

Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård - barn och ungdomar

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A § 19–2014) giltigt till maj 2021
Utarbetad av sektorsråden i ortopedi och allmänmedicin

Syfte

Barnortopediska problem är vanliga inom primärvården. Det är viktigt att den initiala utredningen är adekvat och att patienterna remitteras till ortopedspecialister när detta är medicinskt befogat. Dokumentet innehåller en kortfattad allmän del och en bilaga som beskriver olika ortopediska sjukdomstillstånd hos barn och ungdomar.

Nytt sedan föregående revidering

I avsnittet om höftledsluxation/dysplasi, handläggning i primärvård har punkten om att ringa ortoped vid oklart röntgensvar ersatts med "remiss till ortoped". Perthes sjukdom har ersatts av Coxa plana i dokumentet. Gällande scoliosavsnittet har "handläggning i primärvård" ersatts av "handläggning på primärvårdsnivå" vilket också innefattar skolhälsovården. För övrigt endast redaktionella ändringar.

Bakgrund, behandling, uppföljning, vårdnivå

Se *bilagor*, där varje diagnos belyses enligt ovan.

Remiss från primärvården till ortopedisk specialistnivå ska innehålla:

- Sammanfattande beskrivning av duration, förlopp och lokalisation av symtom med diagnosförslag och tydlig frågeställning.
- Vilken funktionsnedsättning ger tillståndet på fritiden och i skolan eller på arbetet Höger respektive vänsterhänthet anges om det är adekvat.
- Andra relevanta sjukdomar, BMI när det är adekvat.
- Resultat av genomgångna utredningar/behandlingar anges (röntgen, sjukgymnastik med mera).
- Allmäntillstånd/aktuell status.
- Övrigt ("second opinion", tankar om kirurgisk behandling, rökning, allergi, rädsla med mera).

Remiss från ortopedisk specialistvård till primärvården ska innehålla:

- Diagnos
- Prognos
- Förväntad utläkningstid/rehabiliteringstid.
- Vilken uppföljning planeras - vad förväntas av primärvården.
- Vem som förväntas ha patientansvaret.
- Om överföring av vårdansvar ska remiss skrivas enligt regionala riktlinjer.

Aktuella diagnoser;

Höftledsluxation/höftdysplasi	Q65.2 respektive Q 65.6
Coxitis simplex	M13.1
Coxa plana	M91
Höftledsfysiolys	M73.0
Genu valgum/varum	M21.0 respektive M21.1

Främre knäledssmärta	M22.4
Plattföthet	M21.4
Hälsmärta	M78
Skolios	M41.1
Benlängdsskillnad	M21.7
Intoeing	Q65.8, Q68.4 respektive Q66.2

Uppföljning av denna riktlinje

Sker kontinuerligt via avvikelserapporter till ansvariga för riktlinjen, Ragnar Jerre och Per Häggblad. Dessa tas sedan upp i respektive sektorsråd.

Innehållsansvariga

Sektorsråden i ortopedi och allmänmedicin.

Bilaga 1

Ansvarsfördelning vid respektive diagnos

HÖFT

Höftledsluxation/Höftdysplasi

Bakgrund

Alla nyfödda undersöks på BB beträffande höfternas stabilitet. Trots detta händer det att höftinstabilitet, luxation eller dysplasi upptäcks sent, ibland vid flera månaders ålder eller senare. Instabilitet i nyföddhetsperioden är vanligt och förekommer hos 1/100 nyfödda. Endast några av dessa barn har en luxerbar eller luxerad höft.

Hos ett fåtal barn missas instabilitet vid första undersökningen. Andra utvecklar, trots en stabil höft vid födseln, en ostadighet och en höftdysplasi (underutvecklad ledpanna och ett icke adekvat läge av höftkulan i leden). För att undvika utveckling av dysplasi senare i livet är det av största vikt att de barn som missas initialt upptäcks snarast i samband med BVC-kontroller.

Knäppningar i höft eller knä i samband med undersökning är i allmänhet ospecifika fynd och har inget med instabilitet eller luxation att göra.

Handläggning i primärvård

- Bedöma barnhöfter enligt BVC-schema.
- Vid misstänkt höftledsluxation - benlängdsskillnad, inskränkt höftabduktion (<70 grader), asymmetriskt rörelseomfång, asymmetriska lårveck eller instabilitet – remiss till röntgen (bäckenhöftleder).
- Vid svårtolkat eller patologisk röntgensvar – remiss till ortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Bedömning av röntgenbilder.
- Besluta om eventuell behandling och om patienten behöver följas vidare av ortoped.

Coxitis simplex

Bakgrund

Vanligt förekommande tillstånd hos barn framförallt i åldrarna 3–6 år. Barnet klagar på smärtor från höften eller knäet och vägrar ofta att stå på benet. Såväl det aktiva rörelseomfånget som det passiva rörelseomfånget är kraftigt begränsat. Lätt subfebrilitet kan förekomma.

- Viktigt att utesluta bakteriell coxit, då barnet har hög feber ($> 38,5^{\circ}$), är svårt allmänt sjukt och CRP är förhöjt (>100).

Handläggning i primärvård

- Ta temp och CRP.
- Coxitis simplex kräver ingen behandling annat än analgetika. Remiss till ortopeden behövs inte.
- Vid kvarstående besvär efter 10 dagar, remiss till röntgen med frågeställning Coxa Plana. Skulle röntgen visa något patologiskt - remiss till ortopeden.
- Vid misstanke på bakteriell coxit - akut remiss till ortopeden.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vid Coxa plana följs patienten kliniskt och röntgenologiskt och vid behov sker operation.
- Vid misstanke på bakteriell coxit utför remiss för ultraljud med frågeställning vätska. Akut punktion av höftleden i narkos.

Coxa plana

Bakgrund

Coxa plana är en aseptisk nekros av femus proximala epifys (caput). Drabbar framförallt pojkar mellan 4 och 9 år. Symtomen är hälta och smärta i lumsken som ökar vid aktivitet. Vid den kliniska undersökningen finner man inskränkt passivt rörelseomfång framförallt abduction och rotation. Prognosen är avhängig av patientens ålder och hur stor del av epifysen som är nekrotisk.

Handläggning i primärvård

- Vid misstanke om Coxa Plana remittera till röntgen.
- Vid normal röntgen avvakta, ingen begränsning av aktivitet annat än patientens subjektiva besvär. Kvarstår besvaren efter 3 månader - ny remiss till röntgen.
- Vid patologisk röntgen - remiss till ortopeden.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vid Coxa plana följs patienten kliniskt och röntgenologiskt och vid behov sker operation.

Höftledsfysiolys

Bakgrund

Höftledsfysiolys är en separation av femurs proximala fys som leder till en framåtroteration av femur i förhållande till epifysen. Drabbar framförallt pojkar mellan 13 och 15 år. Symtomen är hälta och smärta i lumsken. Det är inte ovanligt att patienten endast klagar på smärta från knäet. Vid gång utåtroterar patienten benet och vid den kliniska undersökningen finner man en tvångsmässig utåtroteration vid passiv flexion av höftleden.

Handläggning i primärvård

- Vid misstanke på höftledsfysiolys remittera akut till röntgen med frågeställning höftledsfysiolys.
- Vid normal röntgen avvakta, ingen begränsning av aktivitet annat än patientens subjektiva besvär. Kvarstår besvaren efter 3 månader ny remiss till röntgen.
- Vid svårtolkad eller patologisk röntgen – akut remiss till ortopeden.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Patienter med höftledsfysiolys opereras akut, pinning in situ.

KNÄ

Genu valgum/varum

Bakgrund

Små barn under 2 år är ofta hjulbenta, medan barn runt 4 års ålder ofta är kobenta. Detta är i de flesta fall normalt och kommer att spontant korrigeras under uppväxten. Vid kontroll av barn inom primärvården avseende dessa tillstånd bör man försäkra sig om att barnet är friskt i övrigt och till exempel inte lider av D-vitaminbrist, eftersom rakit kan vara en orsak till "krokiga" ben.

Handläggning i primärvård

- Är genu varum/valgum-ställningen symmetrisk på hö/vä sida. Om inte - remiss till ortoped.
- Bedöm graden av genu valgum/varum (uppskatta vinkeln i stående) och mät intermalleolaravstånd (mellan mediala malleolerna) respektive interkondylaravstånd (mellan insidan av knäna/femurkondylerna) i cm. Patienten följs på detta sätt över tid.
- Ökar varus/valgus-ställningen mer 10 grader/2 cm under ett års tid - remiss till ortopeden.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till ytterligare uppföljning/åtgärd.

Främre knäledssmärta

Bakgrund

Kallas även patellofemoralt smärtsyndrom (PFFS). Tillståndet är mycket vanligt framförallt hos flickor i tonåren och karakteriseras av diffus smärta lokaliserad till främre delen av knäleden. Smärtan är oftast aktivitetsrelaterad. Vid undersökningen finner man en ömhet vid passiv rörelse i femuropatellära leden.

Handläggning i primärvård

- Uteslut meniskskada (distinkt ömhet över mediala eller laterala ledspringan) och ledbandsskada (instabilt knä eller kraftiga smärtor vid testning av stabiliteten). Vid misstanke om ovanstående - remiss till ortopeden.
- Röntgen endast nödvändig för att utesluta eventuella strukturella förändringar.
- Förklara att tillståndet är ofarligt och så gott som alltid försvinner spontant. Informera patienten om att anpassa sin fysiska aktivitet.
- Remiss sjukgymnast för att utarbeta träningsprogram.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ingen

FOT

Plattföthet

Bakgrund

Föräldrar söker ofta på grund av att de tycker att barnen är plattfotade. Från sjukvårdens sida är det då väsentligt med en korrekt bedömning av foten/fötterna för att kunna besluta om eventuellt behov av åtgärd eller för att kunna ge föräldrarna adekvat information om tillståndet.

Skilj mellan flexibel/dynamisk och rigid plattfot. En flexibel/dynamisk plattfot ser normal ut i vila utan belastning men vid belastning utplanas längsgående fotvalvet och hälen går i valgus. När patienten går upp på tå utvecklas ett normalt fotvalv och hälen går i varus (hos ett mycket litet barn kan man böja stortån bakåt, vilket har samma effekt).

Handläggning i primärvård

- Flexibel/dynamisk plattfot ska som regel inte behandlas. Vid smärta kan primärt stadiga skor ordinerar. Om inte det hjälper kan avgjutna inlägg ordinerar. Kontrollera effekten efter två månader. Om smärtproblematiken är bestående – remittera till ortoped.
- Vid rigid plattfot är mellanfoten stel och i stående på tå bildas inget fotvalv - remiss till ortoped.
- Finns bakomliggande neurologisk orsak – remiss till ortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Rigid plattfot och smärtande plattfot där inlägg inte haft effekt utreds radiologiskt.
- Åtgärd beroende på diagnos.

Hälsmärta

Bakgrund

Det finns olika orsaker till hälsmärta: Achillobursit – smärta vid achillessenans fäste på calcaneus, calcaneussmärta – patienten är palpationsöm över tuber calcaneus från ena eller båda sidor. Calcaneusapofysit – palpationsöm över calcaneus apofys och ömhet under hälen – palpationsöm under calcaneus. Ofta rör det sig om fysiskt aktiva pojkar.

Handläggning i primärvård

- Vid samtliga tillstånd utom achillobursit är kilinlägg det som ska provas först. Köps i sport- eller skoaffär.
- Patienten rekommenderas att använda skor med dämpande sula utan hälkappa.
- Vid utebliven förbättring efter 2–3 månader remiss till ortopeden.
- Förklara att tillståndet är ofarligt och så gott som alltid försvinner spontant. Informera patienten om att anpassa sin fysiska aktivitet.
- Remiss till sjukgymnast för att utarbeta träningsprogram.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vidta ytterligare undersökning med röntgen, ultraljud och eventuell MRI och därefter föreslå behandling.

BEN

Benlängdsskillnad

Bakgrund

Benlängdsskillnad kan uppstå av olika skäl. Det kan vara medfött och kvarstå oförändrat genom uppväxten eller successivt tillta med ökad tillväxt. Det kan vara effekten av en infektion i en tillväxtzon

någon gång under barndomen, vilket medfört att tillväxten i den drabbade zonen störts. Det kan orsakas av en fraktur som antingen medfört en påverkan på tillväxtzon eller en direkt påverkan på benet i frakturområdet.

Oavsett orsak ska benlängdsskillnad bedömas och följas hos en växande individ. Orsaken kan dock ge en viss upplysning om eventuell risk för progress. Benlängdsskillnad bedöms bäst med patienten i stående och inspektion bakifrån av bäckenets ställning (sänkning av ena eller andra bäckenskoveln). Vid bäckensänkning, läggs träblock av olika höjd under det korta benets fot tills dess bäckenet är rakställt, vilket då ger svaret på hur stor benlängdsskillnad som föreligger.

Handläggning i primärvård

- Bedöm benlängdsskillnaden, kontrollera om följande föreligger: bäckensänkning, skolios. Bedöm rörelseomfång i höftleder.
- Om mer än 2 cm – remiss till ortoped.
- Om mindre än 2 cm ny kontroll efter 12 månader.
- Om tendens till ökande benlängdsskillnad – remiss till ortoped. Uppgifter om utveckling och tillväxt samt pubertetsgrad bör finnas med på remissen.
- Om önskemål om inlägg kan detta ges upp till cirka 7 mm, därutöver krävs påbyggnad på skon.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Beräkning av prognostiserad benlängdsskillnad vid avslutad tillväxt görs om man noterar tendens till ökande skillnad och om skillnaden är över 2 cm.
- Vid benlängdsskillnad mellan 2 cm och 5 cm övervägs möjligheter till inbromsning av det långa benet med fysiodes (operativ slutning av tillväxtzon) runt knäled.
- Vid benlängdsskillnad över 5 cm övervägs benförlängning av det korta benet (lårben och/eller underben).

Intoeing

Bakgrund

Att barn går inåt med tårna är vanligt, men leder ofta till frågor och funderingar från föräldrar och vuxna som vårdar barnet, huruvida detta är normalt eller inte.

Intoeing korrigeras i allmänhet spontant under uppväxten, men vid läkarundersökning är det viktigt att bedöma barnet adekvat för att kunna avgöra orsaken till intoeing och för att kunna ta beslut om eventuellt behov av åtgärd.

Handläggning i primärvård

- Intoeing kan bero på inåtrotation av lårbenet, inåtrotation av underbenet eller inåtböjning av foten.
- Vid inåtrotation av lårbenet pekar såväl knä som fot inåt då patienten står/går. Inåtrotationsförmågan i höftleden är större än utåtrotationsförmågan. Detta normaliseras spontant under uppväxten och kräver ingen åtgärd.
- Vid inåtrotation av underbenet är foten inåtvriden i relation till knäet, vilket ses bäst när barnet sitter med hängande underben. Intoeing korrigeras oftast spontant under uppväxten och kräver ingen åtgärd.
- Inåtböjning av foten – metatarsus adductus – kan vara flexibel/mjuk eller rigid/stel. Är foten mjuk och möjlig att passivt hålla rak kommer detta sannolikt att normaliseras spontant. Är foten däremot rigid - remiss till ortoped.
- Ensidig intoeing – remiss till ortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Klinisk undersökning och vid behov vidare radiologisk utredning och gånganalys.
- I vissa extrema fall bör operation erbjudas.
- Rigid metatarsus adductus gipsas i första hand.

RYGG

Skolios

Bakgrund

Skolios innebär krokighet i ryggen och kan noteras dels såsom snedhet om man inspekterar ryggen bakifrån, dels såsom en rotation (puckel) vid inspektion av patient som böjer sig framåt. Skolios kan ha många orsaker (missbildade ryggkotor, neuromuskulära tillstånd till exempel), men det vanligaste är den adolescenta idiopatiska skoliosen som i allmänhet upptäcks vid kontroller inom skolhälsovården runt 10 års ålder.

Screening av ryggar sker i årskurs 4 och 6 inom skolhälsovården. Inom skolhälsovården sker också uppföljning vid behov samt utfärdande av nödvändiga remisser till röntgen och ortoped.

För handläggning se även bilaga 2.

Handläggning på primärvårdsnivå (vårdcentral, skolhälsovård)

- Kontrollera ryggens utseende och rörlighet, eventuell förekomst av bäckensänkning (benlängdsskillnad), ta anamnes; hereditet, smärta, funktion.
- Kontrollera neurologi.
- Mätning av Bunellvinkel med skoliometer. Vid benlängdsskillnad, mät både med och utan kompensation.
- Om Bunellvinkel 7 grader med skoliometer är det indicerat med röntgen skoliosrygg (*) med frågeställning "cobb-vinkel- anomaly".
- Cobbvinkel 20 grader – remiss till ortoped. Uppgift om pubertetsgrad ska anges och tillväxtkurvor bifogas.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Bedöm röntgenbilder och patientens status enligt ovan.
- Bedöm behovet av fortsatta kontroller och eventuell behandling.

Bilaga 2



Göteborg den 14 juli 2016

Scoliospatienter, handläggning i VG-regionen

Sektorsråden för ortopedi, barn- och ungdomsmedicin och allmänmedicin fick i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören att se över ansvarsfördelningen för omhändertagandet av barn och ungdomar med ortopediska problem. En arbetsgrupp har tagit fram riktlinjerna som nu är reviderade och godkända (detta dokument).

För gruppen barn/ungdomar med **scolios** har skolhälsovården deltagit i arbetet eftersom ryggundersökningar ingår i skolhälsovårdsprogrammet.

I samband med att VGPV infördes för några år sedan försvårades möjligheten för skolhälsovården att skriva röntgenremisser och remittera till specialistortopedin. Följden blev en sämre vårdkedja för dessa patienter. Skolhälsovården, som motsvarar primärvårdsnivån i sjukvårdssystemet, är van att hantera sneda ryggar genom sin screening och den inarbetade rutin som finns hos skolläkare och skolsköterskor.

Skolhälsovården har i och med den nya överenskommelsen nu möjlighet att bedöma och remittera elever med scolios till röntgen och ortopedspecialist utan att bli debiterade för röntgenkostnaderna. Dessa administreras istället via ett centralt konto i regionen (se nedan)

Skolhälsovården har också åtagit sig att följa upp de ”kontrollelever” som blivit bedömda av ortoped enligt de anvisningar som ges i remissvaret.

Skolhälsovården skall följa de remissregler som gäller i regionen på samma sätt som regionala och upphandlade verksamheter.

Det finns på en del platser andra rutiner som idag fungerar utmärkt och dessa behöver inte ändras utan överenskommelsen med skolhälsovården kan ses som ett möjligt alternativ för de som tycker att hanteringen av scoliospatienterna inte varit optimal tidigare.

När skolsköterskan uppmäter en bunnelvinkel på 5 grader eller mer bedöms eleven också av skolläkaren som tar ställning till remiss för röntgen och/ eller ortoped/annan specialist. Vid bunnelvinkel på 7 grader eller däröver bör alltid röntgen utföras.

Visar röntgen en cobbvinkel på 20 grader eller mer tar skolläkaren kontakt med ortoped för diskussion eller skriver en remiss för bedömning.

Uppföljning kan ske antingen inom ortopedin eller skolhälsovården beroende på elevens ålder, mognadsgrad och ryggens utseende. Remiss från ortoped till skolan skall skrivas om kontrollerna skall utföras där.

Röntgenkostnaderna skall **inte** debiteras skolhälsovården utan ett centralt konto på Hälso- och sjukvårdsavdelningen skall användas enligt nedan.

Fakturaadress för regionens egna röntgenverksamheter;

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
i71102

Beställar id: 605010D

Fakturaadress för privata upphandlade röntgenverksamheter;

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Fe 982
405 83 Göteborg
Beställar id: 605010D

På uppdrag av Peter Amundin, Regionkansliet

Per Häggblad
Chefläkare i Närhälsan och
Sammankallande i arbetsgruppen som tagit fram och reviderat aktuell riktlinje
070-824 52 93