

Vejledning til ICPC-2 diagnosekodning

JUNI 2025



Indhold

Vejledning til ICPC-2 diagnosekodninger	3
under speciale 51 og 57 i fysioterapi-og ridefysioterapipraksis	3
Hvad får jeg som fysioterapeut ud af at diagnosekode?	4
Diagnosekodning i praksishverdagen	5
Baggrunden for ICPC-diagnosekodning	6
Diagnosekodning målrettet fysioterapipraksis	7
Hvilke patienter skal i et struktureret forløb under speciale 51?	8
Hvilke patienter skal jeg diagnosekode?	10
Hvilke ICPC-2 diagnosekoder?	11
Mere om ICPC-2	11
Forskel på symptomdiagnoser og sygdomsdiagnoser	12
Diagnosekodning i et patientforløb	13
Case-eksempler	14
Eksempel på diagnosekodning i et patientforløb	14
Flere diagnosekoder til det samme journalnotat	14
Eksempel på hvornår der kan tildeles flere koder til samme notat	15
Eksempel på hvornår der ikke bør tildeles flere koder til samme notat	15
Særlig opmærksomhed	15

Præciseringer	16
Sygdoms- og symptomdiagnosekoder	16
Smerteudstråling	16
Bevægeindskrænkning	16
Spinalstenose	16
Fysioterapirettede inklusionskriterier samt differentialdiagnostiske overvejelser	17
Nerverodspåvirkning i nakke ICPC-2 kode L83 - Cervikalsyndrom	18
Nerverodspåvirkning i lænd ICPC-2 kode L86 - Rygsyndrom med smerteudstråling	19
Lumbal stenose ICPC-2 kode L86 - Lumbal stenose	20
Artrose i hofte ICPC-2 kode L86 - Artrose i hofteled	21
Differentialdiagnostiske overvejelser	21
Primære smerter i lænderyggen ICPC-2 kode L03 Symptom/klage fra lænd	22



Vejledning til ICPC-2 diagnosekodninger

under speciale 51 og 57 i fysioterapi-og ridefysioterapipraksis

I overenskomst for fysioterapipraksis mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter (OK24) er det aftalt, at ICPC-2-diagnosekodning skal implementeres i overenskomstperioden. Diagnosekodning for både speciale 62, 65, 51 og 57 skal indsamles via programmet Sentinel og danne baggrund for databaseret kvalitetsarbejde både i kvalitetsnetværk og i den enkelte klinik.

Dette udmøntes under speciale 51 i obligatorisk ICPC-2 diagnosekodning af strukturerede forløb og under speciale 57 i obligatorisk ICPC-2 diagnosekodning af patienter med cervikal og lumbal nerverodspåvirkning, lumbal spinal stenose, artrose i knæ og/eller hofte samt primære smerter i lænderyggen.

Det er muligt at anvende det fulde ICPC-2 kodekatalog til alle patientgrupper.

[ICPC-2 diagnosekodekataloget](#) er det samme, som er tilgængeligt for fx praktiserende læger.



Hvad får jeg som fysioterapeut ud af at diagnosekode?

ICPC-2-diagnosekodning skaber struktur og overblik i journalen.

Du får et overblik over, hvilken hvilke typer af patienter, I behandler i klinikken, og hvilke problematikker de modtager behandling for.

De data, du får ud af at diagnosekode, kan du anvende i dit arbejde i dit kvalitetsnetværk eller internt i klinikken, hvor du måske ønsker at vide mere om, hvilke patienter med specifikke diagnoser

der behandles, hvilke ydelser de får, og (på sigt), hvilke resultater disse patienter oplever.

Du kan også anvende data i din formidling til relevante samarbejdspartnere som læger, kiropraktorer m.m., om de patientgrupper som behandles i din praksis.



Diagnosekodning

i praksishverdagen

Du kan diagnosekode alle dine patientforløb og dermed skabe struktur og overblik i journalen. Hele ICPC-2-diagnosekodekataloget lægges ud.

Du er som praktiserende fysioterapeut forpligtiget til at diagnosekode patienter i de strukturerede forløb under speciale 51, og som ridefysioterapeut skal du diagnosekode forløb under speciale 57 på patienter med cervikal og lumbal nerverodspåvirkning, lumbal spinal stenose, artrose i knæ og/eller hofte samt primære smerter i lænderyggen, når dit praksissystem er certificeret til Sentinel.

Derefter er det vigtigt, at du så hurtigt som muligt:

- underskriver databehandleraftalen,
- får aktiveret Sentinel i dit praksissystem og
- tilmelder dig diagnoseprojektet.

Du kan underskrive databehandleraftalen fra 30. juni 2025 og senest 26. august 2025 med dit virksomheds-MitID: www.sentinel-data.dk

Du tilmelder til diagnoseprojektet, når Sentinel er aktiveret i dit praksissystem. Læs mere om Sentinel i "Pjece om Sentinel" og "Sentinel – Kom godt i gang" samt "Kort notat om Sentinel".



Baggrunden for ICPC-diagnosekodning

ICPC-kodning (International Classification of Primary Health Care) er udviklet og opstillet af arbejdsgrupper under den internationale lægeorganisation for praktiserende læger WONCA i 1990. I Danmark indførtes ICPC-1 hos de praktiserende læger i 1997. Aktuelt anvendes en nyere udgave kaldet ICPC-2DK. En ny udgave kaldet ICPC-3 er internationalt under opstilling. Sekundærsektoren anvender et andet internationalt og mere differentieret kodesystem kaldet ICD-10 kodning. ICPC indeholder mulighed for "mapning" eller "linkning" til disse klassifikationer.

ICPC er opbygget alfabetisk, hvor et bogstav dækker et sygdomsområde. For eksempel dækker A-kapitlet Alment/uspecifik sygdom, N dækker Nervesystemet og P dækker Psykisk tilstand/lidelse. Altså starter alle kodninger der omfatter psykiske tilstande med P.

Muskuloskeletale tilstande findes under L-kapitlet, i alt 53 klassifikationer, Dette fra L01 til L99. Nogle klassifikationer dækker en enkelt tilstand, andre dækker over flere specifikke underdiagnoser.



Diagnosekodning

målrettet fysioterapipraksis

For at målrette diagnosekodning til fysioterapi- og ridefysioterapipraksis har en arbejdsgruppe under Enheden for Kvalitet og Modernisering arbejdet med at beskrive, definere og tydeliggøre de enkelte klassifikationer.

Vejledningen dækker:

- Cervikal nerverodspåvirkning
- Lumbal nerverodspåvirkning
- Lumbal spinal stenose
- Artrose i knæ
- Artrose i hofte
- Primære smerter i lænderyggen

Der er IKKE ændret i ICPC-2 rubrikkerne, hvad kriterier, inklusions- og eksklusionskriterier angår. Målet med denne vejledning er at levere en fysioterapi-rettet beskrivelse af de ICPC-2 diagnosekoder, der anbefales i forbindelse med de strukturerede forløb på speciale 51 samt for patienter med specifikke diagnoser under speciale 57.

Der er arbejdet med at målrette beskrivelsen af inklusionskriterier, så disse er tilpasset en fysioterapeutisk praksis og forståelsesramme.

Definitionerne er uddrag fra de opstillede faglige anbefalinger på de specifikke strukturerede forløb. Under inklusionskriterierne opstilles et link til det relevante strukturerede forløb.

Kategorien "Differentialdiagnostiske overvejelser" dækker andre regionelle diagnoser eller mulige differentialdiagnoser,¹ og giver dig kendskab til og mulighed for at afsøge andre diagnoser. De differentialdiagnostiske overvejelser dækker også kategorien eksklusionskriterier, men arbejdsgruppen har valgt "Differentialdiagnostiske overvejelser" da obligatorisk diagnosekodning er nyt, og målet med denne vejledning er, at udvide og udvikle kendskabet til ICPC-2 diagnosekodning.

Kategorien 'Varighed' er medtaget med inspiration fra det kommende ICPC-3 kodekatalog.

¹ De differentialdiagnostiske overvejelser er ikke fyldestgørende, men blot et udpluk af de mest gængse



Hvilke patienter skal i et struktureret forløb under speciale 51?

Strukturerede forløb for patienter med **tegn på nerverodspåvirkning i lænd eller nakke** er for patienter, som henvender sig til eller er henvist til fysioterapeut med symptomer på lumbal eller cervikal nerverodspåvirkning, også kaldet radikulopati.²

Det er symptomer og kliniske fund, der definerer nerverodspåvirkning og ikke en diagnose baseret på billeddiagnostik. De mest almindelige symptomer og fund patienter med nerverodspåvirkning i lænd/nakke oplever, er i ben eller arm som f.eks. udstrålende smerter i radikulære mønstre, som typisk er af større intensitet i ben eller arm end smerter i lænd/nakke, føleforstyrrelser i afgrænsede områder, kraftnedsættelse i bestemte muskler og svækkede reflekser. Desuden oplever patienter typisk funktionsbegrænsninger, nedsat arbejdssevne og psykisk påvirkning i varierende omfang.

Strukturerede forløb for patienter med **lumbal spinalstenose** er for patienter, som henvender sig eller er henvist til fysioterapeut med symptomer på lumbal spinal stenose. Det er alene symptomer, der definerer lumbal spinal stenose og ikke nødvendigvis en diagnose baseret på billeddiagnostik.

De vigtigste symptomer ved lumbal spinal stenose er patientens oplevelse af funktionsbegrænsende neurogen claudicatio, smerter, føleforstyrrelser og tyngdefornemmelse i et eller begge ben og/eller balanceproblemer, som typisk forværres ved gang eller i stående stilling. Patientens gener lindres i hvile, f.eks. i siddende eller liggende og/eller ved at flektare i ryggen. I resten af dokumentet benytter vi for nemheds skyld betegnelsen lumbal stenose.

Strukturerede forløb for patienter med **artrose i hofte og/eller knæ** er for patienter, som henvender sig eller er henvist til fysioterapeut med symptomer på artrose i hofte og/eller knæ. Det er symptomer og kliniske fund, der definerer artrosen og ikke en diagnose baseret på billeddiagnostik.

De enkleste diagnosekriterier³ er: Alder >45 år + ledsmerter ved bevægelse/aktivitet og ingen eller kun kortvarig (≤30 min.) led stivhed om morgenen. Et opmærksomhedspunkt er, at yngre personer med tidligere knæskade kan udvikle artrose tidligere.

Strukturerede forløb for patienter med **primære smerter i lænderyggen**⁴ med eller uden udstråling til ben er for patienter,

² Gennem resten af dokumentet benytter vi for nemheds skyld termene "nerverodspåvirkning i lænd/nakke" synonymt med radikulopati og lumbal/cervikal nerverodspåvirkning med symptomer til ben/arm.

³ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) fra Storbritannien i 2022.

⁴ Vi læner os op ad WHO's definition af kroniske primære lændesmerter som langvarige eller tilbagevendende og hvor der ikke kan påvises en bestemt årsag.



som henvender sig til, eller er henvist til fysioterapeut på grund af smerter og/eller funktionsbegrænsninger, som stammer fra lænderyggen. Det strukturerede forløb er tiltænkt patienter, som har tilbagevendende og/eller længerevarende problemer med lænderyggen, hvor du og patienten i fællesskab vurderer, at der er behov for en fokuseret indsats for at støtte egenhåndtering af smerter og genvinde funktion, også i et forebyggelsesperspektiv på længere sigt.

Primære smerter i lænderyggen er en udelukkelses diagnose for patienter, hvor du som fysioterapeut ikke kan påvise en konkret diagnose (f.eks. alvorlig patologi, inflammatorisk lidelse, nerverodspåvirkning, lumbal spinalstenose etc.).



Hvilke patienter skal jeg diagnosekode?

Patienter under speciale 51 almen fysioterapi som indgår i et struktureret forløb, skal have en ICPC-2 diagnosekode. Hos alle andre patienter er det frivilligt at diagnosekode.

Patienter under speciale 57 ridefysioterapi med cervikal og lumbal nerverodspåvirkning, lumbal spinal stenose, artrose i knæ og/eller hofte samt primære smerter i lænderyggen, skal have en ICPC-2 diagnosekode. Hos alle andre patienter er det frivilligt at diagnosekode.

Følgende ICPC-2 diagnosekoder skal anvendes:

- **L83** – Forløb for nerverodspåvirkning i nakke
- **L86** – Forløb for nerverodspåvirkning i lænd
- **L84** eller **L86** – Forløb for lumbal stenose
 - **L84** - når der ikke er radikulopati/smerteudstråling
 - **L86** - I de tilfælde hvor der vurderes at være nerverodspåvirkning ledsaget af neurologisk tilsvarende smerteudstråling og/eller neurologiske udfaldssymptomer, vil det være mest korrekt at benytte L86
- **L90** – Forløb for artrose i knæ
- **L89** – Forløb for artrose i hofte
- **L03** – Forløb for primære smerter i lænderyggen

Disse diagnosekoder kan måske ikke gives efter første konsultation, det kan eventuelt kræve en længere udredning eller yderligere undersøgelser før endelig sygdomsdiagnose kan gives. I disse tilfælde kan du give en symptomdiagnose fx kan du diagnosekode med L01 symptom/klage fra cervikalregion og N06 Føleforstyrrelse IKA inden en endelig L83 diagnosekode kan gives.



Hvilke ICPC-2 diagnosekoder?

Forløb	ICPC-2 ⁵	Differentialdiagnostiske overvejelser ⁶
Nerverodspåvirkning i nakke	L83	L87, L92, L93, L01, L02 og/eller L08-L12 eventuelt kombineret med N05, N06.
Nerverodspåvirkning i lænd	L86	L84, L85, L89, L02, L03 og/eller L13-L14 og/eller L16-L17 eventuelt kombineret med N05, N06.
Lumbal stenose	L84 eller L86 ⁷	L83, L85, L89, L02, L03 og/eller L13-L14 og/eller L16-L17 eventuelt kombineret med N05, N06, N07.
Artrose i hofte	L89	L03, L13-L15, L84, L86, L90.
Artrose i knæ	L90	L 78, L89, L13-L17.
Primære smerter i lænderyggen	L03	L02, L04, L13, L84, L85, L86, L89.

Mere om ICPC-2

Vil du vide mere om ICPC-2 diagnosekodning har kvalitetsenheden for almen praksis KiAP information om ICPC-2 her:

kiap.dk/kiap/praksis/services/koder/icpc/icpckoder.php

⁵ ICPC-2 ved sikre kliniske fund samt relevant symptombillede.

⁶ De differentialdiagnostiske overvejelser er ikke fyldestgørende, men blot et udpluk af de mest gængse.

⁷ I de tilfælde hvor der vurderes at være nerverodspåvirkning ledsaget af neurologisk tilsvarende smerteudstråling og/eller neurologiske udfaldssymptomer, vil det være mest korrekt at benytte L86.



Forskel på

symptomdiagnoser og sygdomsdiagnoser

Udgangspunktet for valg af diagnosekode er patientens henvendelsesårsag, hvilket ikke nødvendigvis indebærer en klassisk sygdomsdiagnose.

Du skal overveje følgende, når der vælges mellem en symptomdiagnose og sygdomsdiagnose:

- **Symptomdiagnoser** anvendes når de diagnostiske overvejelser udelukkende hviler på din erfaring/mistanke
- **Sygdomsdiagnoser** anvendes når de diagnostiske overvejelser verificeres af sikre kliniske fund/prøveresultater/billeddiagnostik. Sygdomsdiagnoser i ICPC-2 har ofte definerede inklusionskriterier

Symptomdiagnoser indenfor "Muskel- og skeletsystem" i ICPC-2 kodekataloget har koderne L01 – L29.

Sygdomsdiagnoser (Specifikke sygdomme) indenfor "Muskel- og skeletsystem" i ICPC-2 kodekataloget har koderne L83 – L95 + L98 – L99.



Diagnosekodning

i et patientforløb

Du skal føre fortegnelser over dine behandlinger inkl. diagnose.⁸ Det betyder, at der ved afslutningen af første konsultation på speciale 51 og 57 diagnosekodes på hhv. strukturerede og definerede forløb. Ved de efterfølgende behandlinger kan diagnosekoden justeres/suppleres eller ændres til den/de diagnosekoder, der bedst beskriver patientens helbredstilstand i den konkrete konsultation. På den måde sikres det, at diagnosen hele tiden er opdateret, og det skaber en god struktur i journalisering.

Der må ikke slettes eller ændres i en diagnosekode, når først diagnosekoden er tilknyttet et journalnotat og gemt i patientens data. Hvis det er nødvendigt at ændre i patientjournalen, skal det ske på en sådan måde, at den oprindelige tekst bevares. Det skal

fremgå, hvem der har foretaget ændringen og hvornår.⁹ Det bør altid fremgå af diagnoseoverblikket, hvilke diagnosekoder, der har været, - og er aktuelle i det enkelte patientforløb.



Case-eksempler

Eksempel på diagnosekodning i et patientforløb

En patient henvender sig med klage fra lænd. Efter din fysioterapeutiske undersøgelse mistænker du begyndende lumbal nerverodspåvirkning, men føler dig ikke sikker nok til at diagnosticere sygdommen ud fra det kliniske billede. Efter første konsultation registrerer du symptomdiagnosen **L03 Symptom/klage fra lænd**, og patienten sættes i behandling. Ved næste konsultation har patienten mere udtalt smerte, nedsat bevægelighed og smerteudstråling til underkstremitet. Din mistanke om lumbal nerverodspåvirkning verificeres med sikre kliniske fund, og patienten skal nu tildeles sygdomsdiagnosen **L86 Rygsyndrom med smerteudstråling**. Det skal fremgå af

diagnose-overblikket i journalen, at den aktuelle diagnosekode er L86, og diagnosekoden L03 er blot knyttet til det første journalnotat. Dette sikres forskelligt i praksissystemerne. Kontakt dit systemhus hvis du er i tvivl.

Flere diagnosekoder til det samme journalnotat

Behandles en patient for flere særskilte problemer, som alle vurderes relevante at kunne søge frem på et senere tidspunkt, kan en patient tildeles flere diagnosekoder på samme notat. Vær dog opmærksom på ikke at tildele flere diagnosekoder til en patient, hvis symptomerne/klagerne har direkte relation eller er afledt af

⁸ Gældende overenskomst §28 stk. 3

⁹ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.)
Bek nr 1225. Sundhedsministeriet



den primære diagnose. I sådanne tilfælde kan du i stedet give en uddybende beskrivelse af diagnosen i fritext i journalen.

Eksempel på hvornår der kan tildeles flere koder til samme notat

En patient henvender sig med hold i lænden. Det fremgår derudover, at patienten også lider af spændingshovedpine. Du vurderer, at det er separate behandlingsforløb, hvor begge forløb senere kan være relevante at søge data frem på. Journalnotatet tildeles både diagnosekoden N95 Spændingshovedpine og L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling.

Eksempel på hvornår der ikke bør tildeles flere koder til samme notat

En patient henvender sig med smerter i lænden, som trækker op mod brystryggen og nakken. Du vurderer, at smerterne mod brystryggen og nakken skyldes forhold i lænden, og vælger derfor udelukkende at behandle lænden. Journalnotatet tildeles kun diagnosekoden L03 Symptom/klage fra lænd, og du tilføjer en uddybende beskrivelse af diagnosen i fritext i journalen. Du skal derfor ikke bruge både L03 Symptom/klage fra lænd og L02 Symptom/klage fra ryg.

Særlig opmærksomhed

Hvis dit journalsystem ikke arbejder med diagnoser tilknyttet journalnotater, men arbejder med diagnoser tilknyttet forløb eller

patient er det vigtigt, at du først tilføjer en sygdomsdiagnose, når den sikkert kan stilles. Indtil da kan du tilføje symptomdiagnoser – se eksemplet i afsnittet "Eksempel på diagnosekodning i et patientforløb".



Præciseringer

En systematisk diagnosekodning har betydning, fordi ensartet diagnosekodning kan bidrage til større kendskab og forståelse for de patientgrupper, der ses i praksis.

Forskellen på sygdoms- og symptomdiagnosekoder, hvordan ICPC-2 ordvalgene 'smerteudstråling og bevægeindskrænkning' skal forstås, og hvordan man diagnosekoder spinalstenose mest korrekt er præciseret herunder.

Sygdoms- og symptomdiagnosekoder

Symptomkoderne **L01**, **L02** og **L03** benyttes, når der er tale om primære/uspecifikke nakke-, ryg-, lænderygsmærter og/eller nakke-, ryg-, lænderygsymptomer.

Sygdomsdiagnosekoderne **L83**, **L84** og **L86** benyttes, når den kliniske undersøgelse og/eller parakliniske undersøgelser indikerer en mere specifik tilstand til grund for smerterne/symptomerne.

Smerteudstråling

Med ICPC-kodning er det smerteudstråling, der definerer forskellen mellem **L84** og **L86** (Ryg syndrom uden/med smerteudstråling). Det præciseres, at smerteudstråling i forbindelse med ICPC-kodning kun skal betragtes som nerverodspåvirkning.

Der vil ofte ses refererede smerter/symptomer hos patienter med smerter i columna. Det kodes som enten **L02**, **L03** eller **L84** alt

efter, hvad den kliniske undersøgelse og/eller parakliniske undersøgelser viser.

Bevægeindskrænkning

Kan være til stede i både **L01**, **L02**, **L03**, **L83**, **L84** og **L86**, men bevægeindskrænkning er ikke en forudsætning for at kunne benytte de nævnte koder.

Hvis det vurderes, at der er bevægeindskrænkning, og at bevægeindskrænkningen indikerer en mere specifik tilstand, så skal diagnosekoderne **L83**, **L84** eller **L86** benyttes.

Spinalstenose

Kan nu både kodes som **L84** og **L86**.

I de tilfælde hvor der vurderes at være nerverodspåvirkning ledsaget af neurologisk tilsvarende smerteudstråling og/eller neurologiske udfaldssymptomer, vil det være mest korrekt at benytte **L86**. Kodning af spinalstenose som **L86** er ikke integreret i ICPC-2, og det er derfor ikke sikkert, at klinikkens journalsystem automatisk understøtter den kodning.

*På den baggrund har vi i denne fysioterapi-rettede vejledning valgt både **L84** og **L86** som diagnoser, du kan benytte til lumbal stenose alt efter kliniske fund og symptombillede.*



Fysioterapirettede inklusionskriterier samt differentialdiagnostiske overvejelser¹⁰



Nerverodspåvirkning i nakke

ICPC-2 kode L83 - Cervikalsyndrom

Inklusionskriterier

Klinisk diagnose, der stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund.

Radikulopati defineres som påvirkning af nerverod med et eller flere af følgende symptomer:

- Udstrålende/radierende smerter i OE i et radiculært mønster
- Nedsat muskelkraft og/eller svækkede reflekser
- Føleforstyrrelser

Cervical radiculopati ses oftest hos personer i 40 – 50-årsalderen.

Tilstanden er oftest selvlimiterende, med symptomer der bedres over tid uanset behandlingsvalg.

Medicinsk billeddiagnostik bør ikke bestilles rutinemæssigt, da det ikke har prognostisk værdi for patienten. Indikation hvis mistanke om anden patologi, eller hvis vurdering af kirurgisk behandlingskrævende tilstand.

Undersøgelse bør indeholde differential diagnostiske overvejelser ift. skulderkomplekset, albue, hånd og perifer nervepåvirkning.

Degenerative forandringer med reducerede pladsforhold i spinalkanalen kan medføre medullær kompression med mere udbredte og diffuse symptomer og styringsbesvær af OE og UE. Incidensen stiger med alderen.

Varighed

Akut	< 1	mdr.
Subakut	1-3	mdr.
Langvarig	> 3	mdr.

Differentialdiagnostiske overvejelser

L01 Symptom/klage fra cervicalregion

L02 Symptom/klage fra ryg

L08 Symptom/klage fra skulder

L09 Symptom/klage fra arm

L10 Symptom/klage fra albue

L11 Symptom/klage fra håndled

L12 Symptom/klage fra hånd/fingre

L8 Bursit/tendinit/synovit IKA

L92 Skuldersyndrom

L93 Tennisalbue

N94 Perifer neuropati

Karpaltunnelsyndrom



Nerverodspåvirkning i lænd

ICPC-2 kode L86 - Rygsyndrom med smerteudstråling

Inklusionskriterier

Klinisk diagnose, der stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund.

Radikulopati defineres som påvirkning af nerverod med et eller flere af følgende symptomer:

- Udstrålende/radierende smerter i UE i et radiculært mønster
- Nedsat muskelkraft og/eller svækkede reflekser
- Føleforstyrrelser

Lumbal radiculopati ses oftest hos personer i 30 – 50-årsalderen, hvor mænd rammes oftere end kvinder.

De fleste tilfælde (60 - 90 %) bedres uden kirurgisk indgreb.

Medicinsk billeddiagnostik bør ikke bestilles rutinemæssigt, da det ikke har prognostisk værdi for patienten. Indikation hvis mistanke om anden patologi, eller hvis vurdering af kirurgisk behandlingskrævende tilstand.

Undersøgelse bør indeholde differential diagnostiske overvejelser ift. bækken, hofte, knæ og evt. ankel og fod.

Varighed

Akut	< 1	mdr.
Subakut	1-3	mdr.
Langvarig	> 3	mdr.

Differentialdiagnostiske overvejelser

L02 Symptom/klage fra ryg

L03 Symptom/klage fra lænd

L13 Symptom/klage fra hofte

L14 Symptom/klage fra lår/
underben

L16 Symptom/klage fra ankel

L17 Symptom/klage fra fod/tå

L84 Rygsyndrom uden udstråling

L85 Erhvervet rygdeformitet

L89 Artrose i hofteled

Sakroiliakasyndrom



Lumbal stenose

ICPC-2 kode L86 - Rygsyndrom med smerteudstråling

Inklusionskriterier

Klinisk diagnose, der stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund.

Det primære symptom på lumbal spinal stenose er neurogen claudicatio med bilat. eller unilat. symptomer i UE under gang.

Kliniske faktorer opstillet ud fra konsensus:

- Smerter i glutealområdet og/eller UE under gang
- Lindring af symptomer ved foroverbøjning
- Lindring af symptomer ved at gå med indkøbsvogne eller ved at cykle
- Normal og symmetrisk fodpuls
- Motoriske eller sensoriske forstyrrelser under gang
- Nedsat muskelstyrke i UE
- Lænderygsmerter

Oftest ældre personer + 60 år, med stor variation i graden af symptomer, funktionsafgrænsning og livskvalitet.

Medicinsk billeddiagnostik er ikke nødvendige for at verificere diagnosen

Undersøgelse bør indeholde differential diagnostiske overvejelser ift.:

- Vaskulær claudicatio
- Hofteartrose
- Trochanter-tendinopati

I de tilfælde hvor der vurderes at være nerverodspåvirkning ledsaget af neurologisk tilsvarende smerteudstråling og/eller neurologiske udfaldssymptomer, vil det være mest korrekt at benytte L86.

Varighed

Akut	< 1	mdr.
Subakut	1-3	mdr.
Langvarig	> 3	mdr.

Differentialdiagnostiske overvejelser

L02 Symptom/klage fra ryg

L02 Symptom/klage fra ryg

L03 Symptom/klage fra lænd

L13 Symptom/klage fra hofte

L14 Symptom/klage fra lår/underben

L16 Symptom/klage fra ankel

L17 Symptom/klage fra fod/tå

L83 Cervicalsyndrom

L85 Erhvervet rygdeformitet

L86 Rygsyndrom med udstråling

L89 Artrose i hofteled



Artrose i hofte

ICPC-2 kode L89 - Artrose i hofteled

Inklusionskriterier

Diagnosen stilles ud fra klinikken uden brug af billeddiagnostik.

Alder > 45 + ledsmerter ved bevægelser og ingen eller kun kortvarig (< 30 min) ledstivhed om morgenen.

Ses også hos yngre voksne < 45 år hvor den kliniske præsentation inkluderer vedvarende ledsmerter, forbigående ledstivhed og tidligere traumatisk skade, hofte dysplasi eller impingementtilstande i leddet.

Særlige kendetegn ved hofteartrose:

Smerter lokaliseret til lateralt på hofte, dybt i lysken, og/eller indersiden eller ydersiden af låret.

Undertiden kan smerterne også være diffust lokaliseret til mediale side af knæled.

Symptomer opstår typisk ifm. bevægelse af hofteled i rotation og/eller fleksion/ekstension. Symptomer giver typisk besvær ved aktiviteter, der involverer dyb knæ/hofte fleksion; komme ind og ud af bil, tage strømper på, samle ting op fra gulvet. Skridtlængden forkortes typisk også.

I senere og svære artrose stadier, vil smerten ofte gå fra forudsigelig smerte under kendte aktiviteter til mere hyppig smerte og/eller intens smerte, der er mere uforudsigelig.

Billeddiagnostik ses som klinisk relevant ved senere artrose stadier, hvor kirurgisk udskiftning af leddet overvejes, eller i de tilfælde hvor anden alvorlig patologi mistænkes.

Varighed

Akut	< 1	mdr.
Subakut	1-3	mdr.
Langvarig	> 3	mdr.

Differentialdiagnostiske overvejelser

L03 Symptom/klage fra lænd

L13 Symptom/klage fra hofte

L14 Symptom/klage fra lår/
underben

L15 Symptom/klage fra knæ

L84 Rygsyndrom uden udstråling

L86 Rygsyndrom med udstråling

L90 Artrose i knæ



Primære smerter i lænderyggen

ICPC-2 kode L03 Symptom/klage fra lænd

Inklusionskriterier

Påvises ud fra symptomer og udelukkelse af anden patologi som årsag til smerterne.

Karakteriseret ved smerter og/eller funktionsbegrænsninger, som stammer fra lænderyggen. Patienten har tilbagevendende og/eller længerevarende problemer.

Karakteriseret ved smerter og stivhed i lumbosacrale region eventuelt med udstråling til sædregion og/eller underkstremiteter UDEN kliniske tegn på nerverodspåvirkning.

Ingen anbefaling for billediagnostik, med mindre behov for differential diagnostisk udredning.

Diagnosen primære smerter i lænderyggen er en udelukkelsesdiagnose, og kan stilles klinisk uden brug af billediagnostik.

Ved smerteudstråling til ben eller anden mistanke om nerverodspåvirkning skal neurologisk undersøgelse gennemføres, se faglige anbefalinger for patienter med nerverodspåvirkning i lænd/nakke.

Varighed

Akut	< 1	mdr.
Subakut	1-3	mdr.
Langvarig	> 3	mdr.

Differentialdiagnostiske overvejelser

L02 Symptom/klage fra ryg

L04 Symptom/klage fra

L13 Symptom/klage fra hofte

L14 Symptom/klage fra lår/
underben

L16 Symptom/klage fra ankel

L17 Symptom/klage fra fod/tå

L83 Cervicalsyndrom

L84 Rygsyndrom uden udstråling

L85 Erhvervet rygdeformitet

L86 Rygsyndrom med udstråling

L89 Artrose i hofteled