

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp ländryggsbesvär hos vuxna

Nationellt programområde för rörelseorganens sjukdomar

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning för

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Ländryggsbesvär hos vuxna

2023-06-08

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
22-11-15	Nationell öppen remiss
23-06-08	Godkänt av Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, SKS

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen.....	5
2. Konsekvenser	5
2.1. Omfattning.....	5
2.2. Nyttan eller risker för individen	6
2.2.1. Jämlik och god vård utifrån bästa tillgängliga kunskap.....	6
2.2.2. Effektiv vård genom rätt åtgärd inom primärvården.....	6
2.2.3. Remiss till specialiserad ortopedi	6
2.2.4. Vårdförloppet stärker patientens delaktighet	7
2.2.5. Metodologiska risker.....	8
2.2.6. Risker med vårdförloppets rekommendationer.....	8
2.3. Etiska aspekter	9
2.4. Verksamhet och organisation	10
2.5. Kostnader.....	11
2.6. Kompetensförsörjning.....	15
2.6. Påverkan på andra kunskapsstöd	17
2.7. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	17
2.8. Uppföljning	17
2.9. Övriga konsekvenser.....	18
Referenser.....	19

Sammanfattning

Detta dokument beskriver de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för ländryggsbesvär hos vuxna. Behovet av ett nationellt kunskapsstöd för omhändertagande av ländryggsbesvär grundar sig på identifierade förbättringsområden.

Nationella evidensbaserade kliniska riktlinjer för omhändertagande av patienter med ländryggsbesvär har saknats i Sverige trots att det internationellt sett finns ett antal publicerade kliniska riktlinjer [1]. Riktlinjer från andra länder rekommenderar att utgå från biopsykosocial modell för att bedöma och behandla ländryggsbesvär, vilket inte är ett fullt etablerat kliniskt arbetssätt i Sverige. För att kunna arbeta utifrån ett biopsykosocialt synsätt behöver vårdgivare tidigt ta in ett vidare patientperspektiv i anamnesen och undersökningen. Ett sätt att strukturera utredningen är att utgå från screening av "röda, gula och blå flaggor" för att anpassa behandlingen utifrån individens behov. "Röda flaggor" identifierar faktorer som kan vara tecken på allvarlig patologi. "Gula flaggor" identifierar psykosociala faktorer och "blå flaggor" arbetsrelaterade faktorer som medför risk för att utveckla långvariga besvär. Screeningen innebär att patientens anamnes och undersökningen blir ett underlag för beslut kring rätt behandling för individen.

Tidigare studier har visat att följsamhet till evidens vad gäller primärvårdsåtgärder för ländryggsbesvär varierar mellan olika primärvårdskliniker inom Västra Götalandsregionen och Region Östergötland [2–6], vilka kan generaliseras till andra regioner i Sverige.

Screeningen kan identifiera vilka patienter klarar sig med grundbehandling. Syftet med grundbehandlingen är att stimulera strategier för egenvård med hjälp av patientutbildning och fysisk träning för att minska behovet av läkemedel och behandlingsmetoder där patienten blir en passiv mottagare i behandlingen. Om patienten identifieras med "röd flagga" och misstanke om allvarlig patologi finns, behöver patienten genomgå vidare utredning utan långa väntetider. Utredningen kan innebära undersökning med magnetisk resonanstomografi (MRT) eller bedömning inom specialiserad vård. Det finns idag stora regionala skillnader på tillgången till MRT, vilket innebär att det kan behövas ny MRT utrustning eller ökad bemanning på befintlig utrustning för att säkerställa patientsäkerheten. Vårdförloppet lyfter fram att patienter som identifieras med "gula och blå flaggor" behöver en fördjupad utredning och kan ha behov att samverka mellan flera vårdpersonaler och i multimodal rehabilitering. Den möjligheten finns inte i alla regioner i nuläget. För att vårdförloppet ska kunna följas kan det därför behövas ny kompetens och organisationsförändringar. Vårdförloppet förordar screening som innebär att den administrativa bördan kan öka på kliniker. För att tillgodose nyttan med denna screening och minska bördan bör webbblösningar utvecklas där patienterna kan fylla i enkäter och att mallar för journaler finns att tillgå.

För att säkerställa en god implementering behövs det utbildning för olika vårdprofessioner och förberedelse i regionerna för mottagande av vårdförloppet.

1. Om konsekvensbeskrivningen

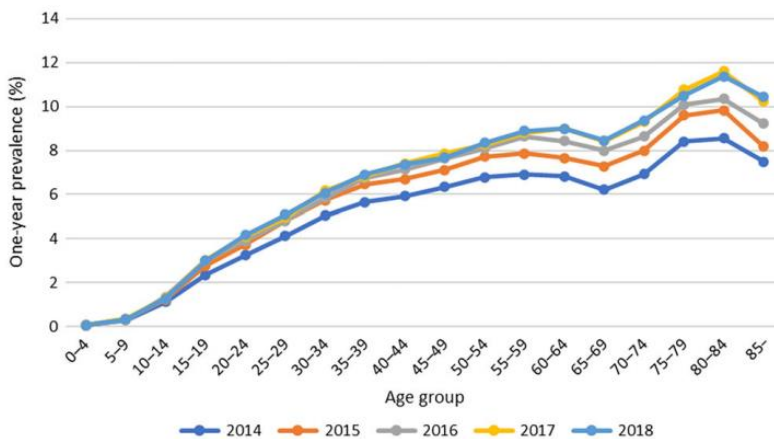
Nationellt programområde (NPO) rörelseorganens sjukdomar ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp ländryggsbesvär har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med vårdförloppet. Arbetsgruppen har inkluderat professionsföreträdare från specialiserad vård och primärvård samt patientföreträdare. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Konsekvensbeskrivningen färdigställdes 2023-04-28.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

År 2019 var den åldersstandardiserade prevalensen av ländryggsbesvär 8462 per 100 000 invånare och incidensen 2855 per 100 000 invånare i Sverige [7]. En prevalensstudie från Västra Götaland, baserat på cirka 1,7 miljoner invånare visar att prevalensen har ökat mellan åren 2014–2018. Prevalensen var signifikant högre hos kvinnor än hos män och är också relaterad till ålder där högsta prevalensen fanns i åldersgruppen 80–84 år [8].

Figur 1: Åldersrelaterad förekomst av ländryggsbesvär inom primärvården i Västra Götaland 2014–2018 [8].



Enligt SKR:s databas Kostnad Per Patient (KPP), registrerades cirka 550 000 vårdbesök år 2020 för ICD-10 diagnoskoder som ingår i det aktuella vårdförloppet (bilaga 7). Uppskattningsvis kommer en till fyra procent av patienterna att endast omfattas av vårdförloppets initiala åtgärder på grund av identifierad misstänkt allvarlig patologi [9–13]. Cirka 20 procent av patienterna uppskattas omfattas av initiala åtgärder för att därefter omfattas av andra kunskapsstöd som till exempel vårdförloppet för långvarig smärta alternativt specialiserad ortopedisk vård [14]

2.2. Nyttan eller risker för individen

2.2.1. Jämlik och god vård utifrån bästa tillgängliga kunskap

Vårdförloppet är ett kunskapsstöd som alla regioner kan utgå från för att utreda och behandla patienter med ländryggsbesvär.

Nyttan är att patienten får

- noggrann klinisk utredning och behandling baserat på bästa möjliga kunskap
- förbättrad patientsäkerhet genom kvalitetssäkrad utredning och minskad risk för onödiga utredningar
- likvärdig information om hälsotillståndet och lämplig åtgärd oavsett vilken vårdpersonal som tillgodoser vård
- individuellt utformad behandlingsplan baserad på klinisk utredning och biopsykosocial bedömning.
- möjlighet till ökad delaktighet under hela vårdförloppet med bland annat rehabiliteringsplan och vid behov, patientens eget formulerade patientkontrakt.

Risken är att

- Primärvården inte har tillgång till den kompetens som behövs för att utföra noggranna kliniska utredningar med biopsykosociala bedömningar.
- Patienten inte får tillräcklig vård och därmed känner sig missgynnad.

2.2.2. Effektiv vård genom rätt åtgärd inom primärvården

Genom att följa vårdförloppet får patienten anpassade vårdinsatser som grundar sig på en väl genomförd utredning.

Nyttan är att patienten får en

- medicinsk bedömning inom tre dagar enligt vårdgarantin
- standardiserad och individanpassad biopsykosocial utredning och behandling
- behovsstyrd samverkan mellan vårdaktörer.

Risken är att

- behandlingsinsatserna inte är individuellt anpassade om vårdförloppet följs utan att beakta personcentreringsperspektivet. Rehabiliteringsplan och vid behov, patientens eget formulerade patientkontrakt, är till hjälp för att säkerställa en individuellt anpassad behandling och uppföljning.

2.2.3. Remiss till specialiserad ortopedi

I nuläget kommer många remisser till den specialiserade vården där grundbehandling inte är genomförd och utvärderad. Dessutom är många remisser ofullständiga vilket innebär extra administrativ börda på både primärvård och specialiserad vård samt onödig väntan för patienten.

Deleted: <#>

Vårdförloppet tydliggör när det är lämpligt att skicka remiss till specialiserad vård och vilken information den bör innehålla.

Nyttan för patienten är

- kortare väntetid för patient som behöver specialiserad vård
- snabbare handläggning av remiss om den är fullständig
- att individanpassad grundbehandling i primärvården fortgår i väntan på bedömning inom specialiserad vård.

Riskerna för patienten är att:

- Utredning har fångat upp uppgifter från screeninginstrument som misstolkas av klinisk vårdpersonal och därmed leder till onödig oro och väntan på bedömning i specialiserad vård. Risken minskar om grundlig utredning sker.
- Utredning har missat indikation för behov av annan profession eller specialiserad vård. Risken minskar om grundlig utredning sker.

2.2.4. Vårdförloppet stärker patientens delaktighet

Vårdförloppet belyser vikten av att patienten får information om sitt hälsotillstånd. Att använda en rehabiliteringsplan och vid behov ett patientkontrakt, förbättrar förutsättningarna för patientens delaktighet. Utöver rekommendationer till vårdgivare angående hur en rehabiliteringsplan ska journalföras (Bilaga E i vårdförloppsdocumentet) finns en informationsbroschyr till patienter (Bilaga H i vårdförloppsdocumentet). Här kan patienten i samråd med vårdgivaren anteckna vad hen uppfattar ingår i patientkontraktet. Informationsbroschyren kan även användas som dialogstöd mellan vårdpersonalen och patienten. Detta stödjer patientens delaktighet och möjliggör individanpassning av råd om egenvård under och efter behandlingsperioden

2.2.5. Metodologiska risker

Metoden som använts vid framtagandet av vårdförloppet säkrar kvaliteten på innehållet vissa metodologiska risker har identifierats:

- Kunskapsstödet har inte haft någon svensk nationell riktlinje att utgå från. Det vetenskapliga underlaget som vårdförloppet baseras på kommer från utvalda internationella riktlinjer samt senaste systematiska översikter med metaanalyser.
- En fullständig systematisk litteraturöversikt är inte gjord som grund för det vetenskapliga underlaget, vilket innebär en risk att det finns forskning som inte är beaktad.

2.2.6. Risker med vårdförloppets rekommendationer

För att säkra kvaliteten på rekommendationerna har arbetsgruppen försetts med en bred tvärprofessionell kompetens. Arbetsgruppen har tillsammans beaktat följande perspektiv på givna rekommendationer:

- nytta – risk med behandlingen
- vetenskapligt stöd för effektivitet och kostnad för utredning och/eller behandling
- klinisk erfarenhet
- patient- och närstående.

Givna rekommendationer är framtagna med konsensusförfarande inom arbetsgruppen. NPO ansvarar för att kontinuerliga revideringar av dokumentet. Rekommendationerna kommer att revideras då nya riktlinjer eller forskning ger nytt vetenskapligt underlag.

Förslag på screeningsinstrumentet som rekommenderas i vårdförloppet kan ge information som är viktig för behandlaren men det finns också en risk att instrumenten inte fångar all viktig information. Instrumenten är tillförlitliga för att identifiera patienter med ländryggsbesvär och därför är det viktigt att instrumenten används som ett komplement till grundlig undersökning. Enligt en SBU-rapport [15] saknas det däremot instrument som identifierar patienter som riskerar att utveckla långvarig ländryggs smärta på ett tillförlitligt sätt.

2.3. Etiska aspekter

Bedömningen är att nyttan överväger riskerna som finns med vårdförloppet. Flödet i personcentrerade sammanhållna vårdförloppet ger klinikern stöd att se patientens ländryggsbesvär ur ett biopsykosocialt perspektiv, vilket ger möjlighet att erbjuda individanpassade vårdinsatser. Utredningen blir en hjälp att kategorisera behoven till vilka insatser som är mest lämpade för varje enskild patient. Patienter som klarar sig med egenvård får råd kring det, och de patienter som behöver ytterligare vård bör få relevanta utredningar och genomtänkta behandlingar.

Människovärdesprincipen

Vårdförloppet bedöms inte påverka patientens autonomi negativt, utan bidrar snarare till öka då patientens delaktighet säkerställs med framtagande av en rehabiliteringsplan och vid behov ett patientkontrakt. Vårdförloppet bedöms inte ha några negativa konsekvenser utifrån människovärdesprincipen då individen ses i sitt sammanhang och sin helhet.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Vårdförloppet tydliggör individanpassade vårdinsatser baserade på bedömd nytta med utredning och behandling vilket bör medföra att medicinska behov styr prioriteringen. Med vårdförloppet kan vården uppnå effektivare vårdprocesser, vilket kan innebära att tillgängligheten ökar för andra patientgrupper. Det kan dock inte uteslutas att införandet av vårdförloppet kan innebära en risk för undanträngning av andra patientgrupper.

Vårdförloppet definierar tydliga kriterier för remiss till specialiserad vård, såsom att patienten först ska ha genomgått grundbehandling. Andelen ofullständiga remisser och remisser avseende patienter som inte uppfyller kriterierna för bedömning av ryggkirurgi förväntas därmed minska. Detta förväntas bidra till att ökad tillgänglighet för patienter med större medicinskt behov.

Kostnadseffektivitet

Om patienter med korrekta kriterier identifieras och får remiss till specialiserad vård leder det till ökad kostnadseffektivitet genom att den administrativa bördan minskar inom alla vårdnivåer.

Om patienter får en individanpassad vård används vårdens resurser mer effektivt, vilket troligen innebär en samhällsekonomisk besparing i form av en minskning av direkta- och indirekta samhällskostnader, exempelvis genom tidigare återgång till arbete.

Övriga etiska aspekter

Generellt finns det behov av att se varje person ur ett helhetsperspektiv. Så som i alla vårdmöten bör aspekter som kan medföra behov av anpassning av vårdmötet beaktas, exempelvis kön, ålder, geografi, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, födelse land, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck.

Screeninginstrument för att identifiera allvarlig patologi och psykosociala faktorer är inte heltäckande vad gäller sensitivitet och specificitet. Det finns risk att patienten får för mycket, för lite alternativt fel vård. För att minimera denna risk beskriver vårdförloppet tydligt att screeninginstrument ska användas tillsammans med fysisk undersökning och klinisk helhetsbedömning.

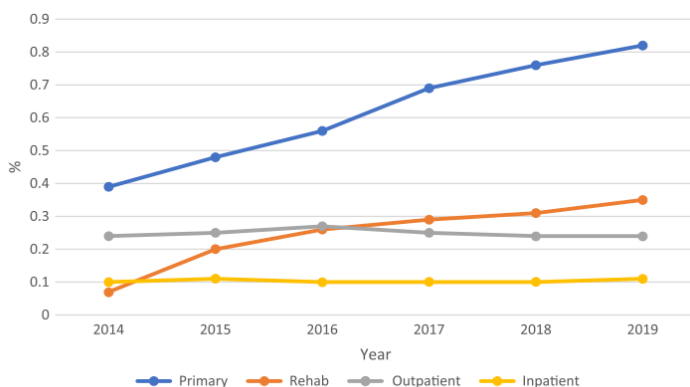
Det finns både risker och nyttor med digitalisering. Att erbjuda digital vård kan vara ett alternativ som kan bidra till jämlik vård då möjligheten till fysisk vårdkontakt skiljer sig mellan regioner.

Digital vård kan innebära en minskad kostnad och effektivisering av vård samt ökad möjlighet till samverkan mellan vårdgivare som lyfts fram i vårdförloppet. Detta kräver dock att patienten har tillgång till digital utrustning och uppkoppling samt kunskap om inloggning. Den möjlighet som finns idag för patienter att boka digitala läkarbesök kan både innebära mer kostnader för den enskilda patienten och en ökad samhällskostnad, då patienten behöver boka ytterligare besök för att kunna undersökas fysiskt. Digitala vårdkontakter kan också innebära hinder för samverkan mellan vårdaktörer om det inte finns ett gemensamt journalsystem och etablerade kontaktnät.

2.4. Verksamhet och organisation

Primärvården är den verksamhet som ska utreda och behandla en ökande patientgrupp med ländryggsbesvär. Antalet patienter som söker primärvård för ländryggsbesvär har ökat mellan åren 2014–2019 [16]. Vårdens resurser behöver därför riktas till primärvården.

Figur 2 visar prevalensökning av registrerad diagnos för ländryggsbesvär



Figur 1

Ländryggsbesvär är i de flesta fall en relativt snabbt övergående problematik. Många patienter klarar sig med rådgivning kring egenvård, vilket kan bidra till att patienten aktivt kan delta i sin rehabilitering och inte riskera att få ett onödigt långt sjukdomsförlopp. Om dessa patienter identifieras kan onödiga utredningar och vård undvikas. Dessa patienter behöver få en samstämmig och enhetlig information från såväl patientinformation på 1177 som vid telefonrådgivning och vid vårdbesök vilket idag inte uppfylls.

Det finns psykosociala faktorer som kan bidra till att besvären blir långvariga och därmed ökad risk för att patienten går in i en längre sjukfrånvaro. Om dessa patienter identifieras och får kontakt med vårdpersonal de har mest nytta av, kan troligtvis behandlings- och rehabiliteringstiden förkortas och patienten kan eventuellt komma tillbaka till arbete inom kortare tid. I vårdförloppet beskrivs en

strukturerad screening för att identifiera dessa patienter, vilket i nuläget inte är implementerat i vårdpraxis.

För att kunna utgå från vårdförloppet behöver det finnas vårdpersonal som kan möta patientens individuella behov. För att nå bästa resultat kan de behöva ett nära samarbete. Alla regioner har inte lika god tillgång till multiprofessionella team. Det innebär att man inför införandet av vårdförloppet behöver kartlägga vilka kompetenser som saknas och hur möjligheterna att samarbeta i multiprofessionella team ser ut. Det gäller främst tillgång till legitimerad fysioterapeut, alternativt legitimerad kiropraktor eller legitimerad naprapat beroende på sjukvårdsorganisation som har möjlighet att utföra en biopsykosocial inriktad bedömning och behandling av patienter med ländryggsbesvär. Vid behov av utvidgad utredning är det fördelaktigt att vårdgivare har fördjupad erfarenhet/kompetens i biopsykosocial inriktad bedömning och behandling av ländryggsbesvär. För att säkra tillgång till tillräcklig kompetens och multiprofessionella team, kan organisationsförändringar behöva genomföras.

Det kan vara svårt för patienter att få en fast vårdkontakt inom primärvården. Samverkan mellan professioner försåras om det inte finns en geografisk närhet och nätverk samt gemensam journalföring. Det finns också regionala skillnader på tillgång till och innehållet av multimodalrehabilitering (MMR) i både primärvård och specialiserad vård.

Arbetsgruppen har också identifierat att tillgången till medicinsk bildiagnostik skiljer sig mellan olika regioner. För att säkerställa patientsäkerheten när det gäller misstanke om allvarlig patologi kan det behöva tillgången på magnetkameror säkerställas. Det kan också finnas magnetkameror som inte nyttjas fullt ut idag och för att möta behovet kan det behövas mer personal.

Införandet av vårdförloppet kan innebära en undanträngning av andra patientgrupper samtidigt som det finns en möjlighet att vårdförloppet minskar vårdtrycket framför allt på specialiserad vård då fler patienter får relevanta utredningar och grundbehandling.

2.5. Kostnader

Det finns en målsättning och förväntan att införandet av vårdförloppet kan minska samhällskostnader till följd av ländryggsbesvär. Indikatorer har formulerats som bevakar kostnadsperspektivet för tiden som patienter med ländryggsbesvär är sjukskrivna. Likaså finns en indikator som följer effektivitet i vården, det vill säga att patienter med ländryggsbesvär får den åtgärd som de har mest nytta av i stället för vård som inte är befogad. Med tydliga remisskriterier finns en förväntan på minskad administrativ börda och därmed en minskad personalkostnad.

Vårdförloppet förordar att patienterna får möjlighet att fylla i screeningsenkäter via webben. Att tillhandahålla denna typ av IT-lösningar innebär en kostnad för de regioner och/eller vårdgivare som inte redan har tillgång till detta. Investeringen kan dock bidra till minskad administrativ börda för den vårdpersonal som idag administrerar detta manuellt.

Vårdförloppet betonar vikten av att professioner vid behov samverkar kring patienter med ländryggsbesvär. Om professioner inom primärvården inte har ett nätverk för samverkan sedan tidigare så kan det innebära en kostnadsökning att bygga system för detta. Multiprofessionella team bedöms kunna arbeta mer effektivt kring en patient om de olika professionerna kan dela information sömlöst. På sikt är det därför önskvärt att de IT-system som dessa olika professioner använder

integreras. Om dessa system inte är integrerade idag innebär det därför på sikt en kostnad att koppla ihop systemen.

Vårdförloppet förordar användning av MRT för patienter med ländryggsbesvär, ibland behövs dessa undersökningar ske skyndsamt för att utesluta att besvären orsakas av ett allvarligt hälsotillstånd. För regioner som inte har tillräcklig tillgång till MRT utrustning eller personalkapacitet att utnyttja kamerans kapacitet fullt ut kan det innebära en kostnadsökning att möta behovet.

De rekommendationer för utredning och behandling vid ländryggsbesvär som ligger till grund för vårdförloppet baseras på en sammanvägning av fyra perspektiv, varav kostnader utgör ett perspektiv.

I Tabell 1 nedan redovisas vilken evidens som finns för kostnaderna för de huvudsakliga åtgärder som beskrivs i rekommendationerna. Artiklarna har själva värderat evidensen för föreslagna rekommendationer. Styrkan på evidensen symboliseras med antal ifyllda kors i parentesen. Tilltron till resultatet vad gäller kostnader har värderats till mycket låg eller låg vilket kan bero på att det finns svagheter i forskningskvalitet eller att forskning saknas.

Tabell 1 visar kostnadsperspektivet på givna rekommendationer.

Klinisk utredning och biopsykosocial bedömning	Kunskap kring kostnader för åtgärden
1. Standardiserade processer som samtidigt kan individanpassas bör användas för anamnes- och statustagning, bedömning, diagnossättning inklusive noggrann screening för att utesluta allvarlig patologi.	Potential till reducerade kostnader finns men forskning saknas (⊗○○○) [17].
2. Bilddiagnostik (Slätröntgen, CT, MRT) bör endast användas med tydlig indikation. <i>Indikationer:</i> 1) Vid misstanke om allvarlig patologi (se röda flaggor bilagor B&C), 2) Vid kvarstående aktivitetsbegränsande smärtbesvär efter en adekvat period av evidensbaserade behandlingsmetoder i primärvård har genomförts tillsammans med misstanke om ryggstrukturell patologi finns.	Bilddiagnostik är associerad med högre sjukvårdskostnader, ökad sjukvårdskonsumtion och längre sjukskrivning_(⊗⊗○○) [18].
3. Screening för psykosociala riskfaktorer (gula flaggor) med patientrapporterade verktyg (t.ex. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ) – kortversion, eller Start Back Screening tool (SBT)) bör användas vid nybesök eller i tidigt skede för att undersöka risken för fortsatta ryggbesvär och stödja val av behandling. <i>Till exempel för patienter som klassificeras med "hög risk" enligt ett screeningförfarande övervägs multimodala insatser med fysiska så väl som psykologiska åtgärder och med fokus på god funktion som arbetsförmåga för att förebygga fortsatt/långvarig besvär.</i>	Val och omfattning av åtgärder indelade efter bedömning av en riskprofil för långvarigt ryggbesvär kan ge lägre samhällskostnader jämfört med ingen indelning av åtgärder (⊗○○○) [19].
4. Rygggrörelser eller statiska positioner som ger minskning av symtomen vid undersökning bör användas för att informera om prognos för gott kortsiktigt utfall.	Potential till reducerade kostnader finns men tillförlitlig forskning saknas.

Klinisk utredning och biopsykosocial bedömning	Kunskap kring kostnader för åtgärden
Grundbehandlingsåtgärder för godartat ländryggsbesvär	
1. Råd om god prognos, att upprätthålla lämplig fysisk aktivitet och inte öka sängläge bör användas som en del av grundläggande behandling.	Interventioner som har en "råd och information"-komponent kan leda till minskad arbetsfrånvaro (⊗○○○) [20].
2. Individanpassad patientutbildning bör användas som en del av grundläggande behandling (t.ex. förklaringsmodell av patientens symtom/besvär).	Patientutbildning kan vara kostnadseffektivt särskilt i kombination med fysisk träning (⊗○○○) [20].
3. Individanpassad och handledd fysisk träning bör användas som en del av grundläggande behandling.	Fysisk träning kan vara kostnadseffektivt, särskilt i kombination med patientutbildning (⊗○○○) [20,21].
Icke farmakologiska tilläggsbehandlingar om grundbehandlingar inte ger tillräcklig effekt.	
1. Manuella mobiliserande och/eller manipulationstekniker på ländryggen kan prövas vid behov som ett tillägg till grundläggande behandling.	Behandlingsmetoden kan vara extra kostnadseffektivt särskilt när den görs som tillägg till patientutbildning och fysisk träning. En typisk period av behandling beskriven i forskningsstudier består av 4–8 behandlingar under 4–8 veckor (⊗○○○) [20].
2. Akupunktur kan provas vid behov som ett tillägg till grundläggande behandling.	Det kan inte uteslutas att akupunktur kan vara kostnadseffektivt för vissa undergrupper av patienter men flera studier behövs (⊗○○○) [20].
3. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) kan prövas vid behov som ett tillägg till grundläggande behandling.	Det saknas ekonomiska analyser på ländryggsbesvär.
4. Mekanisk traktion av ländryggen <i>bör ej rutinmässigt användas</i> som ett tillägg till grundläggande behandling för ländryggsmärta <i>men kan övervägas vid radikulär bensmärta</i> som ett tillägg till grundläggande behandling.	Det saknas ekonomiska analyser på ländryggsbesvär.

Klinisk utredning och biopsykosocial bedömning	Kunskap kring kostnader för åtgärden
5. Korsett, skoinlägg och ultraljud, bör ej rutinmässigt användas som ett tillägg till grundläggande behandling.	Det saknas ekonomiska analyser på ländryggsbesvär.
Farmakologiska tilläggsbehandlingar om grundbehandlingar inte ge tillräcklig effekt.	
1. COX-hämmande läkemedel kan användas vid behov som ett tillägg till grundläggande behandling (lägsta effektiva dos, kortast möjliga behandlingstid, regelbunden utvärdering av effekt och biverkningar. Behandlingen ska sättas ut vid utebliven effekt).	NSAID-läkemedel kan vara mer kostnadseffektiva än andra läkemedel (⊗○○○) [22].
2. Paracetamol bör ej rutinmässigt användas för akuta ländryggsbesvär som ett tillägg till grundläggande behandling för akut ländryggsbesvär.	Paracetamol för akut ländryggsbesvär medför ökade sjukvårdskostnader och kan leda till ökad funktionsnedsättning, längre besvärduration samt arbetsfrånvaro (⊗○○○) [23].
3. Opioider bör ej rutinmässigt användas som ett tillägg till grundläggande behandling.	Opioider för ländryggsbesvär leder till mer frekvent och längre tids analgetikabruk samt arbetsförmåga jämfört med andra analgetika (⊗○○○) [24,25].
4. Antiepileptika läkemedel (Gabapentinoider) bör ej rutinmässigt användas som ett förstahandstillägg till grundläggande behandling.	Det saknas ekonomiska analyser på ländryggsbesvär.
5. Antidepressiva läkemedel (TCA SNRI) vid radikulär bensmärta kan användas vid behov som ett tillägg till grundläggande behandling (lägsta effektiva dos, kortast möjliga behandlingstid, regelbunden utvärdering av effekt och biverkningar. Behandlingen ska sättas ut vid utebliven effekt).	Antidepressiva läkemedel kan vara mer kostnadseffektiva än andra läkemedel förutom NSAID (⊗○○○) [26,27]. I subgrupper med risk för NSAID-relaterade biverkningar är antidepressiva läkemedel särskilt kostnadseffektiva.
6. Muskelavslappnande läkemedel vid akut ländryggsmärta kan användas vid behov som ett tillägg till grundläggande behandling (lägsta effektiva dos, kortast möjliga behandlingstid, regelbunden utvärdering av effekt och biverkningar. Behandlingen ska sättas ut vid utebliven effekt).	Det saknas ekonomiska analyser på ländryggsbesvär.
Remittering till specialiserad vård vid godartade/komplexa tillstånd	
1. Remiss till specialiserad vård bör övervägas vid utebliven förbättring efter en adekvat period av evidensbaserad primärvård.	Det saknas ekonomiska analyser på ländryggsbesvär

Klinisk utredning och biopsykosocial bedömning	Kunskap kring kostnader för åtgärden
- Vid fortsatta besvär/ohållbar smärtsituation och MRT-verifierad ryggsjukdom; remiss till ortopedklinik. - Vid komplexa långvariga smärttillstånd; remiss till smärtklinik.	

2.6 Kompetensförsörjning

Varje region behöver säkerställa att man har tillräckligt många medarbetare med rätt kompetens inom respektive yrkeskategori för att kunna utföra de åtgärder som vårdförloppet beskriver. Vårdförloppet ställer även krav på samverkan mellan olika professioner, vilket behöver beaktas på regional nivå.

Regionala och lokala utbildningstillfällen riktade till professionsförbund och vårdpersonal (om möjlig interprofessionell utbildning) kan förbättra förutsättningarna för implementeringen. Nationella arbetsgruppen med sin geografiska spridning kan också bli kontaktpersoner för regional implementering av vårdförloppet.

Att utse och utbilda kliniska nyckelpersoner på enskilda mottagningar som sedan kan föra kunskapen vidare till kollegor på arbetsplatserna kan bidra till bättre implementering av vårdförloppet.

Förutom vårdförloppet kommer det finnas ett inspelat webinarium som sammanfattar innehållet på kunskapsorganisationens webbplats. Där finns även kontaktuppgifter för eventuella frågor kring kunskapsstödet. Det kan behövas särskilt utbildningsmaterial riktat till psykologer då deras erfarenhet att arbeta med denna patientgrupp kan vara låg.

Vilka behov finns för införande av vårdförloppet?	Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna?
Öka kunskap om personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Ländryggsbesvär	Information och utbildning om vårdförloppet för nationell, regional och lokal nivå riktad till vårdpersonal inom primärvården med kontakt med patienter med ländryggsbesvär. Materialet behöver kunna anpassas till olika mottagare och olika utbildningssituationer, förslagsvis i digitalt format.	- NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper
Öka kunskap hos professionen om ländryggsbesvär ur ett biopsykosocialt perspektiv med fokus på strukturerad utredning, behandling och patientutbildning.	Kan med fördel samordnas med ovanstående punkt.	- NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper
Ökad kunskap hos professionen om triagering vid ländryggsbesvär.	En utbildningsinsats i triagering riktad till de professioner som har initial kontakt med våldsökande personer kan möjliggöra en samsyn kring diagnostik och behandling av ländryggsbesvär och öka chansen att patienten hänvisas till rätt vårdnivå.	- NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper
Ökad kunskap om riskfaktorer för allvarlig patologi och psykosociala riskfaktorer för komplicerat förlopp (röda, gula och blåa flaggor) vid ländryggsbesvär.	Information och utbildning på regional och lokal nivå, framför allt riktad till legitimerad personal inom primärvård.	- NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper
Ökad kunskap hos professionen om användning av screeninginstrument.	Information och utbildning på regional och lokal nivå, framför allt riktad till legitimerad personal inom primärvård, om de screeningformulär vårdförloppet rekommenderar.	- NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper - NAG långvarig smärta
Öka kunskap hos professionen om evidensbaserade behandlingsmetoder inom primärvård vid ländryggsbesvär, med fokus på multiprofessionell/teambaserad handläggning.	Interprofessionella utbildningsinsatser på lokal nivå.	- NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper
Öka kunskap hos professionen om indikatorer för remiss till ryggkirurgisk bedömning.	Information och utbildning på regional och lokal nivå, framför allt riktad till legitimerad personal inom primärvård.	NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper
Öka kunskap hos professionen om indikatorer för remiss till specialiserad smärtrehabilitering.	Information och utbildning på regional och lokal nivå, framför allt riktad till legitimerad personal inom primärvård.	NPO, NAG samt regionala implementeringsarbetsgrupper NAG långvarig smärta

Vilka behov finns för införande av vårdförloppet?	Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna?
Ökad kunskap hos allmänheten om naturalförlopp, prognos och egenvård vid ländryggsbesvär.	Uppdaterad relevant information i nationella och regionala kanaler för patientinformation för att tillgängliggöra information.	- Folkhälsomyndigheten - Nationella kanaler för patientinformation (t.ex. 1177)

2.6. Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförlopp Ländryggsbesvär kan bli aktuellt att kompletteras med Vårdförlopp Smärta – långvarig, hos vuxna om patienten har långvariga komplex aktivitetsbegränsande smärtbesvär efter en adekvat period av evidensbaserade behandlingsmetoder i primärvården och besväret inte är sekundärt till ryggpatologi som bedöms kunna behandlas med ryggkirurgi. Patientgruppen behöver också vårdinsatser inom rehabilitering och därför är den generiska modellen för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin relevant samt även kunskapsstöd för levnadsvanor.

Vid kommande revidering (2023) av nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) för lumbago och lumbago-ischias, kommer innehållet att utgå från framtaget vårdförlopp. Även revidering av information på 1177 behöver ta hänsyn till framtaget vårdförlopp.

Vårdförloppets omfattar inte besvär i övriga delar av ryggen samt inte heller specialiserad ryggkirurgisk vård. Vårdförloppet behöver därför kompletteras med kunskapsstöd inom dessa områden för att omfatta hela vårdkedjan för patienter med ryggbesvär.

2.7. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

För att minska den administrativa bördan för screening och journalföring bör mallar och standardiserade texter finnas lättillgängliga. Behov av samverkan mellan professioner för att kunna erbjuda mest lämpad åtgärd samt vid behov erbjuda multimodal rehabilitering.

2.8. Uppföljning

Föreslagna indikatorer i vårdförloppet kan innebära behov av manuell hantering.

- Patientens skattning av smärtintensiteten av sina ländryggsrelaterade besvär med användning av NRS smärta alternativ VAS smärta på en 0-10 skala vid nybesök och avslutande besök behöver registreras i journal. Detta under sökorden "NRS smärta" alternativt "VAS smärta" för att kunna följa förändring i smärtintensitet som indikator.
- Screening för psykosociala riskfaktorer (gula flaggor) med patientrapporterade verktyg (t.ex. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ) – kortversion, eller Start Back Screening tool behöver registreras i journal under sökordet "riskbedömning". Detta för att kunna mäta en kvalitetsindikator på följsamheten till vårdförloppets rekommendation att riskbedömning bör användas vid nybesök eller i tidigt skede för att undersöka risken för fortsatta ryggbesvär och stödja val av behandling.

- Nationell patientenkät behöver samlas in via 1177:s formulärtjänst.

Nya KVÅ-koder behövs för att kunna följa indikatorer:

- Evidensbaserad grundbehandling vid ländryggsbesvär.

2.9. Övriga konsekvenser

Behov finns av samverkan med 1177 för att information kring ländryggsbesvär blir samstämmig samt för att kommunicera med patienten på ett smidigt sätt.

Kontakt med Socialstyrelsen har genomförts för ansökan om följande KVÅ-kod:

KVÅ-kod GB021:

- Kodtext: Evidensbaserade åtgärder enligt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för ländryggsbesvär hos vuxna.
- Beskrivningstext: Evidensbaserad biopsykosocialt inriktad klinisk utredning samt behandlingsåtgärder i ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inriktade på att hantera besvär som misstänks härröra från ländryggen hos vuxna.

Referenser

1. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, van Tulder M, Koes BW. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018 Nov;27(11):2791-2803.
2. Schröder K. Implementing BetterBack – a Best Practice Physiotherapy Healthcare Model for Low Back Pain: Clinician and Patient Evaluation [Internet] [PhD dissertation]. [Linköping]: Linköping University Electronic Press; 2021. (Linköping University Medical Dissertations). Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-179586>
3. Schröder K, Öberg B, Hedevik H, Enthoven P, Abbott A. Improved adherence to clinical guidelines for low back pain after implementation of the BetterBack model of care: A stepped cluster randomized controlled trial within a hybrid type 2 trial. *Physiotherapy theory and practice* – 2022 Mar; 1:1-15.
4. Schröder K, Öberg B, Enthoven P, Kongsted A, Abbott A. Confidence, attitudes, beliefs and determinants of implementation behaviours among physiotherapists towards clinical management of low back pain before and after implementation of the BetterBack model of care. *BMC Health Serv Res*. 2020 May 19;20(1):443.
5. Nilsing E, Söderberg E, Öberg B. Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality? *BMC Public Health* 2012;12:907
6. Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, et al.. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *J Eval Clin Pract* 2015;21:1169–77.
7. Chen S, Chen M, Wu X, Lin S, Tao C, Cao H, Shao Z, Xiao G. Global, regional and national burden of low back pain 1990-2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2019. *J Orthop Translat*. 2021 Sep 10;32:49-58.
8. Thoreson O, Aminoff A, Parai C. The one-year prevalence of nonspecific back pain in public primary health care establishments among 1.7 million people in western Sweden. *Prim Health Care Res Dev*. 2020 Nov 20;21:e53. doi: 10.1017/S1463423620000523. PMID: 33213563; PMCID: PMC7681115.
9. Conan Y, Laurent E, Belin Y, Lacasse M, Amelot A, Mulleman D, Rosset P, Bernard L, Grammatico-Guillon L. Large increase of vertebral osteomyelitis in France: a 2010-2019 cross-sectional study. *Epidemiol Infect*. 2021 Oct 6;149:e227.
10. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD008686.
11. Hoeritzauer I, Wood M, Copley PC, Demetriades AK, Woodfield J. What is the incidence of cauda equina syndrome? A systematic review. *J Neurosurg Spine*. 2020 Feb 14:1-10.
12. Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014 Apr;53(4):650-7.
13. Williams CM, Henschke N, Maher CG, van Tulder MW, Koes BW, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD008643.
14. Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 May 21;17:220.

15. SBU. Identifiering av patienter i primärvård som riskerar förvärrad smärta [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU:s upplysningstjänst. [2022-09-22]. Available from: <https://www.sbu.se/ut202215>.
16. Kruse M, Thoreson O. The prevalence of diagnosed specific back pain in primary health care in Region Västra Götaland: a register study of 1.7 million inhabitants. *Prim Health Care Res Dev*. 2021 Aug 11;22:e37.
17. Coeckelberghs E, Verbeke H, Desomer A, Jonckheer P, Fourney D, Willems P, Coppes M, Rampersaud R, van Hooff M, van den Eede E, Kulik G, de Goumoëns P, Vanhaecht K, Depreitere B. International comparative study of low back pain care pathways and analysis of key interventions. *Eur Spine J*. 2021 Apr;30(4):1043-1052.
18. Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, van der Wees PJ, Staal JB. Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J*. 2019 May;28(5):937-950.
19. Ogbeivor C, Elsabbagh L. Management approach combining prognostic screening and targeted treatment for patients with low back pain compared with standard physiotherapy: A systematic review & meta-analysis. *Musculoskeletal Care*. 2021 Dec;19(4):436-456.
20. Andronis L, Kinghorn P, Qiao S, Whitehurst DG, Durrell S, McLeod H. Cost-Effectiveness of Non-Invasive and Non-Pharmacological Interventions for Low Back Pain: a Systematic Literature Review. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017 Apr;15(2):173-201.
21. Miyamoto GC, Lin CC, Cabral CMN, van Dongen JM, van Tulder MW. Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2019 Feb;53(3):172-181.
22. Shah D, Anupindi VR, Vaidya V. Pharmacoeconomic Analysis of Pain Medications Used to Treat Adult Patients with Chronic Back Pain in the United States. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2016 Dec;30(4):300-307.
23. Lin CC, Li Q, Williams CM, Maher CG, Day RO, Hancock MJ, Latimer J, Mclachlan AJ, Jan S. The economic burden of guideline-recommended first line care for acute low back pain. *Eur Spine J*. 2018 Jan;27(1):109-116.
24. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 7;2016(6):CD012230.
25. Plapler PG, Scheinberg MA, Eccissato Cda C, Bocchi de Oliveira MF, Amazonas RB. Double-blind, randomized, double-dummy clinical trial comparing the efficacy of ketorolac trometamol and naproxen for acute low back pain. *Drug Des Devel Ther*. 2016 Jun 17;10:1987-93.
26. Wielage R, Bansal M, Wilson K, Klein R, Happich M. Cost-effectiveness of duloxetine in chronic low back pain: a Quebec societal perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 May 15;38(11):936-46.
27. Wielage RC, Bansal M, Andrews JS, Wohlreich MM, Klein RW, Happich M. The cost-effectiveness of duloxetine in chronic low back pain: a US private payer perspective. *Value Health*. 2013 Mar-Apr;16(2):334-44.