

Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A § 63-2013) giltigt till och med mars 2019.
Utarbetad av sektorsråden i allmänmedicin och ortopedi

Huvudbudskap

Riktlinjen anger ansvarsfördelning mellan primärvården och ortopedisk specialistvård (vuxna). Riktlinjen ersätter tidigare dokument som berör ansvarsfördelningen mellan dessa vårdnivåer.

Syfte

Ortopediska problem förekommer i alla åldrar och handläggs både i primärvården och i den ortopediska specialistvården. Primärvården ansvarar för medicinsk utredning av vanliga ortopediska tillstånd men även behandling, omvårdnad, prevention och rehabilitering. Minst 15–20 procent av besöken i primärvården beräknas vara av ortopedisk natur. Remiss till ortoped ska i normalfallet ske då konsultation är nödvändig med anledning av patientens medicinska behov samt då den specialiserade vården kan bidra med åtgärder utöver det primärvården kan erbjuda. Eftersom kirurgisk behandling ofta efterfrågas är det angeläget att patienten är optimalt utredd och behandlad med hänsyn till andra medicinska sjukdomar, som påverkar risken vid kirurgi. Den regionala medicinska riktlinjen avser gränssnittet mellan primärvård och ortopedisk specialistvård på länssjukvårdsnivå. Det regionala perspektivet innebär att samma principer gäller i hela regionen och att primärvården remitterar till närmaste ortopediklinik, som i sin tur bedömer behovet av regionvård. Undantag från denna regel ska kommuniceras tydligt till primärvården i närområdet, till exempel om barn inte tas om hand vid en viss ortopediklinik. Oavsett om den ortopediska specialistvården skett genom regionens offentliga vårdgivare eller köpts av annan vårdgivare krävs remiss för att primärvården ska hålla i den efterföljande rehabiliteringen.

Vårdbegäran

Remiss från primärvården till ortopedisk specialistvård ska innehålla:

- Sammanfattande beskrivning av duration, förlopp och lokalisation av symtom med diagnosförslag och tydlig frågeställning.
- Finns det trauma i sjukdomshistorien?
- Vilken funktionsnedsättning ger tillståndet patienten inom fritiden, hur påverkas patientens arbetsförhållanden, är sjukskrivning aktuell? Är patienten högerhänt/vänsterhänt?
- Relevanta sjukdomar, BMI och aktuell medicinering.
- Är patienten rökare och informerad om behovet av rökstopp?
- Är patienten positiv till kirurgi inom 3 månader?
- Vad har gjorts? Utredning, behandling inklusive, i förekommande fall, sjukgymnastik och arbetsterapi.
- Lokalstatus?
- Hjärt-/lungstatus. Blåsljud? Blodtryck? Bedöms patienten vara optimal avseende hjärt- lungfunktion, diabetes eller andra kända medicinska sjukdomar?
- Ange även om remissen skrivs för att patienten önskar "second opinion".

Frågan om operationsrisk (operabel?) handläggs av ortopedikliniken med hjälp av narkosläkare, som bedömer behovet av utvidgad preoperativ utredning.

Remissvar från ortopedisk specialistvård till primärvården ska innehålla:

- Diagnos
- Prognos
- Vad förväntas primärvården göra?
- Vilken uppföljning har planerats?
- Förväntad utläkningstid/rehabiliteringstid?
- Vem håller i sjukskrivningen?
- Om vårdövertag önskas ska remiss skrivas enligt regionala riktlinjer.

Se även Regelverk remiss inom hälso- och sjukvård i VGR.

Vårdnivå inklusive handläggning

Bilaga 1 beskriver handläggning i primärvården respektive specialistortopedi av ett flertal ortopediska diagnoser (se nedan). I bilagan anges även vårdnivån. När det gäller ryggbesvär är det primärvården som ansvarar för MR-utredningen varför regler kring remissens utformning samt basalutredning, röntgenundersökning och MR-undersökning särskilt betonas (avsnitt 7, bilaga 1).

Bilagor

Bilaga 1. Ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistortopedi avseende nedanstående diagnoser:

1. Axel

Subakromiell smärta
Rotatorkuffruptur
Humeroskapulär artros
AC-ledsartros
Bicepsseneruptur
Axelinstabilitet

2. Armbåge

Radial epikondylalgi
Ulnarisinklämning
Distal bicepsseneruptur

3. Hand

Dupuytren's kontraktur
Malletfinger/droppfinger
Tumbasartros
Fingerledsartros DIP-led
Ulnar kollateral ligamentskada (tummens MCP-led)
Karpaltunnelsyndrom
Morbus de Quervain
Triggerfinger
Handledsganglion

4. Höft

Artros
Trokanterit
Femuroacetabulär impingement (FAI)

5. Knä

Artros
Trauma (kontusion)
Trauma (distorsion)
Extensionsdefekt
Främre knäsmärta
Patellaluxation

6. Fot

Fotledsinstabilitet
Artros
Förvärvad plattfothet hos vuxen
Hallux valgus
Hallux rigidus – artros i MTP-led 1
Hammartå
Mortons neurom
Metatarsalgi
Hälsenetendinos
Hälseneinsertalagi
Fotsår vid diabetes
Charcotfot

7. Rygg

Remissregler
Nackvärk utan utstrålning i armar/ben
Nackvärk med utstrålning i arm/ben
Bröstryggsvärk
Ländryggsvärk (lumbago)
Ländryggsvärk med utstrålning i benen

8. Övrigt

Akuta skador
Frakturkomplikation
Osteoporosrelaterade frakturer
Mjukdelstumör
Opioidförskrivning
Sjukskrivning

Innehållsförteckning, bilaga 1. I bilagan anges ansvarsfördelning avseende ovanstående diagnoser.

1. AXEL

Bakgrund

Axelproblem är mycket vanligt bland medelålders och äldre patienter. Detta gäller framför allt patienter med smärta från skulderregionen till exempel subakromiell smärta, besvär från akromioklavikularleden eller vid rotatorkuffproblem. Ett annat problem som ofta drabbar lite yngre patienter är instabilitet i form av återkommande axelluxationer efter primär luxation eller ledlaxitet med habituella luxationer/subluxationer. Patienten bör ha genomgått icke operativ behandling i primärvård i form av rehabiliteringsträning och åtgärder för att förbättra ergonomi. Om rehabilitering inte ger tillräckligt funktionsförbättring kan operativ åtgärd vara aktuell både vid smärta och vid instabilitet.

Subakromiell smärta inklusive inklämning (impingement)

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi
- Subakromiell kortisoninjektion (1 ml kortison blandat med 1-procentig mepivakain), om effekten uteblir kan ny injektion ges efter åtta veckor.
- Konventionell röntgen.
- Om besvären lindras men kommer tillbaka kan man med fördel ge ytterligare subakromiella injektioner med minst åtta veckors mellanrum, dock högst fyra per år samt fortsatt fysioterapi.
- Vid fortsatta besvär efter sex månader (viktigt) trots adekvat träning och subakromiella kortisoninjektioner rekommenderas remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Föreligger terapieresistent subakromiell smärta/värk med inklämning kan artroskopisk akromioplastik med subakromiell dekompression övervägas. Vid oklar symtomatologi kan MR och ultraljud vara av värde.

Rotatorkuffruptur

Handläggning i primärvården

Äldre patienter med långvariga besvär från axeln har inte sällan degenerativ kuffruptur, vilket i första hand behandlas icke operativt på samma sätt som hos patienter med subakromiell smärta.

En tidigare axelfrisk person (oavsett ålder) som efter trauma mot skuldran fått ont, svårt att lyfta eller använda armen och har inklämningsliknande besvär, kan ha en akut kuffruptur. Om patienten efter diagnostisk subakromiell injektion (10 ml 1-procentig mepivakain) får tillbaka fullgod funktion i axeln kan man fortsätta behandling som vid subakromiell smärta.

Obs! Om patienten har svårt att lyfta armen och är uttalat svag trots bedövning subakromiellt bör remiss skrivas till ortopedklinik utan dröjsmål. Gärna telefonkonsultation med ortopedbakjour dagtid.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation med kuffsutur.

Humeroskapulär artros

Långvarig rörelsesmärta och stelhet, inte sällan har patienten tidigare utsatts för trauma.

Handläggning i primärvården

- Konventionell röntgen ger diagnos.
- Symtomatisk behandling av fysioterapeut för att om möjligt undvika tilltagande stelhet.
- Smärt- och inflammationsstillande behandling.
- Om patienten har stora besvär i det dagliga livet trots given, icke operativ behandling under minst 6 månader rekommenderas remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation med axelprotes.

AC-ledsartros

Handläggning i primärvården

Många har röntgenverifierad artros i AC-leden men få har kliniska besvär. Relativt ofta i kombination med subakromiell smärta. Prova att ge subakromiell blockad (10 ml 1-procentig mepivakain). Hjälper inte detta prova att ge injektion i AC-leden med 1 ml kortison. Vid remittering ska det framgå om injektion prövats.

Om aktiv sjukgymnastikbehandling och injektionsbehandling ej fungerat efter sex månader och om patienten är positiv till operation – remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation med lateral klavikelresektion eventuellt artroskopiskt.

Bicepsseneruptur

Handläggning i primärvården

- Bicepsseneruptur i axeln (långa senan) är nästan alltid en degenerativ skada, som inte föranleder någon specifik åtgärd.

Axelinstabilitet

- Upprepade luxationer efter en traumatisk luxation första gången eller medfödd överörlighet med upprepade luxationer eller subluxationer utan trauma.

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi.
- Slätröntgen.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående besvär efter 6 månaders stabiliserande träning eller om upprepade manifesta luxationer förekommer.
- Om patienten har betydande funktionsbortfall efter en axelluxation bör remiss till ortopedklinik skickas utan dröjsmål.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Eventuellt kompletterande utredning.
- Ställningstagande till stabiliserande kirurgi.

2. ARMBÅGE

Radial epikondylalgi

Handläggning i primärvården

- Ergonomisk rådgivning av fysioterapeut/arbetsterapeut.
- Fysioterapi.
- Kortisoninjektion kan ge kortsiktig lindring men har tveksamt långsiktigt värde och bör användas med återhållsamhet. Risk för lokal atrofi om injektionen ges för ytligt.
- Besvären går oftast över, naturalförloppet innebär inte sällan 12–18 månaders sjukdomsduration. Remiss till ortopediklinik endast i undantagsfall, vid långvarigt terapieresistent sjukdomstillstånd.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Kirurgi endast i undantagsfall.
- Uteslut andra orsaker till besvären, till exempel nervinklämning (domning och nedsatt styrka).

Ulnarisinklämning

Parestesier och eventuell känselhedsättning i lill- och ringfinger ibland kombinerat med motorisk påverkan orsakat av irritation av ulnarisnerven vid armbågen.

Handläggning i primärvården

- Ergonomisk rådgivning av fysioterapeut/arbetsterapeut.
- Eventuellt nattskena som håller armbågen relativt rak.
- Besvären går ofta över, men patienter som har kvarstående påtagliga besvär efter 3 månader, i synnerhet om det finns motorisk påverkan (styrka i flexion lillfinger) bör remitteras till ortopediklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till nervfriläggning.

Distal bicepseneruptur

Drabbar oftast medelålders man som vid okontrollerad belastning, i samband med lyft, upplevt plötslig smärta i armbågen med kraftnedsättning i supination och flexion. Ibland ses att bicepsmuskeln dras upp mot överarmen.

Handläggning i primärvården

- Remiss till ortopediklinik utan dröjsmål.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation med sensutur/reinsertion.

3. HAND

Dupuytrens kontraktur

Handläggning i primärvården

- Börjar ofta som små hårda, lätt ömmande knutor i handflatan. Dessa ska ej behandlas, handläggningen innefattar endast information till patienten om diagnos och förlopp.
- Remiss till ortopedklinik om patienten börjar få sträckdefekt i fingrarna med > 30° extensiondefekt i MCP-led och/eller PIP-led som ger besvär i det dagliga livet.
- Råder osäkerhet vid handstatus kan patienten gärna bedömas även av arbetsterapeut.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation eller annan behandling.
- Efterbehandling/Uppföljning hos arbetsterapeut.

Malletfingrar/droppfingrar

Handläggning i primärvården

- Vid minimalt trauma och oförmåga att extendera fingrets ytterled (droppfingrar) är röntgenundersökning ej nödvändig.
- Remiss till arbetsterapeut för ortosbehandling med DIP-leden i hyperextension dygnet runt i 8 veckor.
- Vid större trauma eller om fingret är svullet och påtagligt ömmande – konventionell röntgen.
- Remiss till ortopedklinik om röntgen visar sublaxation eller dislokation av stort benfragment > 50 procent av ledytan.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

Tumbasartros (CMC-I-ledsartros)

Handläggning i primärvården

- Klinisk och radiologisk diagnos med slätröntgen därefter stegvis behandling.
- Steg 1: Symtomatisk behandling med information, värktabletter och artrosskola.
- Steg 2: Remiss till arbetsterapeut för utprovande av hjälpmedel och ortoser samt ergonomisk rådgivning.
- Steg 3: Intraartikulär kortisoninjektion om tekniken behärskas. Kan upprepas vid god effekt.
- Steg 4: Remittera till ortopedklinik om allt ovan prövats och patienten önskar kirurgisk åtgärd och har kvarstående stora besvär i det dagliga livet med rörelse- och belastningssmärta.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Operation, vanligtvis interpositionsartroplastik.

Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros)

Handläggning i primärvården

- Klinisk och eventuellt radiologisk diagnos med slätröntgen.
- I första hand symtomatisk behandling med information och värktabletter.
- Värken avtar som regel när den inflammatoriska reaktionen lagt sig.
- Remiss till ortopedklinik om patienten har stora besvär i det dagliga livet med belastnings- och greppsmärta/värk och önskar bli stelopererad i berörd led.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till steloperation.

Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led

Handläggning i primärvården

- Konventionell röntgen. Remiss till ortopedklinik utan dröjsmål vid misstänkt instabilitet, oavsett röntgenfynd.
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och träningsprogram om tummen är stabil.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vid instabilitet – operation.

Karpaltunnelsyndrom

Handläggning i primärvården

- Remiss till arbetsterapeut för nattskena i ett par månader och ergonomisk rådgivning.
- Eventuellt antiflogistika.
- Remiss till ortopedklinik om patienten får tilltagande domningar eller om effekten av ortosbehandling uteblir.

OBS! Remiss utan dröjsmål till ortopedklinik om patienten har domningar hela dygnet eller manifesta bortfallssymtom i form av känselnedsättning och motoriskt bortfall.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Operation med friläggning av nervus medianus i handledsnivå.

Morbus de Quervain

Handläggning i primärvården

- Remiss till arbetsterapeut för ortosbehandling och ergonomisk rådgivning.
- Antiflogistika.
- Lokal kortisoninjektion i första dorsala facket om tekniken behärskas av läkaren.
- Om oklarhet i diagnos – konventionell röntgen för att utesluta artrosförändringar radiallyt i handleden.
- Remiss till ortopedklinik om besvär kvarstår efter flera månader trots given behandling, och patienten har påtagliga besvär i det dagliga livet.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Operation med klyvning av första dorsala senfacket.

Triggerfinger (Tendinitis nodosa)

Handläggning i primärvården

- Antiflogistika.
- Kortisoninjektion lokalt i senskidan om tekniken behärskas av läkaren.
- Remiss till arbetsterapeut för ergonomisk rådgivning.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående besvär med smärtsamma upphakningar efter 3 månader trots behandling.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Operation med klyvning av första annularligamentet.

Handledsganglion

Handläggning i primärvården

- Klinisk diagnos.
- Punktion och aspiration med åtföljande kortisoninjektion i ganglion om tekniken behärskas av läkaren.
- Remiss till ortopedklinik vid symtomgivande besvär.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Punktion alternativt operation.

4. HÖFT

Höftartros

Naturalförloppet kan innebära perioder med mer uttalade besvär. Många patienter har oförändrade eller mildare symtom på lång sikt. En mindre grupp kan ha snabb progress.

Handläggning i primärvården

- Artrosskola eller motsvarande (information, fysioterapi) med regelbunden träning i minst 3 månader och utvärdering
- Smärt- och inflammationsstillande behandling.
- Slätröntgen vid oklar diagnos eller om remiss till ortoped övervägs.
- Om långdragen påverkan på livskvaliteten (belastnings- och rörelsesmärta eller värk med begränsad gångförmåga) och patienten är positiv till operation eller vid oklar diagnos – remiss till ortopedklinik. Bör dessförinnan genomgått artrosskola. Rökstopp om man funderar på operation.

OBS! Glukosamin och hyaluronsyra är inte längre rekommenderade behandlingsmetoder.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till proteskirurgi
- Eventuellt kompletterande utredning

Trokanterit

Handläggning i primärvården

- Stretchinginstruktion/Fysioterapi.
- Ergonomisk rådgivning.
- Antiflogistika.
- Eventuellt kortisoninjektion med lokalanestesi.
- Vid oklara besvär görs slätröntgen.
- I normalfallet ej indikation för ortopedbedömning, men vid långvariga terapieresistenta sjukdomsfall eller oklar diagnos - remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning.
- Kirurgisk åtgärd endast i undantagsfall.

Femuroacetabulärt impingement (FAI)

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi.
- Slätröntgen av höftleden med standardprojektioner inklusive Lauensteinprojektion.
- Vid kvarstående besvär och klinisk misstanke om FAI – remiss till ortopedklinik

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande radiologisk utredning.
- Ställningstagande till behov av höftledartroskopi.

5. KNÄ

Principer för röntgenundersökningar:

Fynd av kliniskt icke signifikanta patologiska avvikelser vid MR-undersökning kan leda till onödig ortopedisk konsultation. MR-undersökning av knäled bör därför inte användas som diagnostisk screeningmetod inom primärvården. Noggrann klinisk bedömning baserad på anamnes och status, slätröntgen samt utfall av icke operativa behandlingsmetoder är i flertalet fall tillräckligt för att avgöra vårdnivå.

Artros

Naturalförloppet kan innebära perioder med mer uttalade besvär. Sett över lång tid har många patienter emellertid oförändrade eller mildare symtom. En mindre grupp kan ha snabb progress.

Handläggning i primärvården

- Artrosskola eller motsvarande (information, fysioterapi) med regelbunden träning i minst 3 månader, därefter utvärdering.
- Viktreduktion
- Smärt- och inflammationsstillande behandling.
- Slätröntgen med belastade bilder.
- Eventuellt kortisoninjektion vid synovit.
- Om belastnings- och rörelsesmärta eller värk med begränsad gångförmåga och om patienten är positiv till operation - remiss till ortopediklinik. Bör dessförinnan genomgått artrosskola. Rökstopp om man funderar på operation.

OBS! Glukosamin och hyaluronsyra är inte längre rekommenderade behandlingsmetoder.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Avlastande ortos och inägg kan vara aktuellt.
- Ställningstagande till operativ åtgärd såsom avlastande vinkeloperation, (osteotomi), enkammarprotes eller totalprotes.

Trauma (kontusion)

Handläggning i primärvården

- Slätröntgen.
- Punktion om knäet är kraftigt svullet. Hemartros – remiss till ortopediklinik gärna efter telefonkonsultation med ortopedbakjouren (dagtid).
- I övrigt tidig sjukgymnastkontakt, gärna inom en vecka.
- Om ej bra inom tre månader – remiss till ortopediklinik.

Handläggning ortopedisk specialistvård

- Bedömer knäskadans svårighetsgrad.
- MR vid oklar diagnos.

Trauma (distorsion)

Handläggning i primärvården

- Slätröntgen.
- Punktion om knäet är svullet. Kraftig hemartros kan tala för korsbandsskada, alternativt patellarluxation.
- Vid hemartros eller misstanke om korsbandsskada – remiss till ortopediklinik
- I övriga fall tidig mobilisering och sjukgymnastik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Bedömer knäskadans svårighetsgrad.
- Vid oklar diagnos MR.
- Vid korsbandsskada ställningstagande till operation beroende på symptom och funktionella krav.

Låst knä eller akut extensionsdefekt

Handläggning i primärvården

- Slätröntgen.
- Vid manifest låsning eller extensionsdefekt som inte är töjbar – akutremiss till ortopedklinik, gärna efter telefonkonsultation med ortopedbakjouren (dagtid).
- Vid låsning hos patient med sannolik artros bör effekt av lokalbedövning i knäleden prövas innan patienten remitteras in akut.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vid oklar diagnos MR
- Vid akut låsning artroskopi utan dröjsmål. Beredskap för menisksutur bör finnas hos yngre patient.
- Vid upprepade låsningar operation vid tidpunkt beroende på symptomens svårighetsgrad och tillgänglighet.

Främre knäsmärta

Långvarig men godartad åkomma, som ofta debuterar i tonåren.

Handläggning i primärvården

- Fysioterapeutisk behandling och ergonomisk rådgivning.
- Ortos, som kan köpas i välsorterad sportaffär, kan prövas.
- Slätröntgen med patellaaxial vid oklara besvär eller oklar diagnos.
- Vid klar diagnos har ortoped lite att tillföra.
- Om långvariga invalidiserande besvär mer än sex månader - remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning.
- Endast ett fåtal blir föremål för kirurgisk behandling.

Patellaluxation

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi med styrketräning och ergonomiska råd. Systematisk träning ska pågå 3-6 månader.
- Slätröntgen med patellaaxial.
- Ortos med patellastödjande funktion kan beställas på OTA.
- Upprepade luxationer och kvarstående instabilitet hos färdigväxta patienter – remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

6. FOT

Fotledsinstabilitet

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi med styrke-, koordinations- och balansträning.
- Stabiliserande ortos och balansplatta kan köpas i välsorterad sportaffär.
- Slätröntgen. Små avslitna kantfragment behandlas som distorsion.
- Om upprepade distorsioner med kvarvarande besvär efter 6 månader trots systematisk träning och ortos – remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till fortsatt utredning och eventuell operativ åtgärd.

Artros i fotled

Handläggning i primärvården

- Slätröntgen.
- Fysioterapi.
- Antiflogistika/Analgetika.
- Remiss till OTA för fotledsortos och dämpande skor med fotbäddar.
- Om besvär kvarstår av den grad att patienten kan tänka sig steloperation, trots given behandling – remiss till ortopedklinik.

Handläggning ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

Förvärvad plattfotet hos vuxen

Ensidigt debuterande plattfotet med eller utan trauma. Kan bero på senskada.

Handläggning i primärvården

- Slätröntgen fotled och mellanfot med belastning.
- Remiss till OTA för fotbäddar med medialt stöd.
- Om fotbäddar inte hjälper- remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning och eventuell operation.

Hallux valgus

Handläggning i primärvården

- Skoråd.
- Remiss till ortopedtekniker för inlägg/skoanpassning.
- Vid markanta felställningar med smärtproblematik som försvårar användandet av skor och patienten positiv till operation, slätröntgen med belastade bilder – remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

Hallux rigidus – Artros i MTP-led 1

Handläggning i primärvården

- Slätröntgen av fotskelettet gärna med belastning.
- Skoråd. Många jogging- och walkingskor har sulor av typen "rullsula".
- Remiss till ortopedtekniker för stela fotbäddar så att MTP 1-leden inte belastas i varje steg. Inlägg/skoanpassning.
- Vid utebliven förbättring eller större osteofyter som försvårar skoanpassning och om patienten är positiv till operation – remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

Hammartå

Handläggning i primärvården

- Skoråd.
- Remiss till ortopedtekniker för fotbäddar med främre pelott.
- Vid markanta felställningar med smärtproblematik som försvårar användandet av skor och patienten positiv till operation, slätröntgen med belastade bilder – remiss till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

Plantar fasciit – Hälsporre

- Ömhet vid plantarfascians infästning medialt strax framför hälen. Förekomst av eventuell hälsporre på röntgen saknar betydelse.

Handläggning i primärvården

- Avlastande inlägg.
- Fysioterapi.
- Antiflogistika lokalt som gel under ocklusionsförband.
- Undvik injektioner i hålfoten.
- Normalt ej remiss till ortoped även om besvären är långvariga.

Mortons neurom

- Nervsmärta på grund av kompression av interdigitalnerv mellan två metatarsalhuvuden, oftast mellan metatarsale 3 och 4.

Handläggning i primärvården

- Skoråd.
- Remiss till ortopedtekniker för fotbäddar med främre pelott som sprider belastningen under metatarsalhuvuden.
- Kortisoninjektion (från dorsalsidan) kan hjälpa.
- Remiss till ortopedklinik om besvären kvarstår trots given behandling.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.

Metatarsalgi

Belastningssmärta i trampdynan.

Handläggning i primärvården

- Skoråd.
- Remiss till ortopedtekniker för inlägg.
- Remiss till ortopedklinik om besvär kvarstår efter mer än 6 månader trots vidtagna åtgärder och om patienten är positiv till operation.
- Röntgen fotskelett med belastning om patienten remitteras till ortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Fortsatt utredning och ställningstagande till operation.

Hälsenetendinos

Överbelastningsskada i hälsenan med brännande smärta efter ansträngning som kan övergå i kontinuerlig värk. Inte sällan förtjockning av hälsenan.

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi med systematisk träning.
- Antiflogistika
- Aldrig kortisoninjektion.
- Remiss till ortopedtekniker för fotbäddar och ev klackförhöjning.
- Remiss till ortopedklinik om förbättring uteblir efter minst 6 månader trots ovanstående åtgärder.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till ytterligare utredning och övriga behandlingsmetoder.

Hälseneinsertalgi

Överbelastningsskada vid hälsenans infästning mot hälbenet.

Handläggning i primärvården

- Fysioterapi med systematisk träning.
- Antiflogistika.
- Aldrig kortisoninjektion.
- Remiss till ortopedtekniker för fotbäddar och eventuellt klackförhöjning.
- Remiss till ortopedklinik vid utebliven förbättring efter minst 6 månader trots ovanstående åtgärder.
- Röntgen fotskelett om patienten remitteras till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till ytterligare utredning, skleroseringsbehandling eller operation.

Fotsår vid diabetes

Handläggning i primärvården

- Medicinsk fotvård enligt regionala medicinska riktlinjer.
- Rökavvänjning.
- Optimering av blodsocker och nutritionsstatus.
- Cirkulationsbedömning, remiss till kärlkirurg i förekommande fall.
- Remiss till ortopedtekniker för fotbäddar och skoanpassning.
- Basal sårvård.
- Om svårläkta sår trots given behandling – överväg slätröntgen av fotskelett med frågeställning osteit och remiss till ortopedklinik eller diabetesfotmottagning.

För övrigt hänvisas till Regionalt vårdprogram för diabetesfoten, revision pågår.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till sårrevision/avlastning/amputation.

Charcotfot (Diabetisk osteoartropati)

Den akuta fasen av charcotfot kan vara svår att skilja kliniskt från osteomyelit och inte sällan finns anamnes på ett aktuellt lättare trauma. Symtom i form av rodnad, svullnad, värmeökning och smärta hos patient med diabetes och neuropati kan vara akut charcotfot. Vid misstanke ska akutremiss skrivas! Ett snabbt omhändertagande kan rädda foten från destruerande deformation.

Handläggning i primärvården

- Vid klinisk misstanke – akutremiss till ortopediklinik efter telefonkontakt med ortopedjour eller bakjour.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Eventuellt kompletterande utredning.
- Avlastning/gipsningar under lång tid.

7. RYGG

Remissregler

Ortopedins önskemål om innehåll i remiss:

- Sammanfattande beskrivning av duration, förlopp och lokalisering av symtom. Lokalstatus och neurologstatus. Inte enbart journalkopia.
- Hur och i vilken grad påverkas patientens funktion?
- Effekt av genomgången behandling och rehabilitering.
- Relevanta andra sjukdomar samt medicinering.
- Adekvat radiologisk utredning.
- Stämmer de radiologiska fynden med patientens symtom och status (höger/vänster)?
- Är patienten besvärad av en sådan dignitet att hon/han är intresserad av operation/att diskutera operation?
- Tydligt formulerad frågeställning. I de flesta fall önskemål om ortopedkirurgisk åtgärd.

Primärvårdens önskemål om innehåll i remissvar:

- Diagnos.
- Ställningstagande till om patienten har nytta av operation eller inte.
- Rekommendation behandling/rehabilitering.
- Planerad uppföljning inom ortopedin eller primärvård.
- Prognos.
- Förslag på vem som håller i eventuell sjukskrivning.
- I förekommande fall beskrivning av symtomförändring som skulle kunna föranleda ny bedömning.
- Det ska framgå om primärvården ska kalla patienten eller om patienten ska kontakta primärvården. Journalkopia som remissvar.

Principer för basalutredning, röntgenundersökningar samt MR-undersökning

Det regionala perspektivet innebär att samma principer gäller i hela regionen.

Primärvården ansvarar för basal utredning i form av slätröntgen samt MR-undersökning vid vanliga sjukdomstillstånd som cervikal rizopati (MR halsrygg), lumbago-ischias och lumbal spinal stenos (MR ländrygg). Dessa undersökningar är vägledande för att bedöma behovet av remiss till ortopediklinik. MR-undersökningen bör ej vara äldre än 6 månader när remiss skrives.

Den ortopediska specialistvården ansvarar för kompletterande (MR helrygg) och brådskande MR-undersökningar.

Obs! Vid allmänsymtom, svår nattlig värk, malign sjukdom i anamnesen eller neurologiska symtom har slätröntgen mycket begränsat värde. Detta gäller i synnerhet brösttryggen, som är en icke ovanlig lokalisering för metastas. I dessa fall remiss till ortopediklinik för snabb utredning med MR. Vid tveksamhet tas lämpligen telefonkontakt med ortopediklinikens bakjour dagtid.

Obs! Vid svår ryggvärk – tänk på att överväga osteoporosrelaterad kompressionsfraktur som tänkbar orsak.

Nackvärk utan utstrålning i armar/ben

Handläggning i primärvården

- Sjukgymnastik i flertalet fall med ospecifika besvär. Ergonomisk rådgivning.
- Skelettröntgen om patienten haft besvär längre än 6–8 veckor och är yngre än 20 år eller äldre än 50 år eller har känd anamnes på inflammatorisk sjukdom (reumatoid artrit, spondylartrit) för att utesluta anomali och destruktions/instabilitet.

- Vid Whiplash Associated Disorders handläggning enligt vårdprogram, www1.vgregion.se/whiplash.
- Om röntgen visar anomali eller destruktion eller misstanke om instabilitet – remiss till ortopediklinik

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kirurgi

Nackvärk med utstrålning i armar/ben

Handläggning i primärvården

- Tidig kontakt med sjukgymnast. Ergonomisk rådgivning.
- Smärtstillande medicinering.
- Utred med MR halsrygg om smärta i armen motsvarar nervrotsutbredning (med eventuellt neurologiskt bortfall) och inte förbättras av sjukgymnastik och medicinering efter 6–8 veckor och är av sådan dignitet att patienten kan tänka sig att bli opererad.
- Remiss till ortopediklinik om nervrotssmärta kvarstår och radiologisk nervrotpåverkan som stämmer med patientens klinik (höger/vänster) föreligger samt om patienten är intresserad av att diskutera operation.
- Fortsatt konservativ handläggning i de fall armsmärtnen avtar men kvarstående domning föreligger.
- Remiss till ortopediklinik för vidare utredning om ryggmärgssymtom föreligger och om det finns misstanke om långbanesyntom från oklar nivå (gånggrubbning, motorisk svaghet inklusive hyperreflexi, klonus och/eller positiv Babinski).
- Snabb remiss till ortopediklinik om MR visar ryggmärgspåverkan på grund av cervikal spinal stenos/malignitet.
- Arbetsrehabilitering efter avslutad postoperativ period.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning (MR helrygg).
- Remiss till ryggenhet på regionklinik för eventuell operation.

Bröstryggsvärk

Handläggning i primärvården

- Kontakt med sjukgymnast. Ergonomisk rådgivning.
- Om patienten har långvarig, svår, nattlig värk - utred med SR, CRP och remittera till ortopediklinik.
- Vid feber, hög CRP och svår ryggvärk – telefonkontakt med ortopediklinik för fortsatt handläggning av eventuell spondylit.
- Om patienten har ryggmärgssymtom och det finns misstanke om långbanesyntom från oklar nivå (gånggrubbning, motorisk svaghet inkl hyperreflexi, klonus och/eller positiv Babinski) – remiss till ortopediklinik för vidare utredning.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning (MR helrygg).
- Föreligger ryggmärgspåverkan - kliniskt och radiologiskt - remittera till ryggenhet på regionklinik för ställningstagande till operation för att motverka progress.
- Om malignitet - uppföljning inom specialitet som handlägger grundsjukdomen.
- Vid spondylit handläggning i samråd med infektionsklinik.

Ländryggsvärk (Lumbago)

Handläggning i primärvården

- I första hand behandling enligt SBU:s rekommendationer, det vill säga rådgivning, och/eller sjukgymnastisk behandling.
- Vid ländryggsvärk utan utstrålning föreligger i allmänhet ej behov av remiss till ortopediklinik.
- Slätröntgen bör göras vid åtminstone ett tillfälle om patienten är <20 år eller >50 år och besvärsduration mer än 6–8 veckor. Röntgen behöver inte upprepas, såvida inte patienten har en känd spondylolisthes (kotglidning) eller andra anomalier, och de lokala symtomen påtagligt förvärrats.
- Om långvarig, svår, nattlig värk - utred med SR, CRP och remittera för MR Ländrygg.
- Vid feber, hög CRP och svår ryggvärk – telefonkontakt med ortopediklinik för akut handläggning av eventuell spondylit.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning.
- I vissa selekterade fall kan operativ åtgärd vara indicerad, vid långvarig ryggsmärta efter genomgången multimodal rehabilitering utan tillräcklig effekt.
- Vid spondylit handläggning i samråd med infektionsklinik.
- Vid osäkerhet tas i första hand telefonkontakt med ortopediklinik för diskussion angående eventuell remissindikation.

Ländryggsvärk med utstrålning i benen

Lumbagoischias, Lumbal spinal stenosis

Handläggning i primärvården

- I första hand rådgivning och snabb kontakt med sjukgymnast.
- Konventionell röntgen på patienter <20 år eller >50 år.
- Vid misstanke om diskbråck, det vill säga ischiassmärta som följer ett dermatom samt besvär av sådan art och intensitet att det är handikappande och patienten önskar operation eller vill diskutera en operation bör remiss till MR skrivas efter 6–8 veckor.
- Vid misstanke om spinal stenosis med betydande besvär under minst 12 månader där förbättring inte skett av aktiv sjukgymnastik och där patienten önskar operation eller vill diskutera en operation genomförs MR.
- OBS! Vid påverkan på blåsa eller snabb progress, akut ortopedremiss!
- Överväg alltid tidig MR om anamnes på tidigare malignitet eller vid samtidig förekomst av allmänpåverkan i form av feber, matleda eller viktnedgång.
- Om MR visar stenosis eller nervrotspåverkan och dessa fynd överensstämmer med klinik – remiss till ortopediklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation.
- Postoperativ rehabilitering/sjukskrivning, vanligtvis högst 3 månader.

8. ÖVRIGT

Akuta skador

Handläggning i primärvården

- Vid misstanke om skelettskada görs slätröntgen.
- Om slätröntgen är normal slutbehandlas patienten i flertalet fall i primärvården.
- Om behov av akut ortopedbedömning bedöms föreligga skrivs förutom röntgenremiss också akutremiss till ortopedjouren med relevant bakgrundsinformation. Patienten får då gå till akuten efter det att röntgenundersökningen är gjord.
- Vid tveksamhet tas telefonkontakt med ortopedbakjouren för rådgivning.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Akut bedömning och åtgärd beroende på skadans natur.

Frakturkomplikation

Patienter som har behandlats för fraktur med planerad uppföljning till ortopedklinik hänvisas dit vid misstanke om komplikation.

Om patienten kommer i kontakt med primärvården och ytterligare efterkontroll på ortopedklinik inte är planerad görs en preliminär bedömning i primärvården.

Handläggning i primärvården

- Vid misstanke om frakturkomplikation görs slätröntgen.
- Om patienten är opererad tas infektionsprover (SR, CRP).
- Vid misstanke om infektion bör antibiotika inte sättas.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående misstanke om frakturkomplikation eller infektion. Vid tveksamhet tas telefonkontakt med ortopedbakjour.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Eventuell kompletterande provtagning/utredning.
- Ställningstagande till operation eller annan åtgärd.

Osteoporosrelaterade frakturer

Vårdprocess för osteoporosfrakturer

I VGR har sjukhusen ansvar för att utreda och i vissa fall behandla (med osteoporosläkemedel och fallpreventiva åtgärder) patienter med osteoporosfrakturer. Således ska sjukhusen identifiera, bedöma frakturrisik (FRAX) och utreda (med bentäthetsmätning- DXA), patienter 50 år eller äldre med genomgången osteoporosfraktur. Patienter som osteoporoskliniken (eller motsvarande) bedömer vara i behov av läkemedel kan behandlas vid sjukhuset direkt eller remitteras till primärvården med en behandlingsrekommendation, som baserats på utredningen. Detta beskrivs ingående i vårdprocessen om osteoporosfrakturer. Detta arbetssätt rekommenderas och beskrivs även i beslutad RMR för osteoporos

http://epi.vgregion.se/upload/L%c3%a4kemedel/Osteoporos/160113%20RMR%20Osteoporos_2015%20Mats%20P.pdf

Handläggning i primärvården

- Ställningstagande till utredning och behandling vid kännedom om misstänkta osteoporosrelaterade frakturer om patienten redan finns i primärvården.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Identifiera patienter med misstänkt osteoporosrelaterade frakturer, se vårdprocess ovan.

Tumörer

Se standardiserat vårdförlopp SVF för skelett- och mjukdelssarkom.

<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/sarkom/vardforlopp/>

Läkemedelsförskrivning

Om opioidförskrivning sker i specialistvården bör en plan för nedtrappning och utsättning upprättas. Om förlängd behandling anses nödvändig och ytterligare uppföljning på ortopediklinik inte planeras, ska remiss skrivas till primärvården för fortsatt förskrivning med motivering och prognosbedömning.

Specialistkliniken förskriver regelmässigt ej sömnmedel och lugnande mediciner.

Sjukskrivning

Grundregeln är att den som ansvarar för utredning och behandling av den sjukskrivningskrävande diagnosen ansvarar för sjukskrivningen.

Vid multifaktoriell orsak till arbetsförmåga bör sjukskrivningen skötas av primärvården.

Specialistkliniken ansvarar för postoperativ sjukskrivning. Om sjukskrivningsbehov kvarstår efter adekvat rehabiliteringsperiod och ytterligare åtgärder ej planeras på specialistkliniken, bör remiss skrivas till primärvården för fortsatt sjukskrivning och uppföljning med information om prognos.

Sjukskrivning som en del av behandling

Sjukskrivning är en ordination som har betydande konsekvenser och är en kraftfull åtgärd i samband med rehabilitering av många medicinska tillstånd. Det påverkar det dagliga livet i hög grad om en sjukskrivning blir längre än förväntat. Avvägning måste göras vad gäller för- och nackdelar. Det finns kända negativa konsekvenser vid längre tids sjukskrivning (särskilt heltid) i form av förlust av sammanhang och risk för utanförskap som måste beaktas.

Vilken läkare bör/kan bäst bedöma behovet av sjukskrivning och ska handlägga detta?

Den läkare som behandlar patienten är den som bäst kan bedöma sjukskrivningens grad och längd. Inte sällan är det flera läkare involverade i behandlingen vid samsjuklighet. Sjukskrivning är starkt kopplat till behandling av sjukdomen, förväntat förlopp etc.

Det är alltid den läkare som behandlar den sjukdom som i huvudsak är orsak till den nedsatta arbetsförmågan som handlägger sjukskrivningen. Sjukskrivning kan aldrig delegeras till någon som inte har ansvar för behandling av sjukdomen.