



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
Sagsnr. 04-9999-254

Sendt pr. mail til fops@sst.dk
CC: anwie@sst.dk

15. oktober 2026

Høringssvar vedrørende pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Dansk Selskab for Folkesundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter.

Samlet vurdering

Dansk Selskab for Folkesundhed støtter, at kroniske lænderygsmærter er blandt de første målgrupper for pakkeforløb. Lænderygsmærter er en af de tilstande, der koster flest leveår med nedsat funktionsevne. Ifølge udkastet står de for 38,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner, og forekomsten stiger med kortere uddannelse.

Vi finder det særligt positivt, at pakkeforløbet tager udgangspunkt i funktionsevne frem for diagnose, og at det lægger vægt på en helhedsorienteret, biopsykosocial tilgang. Det er også positivt, at udkastet anerkender, at patienterne i dag ofte oplever fragmenterede forløb og selv må koordinere mellem sundhedsvæsen, kommune og jobcenter.

Dansk Selskab for Folkesundhed har tidligere afgivet høringssvar til den generiske model og til lovforslaget om kronikerpakker, og vi henviser til disse. Nedenfor peger vi på de forhold, vi finder særligt vigtige for dette pakkeforløb.

1. Indgangen til pakkeforløbet skal være ensartet og nå dem med størst behov

Adgangen til pakkeforløbet afhænger af en klinisk vurdering af, om smerterne har varet over tre måneder og medfører "betydelig nedsat funktionsevne". Det er fagligt meningsfuldt, men giver risiko for stor variation mellem klinikker i fortil til, hvem der tilbydes et forløb. Der er samtidig risiko for, at patienter med flest ressourcer, som formulerer deres behov tydeligst, lettere får adgang.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at vurderingen af funktionsevne understøttes af et fælles, valideret redskab, og at variationen i inklusion følges tæt. Patienter, der allerede er kendt med kroniske lænderygsmærter, får først tilbudt et forløb ved løbende kontakt. Vi anbefaler, at klinikkerne aktivt identificerer og indkalder disse patienter, så dem med sparsom kontakt ikke falder ud.

Vi finder det positivt, at fysioterapeuter og kiropraktorer kan sende notat om, at en patient er i målgruppen. Det bør også være muligt for jobcentre og socialmedicinske enheder at gøre opmærksom på patienter, der kan have gavn af et forløb.

2. Beskæftigelsesindsatsen skal være en bærende del af forløbet

Lænderygsmærter står for 38,1 % af nytilkendte førtidspensioner og 13,4 % af de ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær. Vi støtter derfor, at den beskæftigelsesrettede indsats er en af de tre centrale indsatser, og at den skal igangsættes tidligt, også før sygemelding.



Udkastet beskriver dog primært ansvarsfordelingen: Kommunen visiterer, og de almenmedicinske tilbud bidrager med helbredsoplysninger. Det løser ikke det problem, udkastet selv beskriver, nemlig at patienterne ofte selv må koordinere mellem sundhedsvæsen og jobcenter. Vi anbefaler:

- at jobcentret kan få adgang til de relevante dele af behandlingsplanen med patientens samtykke, så der arbejdes ud fra én fælles plan,
- at der udvikles konkrete samarbejdsmodeller mellem almenmedicinske tilbud, jobcentre og arbejdspladser, fx fælles møder i komplekse forløb,
- at arbejdsmedicinske og socialmedicinske kompetencer i højere grad bringes i spil tidligt i forløbet og ikke kun ved forværring.

Den sociale gradient i lænderygsmærter hænger blandt andet sammen med fysisk og psykosocialt belastende arbejde. Den behandlende indsats bør derfor suppleres af en forebyggende indsats i arbejdsmiljøet, så pakkeforløbet ikke bliver den eneste løsning på et problem, der også har strukturelle årsager.

3. Egenbetaling kan skabe ulighed i adgangen til de aktive indsatser

Mange af de anbefalede indsatser – struktureret patientuddannelse, superviseret træning, manuel behandling og psykologbehandling – leveres i praksissektoren hos fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer, hvor der typisk er egenbetaling. Patienter med færre økonomiske ressourcer vil derfor reelt have et mindre udvalg af indsatser end andre.

De patientrettede forebyggelsestilbud er gratis og omfattet af en ret til opstart inden for 21 dage. Det er positivt. Men det forudsætter, at tilbuddene har kapacitet og kvalitet til at løfte opgaven for alle, også for patienter med komplekse psykosociale problemstillinger. Vi anbefaler, at de økonomiske konsekvenser for patienterne vurderes, og at der sikres adgang til de centrale aktive indsatser uden egenbetaling for patienter i pakkeforløbet, især på differentieringsniveau 2 og 3.

Som i vores høringssvar til pakkeforløbet for KOL anbefaler vi desuden, at differentieringsniveauet følger patienten og anvendes af alle aktører, ikke kun af de almenmedicinske tilbud. PRO-skemaet om sundhedskompetence er endnu ikke valideret og bør evalueres tidligt.

4. En fælles, evidensbaseret forståelse af smerter

Vi støtter udkastets tydelige prioritering af aktive indsatser frem for passiv behandling, tilbageholdenheden med langvarig medicinsk smertebehandling og billeddiagnostik, samt mål, der fokuserer på funktion og deltagelse frem for smertefrihed. Det er i tråd med evidensen.

Det forudsætter, at patienten møder samme forklaring på sine smerter hos alle aktører. Mennesker med primære kroniske smerter kan opleve ikke at blive troet eller føle sig stigmatiseret, når der ikke findes en bagvedliggende årsag. Vi anbefaler, at der udvikles fælles kommunikationsmateriale og et fælles sprog på tværs af sektorer, og at e-læringsforløbet om støttet egenmestring gøres tilgængeligt for alle faggrupper i forløbet.

5. Civilsamfund og primær forebyggelse

Vi støtter, at brobygning til civilsamfundet skal være en systematisk del af de patientrettede forebyggelsestilbud. Som i vores tidligere høringssvar efterlyser vi dog en mere konkret beskrivelse af, hvordan samarbejdet med foreninger og frivillige skal understøttes og finansieres.



Pakkeforløbet omfatter kun en afgrænset del af de ca. 1 million mennesker med lænderygsmærter. Styrkelsen af forløbet for dem med kroniske smerter må ikke ske på bekostning af den primære forebyggelse og den tidlige indsats, der kan forhindre, at smerterne bliver kroniske, fx gennem fysisk aktivitet og et godt arbejdsmiljø.

6. Monitoreringen bør følge funktionsevne, arbejdsliv og social ulighed

Udkastet fastslår, at differentieringen skal bidrage til at mindske den sociale ulighed, men social ulighed indgår ikke i monitoreringen. Indikatorer for sundhedsfaglig kvalitet og patientorienterede resultater udvikles først senere.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at monitoreringen fra start gør det muligt at følge forskelle efter uddannelse, indkomst og andre sociale forhold i:

- hvem der vurderes at være i målgruppen og får en behandlingsplan, herunder variation mellem klinikker,
- henvisning til, opstart i og gennemførelse af patientrettede forebyggelsestilbud og øvrige indsatser,
- resultater for patienten, særligt funktionsevne og livskvalitet,
- tilknytning til arbejdsmarkedet, sygefravær og tilkendelse af førtidspension.

Arbejdsmarkedstilknytning kan i vid udstrækning følges via eksisterende registre og bør derfor kunne indgå uden nye administrative byrder. Resultaterne for patienten bør være bærende, ikke alene procesindikatorer.

7. Implementeringen bør være realistisk og læringsbaseret

Pakkeforløbet forudsætter, at de almenmedicinske tilbud kan arbejde biopsykosocialt med en målgruppe, hvor psykosociale faktorer, arbejdsliv og smerteforståelse er centrale. Det kræver tid og kompetencer. E-læringsforløbet om støttet egenmestring forventes først tilgængeligt primo 2027, samtidig med at pakkeforløbet træder i kraft. Som i vores tidligere høringssvar er vi bekymrede for, om kapacitet og kompetencer er til stede, og om den proaktive indsats på niveau 2 og 3 dermed bliver nedprioriteret.

Vi anbefaler, at pakkeforløbene for lænderygsmærter og KOL evalueres systematisk og uafhængigt, før modellen udbredes til flere målgrupper. For lænderygsmærter bør evalueringen især belyse, hvordan inklusionskriterierne anvendes i praksis, om samarbejdet med beskæftigelsesindsatsen fungerer, og hvordan pakkeforløbet virker for forskellige sociale grupper.

Afsluttende bemærkning

Dansk Selskab for Folkesundhed ser pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmærter som et vigtigt skridt mod mere sammenhængende forløb med fokus på funktionsevne og hverdagsliv. For at realisere potentialet – og reducere den betydelige sociale ulighed – anbefaler vi:

- en ensartet og understøttet vurdering af, hvem der er i målgruppen, samt aktiv identifikation af kendte patienter,
- et forpligtende samarbejde mellem sundhedsvæsen, jobcentre og arbejdspladser om én fælles plan,



- at egenbetaling ikke bliver en barriere for de centrale aktive indsatser,
- en fælles, evidensbaseret forståelse af smerter på tværs af aktører,
- fortsat prioritering af primær forebyggelse og arbejdsmiljø,
- monitorering af funktionsevne, arbejdsmarkedstilknytning og social ulighed,
- en realistisk og læringsbaseret implementering med systematisk evaluering.

Venlig hilsen

Thomas Maribo, Professor, Forperson for Forskningsudvalget i Dansk Selskab for Folkesundhed

Michaela Schiøtz, Lektor, Forperson Dansk Selskab for Folkesundhed