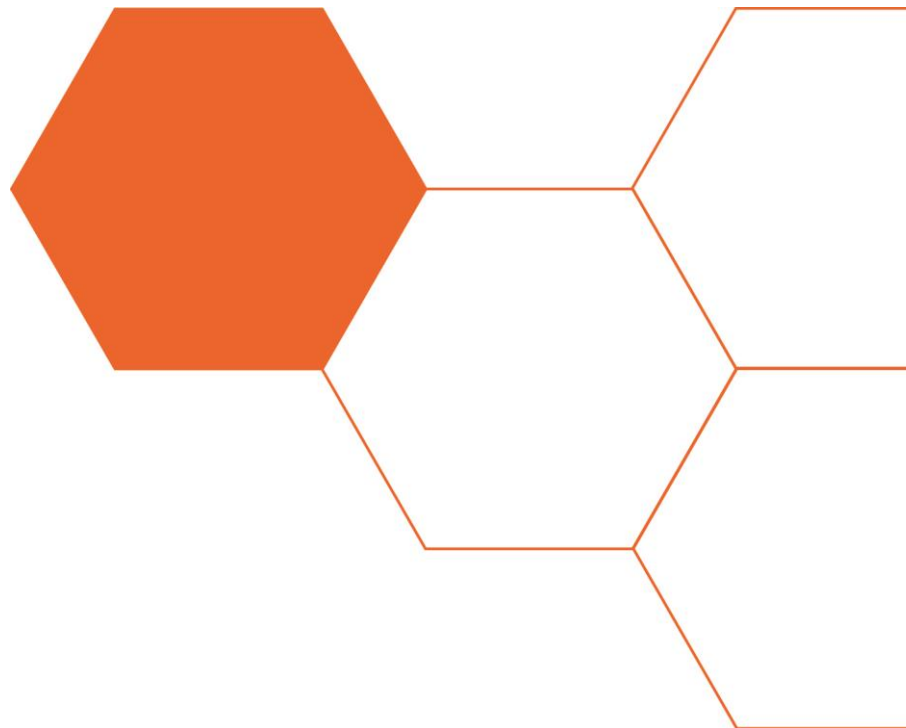


# Vårdprogram för ländryggsmärta

---

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.



# Innehållsförteckning

Förord.....	3
Dokumentinformation .....	4
Giltighet.....	4
Sökord .....	4
Uppdrag .....	5
Vårdprogramsgrupp (ursprunglig 2013) .....	5
Förankring och remissyttrande .....	6
Avgränsning och definition .....	6
Epidemiologi .....	6
Symtom och kliniska fynd .....	7
Bilddiagnostik (se även kortversion – bilaga 1).....	7
Primär behandling.....	9
Sekundär behandling .....	11
Egenvård .....	12
Kognitiv behandlingsterapi och multimodal smärtbehandling .....	12
Sjukskrivning och rehabilitering .....	12
Kvalitetsindikatorer .....	12
Kostnadsansvar .....	12
Referenser .....	12
Bilaga 1.....	14
Bilaga 2.....	15
Bilaga 3.....	16

---

## Förord

Akuta och subakuta ryggsmärtor är en av de vanligaste orsakerna till kontakt med vården, i synnerhet med primärvården. Ca 80% av alla människor under sin levnad kommer att drabbas av ryggbesvär. Samhällskostnaderna, såväl direkta som indirekta, är mycket stora särskilt för de fall som går över i ett kroniskt tillstånd.

Patienter med långdryggssmärta kommer ofta i kontakt med många olika yrkeskategorier inom vården. Det är viktigt att utarbeta en gemensam syn över de olika yrkesgränserna för hur utredning och behandling av ländryggssmärta ska ske.

Detta vårdprogram är ett underlag för en mer systematisk behandling av dessa patienter som i sin tur kan bidra till en mer jämlik och evidensbaserad vård.

Vårdprogrammet har tagits fram av företrädare för olika professioner och olika organisatorisk tillhörighet och är normgivande för all verksamhet som drivs i Region Skånes regi – såväl offentlig som privat.

Malmö, 2013-01-31

Rita Jedlert

Tf medicinsk direktör

En mindre revidering har nu gjorts av vårdprogrammet. Följande avsnitt har tillkommit:

1. Avsnittet om primär behandling är nytt och framtaget i samverkan med representant från primärvården
2. Bilaga 2 (remissmall till ortoped) är ny och ska ses som ett hjälpmedel vid remittering. Motsvarande mall är under framtagande för remiss till reumatologisk mottagning.

Övriga delar är oförändrade jämfört med tidigare version vilket även gäller kortversion (bil 1).

Jonatan Ljung  
Fysioterapeut, enhetschef  
Vårdcentralen Centrum, Landskrona  
Huvudansvarig för revideringen

---

## Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
<b>Huvudansvarig (2013)</b>	Ingemar Sernbo	Docent, överläkare ortopedi SUS Fysioterapeut, enhetschef, Vårdcentralen Centrum, Lkra	<a href="mailto:ingemar.sernbo@skane.se">ingemar.sernbo@skane.se</a>
<b>Huvudansvarig (2018)</b>	Jonatan Ljung		<a href="mailto:jonatan.ljung@skane.se">jonatan.ljung@skane.se</a>
<b>Ursprunglig version fastställd av</b>	Rita Jedlert	Bitr hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Rita.jedlert@skane.se">Rita.jedlert@skane.se</a>
<b>Sakkunniggrupp</b>	RMK rörelseorganens sjukdomar		
<b>Kontaktperson Koncernkontoret</b>	Sven Oredsson	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:sven.oredsson@skane.se">sven.oredsson@skane.se</a>
<b>Administrativ kontaktperson</b>			

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
<b>Ursprunglig version</b>	2013-01-31	2021-05-31	Ingemar Sernbo
<b>Revidering</b>	2018-05-07	2021-05-31	Jonatan Ljung
<b>Revidering</b>			
<b>Revidering</b>			
<b>Revidering</b>			

## Sökord


---

## Sammanfattning

Ländryggssmärta är ett mycket vanligt tillstånd med en total samhällskostnad som uppgår till tiotals miljarder kronor per år i Sverige, större än för all cancersjukdom tillsammans, om man räknar in både sjukvårdskostnader och kostnader för arbetsbortfall och sjukfrånvaro. Årligen söker 2-3 procent av befolkning vård i Region Skåne pga. ryggbesvär (1).

Samverkan mellan olika vårdaktörer är av mycket stor betydelse för resultatet. Erfarenheter från projektet *BackUpp* visar hur ett samarbete mellan primärvård och specialistvård kan se ut och vilka resultat detta kan ge (1). Utifrån dessa erfarenheter understryker detta vårdprogram behovet av samsyn och vilja att enas om gemensamma principer i syfte att patienten ska få rätt hjälp i rimlig tid.

Primärvården är den bas som ansvarar för dessa patienters initiala omhändertagande. Med ett bra primärt omhändertagande blir andelen patienter som behöver kontakt med ortopedspecialist liten (3).

Genom kostnadseffektiv utredning i primärvården kan akuta vårdinsatser vanligen undvikas och övergången till ortopedspecialist blir smidigare (4). En för patienten ”fast vårdkontakt” i primärvården som sköter patientens initiala utredning, behandling och sjukskrivning betyder mycket för att nå framgång. Det är också viktigt att understryka att fysioterapeutens kompetens måste användas i större utsträckning för bedömning och behandling än vad som är fallet idag.

Traditionell röntgen av ländryggen har länge varit föremål för diskussion. De flesta av dessa torde vara onödiga och riskerar att ge en falsk trygghet. Medicinska rådet för Bild- och funktionsmedicin i Södra sjukvårdsregionen och BackUpp-projektet framhåller att betydligt färre patienter än vad som är fallet idag behöver genomgå radiologisk diagnostik och att de fall som behöver en undersökning i första hand ska genomgå en begränsad MR-undersökning, en s.k. MR-översikt (MRÖ). Detta innebär att MRÖ i flertalet fall har genomförts innan patienten remitteras till ortoped- eller reumatologspecialist.

För att uppnå ett gott slutresultat för patienten måste tillgängligheten till ortopedspecialist och radiologisk utredning vara hög. Brister i tillgängligheten innebär att risken för långvarig sjukskrivning ökar. Utbildning liksom utökade kontaktytor, möten och samarbete mellan primärvård, ortopedi och radiologi är viktiga förutsättningar för att vårdprogrammets intentioner ska få genomslag. Fler auskultationer i varandras verksamheter uppmuntras.

## Uppdrag

Ingemar Sernbo, chefläkare och ortoped, Trelleborgs lasarett, fick den 11 april 2012 i uppdrag från Rita Jedlert, tf medicinsk direktör, att tillsammans med en tvärprofessionell grupp ta fram detta vårdprogram. Vårdprogrammet har nu reviderats på uppdrag av Sven Oredsson, enhetschef, avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning. Ansvarig för revidering har Jonatan Ljung, fysioterapeut, enhetschef, Vårdcentralen Centrum, Landskrona varit.

## Vårdprogramsgrupp (ursprunglig 2013)

- Acke Ohlin, docent, överläkare, chef för ryggortopediska enheten, SUS
- Mårten Annertz, med dr. överläkare, Röntgen Nordväst
- Ulf Nyman, docent, överläkare, medicinsk ansvarig, Röntgen Öst, ordf. Regionalt medicinskt råd för bild- och funktionsmedicin.

- 
- Peter Leander, docent, överläkare, SUS, medicinsk rådgivare, bild- och funktionsmedicin, Region Skåne
  - Margareta Eliasson, chefläkare Primärvården Skåne, fd AKO primärvården
  - Gert-Uno Larsson, överläkare, ortopediska kliniken, Hässleholm
  - Jan-Olof Svensson, AKO primärvården NV
  - Anders Isacsson, överläkare, verksamhetsområde ortopedi, Helsingborg
  - Helena Machalek, AKO primärvården
  - Katarina Ossiannilsson, sjukgymnast SUS
  - Björn Hassgård, sjukgymnast Trelleborg
  - Lotta Wikström, sjukgymnast Höllviken

## Förankring och remissyttrande

Vårdprogrammet har förankrats i Regionala medicinska rådet för rörelseorganens sjukdomar, Regionala medicinska rådet för allmänmedicin samt Regionala medicinska rådet för bild- och funktionsmedicin. Akutell reviderad version har också granskats och förankrats hos AKO-Skåne.

## Avgränsning och definition

Detta vårdprogram fokuserar på subakut smärta från ländryggen med mer än 3 veckor och mindre än 3 månaders duration. I SBU:s rapport från 2000 definieras detta tillstånd som subakut lumbago (4). Programmets principer kan även i hög grad användas vid handläggning av smärtor från andra delen av ryggen.

Vårdprogrammet avser enbart vuxna patienter, dvs. patienter, 18 år och äldre. MRÖ kan även vara att föredra till yngre patienter då man undviker joniserande strålning.

Generellt gäller att angivna tidsgränser liksom lokalisationen av patienternas besvär inte är knivskarpa utan ska ses som en vägledning.

## Epidemiologi

Smärta i ländryggen är sällan uttryck för någon allvarlig sjukdom. Flertalet av oss får ont i ryggen någon gång i livet, oftast lindrigt och övergående. I 8 av 10 fall är smärtan övergående utan att ge bestående men. I det enskilda fallet vet man mycket sällan varför eller hur smärtan uppstår, eller varför den i vissa fall blir kronisk. Man har noterat att ryggsmärtor är vanligare hos personer som lever under sämre psykosociala förhållanden. Det finns även evidens för att psykologiska faktorer kan påverka och vidmakthålla ett smärttillstånd i ryggen. Faktorer som stress, oro och ångslan tillsammans med patientens egen uppfattning kan ha avgörande betydelse för övergång från akuta till kroniska smärtor.

Cirka 0,5 % av den vuxna befolkningen (ungefär 6 000 individer i Region Skåne) drabbas av en reumatisk/inflammatorisk ryggsjukdom. Dessa individer insjuknar ofta som unga vuxna, har en starkt ökad risk att hamna i långvarig arbetsoförmåga om obehandlade och får idag vänta i genomsnitt fem år på diagnos och behandling. För denna grupp finns idag mycket effektiv behandling.

För samhället innebär ryggsmärtor totalt sett mycket stora kostnader, vilket gör det angeläget att strukturera vården på ett enhetligt och effektivt sätt med gemensamma utredningsprinciper, god

---

tillgänglighet och välfungerande rehabiliteringsinsatser i samråd med patient, Försäkringskassan och andra myndigheter.

## Symtom och kliniska fynd

För symtom och kliniska fynd hänvisas till traditionella läroböcker i ämnet. Inom primärvården finns redan ett ofta mycket väl utvecklat och tvärprofessionellt samarbete rörande dessa patienter. Detta vårdprogram fokuserar på diagnostik och primär handläggning.

## Bilddiagnostik (se även kortversion – bilaga 1)

Konventionell röntgenundersökning, s.k. slätröntgen, vid ryggsmärtor är av ringa värde. Detta påpekades i en artikel i Läkartidningen redan 1975 (5). Skelettmetastaser och infektiös/inflammatoriska förändringar är svåra att påvisa med slätröntgen i ett tidigt skede. Diskbräck, spinal stenos och tumörer i spinalkanalerna liksom reaktiva ödem i kotkropparna sekundärt till degenerativa förändringar kan inte heller diagnostiseras med slätröntgen. Det är också svårt att bedöma om en kotkompression är färsk eller gammal. Även frakturer utan kotkompression är svåra att upptäcka. Detta innebär att patient och doktor kan invaggas i en falsk säkerhet vid normalt eller ospecifikt slätröntgenfynd (6).

Vid samtliga ovan nämnda tillstånd är MRÖ ett avsevärt bättre diagnostiskt instrument och kan i screeningsyfte utföras med endast två-tre sekvenser s.k. MR-översikt (MRÖ) vilket tar ungefär lika lång tid som en konventionell röntgenundersökning. MRÖ inkluderar även nedre bröstrygg, sacroiliaca- och höftleder samt stora delar av bäckenet. Utöver bättre diagnostiskt utbyte har MRÖ också fördelen att patienten inte utsätts för joniserande strålning.

### Indikationer för utredning med MRÖ:

1. Smärttillstånd med duration > 3-4 veckor och minst en röd flagga (se nedan)
2. Vid radikulära smärtor som inte kan behandlas, alternativt om ingen förbättring har inträtt efter 6 veckor trots aktiv behandling
3. Smärttillstånd med duration > 8 veckor i kombination med gula flaggor (se nedan)

### Med ”röd flagga” avses något av följande:

1. Debut före 18 eller efter 55 års ålder
2. Konstant eller progressiv smärta även vid vila, t.ex. under natten
3. Förekomst av trauma mot ryggen
4. Tidigare cancersjukdom
5. Misstanke om inflammatorisk/infektiös genes\*
6. Systemisk steroidbehandling
7. Drogmissbruk
8. Nedsatt allmäntillstånd eller viktförlust
9. Strukturell deformitet, kyfos/scolios

\* Typiska symtom vid inflammatorisk ryggssjukdom är ryggsmärta som blir värre på natten och ofta är lokaliserad till ryggslutet samt morgonstelhet. Både smärtan och stelheten förbättras av fysisk aktivitet men inte av vila.

---

### Med ”gul flagga” avses följande:

Gula flaggor är psykosociala faktorer som hindrar återhämtningen efter en akut episod av muskuloskeletal smärta. Psykosociala faktorer är väsentliga, särskilt i utvecklingen av ett långvarigt smärtproblem. Vanligtvis är dessa faktorer viktigare än biomedicinska eller biomekaniska faktorer.

Risikfaktorerna kan i stort sett uppdelas i tre områden:

1. Emotionella faktorer, t.ex.:
  - rädsla för ökad smärta vid aktivitet
  - ökat fokus på somatiska symptom
2. Kognitiva faktorer, t.ex.:
  - Katastroftankar eller en övertygelse om att smärta betyder skada
  - övertygelse om att smärtan helt måste försvinna innan normala aktiviteter eller arbete kan återupptas.
3. Beteendefaktorer, t.ex.:
  - disproportionellt undvikande av aktiviteter och rörelser
  - överkonsumtion av smärtstillande

### MRÖ-utlåtande

Skall vara tydligt och kortfattat och beskriva relevanta patologiska fynd som kan förklara patientens besvär eller föranleda remiss till ortoped eller annan specialist. Ospecifika degenerativa förändringar och diskbuktningar utan uppenbar patologisk signifikans skall inte detaljbeskrivas.

### Indikationer för remiss till ortopedspecialist <sup>1</sup>

#### Akut (utan föregående MRÖ):

1. Cauda equina syndrom
2. Lumbago-ischias med snabbt progredierande pares
3. Ryggtrauma med stark misstanke om skelett- eller nervskada
4. Misstanke om spondylit

#### Ej akut (bör alltid föregås av MRÖ):

1. Lumbago ischias med > 6–8 v svår funktionshindrande smärta som inte visar tendens att avta trots behandling
2. Dermatoföljande (rhizopati) bensmärta, neurologiska bortfall med/utan positiv Lasègue
3. Tumörsuspekta förändringar eller symptom
4. Spinal stenosis med > 12 v smärtduration med dominerande bensmärta samt pseudoclaudicatio

---

<sup>1</sup> Remissmall till ortopediska kliniken vid ländryggsbesvär – se bilaga 2



---

## 5. Symtomgivande spondylolys/-listes

6. Svår, arbetshindrande lumbago med 4-6 mån duration. Patienten ska först ha varit föremål för multidisciplinärt smärtomhändertagande (MMS)

Med hjälp av MRÖ kan diagnostiken på primärvårdsnivå bli tydligare. Lumbal spinal stenosis och diskbräck (inte bara diskbuktning) på MRÖ som är symtomgivande med radierande bensmärta, terapiresistent och funktionsnedsättande bör bli föremål för ortopedkonsultation i de fall patienten ställer sig positiv till operation. Inför en eventuell operation genomförs i regel, efter remiss från ortopedspecialist, en kompletterande MR-undersökning med axiala bilder. Ortopedspecialist bör även kunna bistå i speciella fall där patient och primärvårdsläkare ber om second opinion.

Patienten bör remitteras till reumatologspecialist för kompletterande utredning om det finns misstanke om inflammatorisk ryggsjukdom kliniskt eller på MRÖ

Slätröntgen kan vara en förstahandsundersökning vid scoliosutredning och datortomografi med lågdosteknik är indicerat vid frakturfrågeställning.

Även om kostnaden för MRÖ är dubbelt så hög som för slätröntgen indikerar resultat från BackUpp-projektet att man sparar såväl utredningstid, säkerhet som resurser. Denna slutsats bygger på att man i ett stort antal fall där man tidigare valde att göra en slätröntgen avvaktar utan att utföra någon bilddiagnostik. God klinisk undersökning, patientinformation och i vissa fall träning räcker i flertalet fall. Dessutom ersätter MRÖ som primärundersökning den inte helt ovanliga konstellationen av röntgen ländrygg, bäcken, sakroiliakaleder och höftleder som är betydligt dyrare jämfört med MRÖ.

Om det finns kontraindikationer för MRÖ (t.ex. pacemaker) remitteras patienten till en datortomografi (CT) eller så bör primärvården ta kontakt med antingen radiolog eller ryggspecialist för diskussion om lämpligt val av fortsatt diagnostik. Oftast gör man då en CT med stråldos anpassad till ålder och frågeställning. Kompletterande MR-utredning kan enligt referens (7) bli aktuellt vid signifikant operationsindicerad spinal stenosis eller diskbräck samt vid oklara fynd. Denna utvidgade MR-analysen skall ej belasta primärvården ekonomiskt.

Den snabba tekniska utvecklingen gör att detta dokument inte här vill fastslå exakt vad som skall ingå i en MRÖ. Detta får radiologin i Skåne själv besluta om så att utredning och utlåtande blir så korrekt och kostnadseffektivt som möjligt.

## Primär behandling<sup>2</sup>

Primärvårdens uppgift är att med ett tidigt omhändertagande dämpa oro och minska ryggsmärtans konsekvenser samt avgöra vilka patienter som behöver kompletterande bilddiagnostik. Primärvårdens omhändertagande är avgörande för patientens följsamhet och ryggsmärtans fortsatta förlopp. Tidig information om egenvård är viktigt ([www.1177.se](http://www.1177.se)). Vid avsaknad av röda flaggor är fysioterapeut lämplig som första instans. Remiss till ortoped- eller reumatologspecialist kan i flertalet fall undvikas och kirurgi är mycket sällan indicerad.

---

<sup>2</sup> Se även kortversion – bilaga 1.

---

För att kunna göra en korrekt bedömning behöver man först ta en grundlig anamnes och göra en noggrann undersökning. Var observant på både röda och gula flaggor.

Undersökningen kan se lite olika ut för läkare och fysioterapeut. Som fysioterapeut finns en fördel att använda välkända och standardiserade undersökningsmetoder som t.ex. MDT, OMI eller OMT. Är man strukturerad och konsekvent i sin undersökning kommer man att se både mönster och avvikelser. Risken att missa något blir mindre och sannolikheten att välja rätt behandling ökar.

Det viktiga är att behandlingen anpassas efter individen och de förutsättningar som finns. Man bör använda sig av screeningformulär för att tidigt upptäcka riskfaktorer. T.ex. STarT Back Screening Tool eller Lintons frågeformulär om smärta (kort version) kan ge viktig information om hur behandlingen ska planeras. Riskpatienter enligt formulären bör tas om hand extra noggrant, om möjligt av erfaren fysioterapeut eller tvärprofessionellt. Screening av andra faktorer så som depression och ångest kan också vara relevant, använd t.ex. formulären HAD eller MADRS.

Behandlingen bör bestå av flera olika delar:

- Patientutbildning i ergonomi och anatomi är viktig för att öka förståelsen till varför man har besvär.
- Allmän fysisk aktivitet är grundläggande men behöver ofta kompletteras med individanpassade övningar. Dessa kan ha syftet att t.ex. öka styrka, kontroll eller rörlighet. Ryggvänlig träning bör rekommenderas, t.ex. promenad flera gånger dagligen och ryggsim.
- Mobilisering/manipulation eller andra behandlingstekniker kan vara till stor hjälp för att komma vidare i rehabiliteringen.

Kombinera gärna flera saker, det viktiga är att få bort rörelserädsla, normalisera rörelsemönster och göra patienten aktiv. Följ upp patienten snabbt efter första besöket, korrigerar det som blivit fel och stötta patienten till fortsatt aktivitet.

Många patienter svarar direkt positivt på behandling och blir bättre inom dagar/veckor. Men ofta tar det tid att öka allmän fysisk aktivitet och att se resultat efter individuella övningar. 3 till 6 månaders regelbunden träning för att bli bättre är inte ovanligt.

Förekommer sjukskrivning bör man kartlägga både den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön. Det är också viktigt för den som behandlar patienten att ha kontakt med sjukskrivande läkare för gemensam plan. En bra sjukskrivning är en medveten del i behandlingen och anpassad efter individen. I samråd med patienten kan kontakt med arbetsgivare eller arbetsförmedling vara aktuellt.

Om patienten trots regelbunden behandling inte blir bättre kan det vara aktuellt med remiss till ortoped- eller reumatologspecialist, detta bör alltid föregås av MRÖ. Läs vårdprogrammets del om Bilddiagnostik eller bilaga Kortversion – Vårdprogram för ländryggssmärta för mer information. I bilaga 2 finns exempel på information som bör finnas med på remiss till ortopedspecialist.

---

## Sekundär behandling

Med sekundär behandling menas här bedömning av ortoped inför eventuell kompletterande utredning eller ryggkirurgi. Kirurgisk behandling vid lumbago görs först vid diskbräck där MR stämmer med kliniskt fynd, vid degenerativa tillstånd t.ex. spinal stenos där ett tryck på en nerv skall avlastas eller vid instabilitet som kräver stabilisering.

Patienter som remitteras till ortopedspecialist skall erhålla tid för undersökning inom 90 dagar.

I enstaka fall kan det vara aktuellt med remiss till ortopedspecialist för ”second opinion”. Detta måste då tydligt framgå av remissen. Det kan t.ex. handla om smärttillstånd som varat mer än ½ år där ortopedspecialist kan bistå primärvården med expertomdöme som klargör när kirurgi inte är aktuellt vilket i sin tur möjliggör för primärvården att tidigt sätta in andra åtgärder.

Sammanfattande principer för primär och sekundär behandling:

- Primärvården utgör basen för primär utredning och behandling
- Bedömning och behandling av fysioterapeut är väsentlig i både primär och sekundär fas och patienterna bör få tid inom 2 veckor.
- Slätröntgen ersätts av MRÖ och utförs via primärvården enligt etablerade riktlinjer
- Det radiologiska yttrandet efter MRÖ ska vara tydligt och kortfattat
- I de fall MRÖ inte ger ett tillräckligt underlag för ett radiologiskt yttrande kan radiologen kalla tillbaka patienten för kompletterande undersökning eller kommunicera med remittenten eller med ortoped
- Om ortopeden anser att en MRÖ behöver kompletteras/utvidgas till en komplett MR skall detta kostnadsfritt belasta ortopeden
- Vid misstanke om inflammatorisk genes bör patienten remitteras till reumatolog i vissa fall efter MRÖ
- Läkarsamarbete mellan primärvården och ortopedspecialisterna måste utvecklas med ett ömsesidigt erfarenhets- och kompetensutbyte
- Patienter som remitteras till ortopedspecialist skall erhålla tid för undersökning inom 90 dagar
- Lokala överenskommelser som bygger på detta vårdprogram uppmuntras
- För rättvis och jämlik handläggning är det viktigt att akutmottagningarna känner till vårdprogrammet och följer dess principer så att akutmottagningen inte blir en ”genväg” till ortopedspecialistbedömning.
- Sjukskrivning ska vara rätt, lagom, säker och jämställd. Det innebär att den är en medveten del i behandlingen och anpassad efter individen. Detta vårdprogram har för avsikt att följa Region Skånes riktlinjer vid sjukskrivning.
- Schabloniserad volymläkning:

Av 1000 patienter som drabbas av akuta ländryggssmärter beräknas hälften spontant bli besvärsfria.

Kvarvarande 500 patienter ska i enlighet med detta vårdprogram få en snabb bedömning i primärvården.

Av dessa är det ca 10 %, dvs. 50 patienter som enligt riktlinjer om ”röda flaggor” måste remitteras till MRÖ varav ca 10 patienter kräver vidare remiss till ortopedspecialist. Slutligen är det 1-2 patienter som kräver operation. Således är volymförhållandet: 1000-500-50-10-1.

---

## Egenvård

Det finns god information om egenvård på [www.1177.se](http://www.1177.se).

Här kan även nämnas rökavvänjning som en viktig del i behandlingen liksom att patienten verkligen själv deltar i ett aktivt träningsprogram. Benämningen konservativ behandling kan missförstås och bör undvikas.

## Kognitiv behandlingsterapi och multimodal smärtbehandling

Kognitiv behandlingsterapi (KBT) och Multimodal smärtbehandling (MMS) kan vara en viktig del i behandlingsprocessen för många patienter med ryggsmärtor. Tillgängligheten är idag god i Region Skåne med väntetid under 4 veckor. KBT och MMS är i första hand avsett för patienter som inte blir återställda efter initial bedömning med efterföljande egenvård och fysioterapi. Fortlöpande utvärdering sker av verksamheten.

## Sjukskrivning och rehabilitering

Eventuell sjukskrivning ska vara en medveten del i behandlingen och anpassad efter individen. Detta vårdprogram har för avsikt att följa Region Skånes riktlinjer vid sjukskrivning.

Socialstyrelsen har gett ut vägledning rörande antal veckors sjukskrivning vid lumbago/lumbago-ischias. Det finns även rekommendationer om bedömning av arbetsförmågan ska göras (9,10).

Detta uppdrag avser inte att beskriva behandling eller rehabiliteringen vid subakuta ryggsmärtor.

## Kvalitetsindikatorer

Vårdprogrammet följs upp regelbundet med följande indikatorer:

- Väntetider till primärvård, diagnostik (MRÖ och MR) och till ortopedspecialist <sup>3</sup>
- Antal sjukskrivningar M54.4 och M54.5
- Antal MRÖ som är inkonklusiva och kräver komplettering med fullständig MR
- Antal återsända remisser från ortopedspecialist till primärvård

Indikatorer hämtade från Svenska ryggregistret där alla ryggoperationer registreras och resultaten analyseras

## Kostnadsansvar

Grundregeln är att kostnadsansvaret är kopplat till vårdansvaret vilket innebär att kostnaden för MRÖ belastar primärvårdens budget och kostnaden för fullständig MR belastar ortopediska klinikens budget.

## Referenser

1. BackUpp 2.0
2. Produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar i Region Skåne 2005 (IHE)
3. Gränssnitt öppenvård ([www.vardgivarwebben.se/granssnitt](http://www.vardgivarwebben.se/granssnitt))
4. SBU-rapport 145: Ont i ryggen, ont i nacken 2000
5. Brolin I. Produktkontroll av röntgenundersökningar av ländryggraden. Läkartidningen 1975;72(17):1793-5.

---

<sup>3</sup> Se bilaga 3.

- 
6. McNally et al. Limited magnetic resonance imaging in low back pain instead of plain radiographs: Experience with first 1000 cases. *Clinical Radiology* 2001;56:922-5.
  7. Samarbetsavtal. Primärvården Sydvästra Skåne Ortopedkliniken Malmö-Trelleborg 2006
  8. Nationella Riktlinjer Rörelseorganens sjukdomar Socialstyrelsen 2012
  9. Försäkringsmedicinskt beslutstöd – vägledning för sjukskrivning enligt Socialstyrelsen
  10. Sjukskrivning vid lumbago-ischias och vid lumbago enligt Socialstyrelsen

---

## Bilaga 1.

Kortversion Vårdprogram för ländryggsmärta finns på

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varprogram---fillistning/varprogram-landryggsmarta-kortversion-forlangt-2016-12-11.pdf>

---

## Bilaga 2.

### Region Skåne

## Remissmall till ortopediska kliniken vid ländryggsbesvär

**Datum:**

**Personnummer:**

**Namn:**

**Diagnos:**

**Frågeställning/önskemål:**

**Aktuell MRT** ländryggöversikt/konventionell MRT (ej äldre än 1 år) + Svarskopia

**Övriga sjukdomar och aktuell medicinering:**

**Anamnes:** Smärta/karaktär, utstrålning, lokalisation, duration, tidigare ryggopererad, tidigare smärtklinik, hereditet, andra sjukdomar(cancer), trauma, inflammation/t.ex. RA.

**Psykosocialt av intresse:**

**Är patienten beredd att genomgå ryggoperation?**

**Status:**

**Livsstilsfaktorer:** Rökning, övervikt

**Sjukgymnastik eller annan vårdgivarbehandling:** Vilken typ av behandling har patienten fått? Har patienten tränat? Hur ofta/hur länge?

**Remitterande läkare:**

**Signatur:**

**Arbetsplats:**

---

## Bilaga 3.

### Uppföljningsindikatorer

Uppföljningsindikator	ID nr
Vårdgaranti primärvård läkarbesök 0-7-90-90	ID0076
Tillgänglighet Bild-och funktionsmedicin	ID0077
Tillgänglighet MR, väntade inom 30 dagar	ID0078
Väntande inom 60 dagar, första besök	ID0071
Vårdgaranti, väntade inom 90 dagar – första besök	ID0069
Genomförda inom 60 dagar, specialiserad planerad vård – första besök	ID0129