



KOMMUNALE FOREBYGGENDE LÆNDERYGFORLØB I DANMARK

En national kortlægning

Maj 2026



DET SEKTORFRI
FOREBYGGELSESLABORATORIUM

Anvendt
Sundhedsforskning



Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Kommunale forebyggende lænderygforløb i Danmark – En national kortlægning.

Udarbejdet af:

Astrid Bjørnholt, Nina Kamstrup-Larsen, Heidi Klakk Egebæk og Christina Bjørk Petersen

©Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Hovedvejen, indgang 5, stuen

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Telefon: 38 16 31 00

www.forebyggelseslaboratoriet.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-93775-41-1

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: Maj 2026

Format: pdf.

Rapporten er lavet i samarbejde med Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole. Udgivet af Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.

INDHOLD

FORORD	4
CENTRALE POINTER	5
CENTRALE UDFORDRINGER	6
DEFINITIONER	7
BAGGRUND.....	8
Formål	10
METODE	11
Dataindsamling	11
Analyse	11
RESULTATER	12
Kommuner med et lænderygforløb	12
Kommuner uden et lænderygforløb	13
Struktur, indhold og organisering af lænderygforløb	14
Samarbejde mellem kommuner	16
Målgruppe, henvisningsveje og rekruttering	17
Udfordringer i organisering, rekruttering og synlighed af lænderygforløb	21
KONKLUSION	23
PERSPEKTIVERING	24
REFERENCELISTE	26
BILAG	27

FORORD

Denne rapport er udarbejdet af Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, et nationalt initiativ drevet af regionerne. Formålet med rapporten er at skabe et samlet overblik over kommunale forebyggende lænderygforløb til mennesker med lænderygsmarter efter Sundhedslovens §119. Kortlægningen skal bidrage til at styrke det nationale vidensgrundlag om patientrettet forebyggelse og understøtte det kommende arbejde med pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter.

Baggrunden for kortlægningen er, at lænderygsmarter udgør en af de mest udbredte og omkostningstunge helbredsudfordringer i Danmark. Samtidig står området over for betydelige ændringer med sundhedsreformen og et øget nationalt fokus på ensartet og evidensbaseret forebyggelse. Der har derfor været behov for et aktuelt og systematisk indblik i organiseringen og indholdet af eksisterende kommunale forebyggende lænderygforløb.

Kortlægningen bygger på en landsdækkende gennemgang af kommunernes oplysninger på Sundhed.dk samt uddybende interviews med kommunale ledere og fagprofessionelle. Rapporten er en deskriptiv kortlægning og indeholder ikke en vurdering af kvalitet eller målgruppedækning af de enkelte kommunale forebyggende lænderygforløb. Resultaterne skal ses som et vidensbidrag til det videre faglige og politiske arbejde med patientrettet forebyggelse på lænderygområdet.

Bag rapporten står Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, i samarbejde med Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole. Vi håber, at rapporten kan fungere som et fælles udgangspunkt for det videre arbejde med at udvikle mere sammenhængende og virkningsfulde kommunale forebyggende lænderygforløb for mennesker med lænderygsmarter - både lokalt og nationalt. Samtidig håber vi, at kortlægningen kan bidrage til en styrket dialog mellem kommuner, regioner og staten om forebyggelsens rolle i det nære sundhedsvæsen.

Vi vil gerne rette en tak til de kommuner, der har deltaget og har bidraget ved generøst at dele deres erfaringer, prioriteringer og udfordringer. Derudover takker vi medlemmerne af den rådgivende gruppe for værdifulde drøftelser og faglig sparring i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten (se bilag 1).

CENTRALE POINTER

1

Lidt over halvdelen af kommunerne tilbyder et forebyggende lænderygforløb

54 ud af 98 kommuner angiver på Sundhed.dk, at de tilbyder et forebyggende lænderygforløb. Kommuner uden et specifikt forebyggende lænderygforløb håndterer i stedet mennesker med lænderygsmerter gennem andre tilbud eller forløb, herunder generelle smerte- og mestringsforløb samt rådgivningstilbud.

2

Der er markant variation i kommunernes forebyggende lænderygforløb

Kortlægningen viser betydelig variation i kommunernes udbud af forebyggende lænderygforløb. Variationerne vedrører især de kommunale forebyggende lænderygforløbs indhold (fx træning, undervisning og psykologiske elementer), struktur (fx varighed, hyppighed samt hold- og individuelle forløb), målgrupper, deltagelseskriterier og henvisningsveje.

3

Kommunale forebyggende lænderygforløb er typisk kombinerede trænings- og undervisningsforløb

Størstedelen af de kommunale forebyggende lænderygforløb (42 ud af 54) omfatter både træning og undervisning, mens kun et fåtal udelukkende består af træning eller undervisning. Resultater fra den kvalitative del af undersøgelsen peger på, at de kommunale forebyggende lænderygforløb ofte bygger på en biopsykosocial tilgang, men at denne tilgang operationaliseres forskelligt på tværs af kommuner. Undervisning i smerteforståelse, mestring, motivation samt kognitiv adfærdsterapi nævnes som centrale elementer. Dette er i tråd med nationale anbefalinger.

4

Målgruppen er primært mennesker med kroniske lænderygsmerter

Halvdelen af kommunerne med forebyggende lænderygforløb (27 ud af 54) har målrettet forløbene mod mennesker med kroniske lænderygsmerter, mens færre kommuner har målrettet forløbene mod mennesker med nyopståede eller udefinerede lænderygsmerter.

CENTRALE UDFORDRINGER

1

Rekruttering til kommunale forebyggende lænderygforløb er en gennemgående udfordring

Mange kommuner oplever lav og ustabil tilslutning til forebyggende lænderygforløb. Særligt i geografisk store kommuner kan lav rekruttering udfordre både implementeringen af nationale standarder og den fremtidige ensretning gennem pakkeforløb. Geografiske forhold, manglende kendskab til de kommunale forebyggende lænderygforløb (særligt i almen praksis og på hospitaler) samt konkurrerende tilbud påvirker rekrutteringen negativt. Flere kommuner har svært ved at opnå tilstrækkelig volumen til hold, hvilket påvirker kvalitet, ressourceudnyttelse og muligheden for at opbygge stabile, ensartede kommunale forebyggende lænderygforløb.

2

Forskellig synlighed på Sundhed.dk

Sundhed.dk er et værktøj, der i princippet kan skabe overblik over kommunale sundhedstilbud. Uensartet opdatering og varierende detaljeringsgrad på tværs af kommuner betyder imidlertid, at hverken henvisende fagpersoner eller mulige deltagere får et retvisende billede af de kommunale forebyggende lænderygforløb. Det skaber ulighed i synlighed og øger risikoen for, at der ikke henvises til relevante kommunale forebyggende lænderygforløb.

3

Variation i indhold og organisering af kommunale forebyggende lænderygforløb

Variation i organisering og synlighed betyder, at menneskers møde med de kommunale forebyggende lænderygforløb er meget forskelligt på tværs af landet. Det udfordrer ensartethed, kvalitet og mulighed for at implementere fælles nationale standarder, herunder udviklingen af pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter.

DEFINITIONER

I denne rapport henviser *kommunale forebyggende lænderygforløb* til forløb, der udbydes i kommunalt regi i henhold til sundhedslovens §119, som fastlægger kommunernes ansvar for sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse (1). Patientrettet forebyggelse ved lænderygsmærter befinder sig i et krydsfelt mellem sundhedsfremme, forebyggelse og behandling. Indsatserne kan i indhold ligne behandlende tiltag, men adskiller sig ved deres primære formål, som er at forebygge forværring, understøtte funktion og styrke borgerens egenmestring frem for at diagnosticere eller behandle en konkret tilstand (2).

Kommunale forebyggende lænderygforløb anvendes i denne rapport som betegnelse for kommunale indsatser målrettet mennesker med lænderygsmærter, der rækker ud over kommunernes lovpligtige tilbud. Kortlægningen belyser kommunale forebyggende lænderygforløb baseret på oplysninger fra Sundhed.dk. Tilbud der ligger ind under genoptræning efter Sundhedslovens §140 (3) og vedligeholdende træning efter Servicelovens §86 (4), er således ikke medtaget i rapporten. Det samme gælder tilbud, der udelukkende består af rådgivning. Afgrænsningen er foretaget for at sikre, at analysen omfatter kommunale forebyggende lænderygforløb efter Sundhedslovens §119 målrettet mennesker med lænderygsmærter. I de følgende afsnit benævnes kommunale forebyggende lænderygforløb samlet som *lænderygforløb*.

Begrebsafklaringen af nyopståede og kroniske lænderygsmærter tager afsæt i de definitioner, der anvendes af Sundhedsstyrelsen, som beskrevet i rapporten *Analyse vedrørende indsatser og forløb for mennesker med lænderygsmærter* (5). Ved nyopståede lænderygsmærter forstås lænderygsmærter med en varighed på op til tre måneder, uafhængigt af om personen tidligere har haft episoder med lænderygsmærter. Ved kroniske lænderygsmærter forstås en tilstand karakteriseret ved vedvarende eller gentagne episoder af lænderygsmærter, hvor den samlede smertevarighed overstiger tre måneder inden for det seneste år.

BAGGRUND

Lænderygsmarter er en af de mest udbredte og belastende helbredsudfordringer i Danmark. Omkring én million danskere lever med lænderygsmarter, og forekomsten forventes at stige markant de kommende år (6). Lænderygsmarter er forbundet med nedsat livskvalitet (7), høje sundhedsomkostninger og betydelige sundhedsøkonomiske konsekvenser, herunder langvarigt sygefravær, førtidspension og hyppige kontakter til almen praksis, hvor 7,5 % af alle konsultationer vedrører lænderygsmarter (8). Hertil kommer de estimerede produktionsomkostninger på ca. 34 mia. kr. årligt (9). Det gør lænderygsmarter til et område med betydeligt forebyggelses- og behandlingspotentiale.

På trods af dette peger både nationale og internationale analyser på, at der fortsat mangler viden om, hvordan forebyggende indsatser bedst tilrettelægges og organiseres i det nære sundhedsvæsen. Særligt fremhæves et misforhold mellem sygdomsbyrdens omfang og det forskningsmæssige fokus på muskuloskeletale lidelser, herunder lænderygsmarter, hvor evidensgrundlaget for borgernære og organisatoriske løsninger er begrænset (10,11).

WHO's retningslinjer for ikke-kirurgisk behandling af kroniske lænderygsmarter understreger betydningen af blandt andet patientuddannelse, strukturerede træningsprogrammer, nåleterapi, manuel behandling, kognitiv adfærdsterapi, en række smertestillende lægemidler, tværfaglig støtte og styrket egenhåndtering (herunder digitale løsninger) (12,13).

Forløb for mennesker med lænderygsmarter er kendetegnet ved typisk at indeholde mange forskellige indsatser og ofte inkluderer aktører i forskellige sektorer alt efter sværhedsgraden. Sundhedsstyrelsen har tidligere illustreret indsatser og aktører i et typisk tværsektorielt forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter i rapporten *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter* (14) (se figur 1). Nærværende kortlægning fokuserer på den kommunale indsats, hvorfor denne aktør er fremhævet i figuren. Fokus er således rettet mod den del af målgruppen, som deltager i kommunale lænderygforløb, selvom denne gruppe ikke omfatter alle mennesker med lænderygsmarter.

INDSATSER



Figur 1: Oversigt over indsatser og aktører i tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter. Kommunen som aktør er fremhævet med rød markering. Figuren er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i rapporten *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter* (14).

Siden 2007 har kommunerne haft ansvaret for patientrettet forebyggelse efter sundhedslovens §119 (15). I 2024 udgav Sundhedsstyrelsen nye kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom (2), som videreudvikler tidligere anbefalinger (16) og fastsætter konkrete krav med henblik på at sikre ensartede og forebyggende tilbud til mennesker med kronisk sygdom. Forebyggelsestilbuddene er ikke sygdomsspecifikke, og det er derfor op til kommunerne selv at tilpasse og organisere dem (2). Med sundhedsreformen fra 2024 overgår ansvaret for patientrettet forebyggelse fra kommunerne til regionerne (17). Som en del af sundhedsreformen udarbejdes en række pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, herunder et pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter, som implementeres fra 2027. Formålet med pakkeforløbene for mennesker med kronisk sygdom er at sikre en ensartet, evidensbaseret og koordineret indsats for mennesker med kroniske og komplekse sygdomsforløb. Sundhedsstyrelsen har i arbejdet med sundhedsreformen fremhævet behovet for større ensartethed, bedre koordinering og mere systematisk data om eksisterende tilbud til

mennesker med lænderygsmærter (5). Et opdateret og systematisk overblik over eksisterende lænderygforløb og deres organisatoriske rammer er afgørende for at understøtte forebyggelsesarbejdet på lænderygområdet i kommuner og regioner.

Formål

Formålet med kortlægningen er at give et systematisk overblik over lænderygforløb (§119) til mennesker med lænderygsmærter, herunder lænderygforløbenes indhold og organisering. Et sådant overblik er en forudsætning for at vurdere variation, identificere udviklingsbehov og understøtte implementeringen af det kommende pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter. Kortlægningen belyser desuden centrale strukturelle, faglige og kapacitetsmæssige forhold, der påvirker kommunernes muligheder for at etablere og drive lænderygforløb.

Kortlægningen udgør dermed et handlingsorienteret vidensgrundlag for udvikling af mere ensartede og evidensbaserede lænderygforløb i regi af sundhedsreformen og det kommende pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter.

METODE

Dataindsamling

Kortlægningen er gennemført i to trin.

- 1) En systematisk gennemgang af kommunernes oplysninger på Sundhed.dk af lænderygforløb i landets 98 kommuner.
- 2) Kvalitative semistrukturerede interviews med udvalgte kommunale repræsentanter på tværs af landet.

Trin 1 blev gennemført i perioden september til oktober 2025, hvor alle kommunesider på Sundhed.dk blev gennemgået systematisk med udgangspunkt i de registrerede sundhedstilbud. For hver kommune blev det registreret, om der fandtes et lænderygforløb efter §119 samt centrale karakteristika ved lænderygforløbet, herunder struktur (varighed og tilrettelæggelse), indhold, målgruppe, deltagelseskriterier, henvisningsveje, organisering og faggruppe. Datakategorier og registreringsprincipper er nærmere beskrevet i bilag 2.

I trin 2 blev der gennemført 13 kvalitative interviews med repræsentanter fra otte kommuner med og fem kommuner uden et lænderygforløb. Kommunerne blev udvalgt strategisk for at sikre geografisk spredning samt variation i størrelse, demografi og detaljeringsgrad i deres registreringer på Sundhed.dk. Interviewene blev gennemført online, varede ca. 60 minutter og fulgte en semistruktureret interviewguide, der var tilpasset efter, om kommunen havde et lænderygforløb eller ej. Interviewguiden og en oversigt over udvælgelsen af de deltagende kommunale repræsentanter fremgår af bilag 3 og 4.

Analyse

Data fra Sundhed.dk er behandlet ved hjælp af deskriptiv analyse med fokus på omfang, udbredelse og karakteristika ved kommunernes lænderygforløb. De kvalitative interviews er analyseret og tematiseret med henblik på at identificere centrale mønstre, tendenser og væsentlige pointer i materialet (18,19). I analysen af interviewmaterialet blev AI anvendt som et understøttende redskab, mens den endelige fortolkning og analytiske vurdering blev foretaget af første- og anden forfatter.

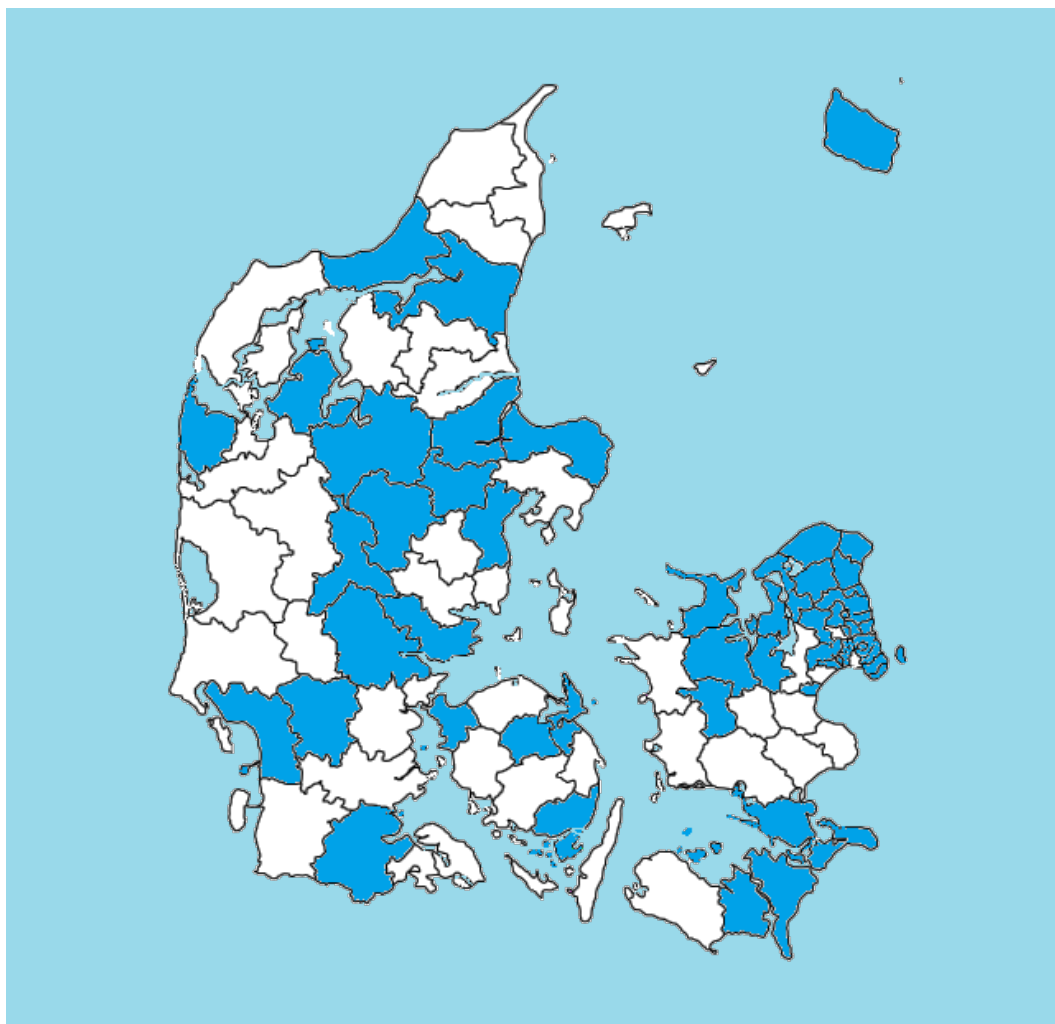
Meningsbærende citater blev udvalgt på baggrund af den samlede analyse og efterfølgende genhørt i de oprindelige interviews for at sikre korrekt kontekst. Citater i rapporten er gengivet i anonymiseret form i kursiv med reference til det respektive interview og er udvalgt med henblik på at illustrere centrale temaer.

RESULTATER

Resultaterne fra Sundhed.dk og interviewene præsenteres samlet og er struktureret efter kortlægningens centrale temaer.

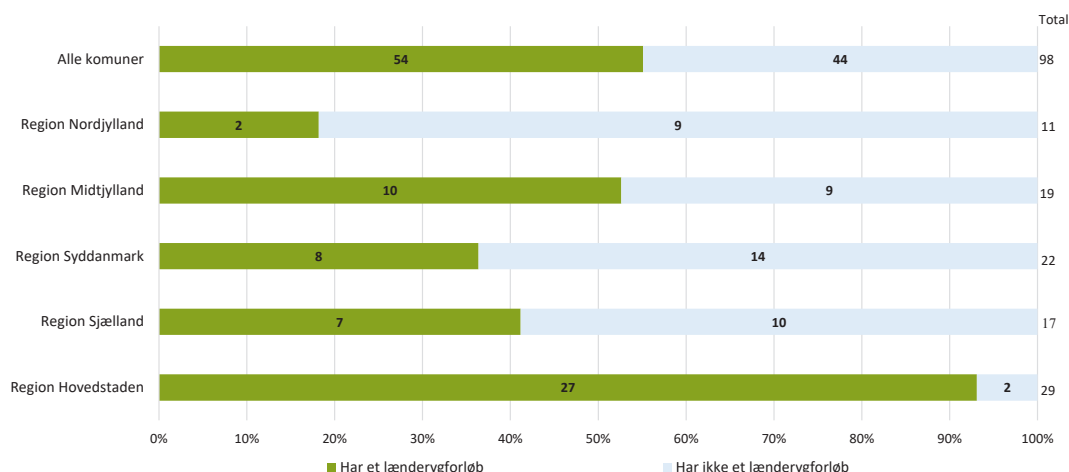
Kommuner med et lænderygforløb

Fra Sundhed.dk fremgår det, at 54 ud af landets 98 kommuner tilbyder et lænderygforløb målrettet mennesker med lænderygsmærter (figur 2).



Figur 2: Kortet illustrerer fordelingen af kommuner, der på baggrund af oplysninger fra Sundhed.dk enten har (blå) eller ikke har (hvid) et lænderygforløb.

Region Hovedstaden er den region, hvor den største andel af kommunerne har angivet at have et lænderygforløb på Sundhed.dk (27 ud af 29 kommuner). Region Nordjylland er derimod den region med den laveste andel af kommuner med lænderygforløb (2 ud af 9 kommuner). Figur 3 viser fordelingen af kommuner, der har et lænderygforløb opdelt på regionerne.



Figur 3: Andel af kommuner med og uden lænderygforløb fordelt på regioner. Figuren viser både den procentvise fordeling og antallet af kommuner. Opgørelsen er baseret på registrerede oplysninger fra Sundhed.dk.

Kommuner uden et lænderygforløb

I flere kommuner uden særskilt lænderygforløb tilbydes mennesker med lænderygsmerter andre kommunale indsatser - typisk rådgivningstilbud eller generelle smerte- og mestringsforløb.

På baggrund af oplysninger fra Sundhed.dk fremgår det, at rådgivningstilbuddene ofte består af én eller få sessioner, hvor fokus er på smerteforståelse, mestring og fysisk aktivitet. Enkelte kommuner tilbyder kortere holdforløb. Interviewene viser, at rådgivningstilbuddene i praksis anvendes behovsstyret, og at deltagere i nogle tilfælde integreres i træningsforløb under §140, hvis det vurderes relevant. Dette afspejles i udsagnet: *“Er der behov for en enkelt vejledning, er det dét, forløbet bliver. Er der behov for mere, kan vi også imødekomme det”* (interview 6).

Derudover beskriver kommunerne, at smerte- og mestringsforløbene henvender sig til flere problematikker og ikke specifikt til mennesker med lænderygsmerter (interview 4, 7 og 11). Dette kommer blandt andet til udtryk i citatet: *“Vi har ‘Lev livet med’, som er generelle mestrings- og smertehåndteringshold [...] der kan sidde nogen på holdet, som har ondt i ryggen, i knæet eller smerter af anden årsag”* (interview 7). Yderligere beskrives lænderygforløbene som indsatser, hvor fokus er rettet mod deltagernes forståelse af

og evne til at håndtere kroniske smerter i hverdagen. Dette fremgår af følgende udsagn: *"Det handler om at få en viden og [...] redskaber til hvordan, man kan lære at leve med kroniske smerter"* (interview 11) og et andet interview fremhæver, at lænderygforløbene også kan indeholde et træningselement: *"Der er en del træning, men det er ikke hård fitnessstræning. Det handler mere om at kunne mærke sin krop, aktivere sine muskler og at finde en balance, så borgerne kan fortsætte med at være fysisk aktive"* (interview 4).

Årsager til at kommuner ikke har et lænderygforløb

Fraværet af lænderygforløb skyldes ofte strukturelle og organisatoriske barrierer. Særligt udfordringer med rekruttering og opretholdelse af en stabil holdstruktur fremhæves og kommer til udtryk i citatet: *"Vi er en lille kommune, så derfor har vi nogle gange svært ved at rekruttere til en stabil holdstruktur. Der går simpelthen for lang tid, indtil man kan komme på et hold"* (interview 7). En lignende problematik fremhæves i interview 11, hvor geografiske afstande beskrives som en barriere for deltagelse: *"Der kom 1 eller 2 personer, det var så lidt. [...] Den store udfordring hos os er geografien [...] folk har 50 km [til kommunale tilbud] så finder de andre løsninger, blandt andet privatpraktiserende fysioterapeuter"* (interview 11).

Derudover beskriver nogle kommuner, at sundhedsreformen 2024 og de planlagte pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygssmerter har medført, at udviklingen af lænderygforløb midlertidigt er sat i bero (interview 4 og 12).

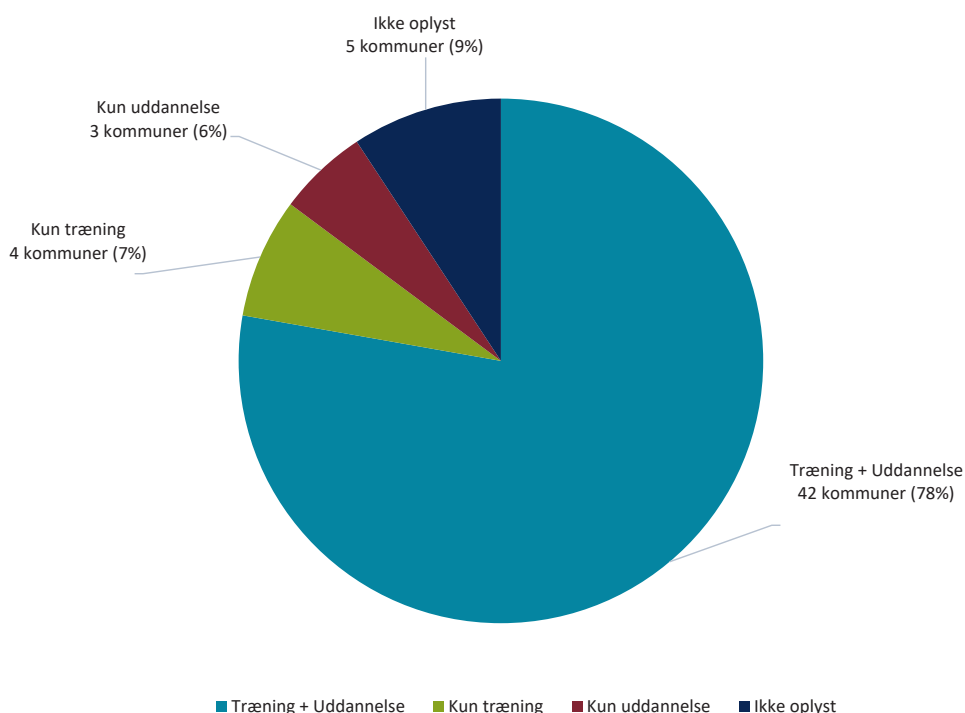
Struktur, indhold og organisering af lænderygforløb

Strukturen på lænderygforløbene

På tværs af de 54 kommuner, der ifølge Sundhed.dk har et lænderygforløb, ses en betydelig variation i strukturen. Lænderygforløbenes varighed spænder typisk mellem seks og tolv uger, og hyppigheden varierer mellem én og to ugentlige sessioner. I fire kommuner tilbydes én ugentlig session, mens 14 kommuner tilbyder to ugentlige sessioner. Lænderygforløb organiseres primært som holdbaserede indsatser, som forekommer i 22 kommuner, mens individuelle lænderygforløb findes i fem kommuner, og 11 kommuner anvender en kombination af begge.

Indholdet af lænderygforløbene

Der ses også variation i indholdet af lænderygforløb. Ifølge oplysninger fra Sundhed.dk består de fleste lænderygforløb af en kombination af træning og undervisning, hvilket gælder for 42 kommuner, svarende til 78% af de kommuner, som har et lænderygforløb. Enkelte kommuner tilbyder udelukkende træning, hvilket gælder for fire kommuner (7%) eller udelukkende undervisning, som gælder for tre kommuner (6%) (figur 4). Et mindre antal kommuner har desuden fokus på det psykologiske aspekt i deres lænderygforløb. Dette gælder for to kommuner og omfatter blandt andet undervisning i copingstrategier og mestring af smerter med afsæt i en biopsykosocial forståelsesramme.



Figur 4: Fordeling af indholdselementerne træning og uddannelse i de 54 kommuner med lænderygforløb. Baseret på oplysninger fra Sundhed.dk.

Interviewene peger på, at træningen kan omfatte forskellige aktiviteter såsom styrketræning, yoga, mindfulness, bassin- og konditionstræning. Samtidig fremhæves et gennemgående fokus på forståelse og håndtering af langvarige smerter, hvor undervisning i smerteforståelse og strategier til smertehåndtering indgår som centrale elementer (interview 5, 6, 9 og 13). I nogle kommuner anvendes desuden psykologiske tilgange, herunder elementer fra kognitiv adfærdsterapi, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og Compassion Focused Therapy (CFT), i arbejdet med borgernes håndtering af smerter. Det illustreres blandt andet i følgende citat: *"Knap så meget ryggens anatomi, det er oftest ikke der, behovet ligger. [...] Jeg synes, at smertehåndteringsdelen, forståelsen af langvarige smerter, [...] energiforvaltning, motivation, vaneændringer og hvad aktivitet og træning kan have af positive effekter, er det, der fylder"* (interview 6). Denne tilgang understøttes i et andet interview, hvor det fremhæves, at lænderygforløb er udviklet med afsæt i en biopsykosocial forståelsesramme: *"De der har været med til at stable §119 lænderygområdet på benene her i kommunen, har altid haft den biopsykosociale kasket rigtig meget på [...]. Det er selvfølgelig også derfor, at området emmer meget af det"* (interview 5).

Samlet set tyder data på en stor variation i lænderygforløbene både i forhold til varighed og hyppighed, men et fællestræk er, at mange af lænderygforløbene baserer sig på en biopsykosocial tilgang. Denne tilgang ligger i tråd med gældende kliniske retningslinjer for håndtering af lænderygsmerter, hvor samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold betones.

Tilrettelæggelse af lænderygforløbene

Resultaterne fra interviewene peger på, at mange kommuner i praksis tilrettelægger lænderygforløb fleksibelt og individuelt frem for at følge en fast struktur. Flere informanter fremhæver, at lænderygforløbene i høj grad tilpasses den enkeltes behov: *"Forløbene er helt enormt personligt skræddersyet"* (interview 5). Tilsvarende beskrives lænderygforløbene som behovsstyrede: *"Det er ikke pakker på den måde, vi er mere behovsstyret"* (interview 2). Andre kommuner beskriver lænderygforløbene som værende struktureret med mere faste og standardiserede rammer, herunder en på forhånd defineret varighed samt et fast antal trænings- og undervisningsgange, som afspejles i følgende citat: *"Og så er der et mere standardprogram, [...] her følger de [deltagerne] et forløb med to undervisningsgange og otte træningsgange"* (interview 9).

For en mere uddybende beskrivelse af variationen i kommunernes lænderygforløb henvises til bilag 5, hvor lænderygforløb for to kommuner beskrives med flere detaljer. Det ene lænderygforløb afspejler et standardiseret og fast lænderygforløb, mens det andet illustrerer et mere fleksibelt lænderygforløb.

Organisering af lænderygforløbene

På baggrund af information fra Sundhed.dk afvikles lænderygforløbene udelukkende i kommunale rammer og finder primært sted i genoptrænings-, trænings- eller rehabiliteringscentre, hvilket gælder for 29 ud af 54 kommuner. Herudover gennemfører 17 kommuner lænderygforløb i sundhedscentre og otte kommuner i sundhedshuse. I nogle kommuner udbydes lænderygforløb på flere forskellige lokationer. Fire kommuner tilbyder desuden mulighed for digitale lænderygforløb, ligesom én kommune angiver, at indsatsen også kan gennemføres i deltagerens eget hjem. Lænderygforløbene varetages primært af fysioterapeuter, hvilket gælder for 18 kommuner. I enkelte kommuner indgår - udover fysioterapeuter - også ergoterapeuter, sygeplejersker og diætister i afvikling af lænderygforløb.

Samarbejde mellem kommuner

I interviewmaterialet fremgår det, at enkelte kommuner indgår i tværkommunale samarbejder. Samarbejdet mellem kommunerne begrundes forskelligt, men fremstår som strategiske løsninger på både organisatoriske og faglige udfordringer: *"[...] der var nogle områder, der var så små, at det var bedre at samarbejde om dem, så man netop fik en mængde, som kunne medføre at man fik en vis ekspertise og kvalitet"* (interview 2). Citatet illustrerer, hvordan samarbejdet forstås som en løsning til at opnå tilstrækkelig volumen samt opbygge ekspertise og kvalitet i kommunale sundhedstilbud herunder lænderygforløb.

I andre tilfælde beskrives samarbejdet på tværs af kommunegrænser som en løsning med henblik på at sikre geografisk tilgængelighed. Det fremhæves, at borgere i visse situationer kan benytte tilbud i nabokommunen, hvis det er mere hensigtsmæssigt: *"Hvis der*

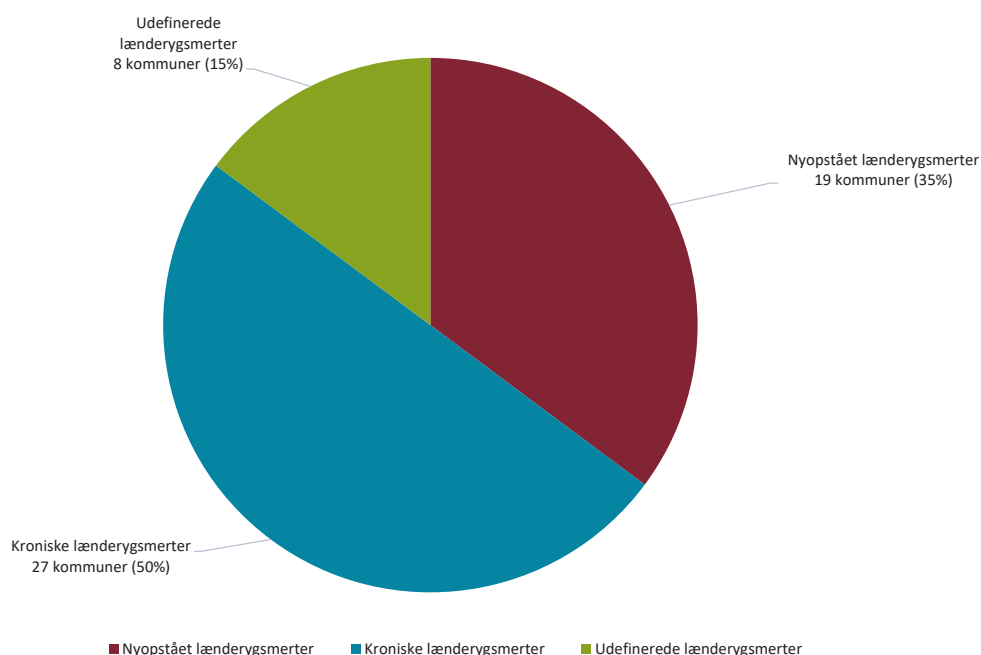
er en fra [nævner bydel i den nærliggende kommune], der har langt til deres træningssted i kommunen, og vi ligger tættere på borgeren, så kan vi godt have borgere, der går på tværs, [...] hvis vi har plads til dem” (interview 7).

Målgruppe, henvisningsveje og rekruttering

Målgruppe

Af de 54 kommuner, der ud fra Sundhed.dk tilbyder et lænderygforløb, henvender størstedelen af lænderygforløbene sig til mennesker med kroniske lænderygssmerter. En mindre del retter sig mod mennesker med nyopståede lænderygssmerter og udefinerede lænderygssmerter (figur 5).

I relation til de registrerede deltagelseskriterier ses der variation på tværs af kommunerne. Et alderskrav på 18 år eller derover forekommer hyppigst og gælder for 40 kommuner, ligesom bopæl i kommunen ofte er en forudsætning og gælder for 30 kommuner. Desuden stiller 21 kommuner krav om udredning forud for henvisning. Omvendt har fem kommuner et krav om ingen udredning.



Figur 5: Fordeling af målgrupper (nyopståede-, kroniske- og udefinerede lænderygssmerter) i lænderygforløb. Baseret på oplysninger fra Sundhed.dk.

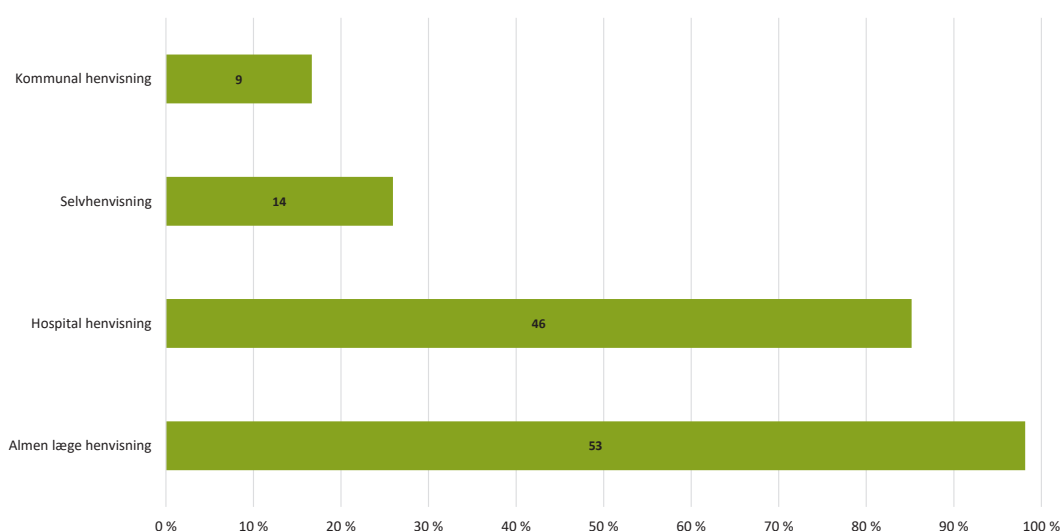
Interviewene understøtter de kvantitative oplysninger fra Sundhed.dk og peger på, at lænderygforløbene primært henvender sig til mennesker med kroniske lænderygssmerter. Derudover fremgår det af flere interviews, at målgruppen for lænderygforløb ofte er

karakteriseret ved komplekse og sammensatte problemstillinger (interview 1, 6, 7, 8 og 10): *"Det er en sårbar gruppe på mange områder, som også hos egen læge har cirkuleret i systemet, hvor egen læge har haft svært ved at gøre noget"* (interview 8) og *"Jeg synes, der er flere borgere, som er lidt ressourcetsvage, hvor der også er nogle psykiske udfordringer, samt en lidt lavere social status"* (interview 6). Udsagnene peger på en målgruppe, der ofte har haft gentagne kontakter i sundhedsvæsenet og kan tyde på, at lænderygsmærter i nogle tilfælde fungerer som en indgang til kommunen. Lænderygsmærter er ikke nødvendigvis den primære problematik, men måske snarere et sekundært symptom i en bredere kontekst præget af psykiske og sociale belastninger. Dette understøttes af følgende udsagn: *"Vi oplever, at det er lettere at sige at ryggen gør ondt, end at sige jeg har ondt i livet [...]. Det bliver ryggen, der får skylden for nogle andre ting"* (interview 7).

Henvisningsveje

Data fra Sundhed.dk viser, at mennesker kan henvises til lænderygforløb gennem forskellige aktører, herunder almen læge, hospital, kommune samt via selvhenvielse. Figur 6 viser, hvilke henvisningsveje der er mulige som adgang til et lænderygforløb i de 54 kommuner. Figuren beskriver således de mulige henvisningsveje, men ikke de egentlige henvisninger. Henvisning via almen praksis eller hospital er de mest udbredte muligheder, mens selvhenvielse og kommunal henvisning forekommer sjældnere. Kommunerne kan have mere end én henvisningsvej.

På tværs af målgrupperne – herunder mennesker med nyopståede-, kroniske- eller udefinerede lænderygsmærter – ses overordnet samme mønster i de mulige henvisningsveje.



Figur 6: Henvisningsveje til lænderygforløbene for de 54 kommuner, der ud fra Sundhed.dk har et lænderygforløb. Kommunerne kan have mere end én henvisningsvej.

Interviewmaterialet tegner et tydeligt billede af, at almen praksis er den primære henvisningsvej til lænderygforløbene. Flere kommuner beskriver, at langt hovedparten af deltagerne starter i lænderygforløbene efter henvisning fra egen læge (interview 1, 2, 6, 9, 10 og 13). Dette kommer blandt andet til udtryk ved citater som *"Det er en overvægt af henvisninger fra lægen"* (interview 2), og *"Jeg vil sige at langt de fleste, de kommer fra egen læge"* (interview 6).

Den afklarende samtale

Når formelle deltagelseskriterier er opfyldt, beskrives den afklarende samtale i interviewene som næste trin: *"Når jeg får besked fra en læge, at der er lavet en henvisning, så vil jeg typisk tage kontakt til patienten, og invitere til en startsamtale"* (interview 10). Tilsvarende beskrives i en anden kommune: *"Man bliver henvist til en afklarende samtale. Der er ingen, der bliver henvist direkte til et forløb"* (interview 9). Citaterne indikerer, at den afklarende samtale fungerer som et visitationsled, idet henvisningen ikke er ensbetydende med opstart af et lænderygforløb. Dette understøttes yderligere af udsagnet: *"Det er derfor, vi kalder det en afklarende samtale, det er lidt det, der er tanken med den, at vi lige finder ud af, hvad vi gør herfra, og om de er det rigtige sted"* (interview 6).

Andre kommuner anvender den afklarende samtale som et planlægningsredskab, hvor lænderygforløbets indhold og omfang tilrettelægges: *"Vi har en individuel afklarende samtale med borgeren, og så planlægger vi forløbet derudfra"* (interview 8) og *"Vi tager dem ind til det, som vi kalder en afklarende samtale og ud fra det, vurderer terapeuten hvad forløbet skal være"* (interview 6).

Samlet set peger citaterne på, at den afklarende samtale rummer mange facetter - fra vurdering af motivation til planlægning af lænderygforløbets indhold og omfang, alt sammen med henblik på at sikre fastholdelse.

Udfordringer ved rekruttering

Flere kommuner beskriver, at antallet af mennesker, der deltager i lænderygforløbene, er lavt. Dette kommer blandt andet til udtryk i følgende citater, hvor begrænset tilslutning til holdforløb og vanskeligheder med at opretholde et stabilt deltagerflow fremhæves: *"... det der med at fylde et helt hold op med §119 [deltagere henvist på §119], det er ikke muligt, det får vi ikke nok henvisninger til"* (interview 6) og *"Jeg ser ikke mange patienter, [...] det er meget sparsomt, hvad jeg modtager. Jeg synes ikke at jeg afviser mange, men jeg får rigtig mange [deltagere] på §88 og §87, og det er umiddelbart ikke dem tilbuddet henvender sig til"* (interview 10).

Interviewpersonerne peger på flere mulige årsager til den lave rekruttering, herunder geografiske forhold samt et begrænset kendskab blandt hospitalspersonale til lænderygforløb. I geografisk store kommuner beskrives store transportafstande som en væsentlig barriere for deltagelse: *"Den store udfordring hos os er geografien, vi er landets største*

kommune, sådan rent geografisk [...]. De [mennesker i kommunen] finder andre løsninger, så de slipper for at skulle køre, og her tænker jeg, det blandt andet er alle vores privatpraktiserende fysioterapeuter, for de er jo alle steder” (interview 11).

Derudover peger flere kommuner på, at henvisninger fra hospitalerne i begrænset omfang rettes mod kommunale forebyggende forløb på §119. Dette kommer til udtryk ved: *”Det er meget lidt, vi får fra hospitalerne på det her [henvisning til lænderygforløb] [...] Jeg tror bare ikke de [personalet på hospitalerne] er opmærksomme på det” (interview 2)* og understøttes yderligere i dette citat *”Altså vi er nødt til at sige, at sygehusene ikke er synderligt gode til at henvise til §119 [...]. Jeg vælger at gætte på, det er fordi sygehusene ikke har overblik over hvilke muligheder, der faktisk ligger i kommunerne” (interview 5).*

På baggrund af det lave antal henvisninger beskriver flere kommuner, at de har iværksat opsøgende og kommunikative tiltag for at øge kendskabet til lænderygforløbene og dermed rekrutteringen (interview 2, 4, 11 og 13). Tiltagene omfatter blandt andet annoncering i lokale medier, brug af sociale medier samt direkte henvendelser til almen praksis. De forskellige tilgange fremgår af følgende tre citater:

”Folk er ikke helt klar over, at de selv kan henvende sig, det er noget vi fortæller dem. Vi reklamerer en gang imellem i den lokale avis, og når annoncen har været der, så får vi en del, som henvender sig selv” (interview 2).

”... vi kørte ud til alle vores lægehuse [...] og sagde: Goddag vi har det her tilbud, vi får ikke så mange henvisninger, men statistisk ved vi at borgeren findes derude, så der bør være masser af dem. Vil I prøve at overveje, om I har nogle borgere, der passer ind i tilbuddet?” (interview 13).

”Det kan være via egen læge, på kommunens facebookside eller i lokalavisen hvor vi er ude at reklamere. Herefter ringer de [mennesker i kommunen] selv ind, fordi de er nysgerrige.” (interview 4).

Citaterne peger på, at kommuner med lav rekruttering har oplevet, at målrettet annoncering har bidraget til øget henvendelse.

Brobygning til lokale aktiviteter efter lænderygforløb

Brobygning til aktiviteter i lokalsamfundet omtales i kommunerne som en *udslusning* eller *exit-strategi* og beskrives af kommunerne som en central del af lænderygforløbet. Dette kommer blandt andet til udtryk ved udsagn som: *”Vi er meget optaget af miljøet omkring borgeren og inddrager det aktivt. Vi prøver at eksponere borgeren for miljøer, som kunne være gunstige at fortsætte i” (interview 5).*

Tilsvarende beskriver nogle kommuner, at denne proces allerede starter tidligt i lænderygforløbet, og at de aktivt kan ledsage deltageren til forskellige tilbud (interview 1, 5, 6 og 13): *”Allerede på et tidligt tidspunkt begynder vi at tale om, hvor borgeren*

*kan fastholde sit fysiske aktivitetsniveau, når de er færdig hos os” (interview 8) og ”Hvis de ikke har mod på selv at undersøge stedet, så kan vi godt tilbyde at tage med hen og starte dem op” (interview 1). Samtidig fremhæves brobygning som et redskab til at forebygge genhenvi-
sning: ”[...] i bund og grund vil vi gerne undgå genhenvi-
sninger så vidt muligt, og det er en af de måder, vi håber at kunne gøre det” (interview 6).*

Samlet beskriver interviewene, at brobygning udgør en central organisatorisk praksis i kommunerne. Brobygning forstås både som en strategi til at sikre vedvarende fysisk aktivitet, forebygge genhenvi-
sninger og som en aktiv overgang til civilsamfundsbase-
rede fællesskaber.

Udfordringer i organisering, rekruttering og synlighed af lænderygforløb

Kortlægningen peger på en række centrale udfordringer, der påvirker kommunernes muligheder for at tilrettelægge, drive og oplyse om lænderygforløb.

Udfordringer i organisering og rekruttering

Kommunerne fremhæver, at arbejdet med at etablere og fastholde kommunale forebyg-
gende forløb – herunder lænderygforløb – påvirkes af både faglige og organisatoriske forhold. Flere kommuner oplever usikkerhed om de fremtidige rammer som følge af sundhedsreformen, særligt i forhold til ressourcer, opgavefordeling og fleksibilitet i tilret-
telæggelsen af lænderygforløb. Nogle kommuner har derfor sat udviklingsarbejdet på pause og afventer mere klarhed om reformens implikationer. Mange peger samtidig på, at et lille deltagergrundlag og ustabil rekruttering gør det vanskeligt at opretholde struk-
turede lænderygforløb og sikre tilstrækkelig kontinuitet. I geografisk store kommuner forstærkes denne udfordring af store transportafstande, som reducerer borgernes mulig-
hed for at deltage.

Interviewene viser desuden, at henvisninger fra almen praksis er den mest anvendte adgangsvej, mens henvisninger fra hospitalerne er mere begrænsede – blandt andet på grund af manglende kendskab til kommunale forebyggende forløb og forskelle i samar-
bejdsflader. Selvhenvi-
sning forekommer kun i få kommuner. Den lave rekruttering og begrænsede synlighed betyder, at mange kommuner aktivt arbejder med at øge kend-
skabet til lænderygforløbene gennem opsøgende kommunikation, kontakt til almen prak-
sis og lokal annoncering.

Udfordringer i synligheden

Anvendelsen af Sundhed.dk som datakilde rummer både styrker og svagheder. En svag-
hed er, at oplysningerne beror på kommunernes egen indrapportering, som ofte er uens-
artet og ikke altid opdateret. Der er desuden variation i mængden og detaljeringsgraden

af den information, kommunerne har registreret på Sundhed.dk. Det kan give et ufuldstændigt grundlag for kortlægningen og skabe risiko for systematisk bias, hvor kommuner med større administrativ kapacitet fremstår mere aktive end andre. Til gengæld gør Sundhed.dk det muligt at gennemføre en landsdækkende og systematisk kortlægning uden ekstra belastning af kommunerne og uden risiko for lav svarprocent. Databasen er den primære nationale platform for kommunale sundhedstilbud, herunder lænderygforløb og afspejler den information, som henvisende fagpersoner og mulige deltagere har mulighed for at tilgå. Tilgængeligheden af lænderygforløb påvirkes af, hvordan de synliggøres og formidles. Data viser, at Sundhed.dk anvendes og opdateres forskelligt på tværs af kommunerne, hvilket kan give et fragmenteret og til tider misvisende billede af lænderygforløb. Den uensartede registreringspraksis kan medføre, at henvisende fagpersoner og mulige deltagere ikke er opmærksomme på relevante lokale lænderygforløb, og at kommuner fremstår forskellige på baggrund af registreringspraksis snarere end reelt indhold.

KONKLUSION

Kortlægningen viser, at en del af landets kommuner tilbyder lænderygforløb til mennesker med lænderygsmerter, men at indsatsen er organiseret uensartet på tværs af landet. Ud af landets 98 kommuner angiver 54 på Sundhed.dk, at de tilbyder et lænderygforløb. Lænderygforløbene er typisk forankret i trænings- og rehabiliteringsområderne og baseret på en biopsykosocial tilgang. Variationerne i varighed, indhold og organisering kan vanskeliggøre overblikket over lænderygforløb for både fagpersoner og mulige deltagere og udfordrer ambitionen om en mere ensartet indsats på tværs af landet.

Kortlægningen peger samtidig på flere strukturelle udfordringer. Data på Sundhed.dk er uensartet opdateret med variende detaljeringsgrad, hvilket begrænser muligheden for at opnå et fuldt retvisende overblik af den reelle kommunale praksis. Derudover fremhæves rekruttering til lænderygforløb som en udfordring, særligt i geografisk store kommuner.

På trods af variationerne viser kortlægningen, at flere af de elementer, der indgår i nationale anbefalinger for kronikerindsatser, allerede indgår i mange lænderygforløb. Det omfatter blandt andet afklarende samtaler, helhedsorienteret træning, fokus på mestring samt en vis grad af brobygning til andre tilbud. Der er dog behov for større systematik, tydeligere beskrivelser og bedre synlighed – både lokalt og nationalt – før de kommende pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter kan realiseres.

Samlet viser kortlægningen, at:

- En del af landets kommuner tilbyder lænderygforløb til mennesker med lænderygsmerter, men lænderygforløbene varierer i udbredelse og organisering.
- Lænderygforløbene er typisk forankret i trænings- og rehabiliteringsområderne, men varierer i indhold og varighed.
- Der er grundlag for en mere ensartet indsats for mennesker med lænderygsmerter, men organisering, adgang og henvisningsveje varierer.
- Synligheden af lænderygforløbene på Sundhed.dk varierer, hvilket begrænser overblikket over den kommunale praksis.

PERSPEKTIVERING

Sundhedsreformen indebærer væsentlige ændringer i organiseringen af sundhedsopgaverne og har som overordnet ambition at styrke et mere sammenhængende, kvalitetsorienteret og nært sundhedsvæsen. I denne reformkontekst spiller patientrettet forebyggelse en central rolle, idet indsatsen netop er placeret i krydsfeltet mellem behandling, rehabilitering og egenhåndtering. Kortlægningen bidrager med et aktuelt overblik over den kommunale praksis på lænderygområdet og giver samtidig et empirisk afsæt for at perspektivere reformens centrale byggesten: samarbejde, nærhed og brobygning.

Sundhedsreformens mål om mere ensartede sundhedstilbud på tværs af landet indebærer et øget fokus på sammenhæng og samarbejde mellem sektorer. Kortlægningen viser betydelig variation i organiseringen af lænderygforløb samt udfordringer relateret til henvisningsveje og adgang til lænderygforløb. I denne sammenhæng peger kortlægningen på, at realisering af større ensartethed i praksis vil forudsætte mere koordinerede arbejdsgange og tydeligere samspil mellem kommuner, almen praksis og hospitaler – snarere end etablering af yderligere parallelle lænderygforløb.

Kortlægningen peger samtidig på, at der aktuelt foreligger begrænset systematisk viden om det konkrete indhold i lænderygforløbene og om, hvilke faglige elementer og komponenter der indgår på tværs af kommunerne. Denne viden er en central forudsætning for at vurdere lænderygforløbenes indbyrdes sammenlignelighed og arbejde mere målrettet med kvalitet i udviklingen af fremtidige pakkeforløb. Derudover mangler der viden om deltagernes perspektiver på lænderygforløbene. Fraværet af viden om både lænderygforløbenes indhold og deltagernes erfaringer begrænser mulighederne for at vurdere, hvordan lænderygforløbene samlet set bidrager til sammenhæng, kvalitet og egenhåndtering.

For at kunne udvikle et mere systematisk vidensgrundlag om både lænderygforløbenes indhold og deltagernes erfaringer forudsætter det, at der er adgang til tilgængelige og sammenlignelige data. En mere ensartet datainfrastruktur er derfor nødvendig for at kunne opbygge viden om lænderygforløbenes organisering, indhold og anvendelse over tid. Uden et fælles datagrundlag er mulighederne for systematisk opfølgning, monitorering og sammenligning på tværs af kommuner begrænsede. Dette vanskeliggør arbejdet med at understøtte kvalitetsudvikling og løbende justering af lænderygforløbene i takt med implementeringen af kommende pakkeforløb.

Ud over de geografiske variationer peger kortlægningen også på udfordringer med tilgængelighed og rekruttering, særligt i kommuner med stor geografisk udstrækning. En af sundhedsreformens målsætninger er at skabe øget nærhed blandt andet gennem digitale løsninger og samarbejde med lokal- og civilsamfundet baseret på et populationsperspektiv. I arbejdet med at bringe sundhedsvæsenet tættere på befolkningen

bliver brobygning og lokale forhold helt centrale. Det kalder på et styrket samarbejde og en klar ansvarsfordeling og formaliserede henvisningsveje, der kan sikre kontinuitet, sammenhæng og gennemsigtighed i patientforløbene.

Nærværende kortlægning viser, at en del af landets kommuner tilbyder lænderygforløb, primært målrettet mennesker med kroniske lænderygsmerter, men at lænderygforløbene og den tilhørende information varierer betydeligt på tværs af kommunerne. Rapportens vidensbidrag kan anvendes i den videre udvikling af området og bidrager til kvalificering af arbejdet med realiseringen af sundhedsreformens ambitioner om nærhed, digitalisering og sammenhæng. Skal målet om en mere ensartet, evidensbaseret og borgernær indsats i 2027 indfries, forudsætter det målrettet udvikling af både organisatoriske rammer, faglig viden og datadrevne processer.

REFERENCELISTE

- 1) Sundhedsloven § 119 [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>
- 2) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder. 2024.
- 3) Sundhedsloven § 140 [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://danskelove.dk/sundhedsloven/140>
- 4) Serviceloven § 86 [Internet]. [cited 2026 Feb 18]. Available from: <https://danskelove.dk/serviceloven/86>
- 5) Sundhedsstyrelsen. Lænderygmerter - Analyse vedr. indsatser og forløb for mennesker med lænderygmerter. 2025.
- 6) Mairey IP, Toftholm MH, Holst M, Lau A, Thygesen C. Fremskrivning af syv udbredte folkesygdomme til 2025, 2030, 2035 og 2040. 2025.
- 7) Toye F, Seers K, Hannink E, Barker K. A mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain. BMC Med Res Methodol. 2017;17(1):1–11. doi:10.1186/s12874-017-0392-7 PubMed PMID: 28764666.
- 8) Mairey, I. P., Rosenkilde, S., Klitgaard, M. B., & Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. 2022.
- 9) Mairey IP. Produktionstab ved lænderygmerter i Danmark Notat baseret på Den Nationale Sundhedsprofil 2021. 2024.
- 10) Egebæk HK, Kamstrup-Larsen N. Patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen. En kortlægning af hvor der mangler forskning. 2024.
- 11) Danske Regioner. En klar retning for sundhedsforskning i Danmark. 2023.
- 12) World Health Organization. Who Guideline for Non-Surgical Management of Chronic Primary Low Back Pain in Adults in Primary and Community Care Settings. 2023. doi:10.1055/a-2375-3671 PubMed PMID: 39284361.
- 13) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Ny app har dokumenteret effekt på rygsmerter [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 22]. Available from: <https://nfa.dk/nyt/nyheder/2021/ny-app-har-dokumenteret-effekt-paa-rygsmerter>
- 14) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter. 2017.
- 15) Sundhedsstyrelsen. Sundhed i kommunen - nye opgaver og muligheder. 2005.
- 16) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.
- 17) Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti RV. Aftale Om Sundheds Reform 2024. 2024.
- 18) Ivankova N V, Creswell JW, Stick SL. Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. Field methods. 2006;18(1):3–20. doi:10.1177/1525822X05282260
- 19) Terry G, Hayfield N, Clarke V, Braun V. Thematic Analysis. The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology. 2017 May 18;17–37. doi:10.4135/9781526405555.n2

BILAG

Bilag 1: Deltagere i den rådgivende gruppe.

Bilag 2: Datakategorier og registreringsprincipper for Sundhed.dk.

Bilag 3: Interviewguides.

Bilag 4: Kommunale repræsentanter.

Bilag 5: Uddybende beskrivelser af to lænderygforløb.

BILAG 1: DELTAGERE I DEN RÅDGIVENDE GRUPPE

Navn	Organisation
Luna Lundberg Nielsen	Danske Regioner
Anne Dalhoff Pedersen	Region Sjælland
Jan Hartvigsen	Syddansk Universitet
Lene Mandrup Thomasen	Gigtforeningen
Anja Methling	Region Hovedstaden
Berit Schjøttz-Christensen	Region Midtjylland
Heidi Puk Ernst	Kerteminde Kommune
Morten Villumsen	Favrskov Kommune

BILAG 2: DATAKATEGORIER OG REGISTRERINGSPRINCIPPER FOR SUNDHED.DK

Indhold og struktur

Det blev registreret, om lænderygforløbet omfattede træningsterapi og uddannelsesprogrammer, herunder smertehåndtering, undervisning i smerteforståelse og ryggens anatomi. Derudover blev det noteret, hvor mange uger lænderygforløbet varede, og hvor hyppigt det blev afholdt, samt hvordan lænderygforløbet var tilrettelagt (individuelt eller på hold). Et lænderygforløb blev ikke klassificeret som individuelt, hvis det eneste individuelle element beskrevet i lænderygforløbet var den indledende og afsluttende samtale.

Deltagelseskriterier og målgruppe

Kriterier for at deltage i lænderygforløbene blev registreret, herunder alder, krav om bopæl i kommunen og udredningsstatus. Derudover blev det registreret om lænderygforløbet rettede sig mod mennesker med nyopståede lænderygsmerter (smerter af kort varighed eller smerter i < 12 uger), mennesker med kroniske lænderygsmerter (længerevarende, tilbagevendende smerter, eller smerter i > 12 uger, eller udefinerede lænderygsmerter (bred målgruppe, uspecifikke lænderygsmerter eller gener relateret til lænderyg).

Henvisning og fagpersoner

Henvisningsveje beskriver, hvem der kan henvise til lænderygforløb, og blev kategoriseret som enten almen praksis, hospital, kommune eller selv-henvisning. Derudover blev det noteret, hvilke fagpersoner, der varetager lænderygforløbet.

BILAG 3: INTERVIEWGUIDES

Interviewguide til kommuner med lænderygforløb

Tema 1: Introduktion

Formål: At præsentere os selv og formålet med interviewet samt give en kort introduktion til relevante resultater.

Tema 2: Informantens rolle

Formål: Lære informanten at kende og deres rolle i kommunen.

Hovedspørgsmål:

- Vil du introducere dig selv?
- Hvad er din rolle i forhold til lænderygforløbet?

Tema 3: Udvikling af lænderygforløb

Formål: At få indsigt i hvordan lænderygforløbet er blevet udviklet og hvilke faglige eller organisatoriske overvejelser det bygger på.

Hovedspørgsmål:

- Hvad var baggrunden for at etablere et lænderygforløb i jeres kommune?
 - * Kan du fortælle om de økonomiske, organisatoriske eller politiske overvejelser, der har spillet ind i forbindelse med etableringen af lænderygforløbet?

Uddybende spørgsmål:

- Hvilke faglige overvejelser er lænderygforløbet baseret på? Fx WHO, NKR, anden evidens, andre kommuners praksis?

Tema 4: Beskrivelse af lænderygforløbet

Formål: At få indsigt i kommunens lænderygforløb.

Hovedspørgsmål:

- Kan du fortælle om, hvordan jeres lænderygforløb er bygget op, samt hvordan det fungerer i praksis?

Uddybende spørgsmål:

- Hvilken målgruppe henvender lænderygforløbet sig til (kroniske/nyopståede lænderygsmærter)?
- Hvilke indholdselementer indgår i lænderygforløbet (træning/uddannelse/psykologisk)?
- Varighed og hyppighed af lænderygforløbet?
- Evalueres lænderygforløbet løbende og i så fald hvordan?
 - * Hvordan er tilfredsheden blandt borgerne?
- Hvad er din vurdering af jeres lænderygforløb?
 - * Hvad fungerer godt/dårligt?
 - * Ser du nogle områder, hvor der er plads til forbedring?

Tema 5: Retningslinjer og Paradigmeskift

Formål: At få indsigt i kommunens arbejde med paradigmeskiftet i lænderygbehandling og evidens.

Hovedspørgsmål:

- Hvordan har paradigmeskiftet i behandlingen af borgere med lænderygsmærter påvirket jeres tilgang til behandling af borgere med lænderygsmærter?

Uddybende spørgsmål:

- Har I foretaget ændringer i jeres lænderygforløb som følge af paradigmeskiftet?
 - * Hvis ja: Hvordan kommer disse ændringer konkret til udtryk i praksis?
- Hvilke retningslinjer eller anbefalinger følger I i dag i arbejdet med lænderygforløb?
 - * Er der nogle af disse retningslinjer eller anbefalinger, som er vanskelige for jer at følge i praksis – og hvad skyldes det i så fald?
 - * Hvordan adresserer I udfordringerne?

Tema 6: Henvisningsveje

Formål: At få indsigt i, hvorfra borgere bliver henvist til lænderygforløbet og om henvisningsvejene fungerer efter hensigten.

Hovedspørgsmål:

- Kan du fortælle om, hvordan borgere typisk bliver henvist til jeres lænderygforløb?

Uddybende spørgsmål:

- Hvordan oplever du fordelingen af henvisninger fra forskellige aktører som læger, hospitaler eller andre instanser?
 - * I hvilket omfang er I tilfredse med de henvisninger, der kommer ind til jer?
 - * Oplever I at modtage borgere fra andre målgrupper end den tiltænkte?

Tema 7: Fagpersoner, kompetencer og samarbejde internt og eksternt

Formål: At få indsigt i hvordan lænderygforløbet varetages internt af fagpersoner, hvilke kompetencekrav der stilles, og hvordan samarbejdet fungerer både internt og med eksterne instanser.

Hovedspørgsmål:

- Kan du beskrive, hvem der står for at varetage lænderygforløbet, og hvordan deres roller og opgaver er fordelt?

Uddybende spørgsmål:

- Hvordan forholder det sig med krav til ekstra uddannelse eller kurser for det fagpersonale, der varetager lænderygforløbet?
 - * Hvis der IKKE er et krav: Hvad er baggrunden for det, og er det noget, I har overvejet?
- Er der et samarbejde mellem de forskellige faggrupper?
 - * Hvis ja: Hvordan fungerer det i praksis?
- Samarbejder I med andre aktører i forbindelse med lænderygforløb fx jobcentre, arbejdspladser, foreningsliv eller andre tilbud? Kan I beskrive hvilke, og hvordan samarbejdet fungerer i praksis?
 - * Tænker I brobygning til foreningsliv eller øvrige tilbud ind som en del af jeres lænderygforløb for borgere med lænderygsmerter?

Tema 8: Sundhedsreform - kronikerpakker

Formål: At få indsigt i hvilke overvejelser kommunen gør sig i forhold til de nye kronikerpakker til lænderyg og sundhedsreformen, og hvordan disse kan påvirke deres eksisterende lænderygforløb.

Hovedspørgsmål:

- Hvilke tanker gør du dig om de nye kronikerpakker til lænderygsmerter og sundhedsreformen i relation til jeres lænderygforløb?

Uddybende spørgsmål:

- Forventer I, at kronikerpakkerne vil få betydning for, hvordan jeres lænderygforløb tilrettelægges eller prioriteres fremover?
- Hvad er jeres overvejelser om den nye sundhedsreform og dens fokus på forebyggelse i forhold til jeres lænderygforløb?
 - * Hvordan tænker I, at reformen kan komme til at påvirke jeres nuværende tilbud?

Tema 9: Afrunding

Formål: At afslutte interviewet og give informanten mulighed for at tilføje eventuelle bemærkninger.

Hovedspørgsmål:

- Ønsker du, at vi fremsender rapporten til dig pr. mail, når den er færdig?
- Er der noget her til sidst, du synes er vigtigt at få tilføjet?

Interviewguide til kommuner uden lænderygforløb

Tema 1: Introduktion

Formål: At præsentere os selv og formålet med interviewet samt give en kort introduktion til relevante resultater.

Tema 2: Informantens rolle

Formål: Lære informanten at kende og deres rolle i kommunen.

Hovedspørgsmål:

- Vil du introducere dig selv?

Uddybende spørgsmål:

- Hvad er din rolle i kommunen?

Tema 3: Nuværende praksis

Formål: At få indsigt i hvordan kommunen i dag håndterer borgere med lænderygssmerter uden et lænderygforløb.

Hovedspørgsmål:

- Hvordan håndterer I i dag borgere med lænderygssmerter uden et lænderygforløb?

Uddybende spørgsmål:

- Arbejder I ud fra nogle retningslinjer til borgere med lænderygssmerter og hvilke?
- Oplever I, at nuværende løsninger fx rådgivning, GOP dækker behovet?
- Hvilken type af borgere modtager I typisk (nyopståede, kroniske eller udefineret lænderygssmerter)?

- * Og hvordan visiteres de (almen læge, hospital, selvhenvisning)?

Tema 4: Baggrund for ikke at have et lænderygforløb

Formål: At forstå hvilke overvejelser og beslutninger der ligger bag, at kommunen ikke har etableret et lænderygforløb.

Hovedspørgsmål:

- Kan du fortælle om baggrunden for, at kommunen ikke har et lænderygforløbet?

Uddybende spørgsmål:

- Hvad er din oplevelse af, hvilke faktorer der har haft størst betydning for beslutningen (fx ressourcer, prioriteringer, samarbejde, faglighed)?
- Hvilke overvejelser har der været i forhold til at etablere et lænderygforløb?

Tema 5: Samarbejde

Formål: At forstå kommunens praksis for eksternt samarbejde i fraværet af et lænderygforløbet

Hovedspørgsmål:

- Har I nogen form for samarbejde med andre aktører (private fysioterapiklinikker, andre kommuner) på området – og hvordan ser det i så fald ud?

Uddybende spørgsmål:

- Hvis ja: Hvordan blev samarbejdet etableret og hvorfor?

Tema 6: Fremtidige muligheder

Formål: At undersøge kommunens vurdering af behovet for et lænderygforløb og hvilke faktorer, der kan påvirke fremtidige beslutninger.

Hovedspørgsmål:

- Ser I et potentiale for at etablere et lænderygforløb i fremtiden?

Uddybende spørgsmål:

- Hvilke forhold eller udviklinger kunne få jer til at genoverveje muligheden for at etablere et lænderygforløb?
- Efter din mening hvad skal der konkret til, før I ville genoverveje det?
- Hvilke faktorer ville især spille ind i sådan en beslutning?
- Hvad vurderer du, at et lænderygforløbet kunne bidrage med i jeres kommune?

Tema 7: Sundhedsreform - kronikerpakker

Formål: At få indsigt i hvilke overvejelser kommunen gør sig om kronikerpakken og sundhedsreformens fokus på forebyggelse i forhold til deres håndtering af borgere med lænderygsmærter, selvom de ikke har et dedikeret lænderygforløb.

Hovedspørgsmål:

- Hvad er jeres tanker om den nye kronikerpakke for borgere med lænderygsmarter og sundhedsreformens fokus på forebyggelse i relation til, hvordan I i dag håndterer borgere med lænderygsmarter?

Uddybende spørgsmål:

- Har I gjort jer nogle overvejelser om, hvorvidt kronikerpakken eller reformen kan få betydning for, hvordan I fremover skal støtte borgere med lænderygsmarter i kommunen?

Tema 8: Afrunding

Formål: At afslutte interviewet og give informanten mulighed for at tilføje eventuelle bemærkninger.

Hovedspørgsmål:

- Ønsker du, at vi fremsender rapporten til dig pr. mail, når den er færdig?
- Er der noget her til sidst, du synes er vigtigt at få tilføjet?

BILAG 4: KOMMUNALE REPRÆSENTANTER

Forud for interviewene blev der sendt en henvendelse til sundhedschefen i de udvalgte kommuner med information om undersøgelsen og en anmodning om at udpege den mest kvalificerede medarbejder til at deltage som informant i interviewet. I første omgang blev der kontaktet 14 kommuner. Hvis kommunerne ikke svarede på den første henvendelse, blev der sendt en påmindelse, enten til samme kontaktperson eller til en anden relevant medarbejder i kommunen. Da enkelte kommuner fortsat ikke svarede efter gentagne henvendelser, blev der taget kontakt til yderligere 10 kommuner, som i centrale karakteristika lignede de oprindeligt udvalgte kommuner.

Interview nr.	Titel	Region	Lænderyg-forløb
1	1: Fysioterapeut	Region Hovedstaden	Ja
2	1: Afdelingsleder af genoptræning og forebyggelse 2: Faglig koordinator på rygområdet	Region Hovedstaden	Ja
3	1: Faglig koordinator	Region Sjælland	Ja
4	1: Leder af genoptræning	Region Sjælland	Nej
5	1: Faglig koordinator i sundhedsfremme og forebyggelse 2: Forløbskoordinator og fysioterapeut	Region Syddanmark	Ja
6	1: Fysioterapeut	Region Syddanmark	Nej
7	1: Områdeleder for forebyggelse og civilsamfund	Region Syddanmark	Nej

Interview nr.	Titel	Region	Lænderyg-forløb
8	1: Afdelingsleder af sundhed og træning	Region Midtjylland	Ja
9	1: Fysioterapeut	Region Midtjylland	Ja
10	1: Fysioterapeut & koordinator på forløbsprogrammet for lænderyg	Region Midtjylland	Ja
11	1: Afdelingsleder af sundhedsfremme og forebyggelse	Region Midtjylland	Nej
12	1: Afdelingsleder af træningsenheden	Region Nordjylland	Nej
13	1: Faglig koordinator og fysioterapeut	Region Nordjylland	Ja

BILAG 5: UDDYBENDE BESKRIVELSER AF TO LÆNDERYGFORLØB

Et standardiseret lænderygforløb

Denne case illustrerer et lænderygforløb, der er organiseret efter GLA:D Ryg-konceptet. Forud for deltagelse gennemgår deltagerne en afklarende samtale hos en fysioterapeut, hvor det vurderes, om deltageren opfylder lænderygforløbets inklusionskriterier. I vurderingen indgår blandt andet deltagerens motivation for at deltage i et struktureret og tidsafgrænset lænderygforløb.

Lænderygforløbet har en varighed på otte uger og omfatter træning to gange om ugen. Træningen gennemføres som et holdbaseret forløb med op til otte deltagere pr. hold og varetages af to fysioterapeuter, der er certificerede i GLA:D Ryg. Træningen har fokus på gradueret fysisk aktivitet, styrke og bevægelse og er struktureret efter principperne i GLA:D Ryg-forløbet. Derudover indgår to undervisningsgange, hvor deltagerne arbejder med smertehåndtering og mestring samt får en grundlæggende forståelse af ryggens anatomi. Undervejs i lænderygforløbet er der mulighed for individuelle samtaler i tilknytning til træningssessionerne, som i nogle tilfælde også har fokus på kognitive strategier i håndteringen af smerter.

Lænderygforløbet afsluttes med en evaluering, der kombinerer objektive test med en subjektiv vurdering af deltagerens oplevede udbytte. Som led i afslutningen arbejdes der med en exitstrategi, hvor der etableres brobygning til relevante lokale tilbud, såsom foreninger eller træningscentre, med henblik på at understøtte fortsat fysisk aktivitet efter lænderygforløbets afslutning. I denne fase kan fysioterapeuterne fx ledsage deltageren i opstarten af nye aktiviteter.

Et fleksibelt lænderygforløb

Denne case illustrerer et lænderygforløb, som er organiseret uden en fast pakke. Lænderygforløbet tager udgangspunkt i en individuel afklarende samtale hos en fysioterapeut, hvor deltageren gennemgår en klinisk undersøgelse, samt hvor behov, ressourcer og problemstillinger afdækkes. På baggrund af denne samtale planlægges lænderygforløbet individuelt.

Lænderygforløbet er ikke nødvendigvis struktureret med træning som første indsats. For nogle deltagere vurderes det mere relevant at starte med andre indsatser, fx tilbud med fokus på smertehåndtering eller mestring, før træning igangsættes. Fysioterapeuten fungerer i denne sammenhæng som visitor og kan henvise deltageren til forskellige forløb og tilbud, der matcher deltagerens individuelle behov. Tilbuddene omfatter en

bred vifte af indsatser, som kan kombineres og justeres over tid. Nogle deltager i almindelige ryghold, eventuelt sammen med deltagere i genoptræningsforløb, mens andre har behov for alternative eller mere skånsomme bevægelsesformer. Der kan fx indgå blid træning, såsom medicinsk yoga, der er baseret på rolige bevægelser, åndedræt og øget kropsbevidsthed. Derudover kan deltagerne henvises til tværfaglige tilbud, herunder metakognitive kurser, som gennemføres i blandede deltagergrupper og varetages af sygeplejersker og diætister. Digitale træningsløsninger kan ligeledes indgå som en del af lænderygforløbet.

Lænderygforløbet har ingen fastlagt varighed eller hyppighed, og der er ikke fastsat en entydig afslutningsdato, men lænderygforløbet varer typisk mellem to og fire måneder. Indsatsen tilpasses individuelt og afsluttes, når det vurderes fagligt relevant. I lænderygforløbet indgår en tidlig dialog om, hvordan deltageren kan fastholde fysisk aktivitet efter afslutning. Der arbejdes aktivt med introduktion til relevante tilbud, herunder idræts- og patientforeninger, som deltageren kan fortsætte i. Lænderygforløbet afsluttes med en individuel afsluttende samtale hos fysioterapeuten, hvor lænderygforløbet evalueres ud fra deltagerens oplevelse og fagpersonens vurdering.