

Ved væsentlig symptomforværring, tilkomst af nye symptomer eller mistanke om en tilstand, der kræver specialiseret vurdering eller behandling, kan det desuden være relevant at henvise til specialiserede indsatser i den øvrige praksissektor eller på sygehus i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer⁽¹¹⁾. Ved ændringer i patientens behandling, behov, mål eller indsatser skal behandlingsplanen opdateres, så den afspejler det aktuelle behandlingsforløb og de aftaler, der er indgået med patienten.

Almenmedicinske tilbud kan henvise til indsatserne beskrevet under afsnit 2.3. eller andre indsatser efter behov. Hvis der er tale om en genhenvvisning til en tidligere afprøvet indsats, bør det afklares, om patienten tidligere har haft udbytte af pågældende indsats, og hvad patientens motivation er for at genoptage indsatsen. Dette skal modvirke, at patienten oplever gentagne henvisninger til indsatser uden tilstrækkelig effekt eller uden forudgående forventningsafstemning om formålet med indsatsen. Ved genhenvvisning til patientrettet forebyggelse med samme kroniske sygdom, er tidsfristen på 21 kalenderdage ikke længere gældende.

3. IMPLEMENTERING

3.1. INDFASNING

Pakkeforløbet til mennesker med kroniske lænderygsmærter implementeres nationalt fra 1. januar 2027. Optakten til implementeringen bør fokusere på, at nødvendig kapacitet og kompetencer er til stede, og at nye arbejdsgange og samarbejdsflader på tværs af sektorer og aktører i pakkeforløbet er tilpasset, samt at medarbejdere har kendskab til disse. For patientgruppen vil der være tale om en gradvis indfasning, hvor nydiagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen og tilhørende inklusionskriterier, mens patienter, der allerede er kendt med kroniske lænderygsmærter, vil blive løbende vurderet ved kontakt med den almenmedicinske klinik⁽²⁾.

Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom er et nyt koncept, hvorfor den første periode vil have et lærings- og udviklingsformål mhp. løbende at kunne vurdere, om der er behov for justeringer af arbejdsgange, kompetenceudvikling og samarbejdsformer⁽³⁾.

I forlængelse heraf er det vigtigt at bemærke, at ikke alle forudsætninger vil være fuldt på plads ved implementeringen af de første pakkeforløb i januar 2027 og at der derfor må forventes nødvendige tilpasninger den første tid⁽³⁾.

3.2. DIGITAL UNDERSTØTTELSE AF PAKKEFORLØBET

Den digitale understøttelse af pakkeforløbet er et afgørende element i implementeringen og er udviklet i samarbejde mellem Digital Sundhed Danmark, Sundhedsstyrelsen og en række relevante aktører, herunder Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner og KL, og er forankret i Digital Sundhed Danmark. Digitaliseringen skal understøtte samarbejde og informationsdeling mellem de relevante sundhedsfaglige aktører i patientens forløb i sundhedsvæsenet fx mellem sygehus, kommune, den øvrige praksissektor og almenmedicinske tilbud. Desuden skal det give patienter (og relevante pårørende) let adgang til og et godt overblik over deres forløb.

Fra 1. januar 2027 etableres den første nationale digitale understøttelse af pakkeforløbet. Løsningen understøtter centrale dele af forløbet og giver en fælles digital platform for, at relevante oplysninger om pakkeforløbet kan registreres, deles og gøres tilgængelige for patienten og relevante sundhedsprofessionelle. For patienten betyder det bl.a. en personlig, digital, behandlingsplan, kaldet "Forløb for kronisk sygdom" som samler relevante oplysninger ét sted. Pårørende med digital fuldmagt til løsningen vil desuden kunne tilgå planen og få samme overblik som patienten og dermed støtte patienten i det pågældende forløb.

Den første løsning tager afsæt i de eksisterende og kendte systemer. Løsningen er enkel og afgrænset til de funktioner, der er nye og samtidige nødvendige for at understøtte de første pakkeforløb og de nye patientrettigheder fra 2027. Dette omfatter bl.a. arbejdsgange i almenmedicinske tilbud samt digitalisering og videredeling af patientens behandlingsplan, hvor bl.a. differentieringsniveauet fremgår. Den digitale understøttelse videreudvikles herefter trinvist. Den langsigtede ambition er en mere sammenhængende og generisk digital understøttelse, som kan anvendes på tværs af kroniske sygdomme og understøtte flere dele af patientens samlede forløb.

Udviklingen sker løbende i takt med erfaringerne fra de første pakkeforløb. Målet er både at sikre en anvendelig digital understøttelse fra 2027 og samtidig etablere fundamentet for en mere sammenhængende, skalerbar og tværsektoriel understøttelse af kronikerområdet på længere sigt.

3.3. MONITORERING OG OPFØLGNING

Monitorering og opfølgning på pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter skal bidrage til at fremme en høj faglig og ensartet kvalitet i pakkeforløbet og overholdelse af patientrettighederne.

Monitorering kan samtidig danne grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring på tværs af sektorer. I den første periode har opfølgningen et lærings- og udviklingsformål, hvor der løbende kan følges op på behov for justeringer og videreudvikling af både pakkeforløb og monitorering heraf. Sundhedsstyrelsen vil følge op på konceptet for pakkeforløb to år efter implementeringen af de første målgruppespecifikke pakkeforløb med henblik på at vurdere erfaringerne og foretage eventuelle tilpasninger.

Med afsæt i den generiske model for pakkeforløb for kronisk sygdom bør monitoreringen så vidt muligt baseres på data, der genereres tæt på kilden, og på et fælles datagrundlag på tværs af niveauerne, uden at skabe unødvendige administrative byrder. Relevante data kan blandt andet findes i nationale registre, data fra almenmedicinske tilbud, kommunale og regionale data, kliniske kvalitetsdatabaser samt patient-rapporterede oplysninger. Anvendelse af eksisterende data forudsætter, at data har en kvalitet og dækningsgrad, der gør dem anvendelige til monitorering, mens behov for yderligere registrering skal afvejes mod den faglige værdi og den administrative byrde.

Set-up for monitoreringen af patientrettighederne, herunder visning af data, er under udvikling og vil blive varetaget af Digital Sundhed Danmark.

Udviklingen vil ske gradvist og trinvis. Der vil i første omgang være fokus på monitorering af patientrettighederne, som et pakkeforløb giver adgang til. I takt med mere data bliver til rådighed, vil monitoreringen af pakkeforløbene gradvist udvikles. Den endelige udformning af monitoreringen af pakkeforløbene er ikke afklaret endnu og vil afhænge af bl.a. datakvalitet.

For at kunne følge området og understøtte kvalitetsudvikling er en korrekt og systematisk praksis for diagnosekodning af patienter med kroniske lænderygsmærter en væsentlig forudsætning. Datagrundlaget på området er i dag begrænset, særligt i primærsektoren, og bør styrkes med henblik på monitorering og et bedre generelt indblik i området. For nærmere anvisninger og anbefalinger om diagnosekodning henvises til de kliniske retningslinjer på området.

Målsætningen er, at monitoreringen på sigt skal kunne tilrettelægges med fokus på tre overordnede områder: implementering og efterlevelse, sundhedsfaglig kvalitet og patientorienterede resultater. Implementering og efterlevelse omfatter blandt andet implementering af pakkeforløbets centrale elementer og overholdelse af patientrettigheder. Sundhedsfaglig kvalitet omfatter fagligt relevante procesmål og faglige behandlingsmål, mens patientorienterede resultater omfatter patientoplevet effekt og patienternes oplevelse af pakkeforløbet. De tre områder skal tilsammen give mulighed for at følge pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmærter og identificere variation og områder med potentiale for forbedring.

Alle områder er relevante for opfølgning på flere niveauer i sundhedsvæsenet. Fokus og detaljeringsgrad i opfølgningen kan variere mellem niveauerne og skal afspejle de forskellige aktørers ansvar og formål med opfølgningen.

Der skal ske løbende og systematisk opfølgning på implementeringen af pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmerter. Monitoreringen skal give et samlet billede af pakkeforløbet på tværs af landet og gøre det muligt at følge udvikling og variation mellem geografiske områder og patientgrupper. På sundhedsrådsniveau følges implementering og udvikling i pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmerter for den population, sundhedsrådet har ansvar for. Monitoreringen skal understøtte sundhedsrådene i at løfte deres populationsansvar og opgave med at planlægge og udvikle almenmedicinske tilbud samt øge på sammenhæng på tværs af sektorer. I praksissektoren skal relevante data om egen patientpopulation kunne anvendes til faglig opfølgning og kvalitetsudvikling.

Indikatorerne skal tilsammen belyse de tre områder og omfatte både forhold, der er relevante på tværs af pakkeforløb, og forhold, der er særligt relevante for mennesker med kroniske lænderygsmerter, dvs.:

- Implementering og efterlevelse omhandler bl.a. overholdelse af patientrettigheder og deltagelse i patientrettet forebyggelse
- Sundhedsfaglig kvalitet omhandler faglige behandlingsmål og sygdomsspecifikke effektmål.
- Patientorienterede resultater omhandler bl.a. patienternes oplevelse af inddragelse og sammenhæng i pakkeforløbet.

Det samlede indicatorsæt udvikles gradvist. Indikatorer vedrørende implementering og efterlevelse er under udvikling, mens indikatorer for sundhedsfaglig kvalitet og patientorienterede resultater udvikles som led i det videre arbejde.

REFERENCELISTE

1. Regeringen og partier i aftalekredsen bag sundhedsreformen. Aftale om tidsfrister for patientrettigheder i kronikerpakker. 2026, januar. Link: <https://www.ism.dk/Media/639059740461413428/Aftale-om-tidsfrister-for-patientrettigheder-i-kronikerpakker.pdf>
2. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreformen. 2024. Link: https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf
3. Sundhedsstyrelsen. Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. 2026, januar. Link: <https://www.sst.dk/udgivelser/2026/generisk-model-for-pakkeforloeb-for-mennesker-med-kronisk-sygdom>
4. Sundheds- og Kirkeministeriet. National sundhedsplan 2027-2030. 2026, juli. Link: <https://www.ism.dk/Media/639186736891040077/SKIM-NATIONAL-SUNDHEDSPLAN-2027-2030.pdf>
5. Sundhedsstyrelsen. National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. 2026, februar. Link: <https://www.sst.dk/vidensbase/sundhedsreformen/sundhedsstyrelsens-arbejde-med-sundhedsreformen/national-opgavebeskrivelse-for-almenmedicinske-tilbud>
6. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft: Kvalitetsstandarder (forventes offentliggjort ultimo 2026).
7. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark. 2022. Link: <https://www.sst.dk/media/jvxbjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>
8. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2021. 2022. Link: <https://www.sst.dk/media/javjd1a4/sundhedsprofilen.pdf>
9. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2356–67
10. 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. 2016 May 21;17(1):220
11. Sundhedsstyrelsen. Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter. 2025. Link: https://www.sst.dk/media/zwlhxpfn/bilag-1_-analyse-vedr_-indsatser-og-forloeb-for-mennesker-med-laenderygsmærter.pdf
12. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Dansk Rygdatabase (DaRD) – Årsrapport 2024. 2025. Link: https://www.sundk.dk/media/y4vor2if/dard-aarsrapport_2024_offentlig.pdf
13. Marie Henriette Madsen, Mette Brehm Johansen, Didde Cramer Jensen, Helle Max Martin, Lars Bo Pedersen, Kathrine Vixø, et al. Udredning og behandling af gigtsygdom – En undersøgelse af sammenhæng i gigtpatienters udrednings- og behandlingsforløb. VIVE, 2023. Link: <https://www.vive.dk/media/pure/2z1l79vj/19722848>
14. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter. 2023. Link: <https://www.sst.dk/media/eanfldko/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-kroniske-smerter.pdf>
15. Moser I, Sommer I, Gartlehner G. WHO Guideline for Non-Surgical Management of Chronic Primary Low Back Pain in Adults in Primary and Community Care Settings. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2024 Nov;86(11):715
16. Treede R, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019 Jan;160(1):19–27
17. ICD-11 MG30.3 Chronic secondary musculoskeletal pain. Anonymous. Opdateret: Løbende. Hentet: 16-09-2026. Tilgængelig fra: <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en#1968541653>

18. Chris Maher, Martin Underwood, Rachelle Buchbinder. Non-specific low back pain. 2016(The Lancet):736-47
19. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability, and health: ICF. The International Classification of Functioning, Disability and Health. 2002
20. Kongsted A, Ris I, Kjaer P, Hartvigsen J. Self-management at the core of back pain care: 10 key points for clinicians. Revista brasileira de fisioterapia (São Carlos (São Paulo, Brazil)). 2021 Jul 1;25(4):396-406
21. Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation hos kiropraktor. Region Syddanmark. Opdateret: Løbende. Hentet: 16-09-2026. Tilgængelig fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/kiropraktor/patientbehandling/indsatsomraader/vurdering-pt-enkelt-kons-kiropraktor/>
22. Hubeishy MH, Rolving N, Poulsen AG, Jensen TS, Rossen CB. Barriers to the use of clinical practice guidelines: a qualitative study of Danish physiotherapists and chiropractors. Disability and rehabilitation. 2024;ahead-of-print(ahead-of-print):1-10
23. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. American Journal of Neuroradiology. 2015 Apr 1;36(4):811-6

BILAGSFORTEGNELSE

- Bilag 1:** Arbejdsproces for følgegruppen for pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderyg-smerter
- Bilag 2:** Sammensætning af medlemmer i følgegruppen for pakkeforløb for mennesker med kroni-ske lænderygsmerter
- Bilag 3:** Patientcases om almenmedicinske tilbuds rolle og proaktivitet i differentieringsniveauerne.

BILAG 1. ARBEJDSPROCES FOR FØLGEGRUPPE FOR PAKKEFORLØB FOR MENNESKER MED KRONISKE LÆNDE- RYGSMERTER

Sundhedsstyrelsen har til opgave at udarbejde målgruppespecifikke pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom jf. Sundhedsreformen 2024, som skal give mennesker med kronisk sygdom bedre og mere sammenhængende forløb i deres behandling. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen udarbejdet de to første målgruppespecifikke pakkeforløb i 2026: Pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter og pakkeforløb med mennesker med kroniske lænderygsmarter, som er blevet tæt koordineret undervejs.

Følgegruppen for pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter

Som led i arbejdet har Sundhedsstyrelsen nedsat en følgegruppe med ekstern deltagelse. Sundhedsstyrelsen har varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for følgegruppen. Følgegruppen har haft til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen ved at kvalificere et arbejdsdokument med et samlet udkast til pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter på et møde i følgegruppen samt ved en efterfølgende skriftlig kommentering. Desuden har en række repræsentanter bidraget med input og sparring på bilaterale møder samt med konkrete tekstbidrag.

Det har været en forudsætning, at de udpegede repræsentanter har haft mandat til at repræsentere deres organisation på følgegruppemødet samt har været bekendte med den generiske model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom forud for afholdelse af mødet.

Følgegruppens medlemmer blev udpeget i februar 2026. Der blev afholdt første møde i følgegruppen den 24. august 2026, hvorefter følgegruppen fik mulighed for at fremsende skriftlige kommentarer til arbejdsdokument med det samlede udkast til pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter.

[Følgegruppen inviteres til et opfølgende møde efter høringsperioden vedrørende håndtering af hørings-svar.]

Følgegruppens medlemmer, herunder navn og organisation, fremgår af bilag 2.

Foruden møder i følgegruppen er der afholdt bilaterale møder med udvalgte aktører og videnspersoner for at indhente rådgivning om konkrete faglige forhold i dele af pakkeforløbet, fx fastlæggelse af målgruppe, udvælgelse af indsatser og grundlag for differentiering.

BILAG 2. SAMMENSÆTNING AF MED- LEMMER I FØLGEGRUPPEN FOR PAK- KEFORLØB FOR MENNESKER MED KRONISKE LÆNDERYGSMERTER

Navn	Udpeget af
Louise Lauridsen Forperson	Sundhedsstyrelsen
Luna Lundberg Konsulent	Danske Regioner
Berit Schiøttz-Christensen Overlæge	Region Midtjylland
Maj-Britt Madsen Faglig leder	Region Nordjylland
Jens Jørgen Lykkegaard Overlæge	Region Hovedstaden
Britta Ortiz Echeverria Chefkonsulent	Region Sjælland
Lisbeth Hartvigsen Sundhedsfaglig konsulent	Region Syddanmark
Anne-Sofie Fischer Petersen Chefkonsulent	KL
Lars Damkjær Chefkonsulent	Københavns Kommune
Mette Mortensen Leder	Vejen Kommune
Maria Krüger Praktiserende læge og formand	Dansk Selskab for Almen Medicin

Charlotte Voglhofer Praktiserende læge	Dansk Selskab for Almen Medicin
--	---------------------------------

Louise Jønholt Overlæge	Dansk Reumatologisk Selskab
-----------------------------------	-----------------------------

Morten Svenning Nielsen Praktiserende læge	PLO
--	-----

Camilla Blach Rossen Lektor	Dansk Sygepleje Selskab
---------------------------------------	-------------------------

Nanna Rolving Forskningsleder	Dansk Selskab for Fysioterapi
---	-------------------------------

Mikkel Brunsgaard Konner Seniorkonsulent	Dansk Selskab for Kiropraktik
--	-------------------------------

Svetlana Solgaard Nielsen Ergoterapeut	Dansk Selskab for Ergoterapi
--	------------------------------

Clara Mosborg Petersen Politisk konsulent	Lægeforeningen
---	----------------

Emilie Benn Østergaard Sundhedspolitisk konsulent	Danske Patienter
---	------------------

Lene Mandrup Thomsen Chefkonsulent	Gigtforeningen
--	----------------

Camilla Nissen Toftdal Direktør	Osteoporoseforeningen
---	-----------------------

Rikke Hamfeldt Chefkonsulent	Ældre Sagen
--	-------------

Charlotte Cerqueira Kvalitetsenhedsleder	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
--	------------------------------------

Jeanette Juul Bossen Chefkonsulent	DGI
--	-----

Anne Helbo Jespersen Arbejdsmiljøpolitisk konsulent	Fagbevægelsens Hovedorganisation
---	----------------------------------

Dorte Vesterholm Remin

Sektionsleder

Digital Sundhed Danmark

Mette Møller Karsten

Læge

Digital Sundhed Danmark

Tom Høg Sørensen

Teamleder, MedCom

Digital Sundhed Danmark

Sarah Michelle Bensley

Fuldmægtig

Sundheds- og Kirkeministeriet

Høringsudkast

BILAG 3: PATIENTCASES OM ALMENMEDICINSKE TILBUDS ROLLE OG PROAKTIVITET I DIFFERENTIERINGSNIVEAUER

Patientcase 1: Niveau 1 – Støttet egenomsorg

Beskrivelse af patienten

Morten er 39 år og arbejder som administrativ medarbejder. Han har haft tilbagevendende smerter i lænden gennem flere år. Han oplever aktuelt episoder med opblussen af smerterne ca. 1 gang om måneden, som strækker sig over en uges tid. Smerterne sidder primært i lænden og kan indimellem trække ned i højre balle. Han har ingen tegn på alvorlig underliggende sygdom eller aktuel nerverodspåvirkning.

Når smerterne er til stede har Morten svært ved at sidde længe ved computeren og undgår tunge løft eller større belastninger, for eksempel i forbindelse med indkøb. Han passer dog fortsat sit arbejde, hvor han kan tilpasse arbejdsstillinger. Han går ture flere gange om ugen og spiller badminton med sine venner i fritiden. Han bliver frustreret, når smerterne blusser op, men han har en grundlæggende forventning om, at han kan håndtere smerterne.

Opstart i pakkeforløb og valg af differentieringsniveau

Morten tilbydes opstart i et pakkeforløb, da smerterne har stået på længere end tre måneder og i perioder medfører væsentlig indvirkning på hans evne til at klare daglige gøremål. Det aftales på baggrund af behovsvurderingen og i dialog med Morten, at den almenmedicinske kliniks rolle i forløbet skal være svarende til **niveau 1 – støttet egenomsorg**.

Sundhedskompetence

Morten har en god forståelse for sammenhængen mellem aktivitet, belastning og smerteforværring, og han har en realistisk forventning til bedring af smerterne. Han har samtidig en aktiv mestringsstrategi og motivation for at fastholde fysisk aktivitet.

Sygdomskompleksitet

Mortens sygdomskompleksitet er lav, da han trods periodevis indvirkning på funktionsevnen har mulighed for at tilpasse sin hverdag efter smerterne, så han kan deltage i de aktiviteter, han ønsker. Derudover er der ikke tegn på nerverodspåvirkning eller andre alvorlige samtidige sygdomme.

Sårbar situation

Morten vurderes ikke aktuelt at være i en sårbar situation, der påvirker hans evne til at følge behandlingsplanen. Han har en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet og et støttende netværk omkring ham.

Plan for det videre forløb

Morten har samlet set behov for en behandlingsplan, der understøtter fortsat egenomsorg, men han har ikke behov for proaktiv eller udvidet støtte fra den almenmedicinske klinik. Morten har tidligere gået hos en fysioterapeut, som har støttet ham i at finde mestringsstrategier, og han vil gerne genoptage forløbet her fremfor at blive henvist til patientrettet forebyggelsestilbud. Morten tilbydes derfor henvisning til privatpraktiserende fysioterapeut med egenbetaling, og det aftales, at han selv tager kontakt til den almenmedicinske klinik ved behov for opfølgning og eventuel henvisning til patientrettet forebyggelse.

Patientcase 2: Niveau 2 – Proaktiv opfølgning

Beskrivelse af patienten

Kirsten er 73 år og folkepensionist. Hun bor alene, efter hendes mand døde for nogle år siden. Hun har haft daglige rygsmerter i syv måneder. Smerterne begyndte, da hun løftede sit barnebarn, men hun har ikke haft fald eller traume i øvrigt. En røntgenundersøgelse viste sammenfald af to ryghvirvler og hun blev efterfølgende udredt på endokrinologisk afdeling, hvor malign årsag til hvirvelsammenfald blev udelukket og hun blev opstartet i knogleopbyggende behandling.

Smerterne svinger i styrke. Nogle dage er de så voldsomme, at hun bliver liggende i sengen til langt op ad dagen. Smerterne har også påvirket hendes sociale liv. Hun er stoppet med at komme i strikkeklub og i motionsklub, fordi hun er bange for at være til besvær, hvis hun får brug for hjælp eller må lægge sig ned.

Kirsten er blevet mere inaktiv på grund af smerterne, og fordi hun frygter et nyt sammenfald i ryggen. Frygten fylder mere og mere og får hende til at undgå aktiviteter, hun før var glad for. Hun bekymrer sig om, om det mon nogensinde bliver bedre.

Opstart i pakkeforløb og valg af differentieringsniveau

Kirsten tilbydes opstart i et pakkeforløb, da smerter har varet over tre måneder og har væsentlig indvirkning på hendes evne til at klare basale gøremål i hjemmet og til at deltage i sociale aktiviteter. Samtidig fylder bekymringen for et nyt sammenfald og udsigten til bedring. Det aftales på baggrund af behovsvurderingen og i dialog med Kirsten, at den almenmedicinske kliniks rolle i forløbet skal være svarende til **niveau 2 – proaktiv opfølgning**.

Sundhedskompetence

Kirsten er kommet ind i et mønster, hvor hun undgår bevægelse og fysisk aktivitet af frygt for at forværre smerterne, forårsage nye brud og være til besvær. Hun har behov for støtte til at opbygge en forståelse for mekanismerne bag kroniske smerter og forebyggelse af brud, og hvad der kan hjælpe hende i hverdagen med at håndtere smerterne mest hensigtsmæssigt.

Sygdomskompleksitet

Smerterne har væsentlig indvirkning på Kirstens evne til at klare daglige gøremål. Hun er påvirket af bekymringer for smerterne, nye brud og udsigten til bedring, hvilket har stor indvirkning på hendes evne til at deltage i ønskede aktiviteter.

Sårbar situation

Kirsten bor alene, men er vant til at klare sig selv og har en vilje til at gøre dette. Hun har et godt netværk i form af familie og venner. Hun har dog brug for støtte til at aktivere sit netværk.

Plan for det videre forløb

Kirsten følges på endokrinologisk afdeling, som er ansvarlig for hendes medicinske behandling. Den almenmedicinske klinik har ansvar for den løbende opfølgning og koordinering af forløbet med fokus på smerter, funktionsevne og trivsel. Kirsten har behov for støtte til at forstå sammenhængen mellem osteoporose, smerter og fysisk aktivitet samt til gradvist at genoptage daglige aktiviteter og undgå u hensigtsmæssig undgåelsesadfærd. Hun henvises til patientrettet forebyggelse med henblik på støtte til mestring af smerter, gradvis genoptagelse af fysisk aktivitet tilpasset særlige sygdomsspecifikke hensyn og relevante forebyggende indsatser. Der aftales desuden en opfølgende konsultation ved den almenmedicinske klinik med henblik på at følge udvikling, understøtte behandlingsplanen og koordinere den videre indsats med relevante aktører.

Patientcase 3a: Niveau 3 – Proaktiv opfølgning og udvidet støtte

Beskrivelse af patienten

Yusra er 61 år og har haft smerter i lænden de sidste fem år. Smerterne er til stede de fleste dage og forværres ved tunge løft, og når hun bøjer sig forover. Smerterne kan trække ned i begge baglår, men der er ikke tegn på aktuel nerverodspåvirkning eller alvorlig underliggende sygdom.

Yusra er sygemeldt fra sit arbejde som kantine medarbejder. Hendes modersmål er arabisk, og hun taler og skriver begrænset dansk. Hun bor med sin mand og deres to sønner i en lejlighed. Yusras mand fik sidste år en blodprop i hjernen, der har påvirket hans gangfunktion og hukommelse væsentligt. Yusra er bekymret for, hvordan familien nu skal klare sig, og hun er bange for, at hendes smerter aldrig bliver bedre. Samtidig føler hun sig påvirket over sit forløb i kommunen, hvor hun ofte føler sig misforstået og har svært ved at holde overblik over sine aftaler. Yusra opholder sig det meste af tiden i hjemmet og undgår for meget bevægelse af frygt for at skade sin ryg yderligere.

Opstart i pakkeforløb og valg af differentieringsniveau

Yusra tilbydes opstart i pakkeforløb, da smerterne har stået på i mere end tre måneder inden for det sidste år og har væsentlig indvirkning på hendes funktionsevne, herunder hendes evne til at passe sit arbejde og klare daglige gøremål. Derudover er hun følelsesmæssigt belastet af situationen i hjemmet, hvor hendes mand for nyligt blev ramt af en invaliderende sygdom, og hun selv er på sygedagpenge. Det aftales med Yusra, at den almenmedicinske kliniks rolle i forløbet skal være svarende til **niveau 3 – proaktiv opfølgning og udvidet støtte**.

Sundhedskompetence

Yusras sundhedskompetence er begrænset af sproglige barrierer og vanskeligheder ved at forstå skriftlig information på dansk. Hun har svært ved at danne sig overblik over aftaler i sit forløb og de forskellige aktørers roller i forløbet. Hun har derudover brug for støtte til at opbygge en forståelse af, at aktivitet ikke er farligt for ryggen.

Sygdomskompleksitet

Yusras sygdomskompleksitet vurderes som høj. Smerterne har betydelig indvirkning på hendes funktionsevne, herunder arbejdsevne og deltagelse i daglige aktiviteter. Hun er fysisk inaktiv og undgår bevægelse af frygt for at forværre smerterne. Samtidig er hun følelsesmæssigt belastet af bekymringer for fremtiden, familiens situation og forløbet i kommunen. Hendes samlede situation indebærer høj risiko for yderligere funktionstab og fastlåsnings i et langvarigt forløb.

Sårbar situation

Yusra vurderes at være i en sårbar situation. Hun har er sygemeldt og oplever manglende overblik i kontakten med kommunen. Hendes mand har efter en blodprop fået nedsat funktionsevne, hvilket belaster familiens samlede ressourcer. Yusra har derfor begrænset mulighed for at få støtte i hjemmet og har samtidig selv vanskeligt ved at navigere i forløbet. Hendes bekymringer, sociale belastninger og sproglige barrierer påvirker hendes evne til at følge en behandlingsplan og deltage i relevante indsatser.

Plan for det videre forløb

Yusra har behov for proaktiv opfølgning og udvidet støtte fra den almenmedicinske klinik med høj grad af kontinuitet i behandlerrelationen og koordination med kommunen. Der udarbejdes en enkel og konkret behandlingsplan med få realistiske mål, som gennemgås mundtligt med professionel tolk og udleveres i en let forståelig form. Den almenmedicinske klinik kan samtidig vurdere, om der efter gældende regler er grundlag for fritagelse for tolkegebyr og hjælpe med relevant dokumentation. Fokus er i første omgang at skabe tryghed, overblik og støtte til gradvis genoptagelse af aktivitet. Med Yusras samtykke kan den almenmedicinske klinik kontakte kommunen mhp. koordination. På sigt henvises Yusra til patientrettet forebyggelse mhp. på en afklarende samtale og en vurdering af relevante indsatser.

Patientcase 3b: Niveau 3 – Proaktiv opfølgning og udvidet støtte

Beskrivelse af patienten

Camilla er 58 år og har haft smerter i lænden i mere end fem år. Smerterne er til stede dagligt og er gradvist blevet værre og forværres ved både aktivitet og længerevarende hvile. Hun har i perioder udstråling til begge ben, men ingen tegn på aktuell nerverodspåvirkning eller alvorlig underliggende sygdom. Hun har samtidig symptomer på moderat depression. Hun bor alene og har begrænset netværk.

Camilla er på længerevarende sygemelding fra sit arbejde som rengøringsassistent. Hun har svært ved at overskue aftaler og digitale indkaldelser, hvilket har medført, at hun indimellem er udeblevet fra samtaler i jobcentret. Hun bruger meget tid i hjemmet og har sjældent kontakt til sin familie. Hun sover dårligt, er bekymret for sin økonomi og føler, at ingen i systemet har overblik over hendes forløb. Hun er for 4 år siden udredt pga. smerterne, hvor der blev fundet betydelige slidforandringer i lænderygge. Hun fik øvelser fra en fysioterapeut, men stoppede efter få gange, fordi hun ikke kunne se meningen med det og var bekymret for at gøre smerterne værre. Hun er bange for, at ryggen er "slidt ned", og at hun aldrig får det bedre. Hun har ikke kunnet gennemføre rygestop og hun har på grund af inaktivitet taget 20 kg på.

Opstart i pakkeforløb og valg af differentieringsniveau

Camilla tilbydes opstart i et pakkeforløb, da smerterne har stået på i mere end tre måneder og har væsentlig indvirkning på hendes funktionsevne. Derudover er hun påvirket af bekymringer for fremtiden, begrænset støtte i sit netværk og depressive symptomer. Det aftales på baggrund af behovsvurderingen og i dialog med Camilla, at den almenmedicinske kliniks rolle i forløbet skal være svarende til **niveau 3 – proaktiv opfølgning og udvidet støtte**.

Sundhedskompetence

Camillas sundhedskompetence og digitale forudsætninger er begrænsede og vanskeliggør hendes evne til at holde overblik og følge de planlagte indsatser. Hun har behov for støtte til at opbygge en større forståelse for årsagen til hendes smerter og hensigtsmæssige mestringsstrategier.

Sygdomskompleksitet

Camilla er begrænset i at varetage sit arbejde som rengøringsassistent, og hun har begrænset social kontakt og kommer sjældent uden for hjemmet. Samtidig er hun påvirket af depressive symptomer, som har indvirkning på hendes samlede funktionsniveau.

Sårbar situation

Camilla har svært ved at overskue sit forløb og er i risiko for helt at miste tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig har hun et begrænset socialt netværk og få eller ingen ressourcepersoner omkring sig. Derudover er hun påvirket af depressive symptomer, der også har indvirkning på hendes evne til at deltage i relevante indsatser i forløbet.

Plan for det videre forløb

Camilla har behov for proaktiv opfølgning og udvidet støtte fra den almenmedicinske klinik. Hun har brug for kontinuitet i behandlerrelationen, tværfaglig koordinering med jobcentret og hjælp til at forstå behandlingsplanen. Derudover er det vigtigt, at behandlingsplanen er realistisk og meningsfuld for Camilla. Det aftales indledningsvist med Camilla, at hun følges tæt i den almenmedicinske klinik med henblik på at få støtte til at finde relevante mestringsstrategier, vurdering og behandling af depressive symptomer og gradvis genoptagelse af fysisk aktivitet. På sigt kan det være relevant med henvisning til psykolog og patientrettet forebyggelse, hvis Camilla er motiveret herfor og har overskud til at deltage i indsatsen. Ved manglende effekt kan det blive relevant med henvisning på socialmedicinsk afdeling eller tværfaglig smerteklinik. Behandlingsplanen udleveres til Camilla i papirform.

Sundhed for alle ♥ + ●