

Ortopedkliniken och primärvårdens vårdöverenskommelser

Faktaägare: Gunilla Östgaard, chefläkare primärvård
Ola Lindgard, verksamhetschef ortopedkliniken

Slutgranskare: Roland Olofsson Dolk, verksamhetschef AMK

Innehåll

1	Allmänt	3
1.1	Remisser till ortopedkliniken bör om inte någon faktor saknar betydelse innehålla följande:	3
1.2	Vem sjukskriver?.....	3
1.3	Vem beställer röntgen.....	3
1.4	Remissvar från ortopedden bör innehålla:.....	4
2	Tillstånd utan säkert samband med trauma	4
2.1	Ryggsjukdomar	4
2.1.1	Diskbräck	4
2.1.2	Lumbago-ischias.....	4
2.1.3	Spinal stenosis	4
2.1.4	Cervical rhizopati	4
2.1.5	Akutremiss till akutmottagningen.....	4
2.2	Ledsjukdomar.....	5
2.2.1	Höft- och knäartros	5
2.2.2	CMC 1-ledsartros	5
2.2.3	Septisk artrit	5
2.3	Sen- och muskelinflammationer.....	5
2.3.1	Axelsmärter.....	5
2.3.2	Tennisarmbåge	5
2.3.3	Bakteriell tendovaginit i handområdet	6
2.3.4	Akut kuffruptur/senruptur i axel, särskilt hos medelålders och aktiva. 6	
2.4	Fotbesvär	6
2.4.1	Plattfothet.....	6
2.4.2	Plantarfasciit (hälsporre)	6
2.4.3	Hallux valgus eller hammartå	6

2.4.4	Clavusbildningar.....	6
2.4.5	Mortons metatarsalgi.....	6
3	Tillstånd orsakade av trauma.....	7
3.1	Kotfrakturer	7
3.2	Smååfrakturer.....	7
3.3	Klavikelfraktur hos barn.....	7
3.4	Luxation i finger	7
3.5	Piglux	7
3.6	Enklare distorsioner	7
3.7	Recidiverande axelledsluxationer	7
3.8	Knäledsdistorsion.....	8
3.9	Ligamentskador i tumbas (ulnar kollateralligamentskada) och handledsdistorsion.....	8
3.10	Sårskador i händer och fötter	8
3.11	Muskel-/senruptur	8
4	Barnortopedi.....	9
4.1	Misstänkt luxation	9
4.2	Höftsmärta (Obs oklar knäsmärta utan trauma kan var symtom på höftåkomma).....	9
4.3	Gångasymmetri.....	9
4.4	Felställningar (plattfot, genu valgus/varus, intåhet/uttåhet).....	9
4.5	Skolios	9

1 Allmänt

1.1 Remisser till ortopedkliniken bör om inte någon faktor saknar betydelse innehålla följande:

- Diagnos/frågeställning Second opinion/info/operation?
- Aktuella besvär- funktion-smärta
- Eventuellt genomförd utredning/röntgen
- Kortfattat status med tonvikt på rörlighet och smärta Läng och vikt vid operationsindikation
- Tidigare/pågående behandling. Eventuell pågående sjukskrivning
- Sociala faktorer av betydelse – yrke/fritidsaktiviteter
- Andra eventuella betydelsefulla sjukdomar. Tobaksvanor och alkoholvanor. (Rökstopp angeläget två månader före elektiv operation).
- Patientens inställning till eventuell operation. Vill man diskutera eller är man säker?

1.2 Vem sjukskriver?

I väntan på första besöket sjukskriver primärvården. När patienten är bedömd på ortopedkliniken så sjukskriver ortopedläkare, detta förutsatt att den ortopediska åkomsten utgör det väsentliga arbetshindret. Sjukskrivningsansvaret kvarligg på ortopediden under postoperativ period och om inte förväntad förbättring skett.

När patienten är färdigbehandlad på ortopedkliniken och handlagd postoperativt inom adekvat tid men fortsatt behov av sjukskrivning föreligger, remitteras patienten tillbaka till primärvården. Vid sådan remiss ge information om vad som gjorts, rehabiliteringsförlopp, medicinska hinder för fortsatt rehabilitering/arbetsåtergång samt den planering som är gjord och förväntat förlopp. Rehabkoordinator på ortopedkliniken kontaktar rehabkoordinator i primärvården.

1.3 Vem beställer röntgen

[Länk till röntgens riktlinjer.](#)

I primärvård beställs undersökningar om de bedöms nödvändiga för preliminärt diagnossättande samt för adekvat bedömning och prioritering av remissen till ortopedkliniken. Röntgenundersökningar som bedöms nödvändiga för preoperativ utredning skrivs i normalfallet av ortoped. För att underlätta för patienten kan remiss till röntgen i vissa fall skrivas samtidigt med remissen till ortopediden. Se i övrigt nedan under respektive tillstånd.

Pat med röntgenverifierad knäartros som behöver förnyad röntgen inför op remitteras av ortopediden.

1.4 Remissvar från ortopeden bör innehålla:

- Svar på fråga/diagnosförslag
- Status
- Bedömning
- Åtgärd (rehabilitering-sjukskrivning-medicinering)
- Planering
- I tveksamma fall ta telefonkontakt med ortopedkirurgiska klinikkens läkare.

2 Tillstånd utan säkert samband med trauma

2.1 Ryggsjukdomar

Patienter med ryggsmärtor ska primärt och i allmänhet behandlas i primärvården. Observera att flera av tillstånden nedan hänvisar till röntgens riktlinjer.

[Länk till röntgens riktlinjer.](#)

2.1.1 Diskbräck

Indikation för MR vid symtomduration 6-8 veckor.

Remiss till ortopedklinik för ställningstagande till ryggkirurgi vid betydande smärtor och/eller utstrålade smärtor överstigande tre månader om MR visar adekvat fynd. Tidigare kontrakt vid neurologiska bortfall.

2.1.2 Lumbago-ischias

Vid utebliven effekt på konservativ behandling efter två månader kan remiss till MR övervägas.

2.1.3 Spinal stenosis

Vid misstanke och otillräcklig effekt av konservativ behandling remitterar primärvården för MR för diagnos.

2.1.4 Cervical rhizopati

Vid utebliven effekt på konservativ behandling efter två månader kan remiss till MR övervägas.

2.1.5 Akutremiss till akutmottagningen

Lumbago med så svåra smärtor att patienten inte klarar sig hemma.

Lumbago-ischias som progredierar, med blåspares och/eller ridbyxanestesi och/eller slapp sfinkter (cauda equina-misstanke) remitteras till akutmottagningen.

Misstanke om infektiös genes.

2.2 Ledsjukdomar

2.2.1 Höft- och knäartros

Konservativ behandling sköts i primärvården. Behandling av artros med levnadsvanestöd och fysisk träning ("artrosskola") ska prövas före bedömning av ortoped. Remiss till ortoped övervägs när artrosen är så svår att livsföringen blir påtagligt inskränkt genom minskad gångsträcka, eventuell vilovärk eller stor analgetikakonsumtion. Innan remittering bör reumatisk sjukdom kliniskt och eventuellt labbmässigt uteslutas.

Röntgenundersökning ska vara utförd innan remiss till ortopedkliniken skrives och inte vara äldre än 12 månader och påvisa höftartros. Vid frågeställning knäartros skall röntgenundersökningen vara gjord med belastning. Längd och vikt eller BMI ska framgå av remiss liksom eventuella blodförtunnande medel, cortsion samt biologiska läkemedel. Patientens inställning till operation skall framgå av remissen.

Om det behövs ytterligare röntgen inför preoperativ bedömning (ex protesbäcken, HKA, scint) beställs detta av ortoped.

2.2.2 CMC 1-ledsartros

I första hand remiss till arbetsterapeut eller fysioterapeut i primärvården för utprovning av stabiliserande ortos. Remiss till ortopedkliniken, efter genomförd röntgenundersökning, för operation då artrosen är klart symtomgivande med greppsvårigheter och ev vilovärk och då det är den dominanta handen.

2.2.3 Septisk artrit

Remitteras till akutmottagningen

2.3 Sen- och muskelinflammationer

2.3.1 Axelsmärtor

Långvariga värktillstånd betingas ofta av en kronisk inflammation i det subakromiella rummet (impingement). Diagnostiskt kan impingementtest med subakromiell lokalanestesi prövas. Fysioterapi under minst tre månader. Subacromiala steroidinjektioner kan försökas (upp till tre tillfällen med 4-6 veckors mellanrum).

Axelbesvär med oklar diagnos och utan förbättring trots behandling i 4-6 månader enligt ovan remitteras till ortopedmottagningen. Röntgenremiss (fråga efter förutsättningar för impingement samt AC-ledsartros) skall skrivas innan eller samtidigt som remiss till ortopedkliniken skrives.

Vid frusen skuldra kan man avvakta ca 1 år. Därefter kontakt med ortoped vid utebliven förbättring.

2.3.2 Tennisarmbåge

Undvik kortikosteroidinjektioner, hänvisning till fysioterapeut.

2.3.3 Bakteriell tendovaginit i handområdet.

Akutremiss till akutmottagningen.

2.3.4 Akut kuffruptur/senruptur i axel, särskilt hos medelålders och aktiva.

Subakut remiss till, alternativt telefonkontakt med, ortopedmottagningen

2.4 Fotbesvär

2.4.1 Plattfothet

Plattfothet hos barn ska medföra information till föräldrar att detta är normalt, råd om skoval ges, och motiverar varken inlägg eller ortopedkontakt.

Kronisk smärtsam plattfothet behandlas initialt med fysioterapi minst 6 månader och medialt stödjande skoinlägg. Om otillräcklig effekt med konservativ behandling, remiss ortoped, samtidigt med remiss röntgen fötter med belastning och ev fotled.

Nydebuterad och smärtsam plattfothet hos vuxna remitteras till ortopedkliniken, samtidigt med remiss röntgen fötter med belastning och ev fotled.

2.4.2 Plantarfasciit (hälsporre)

Hänvisas till fysioterapeut med råd om vila, ev NSAID, tryckavlastning, inlägg. Röntgen behövs inte.

2.4.3 Hallux valgus eller hammartå

Behandlas primärt med inlägg och tryckavlastning samt skoanpassning. Remitteras vid betydande besvär, som stor ömhet över pseudoexostosen, svårt att ha skor och eventuell värk efter ansträngning. Kosmetiska skäl föranleder inte operation.

Vid remiss till ortopedkliniken ska det samtidigt beställas belastad röntgen av foten med frågeställning ex hallux valgus, hammartå, plattfothet för att ortopedens skall kunna bedöma remissen.

2.4.4 Clavusbildningar

Behandlas konservativt med avlastande inlägg.

2.4.5 Mortons metatarsalgi

Om kliniskt övertygande och besvär >6 månader trots främre pelott remitteras till ortopedkliniken.

3 Tillstånd orsakade av trauma

3.1 Kotfrakturer

De som inte kräver inläggning kan remitteras till OTA för korsettutprovning i smärtlindrande syfte.

3.2 Småtåfrakturer

Småtåfrakturer utan felställning behöver inte röntgas och kan handläggas inom primärvården (tejpning mot intilliggande tå, stabila skor).

3.3 Klavikelfraktur hos barn

Klinisk klavikelfraktur utan felställning hos barn behöver inte röntgas och kan behandlas med slynga/mitella till smärtfrihet. Ortopedkontakt vid tveksamhet.

3.4 Luxation i finger

Remiss till ortopedakuten via röntgen. Reponering efter fingerbasanestesi kan försökas innan patienten skickas.

3.5 Piglux

Vid klar anamnes och kliniska tecken på piglux reponerar man och observerar patienten någon halvtimme. Vid fullgod rörelseförmåga behövs då inte röntgen.

3.6 Enklare distorsioner

I fotleder, handleder, knäleder utan tecken till begynnande svullnad eller misstanke på fraktur handläggs inom primärvården. Ligamentskadorna i fotleder bör följas upp av sjukgymnast. Vid misstanke på mer omfattande ligamentskador eller vid betydande status både medialt och lateralt där pronationsskada inte kan uteslutas skall patienten remitteras till akutmottagningen via röntgen.

3.7 Recidiverande axelledsluxationer

Bör remitteras till ortopedkliniken för ställningstagande till stabiliserande operation. Röntgenundersökning ska vara gjord de senaste 12 månaderna.

3.8 Knäledsdistorsion

Påtagligt status efter trauma remitteras ortopedakuten via röntgen.

Om smärtsamt extensionsblock i knäleden till akutmottagningen.

Om definierat knätrauma föreligger samt smärtsamma återkommande låsningar hos yngre individ snar remiss till Ort klin samtidigt som remiss till MR skrives.

Vid besvär överstigande 3 veckor kontakt med fysioterapeut. Vg se länk för MR indikation vid tveksamhet konsultera ortoped.

Överväg remiss till ortoped vid duration över 3 månader. Röntgenremiss ska då skrivas med frågeställning fri kropp, osteonekros. Om personen är äldre än 40 då ska frågeställningen artros läggas till och röntgenundersökningen vara gjord med belastning.

Om belastad slätröntgen är utan fynd beställs MR samtidigt som remiss till ortopedkliniken.

MR indikation: Svår smärta och kraftigt nedsatt rörlighet (tex låsningar, recidiverande hydrops och/eller påtaglig instabilitet) med påverkan på livskvaliteten eller oproportionellt svår smärta i förhållande till kliniska fynden.
[Länk till röntgens riktlinjer.](#)

3.9 Ligamentskador i tumbas (ulnar kollateralligamentskada) och handledsdistorsion.

Om kliniskt misstanke på UCL-skada skickas patienten till Akutmottagning via röntgen för värdering av skadan. Om patientens smärta tillåter kan undersökningen ske dagtid.

Handledsdistorsion med fortsatt påtagligt status efter 10-14 dagar och därmed misstanke om led- eller ligamentskador remitteras till ortopedkliniken för snar bedömning. Röntgen förutsätts vara utförd i samband med det akuta traumat, annars samtidig remiss för röntgenundersökning.

Vid handläggning av finger och handledsdistorsioner i primärvård tidig bedömning av arbetsterapeut för ortos för stabilisering och smärtlindring samt träning för att förhindra stelhet.

3.10 Sårskador i händer och fötter

Med misstänkta nerv- och/eller senskador remitteras till akutmottagningen.

3.11 Muskel-/senruptur

Som kan förväntas ge betydande funktionsinskränkning bör remitteras till ortopedkliniken, speciellt ruptur i supraspinatussenan, distala bicepsen, quadriceps, hamstrings och gastrocnemius.

4 Barnortopedi

4.1 Misstänkt luxation

- a) Under 6 veckors ålder: Remiss till ortopedmottagning för ställningstagande till dynamiskt ultraljud.
- b) Över 6 veckor: Remiss för röntgen bäcken med frågeställning ”normalutvecklade höfter”. Remiss till ortopedmottagning vid avvikande fynd.

4.2 Höftsmärta (Obs oklar knäsmärta utan trauma kan var symtom på höftåkomma)

Kortvarig lindrig hälta hos små barn som inger misstanke om coxitis simplex kan (med eller utan ultraljudsverifiering) följas i primärvård.

Om ingen förbättring inom 7-10 dagar/långdragna upprepande besvär med höftsmärtor, remiss till ortopedmottagning via röntgen höft inkl Lauenstein.

Vid misstanke om Bakteriell infektion i led (septisk artrit), remiss till akutmottagning

Misstänkt fyseolys remitteras via röntgen till akutmottagningen.

4.3 Gångasymmetri

Vid gångasymmetri kontrollera: höftstatus, eventuella felställningar, benlängdsskillnad och neurologstatus. (Inkluderas i ev remiss) vid misstanke om höftluxation eller höftdysplasi, ska röntgen höft vara utförd före remiss. Om ingen uppenbar ortopedisk åkomma, remiss i första hand till barnkliniken.

4.4 Felställningar (plattfot, genu valgus/varus, intåhet/uttåhet)

Vid asymmetri, alltid remiss till ortopedmottagning.

Övriga remiss till ortopedkliniken, beroende på ålder (var god se länk : <https://www.rikshandboken-bhv.se/pediatrik/skelett-och-muskler/> för detaljer)

Vid smärtsamma plattfötter alltid röntgen före remiss till ortopedmottagning. Vid fysiologisk plattfot enl länk ovan , ingen indikation för inlägg .

Inlägg ändrar inte fotens utveckling och får enl gällande regler förskrivas med subvention endast vid ”gravt deformerade fötter” eller neurologisk åkomma. Således förskrivs inte inlägg vid fotbesvär utan utredning.

4.5 Skolios

Utredning enl gällande PM före ev remiss. Var god se länk :

<http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=90435>