
Røntgen først – MR når det trengs

AKTUELT I FORENINGEN

PER-HENRIK RANDSBORG

Leder Norsk ortopedisk forening

FREDRIK NOMME

Leder Norsk radiologisk forening

MARTE KVITTUM TANGEN

Leder Norsk forening for Allmennmedisin

Norsk radiologisk forening, Norsk ortopedisk forening og Norsk forening for allmennmedisin har gått sammen om å lage en felles algoritme for henvisning av bildediagnostikk av hofte og kne hos pasienter over 50 år.



SAMLET FAGMILJØ: – Når hele fagmiljøet står samlet bak anbefalingene, ligger alt til rette for at endringene faktisk skal slå igjennom i praksis, skriver artikkelforfatterne. Foto: Legeforeningen

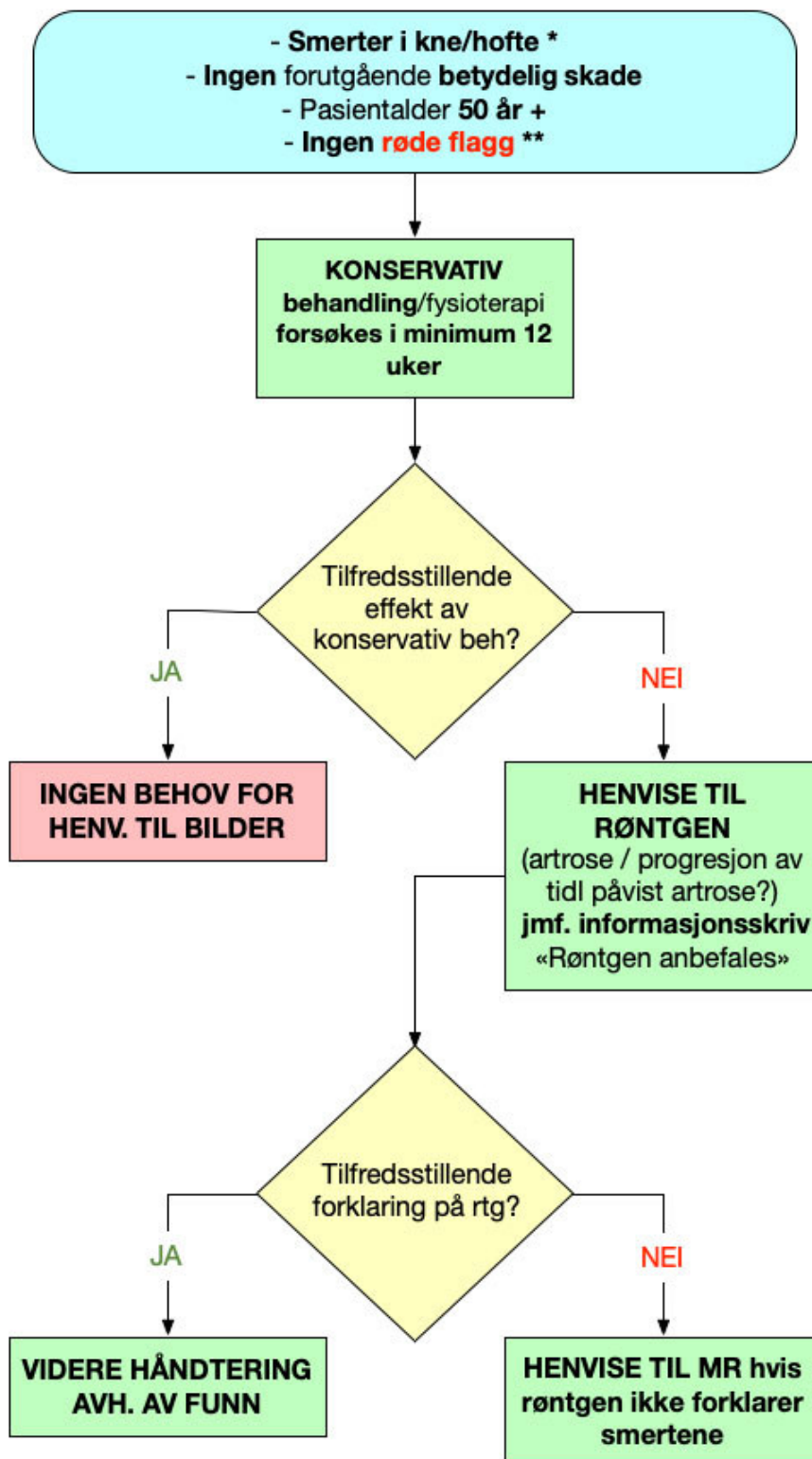
Det tas over 600 000 MR-undersøkelser i Norge hvert år, og vi tar flere MR-undersøkelser av befolkningen enn de fleste andre land. Omfanget øker med omtrent fem prosent årlig, uten at det finnes dokumentasjon på at det har ført til bedre folkehelse. Tvert imot er det godt dokumentert at MR-undersøkelser av hofte og kneledd hos middelaldrende og eldre pasienter, i praksis de over 50 år, sjelden har behandlingsmessig konsekvens. Retningslinjene tilsier derfor at den første billedmessige utredningen ved smerter i kne og hofte hos denne gruppen er vanlig røntgenbilde.

Et røntgenbilde er ikke bare «godt nok», men det desidert beste verktøyet for å vurdere graden av artrose i et ledd. Dersom røntgenbildet viser etablert artrose, vil ikke MR av samme ledd gi mer nyttig informasjon som kan endre behandlingen. Det vil heller ikke være nyttig å ta MR senere i forløpet for å følge utviklingen av artrosen.

Faglig enighet om endring

For å begrense bruken av unødvendig MR har Norsk radiologisk forening, Norsk ortopedisk forening og Norsk forening for allmennmedisin gått sammen om å lage en felles algoritme for henvisning av bildediagnostikk av hofte og kne hos pasienter over 50 år. Tanken bak samarbeidet er at det vil være en styrke både for henvisere og

pasienter å vise at det er et samlet medisinsk miljø som står bak anbefalingene. Algoritmen bygger på anbefalingene i *Gjør kloke valg*, og samarbeidet viser at det er bred enighet i alle ledd om tiltaket. Dette er lavthengende frukt!



* Ved **bilaterale** smerter er det som regel **KUN RØNTGEN** som er indisert, men dersom likevel **MR** henvises det til MR av **mest smertefulle side**

**** RØDE FLAGG:**

Symptomer/tegn som tilsier økt risiko for alvorlig patologi:

- **Redusert almenntilstand, feber, klarer ikke å belaste, rødt og hovent ledd:**
Septisk artritt? - **Vurdere akutt innleggelse.**
- **Misfarging og akutt hevelse hos pas. med kjent blødningstendens (f.eks. blødere):**
Spontan blødning i leddet? - **Vurdere akutt innleggelse.**
- **Aktivitetsbetingete lyskesmerter (særlig ved kortikosteroidbruk):**
Avaskulær lårbenhode-/hofteleddsnekrose? - **Vurdere rtg./MR før 12 uker behandling.**
- **Aktivitetsrelaterte hoftesmerter hos mosjonister og idrettsutøvere etter gjentatt stor belastning på underekstremiteter (særlig etter løping på hardt underlag):**
Trethetsbrudd i hofte? - **Vurdere rtg./MR før 12 uker behandling.**

Pasientperspektivet

Det er mange grunner til å få bukt med overforbruket av MR. Økonomi er ikke den viktigste, selv om unødvendige undersøkelser selvsagt sløser med fellesskapets midler. Viktigere er pasientperspektivet: det er ikke artig å ta MR. Det er slitsomt, det bråker, det kan ofte ta lang tid, og en del pasienter synes det er ubehagelig å ligge i MR-maskinen.

Radiologene må bruke tid på å beskrive slike unødvendige undersøkelser, og det tar tid fra fastlegene som kanskje får sin henvisning avvist eller trenger hjelp til å forstå hva beskrivelsene betyr. En MR-rapport kan være teknisk og forvirrende, med formuleringer som «subkondrale frakturer, benmargsødem, kompleks ruptur i menisken og sklerose» (helt vanlige MR-funn ved artrose, som vurderes best på røntgen). Dette har ingen behandlingsmessig konsekvens, og kan i verste fall skape unødvendig bekymring.

Riktig bruk av ressurser

Behandlingen av artrose er godt kjent, og er den samme uansett hva MR viser, så lenge pasienten ikke har såkalte «røde flagg». I fravær av slike funn anses det både trygt og riktig å avvente mer avansert bildediagnostikk.

Håpet er at den nye algoritmen vil bidra til å redusere unødvendige billedundersøkelser. Undersøkelser som er både tidkrevende og uten behandlingsmessig konsekvens bør erstattes med tiltak som har dokumentert nytte. Dette vil bidra til å omfordele ressursene til andre områder der de gjør nytte. Når hele fagmiljøet står samlet bak anbefalingene, ligger alt til rette for at endringene faktisk skal slå igjennom i praksis.

I episode 75 av *Legeprat*, Legeforeningens egen podcast, diskuterer vi tiltaket i mer detalj. Du finner episoden der du lytter til podkast og i videoformat på Legeforeningens YouTube-kanal.

Publisert: 8. september 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.10.15

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.