



Vejledning til ICPC-2 diagnosekodning i fysioterapipraksis

ENHED FOR KVALITET OG MODERNISERING

JUNI 2026

Indhold

Hvad får jeg som fysioterapeut ud af at diagnosekode?.....	5
Diagnosekodning skal foregå i praksishverdagen	6
Baggrunden for ICPC-diagnosekodning.....	7
Måltrettet fysioterapipraksis	8
Beskrivelse af de patienter der skal diagnosekodes under speciale 51 og 57.....	9
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	14
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	17
Spinalstenose	17
Fysioterapirettede inklusionskriterier samt differentialdiagnostiske overvejelser	18
Nerverodspåvirkning i nakke	18
Nerverodspåvirkning i lænd	19
Lumbal stenose	21
Artrose i hofte	22
Artrose i knæ	24
Primære smerter i lænderyggen	25

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 og 57 i obligatorisk ICPC-2 diagnosekodning af alle patienter med:

- Artrose i hofte/knæ
- Primære smerter i lænderyggen
- Lumbal spinalstenose
- Nerverodspåvirkning i nakke/lænd

Diagnosekodningen er således uafhængig af, om patienten er i et struktureret forløb eller ej.

Det er frivilligt at diagnosekode i forhold til andre diagnoser, og 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 skal foregå i praksishverdagen

Du kan diagnosekode alle dine patientforløb og dermed skabe struktur og overblik i journalen. [Hele ICPC-2-diagnosekodekataloget](#) lægges ud i dit praksissystem.

Du er som praktiserende fysioterapeut **forpligtiget** til at diagnosekode patienter under speciale 51 og 57 med:

- Artrose i hofte/knæ – her anbefales diagnosekode L89 Artrose i hofteled hhv. L90 Artrose i knæ
- Primære smerter i lænderyggen – her anbefales L03 Symptom/klage fra lænd
- Lumbal spinalstenose – her anbefales L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling eller L86 Rygsyndrom med smerteudstråling
- Nerverodspåvirkning i nakke/lænd - her anbefales L83 Cervikalsyndrom hhv. L86 Rygsyndrom med smerteudstråling

Disse diagnosekoder kan måske ikke gives efter første konsultation, det kan eventuelt kræve yderligere undersøgelser før endelig diagnose 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 fx en endelig L83 Cervikalsyndrom kan gives.

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

- underskriver databehandleraftalen med Sentinel her: [Sentinel](#)
- via Sentinel-modul i dit praksissystem først give "Praksis samtykke" og dernæst tilmelde dig projektet "Diagnosekoder"

Du kan underskrive databehandleraftalen med dit virksomhedsMitID her: <https://www.sentinel-data.dk/>

Du kan læse mere og fx se videoer om "Praksis samtykke" og tilmelding til "Diagnosekoder" her: <https://ekm.dk/diagnosekodning/>

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.

Målrettet fysioterapipraksis

For at målrette diagnosekodning til fysioterapi- og ridefysioterapipraksis har en arbejdsgruppe under Enheden for Kvalitet og Modernisering arbejdet med, hvilke ICPC-2 diagnosekoder der anbefales. Anbefalingerne er godkendt af ICPC-2 licensholderen i Danmark.

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 til specifikke patientgrupper under speciale 51 og 57.

Der er arbejdet med at målrette beskrivelsen af inklusionskriterier (nederst i dokumentet), så disse er tilpasset en fysioterapeutisk praksis og forståelsesramme.

Inklusionskriterierne er uddrag fra de opstillede faglige anbefalinger i de strukturerede forløb. Under inklusionskriterierne opstilles et link til det relevante strukturerede forløb.

Kategorien "Differentialdiagnostiske overvejelser" dækker andre regionelle diagnoser eller mulige differentialdiagnoser¹, 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

Beskrivelse af de patienter der skal diagnosekodes under speciale 51 og 57

Patienter med tegn på **nerverodspåvirkning i lænd eller nakke** som henvender sig til eller er henvist 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 nakke/lænd oplever, er i arm eller ben som f.eks. udstrålende smerter i radikulære mønstre, som typisk er af større intensitet i arm eller ben end smerter i nakke/lænd, føleforstyrrelser i afgrænsede områder, kraftnedsættelse i bestemte muskler og svækkede reflekser. Desuden oplever patienter typisk funktionsbegrænsninger, nedsat arbejdsevne og psykisk påvirkning i varierende omfang.

Patienter med tegn på **lumbal spinalstenose**, som henvender sig eller er henvist med symptomer på lumbal spinalstenose. Det er alene symptomer, der definerer lumbal spinalstenose og ikke nødvendigvis en diagnose baseret på billeddiagnostik.

De vigtigste symptomer ved lumbal spinalstenose 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 flektre i ryggen. I resten af dokumentet benytter vi for nemheds skyld betegnelsen lumbal stenose.

Patienter med tegn på **artrose i hofte og/eller knæ**, som henvender sig eller er henvist 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.

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

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

Patienter med **primære smerter i lænderyggen**⁴ med eller uden udstråling til ben, som henvender sig til, eller er henvist på grund af smerter og/eller funktionsbegrænsninger, som stammer fra lænderyggen.

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.) og er altså en symptomdiagnose.

³ Fra 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.

Hvilke ICPC-2 diagnosekoder?

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

Mere om ICPC-2

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

[Diagnosekodning ICPC-2 - KiAP](#)

⁵ ICPC-2 ved sikre kliniske fund samt relevant symptom billede.

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. diagnose⁸. Det betyder, at der ved afslutningen af første konsultation på speciale 51 og 57 obligatorisk skal ICPC-2 diagnosekodes på de udvalgte patientgrupper.

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 hvornår⁹. Det bør altid fremgå af diagnoseoverblikket, hvilke diagnosekoder, der har været, - og er aktuelle i det enkelte patientforløb.

⁸ Gældende overenskomst §28 stk. 3

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

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 påbegynder sin behandling. Ved næste konsultation har patienten mere udtalt smerte, nedsat bevægelighed og smerteudstråling til underekstremitet. 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 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 på baggrund af sikre kliniske fund.

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 fritekst 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-, lænderygsmarter 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 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

ICPC-2 kode	Inklusionskriterier	Differentialdiagnostiske overvejelser	Varighed	Anbefales ved
L83 Cervikalsyndrom	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.	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 L87 Bursit/tendinit/synovit IKA	Akut < 1 mdr. Subakut 1-3 mdr. Langvarig > 3 mdr.	Nerverodspåvirkning i nakke Struktureret forløb Cervikal discusprolaps - Lægehåndbogen - sundhed.dk

¹⁰ De differentialdiagnostiske overvejelser er ikke fyldestgørende, men blot et udpluk af de mest gængse.

	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.	L92 Skuldersyndrom L93 Tennisalbue N94 Perifer neuropati Karpaltunnelsyndrom		
L86 Rygsyndrom med smerteudstråling	Klinisk diagnose, der stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund. Radikulopati defineres som påvirkning af nerverod med et eller flere af følgende symptomer:	L02 Symptom/klage fra ryg L03 Symptom/klage fra lænd L13 Symptom/klage fra hofte	Akut < 1 mdr. Subakut 1-3 mdr.	Nerverodspåvirkning i lænd Struktureret forløb

	• 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.	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	Langvarig > 3 mdr.	Lumbal rodaffektion - Lægehåndbogen på sundhed.dk
--	---	---	------------------------------	--

L84 Rygsyndrom uden smerteudstråling ELLER L86 Rygsyndrom med smerteudstråling	Klinisk diagnose, der stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund. Det primære symptom på lumbal 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.	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 L89 Artrose i hofteled	Akut < 1 mdr. Subakut 1-3 mdr. Langvarig > 3 mdr.	Lumbal stenose Struktureret forløb Spinalstenose - Lægehåndbogen på sundhed.dk
---	---	--	--	---

	Medicinsk billeddiagnostik er ikke nødvendige for at verificere diagnosen Undersøgelse bør indeholde differential diagnostiske overvejelser ift.: • Vaskulær caudiclatio • Hofteartrose • Trochantor-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.			
L89 Artrose i hofteled	Diagnosen stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund uden brug af billeddiagnostik. Alder > 45 + ledsmerter ved bevægelser og ingen eller kun kortvarig (≤ 30 min) ledstivhed om morgenen.	L03 Symptom/klage fra lænd L13 Symptom/klage fra hofte L14 Symptom/klage fra lår/underben L15 Symptom/klage fra knæ	Akut < 1 mdr. Subakut 1-3 mdr. Langvarig > 3 mdr.	Artrose i hofte Struktureret forløb Artrose, hofte - Lægehåndbogen på sundhed.dk

	Ses også hos yngre voksne < 45 år hvor den kliniske præsentation inkluderer vedvarende ledsmerter, forbigående ledstivhed og tidligere traumatisk skade, hoftedysplasi 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.	L84 Rygsyndrom uden udstråling L86 Rygsyndrom med udstråling L90 Artrose i knæ		
--	--	---	--	--

	Billeddiagnostik ses som klinisk relevant ved senere artrose stadier, hvor kirurgisk udskiftning af leddet overvejes, eller i de tilfælde hvor anden alvorlig patologi mistænkes.			
L90 Artrose i knæ	Diagnosen stilles ud fra sygehistorie og undersøgelsesfund 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. Særlige kendetegn ved knæartrose: Smerter lokaliseret på medial/lateral side af knæ, og/eller proximalt/distalt for patella. Kan også være lokaliseret bag patella og ned langs underben.	L13 Symptom/klage fra hofte L14 Symptom/klage fra lår/underben L15 Symptom/ klage fra knæ L16 Symptom/klage fra ankel L17 Symptom/klage fra fod/tå L78 Forstuvning af knæ L89 Artrose i hofteled	Akut < 1 mdr. Subakut 1-3 mdr. Langvarig > 3 mdr.	Artrose i knæ Struktureret forløb Artrose, knæ - Lægehåndbogen på sundhed.dk

	Symptomer opstår typisk ifm. ekstension/fleksion af knæ Symptomer giver typisk besvær med trappegang, gang på kuperet terræn, sidde på knæ og hug samt rejse sig fra siddende 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.			
L03 Symptom/klage fra lænd	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 <u>tilbagevendende og/eller længerevarende problemer</u>. Karakteriseret ved smerter og stivhed i	L02 Symptom/klage fra ryg L04 Symptom/klage fra brystkasse L13 Symptom/klage fra hofte L14 Symptom/klage fra lår/underben		Primære smerter i lænderyggen Struktureret forløb Rygsmarter - Lægehåndbogen på sundhed.dk.

	lumbosacrale region eventuelt med udstråling til sæderegion og/eller underekstremiteter 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 billeddiagnostik. Ved smerteudstråling til ben eller anden mistanke om nerverodspåvirkning skal neurologisk undersøgelse gennemføres, se faglige anbefalinger for patienter med nerverodspåvirkning i nakke/lænd.	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		Lændesmerter - lave rygsmarter - Lægehåndbogen på sundhed.dk
--	--	---	--	---