



# Så här samverkar vi med ortopederna

Överenskommelse om samverkan mellan primärvård och ortopedi i Landstinget i Östergötland



# Innehållsförteckning

## Föroord

<b>Överenskommelse om samverkan</b>	<b>6</b>
Syfte	6
Ansvar	7
Avvikelser	10
<b>Handproblem</b>	<b>12</b>
Inledning	12
CMC 1-ledsartros	12
Karpaltunnelsyndrom	13
Triggerfinger	15
<b>Axelproblem</b>	<b>18</b>
Indikation för remiss	18
Subacromial impingement	18
Acromioclavikularledsartros	19
Glenohumeralledsartros	20
Frozen shoulder	20
Kontusion – distorsion av axelleden	21
Glenohumeralledsinstabilitet	22
Konservativt behandlad proximal humerusfraktur	22
Acromioclavicularledsluxationer	23
<b>Ryggproblem</b>	<b>24</b>
Inledning	24
Indikation för akutremiss (till akutmottagningen vid resp sjukhus)	24
Indikation för konsultationsremiss	24
Indikationer för röntgen/MRT diagnostik vid lumbago-ischias	25
Information som remissen måste innehålla	26

**Höft- och knäledsartros 28**

Inledning	28
Indikation för remiss	28
Symptom	29
Utredning	29

**Knäproblem 32**

Indikation för remiss	32
Röntgen	33
Meniskskada	33
Främre korsbandsskada	34
Främre knäsmärta (chondromalacia patella)	35
Recidiverande patellaluxationer	36

**Fotproblem 38**

Inledning	38
Indikation för remiss	38
Hallux valgus	38
Hallux rigidus	39
Hammartå	40
Hälsenebesvär inklusive hälsenetendinos	41
Mortons neurinom	42
Okarakteristiska smärttillstånd i fot/fotled utan trauma	42
Smärtsam plattfothet	42
Ensidig plattfothet efter trauma	43
Plantarfascit	43
Diabetessår	43

## Förord

Avsikten med överenskommelsen är att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med besvär från rörelseapparaten. I den första delen beskrivs generellt vad som ingår i en remiss med hög kvalitet samt hur vi i god anda kommunicerar med varandra. Förhoppningen är att den konstruktiva anda som rådde när vi enades om innehållet skall genomsyra vårt gemensamma åtagande gentemot patienterna. God remisskvalitet bidrar i hög grad till att de patienter som ska komma till ortopedspecialist inte behöver vänta onödigt länge.

Inget är så bra att det inte kan bli bättre. Återkoppla därför gärna till Era chefer med konstruktiva förbättringsförslag!

Linköping 2009-09-01

*Bo Tillander*

Centrumchef

Ortopedicentrum i Östergötland

## **Ett stort tack till alla medverkande:**

***Kjell Örtoft***, vårdcentralschef, Vårdcentralen Åby

***Bo Björklund***, vårdcentralschef, Vårdcentralen Brinken

***Ann-Catrin Berglund***, vårdcentralschef, Vårdcentralen Lingham

***Eva Roxå***, verksamhetschef, Rörelse & Hälsa

***Inger Berg***, verksamhetschef, Rehab Öst

***Karin Vind***, enhetschef, Rörelse & Hälsa

***Yvonne Lindbäck***, sjukgymnast, Rörelse & Hälsa

***Per Ohlsson***, primärvårdschef, Närsjukvården i centrala Östergötland

***Margareta Swartz***, primärvårdschef, Närsjukvården i östra Östergötland

***Annette Johansson***, primärvårdschef, Närsjukvården i västra Östergötland

***Andreas Meunier***, verksamhetschef, ortopedkliniken i Linköping

***Martin Magnusson***, utvecklingsdirektör, Landstinget i Östergötland

***Peter Rockborn***, verksamhetschef, ortopedkliniken i Norrköping

***Bengt Horn af Åminne***, överläkare, ortopedkliniken i Motala

***Kerstin Davidsson***, verksamhetschef, ortopedkliniken i Motala

***Karin Eklund Johansson***, verksamhetsutvecklare, Ortopedicentrum i Östergötland

***Margret Laessker Good***, sjukgymnast, ortopedkliniken i Linköping

***Andreas Medin***, IT-samordnare, Ortopedicentrum i Östergötland

# Överenskommelse om samverkan

## Syfte

Avsikten med ett samverkansdokument är att skapa klara regler för kontakterna mellan specialistklinik och primärvård, så att detta gynnar patienterna i fråga om kvalitet och tillgänglighet. Begreppet primärvård används i detta dokument och avser både vårdcentral och rehabiliteringsenhet inom närsjukvårdens organisation.

Målet är att de patienter som remitteras till ortopedkliniken också ska ha nytta av att träffa en ortoped.

Huvudsyftet med en vårdbegäran till ortopedklinik måste vara att man där kan erbjuda ytterligare behandling, framför allt kirurgisk sådan.

### **Indikationer för vårdbegäran:**

- Ställningstagande till operation.
- Second opinion.
- Oklar diagnos där korrekt diagnos ger möjlighet till behandling.

### **Konsultation av ortoped kan ske på olika sätt:**

- Telefonkontakt med dagbakjouren i respektive länsdel via sökare, se JourLISA. För frågor av enklare slag som inte kräver att patienten besöker ortopedmottagningen.
- Konsultation med fråga som inte kräver patientbesök.
- Vårdbegäran för mottagningsbesök.

I östra länsdelen finns sedan tidigare ett samverkansdokument kring bland annat akutprocessen inom ortopedi som även framöver gäller parallellt med detta dokument.

När det gäller vårdbegäran till Team Ortopedteknik, OTA gäller separata riktlinjer.

## Ansvar

### Primärvårdens åtagande

Patienter som remitteras ska vara adekvat utredda och den icke-kirurgiska behandlingen och rehabiliteringen vara utvärderad. Remittenten ska ange och värdera röntgenfynd på vårdbegäran. Vårdbegäran ska bestå av frågeställning och kort sammanfattning av patientens problem och innehålla sådana uppgifter att den kan bedömas och prioriteras på ett adekvat sätt (enligt landstingsriktlinjer för Patientjournalen). Vårdbegäran ska också innehålla uppgifter om att patienten blivit informerad om att det postoperativa förloppet kan vara långvarigt och att patienten trots detta vill bli opererad.

En utgående vårdbegäran ska signeras av distriktsläkare inom max 7 dagar för att minimera väntetiden för patienten.

Eventuella övriga sjukdomar skall vara optimalt behandlade för att möjliggöra eventuell operativ åtgärd, såsom kontroll av blodtryck och behandling av patologiska fynd (till exempel kan en obehandlad hypertoni fördröja eventuella kirurgiska insatser).

## **Ortopedklinikens åtagande**

När vårdbegäran anländer till ortopedkliniken görs inom max 7 dagar en prioritering som meddelas patient och inremitterande läkare. Mottagningsbesök skall erbjudas senast 90 dagar från remissdatum enligt vårdgarantin. Vårdbegäran kan ibland besvaras utan mottagningsbesök.

Vid remissbesöket bestäms fortsatt handläggning av patientens besvär. Det kan vara:

- Patienten blir uppsatt på väntelistan för operation.
- Kompletterande utredning för att kunna fatta beslut om åtgärd.
- Patienten återremitteras till primärvården med rekommendation om fortsatt behandling/rehabilitering.

I samband med remissbesöket skrivs ett svar till inremitterande läkare. Svaret ska innehålla uppgifter om diagnos och planerad behandling samt svar på remissens frågeställningar och kan kompletteras med en hänvisning till journalanteckning.

Ortopedkliniken övertar patientansvaret i och med mottagningsbesöket och vederbörande ortoped är ansvarig för sjukintyg, receptförskrivning enligt rekommendationslista från läkemedelskommittén, provtagning etc. om inte annat avtalas med inremitterande läkare.

När patienten är färdigbehandlad på ortopedkliniken och behöver fortsatt omhändertagande skall han/hon remitteras ut till primärvård (vårdcentral eller rehab). Återremissen ska innehålla tydliga

anvisningar (till exempel frågeställning, restriktioner och planering) om huruvida patienten är i behov av ytterligare behandling, rehabilitering och uppföljning av primärvården och i dessa fall rekommendationer om typ av behandling, behandlingstid etc. Ortopedkliniken behåller i dessa fall patientansvaret fram tills dess att patienten varit på mottagningsbesök i primärvården.

När patienten är färdigbehandlad på ortopedkliniken och ingen uppföljning planeras i primärvården skickas inget meddelande från ortopedkliniken. Vid behov finns planering att läsa i journalanteckning.

Om akuta patienter behöver uppföljning i primärvården skickas en vårdbegäran med tydliga anvisningar om patientens behov av ytterligare behandling, rehabilitering och uppföljning av primärvården.

De olika sektionerna utfärdar översiktliga riktlinjer gällande de vanligaste åkommorna inom deras ansvarsområde.

### **Gemensamt åtagande**

Respektive verksamhetschef inom primärvården och Ortopedicentrum ansvarar för att informera sina medarbetare om gällande samverkansdokument. Nya privata vårdgivare ska vid avtalstecknande informeras om gällande samverkansdokument mellan primärvården och ortopedin.

Remisser eller remissvar som inte innehåller adekvat information kan återsändas för komplettering.

I de fall där primärvården av ortopedkliniken åläggs att göra utredningar som behövs för ortopedklinikens bedömning ska detta överenskommas gemensamt. Patientförfrågan avseende väntetider eller vårdgaranti ska hänvisas till mottagande ortopedklinik eller vårdlots. Om patienten under väntetiden försämrats i sina problem ska detta hänvisas till primärvården för förnyad bedömning.

## Avvikelser

För att utveckla och utvärdera överenskommelsen och för att säkerställa ett gott samarbete ska frågor om detta dokumentets innehåll och struktur lyftas till en styrgrupp. Styrgruppen utses av primärvårdschefer och centrumchefen i Ortopedicentrum. Allvarliga eller återkommande avvikelser från överenskommelsen ska rapporteras enligt gällande instruktion för avvikelsehantering i Synergi.

The screenshot shows a web browser window with the URL 'SYNERGI - Registrering av Avvikelse'. The page title is 'Landstinget i Östergötland'. The main content area is titled 'Avvikelse' and contains several input fields and dropdown menus. The fields are:

- Händelseid (yyyy-MM-dd) [ ] (tidpunkt) [ ]
- Orsak [ Övergående - Läkning - Tillägg - Adressat-fel ]
- Avvikelse beskriver [ ]
- Rapporterad av avdelning [ ]
- Händelseförlopp [ ]
- Är detta en avvikelse som ska rapporteras? [ ]
- Respektive [ ]
- Orsakad av utrustning [ ]
- Bestämning av utrustning [ ]
- Orsakad System [ ]
- Utvald tillverkare [ ]
- Funktion [ ]
- Orsakstyp [ ]

The 'Orsakstyp' field has three radio button options: 'Huvud orsak', 'Andra orsak', and 'Mindre orsak'. The 'Mindre orsak' option is selected. The bottom of the page shows a status bar with '100%' zoom and 'Tillgängliga platser'.



# Handproblem

## Inledning

Handproblem handläggs av ortopedklinikerna i östra och västra länsdelen och i centrala länsdelen av hand- och plastikkirurgiska kliniken.

## CMC 1-ledsartros

Handläggs av ortopedklinik endast i östra Östergötland.

### Allmänt

CMC 1-ledsartros är artros i leden mellan trapezium och tummens metacarpalben och förekommer oftare hos kvinnor än hos män. Det är inte ovanligt att röntgen visar uttalad artros hos äldre patienter som dock har få eller inga kliniska besvär.

### Symptom

Lokal smärta i och runt CMC-led 1. Obehag i samband med grepp mellan tumme och pekfinger och ibland vilovärk. Lokal ömhet och svullnad, krepitation och smärta vid passiva rörelser av CMC-leden.

### Utredning

Röntgen.

### Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o De flesta fall kan behandlas av distriktsläkare med analgetika, kortisoninjektioner och information. Kortison-



injektion i CMC-led 1 kan ha god effekt under flera månader och kan upprepas. Distriktsarbetsterapeut kan ge information, ergonomisk rådgivning och rörelseinstruktioner samt ortosbehandling.

- Kirurgisk

- o Operation i plexusanestesi där man tar bort os trapezium och gör en senplastik i det uppkomna hålrummet. Därefter gipsbehandling i 5 veckor. Postop läknings-/rehabiliteringstid 3-6 mån. I östra länsdelen gäller avgipsning och kontroll hos arbetsterapeut på ortopedkliniken, i övriga länet sker kontroll inom primärvården om inte annat anges.

### **Lämpliga fall till ortopedkliniken**

Patienten har betydande besvär trots adekvat konservativ behandling. Operation kan vara indicerad vid vilovärk eller smärta som försvårar ADL eller arbetsliv.

### **Olämpliga fall till ortopedkliniken**

Patienten ej beredd på operation.

## **Karpaltunnelsyndrom**

### **Allmänt**

Kompression av medianusnerven vid handleden, karpaltunnelsyndrom. Vanligt förekommande framför allt hos kvinnor äldre än 40 år och hos gravida kvinnor i sista trimestern.

### **Symptom**

Domningar i dig 1-4, som ofta förvärras nattetid och/eller vid

ansträngning av handen. Ibland förekommer värk. Positiv Phalens test, Tinels tecken eller karpaltunnelkompressionstest.

## Utredning

I oklara fall neurofysiologisk utredning. Differentialdiagnos utgörs av polyneuropati samt spondylos i halsryggen med utstrålning i arm och hand.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Hänvisning till distriktsarbetsterapeut. Vid behov handledsstöd och ergonomisk rådgivning.
  - o Antiflogistika 2–4 veckor
  - o Utred och behandla eventuell bakomliggande systemsjukdom. Gravida kvinnor med besvär under senare delen av graviditeten blir oftast besvärsfria efter partus.
- Kirurgisk.
  - o Poliklinisk operation i lokalbedövning eller armbedövning. Sjukskrivning 3-5 veckor. Inget återbesök. Remiss till arbetsterapeut i primärvården för rehabilitering om inte annat anges.

## Lämpliga fall för vårdbegäran till ortopedklinik

- Akut symptomdebut, domningar hela dygnet – akut vårdbegäran.
- Tilltagande domningar eller utebliven effekt av ortosbehandling 2-3 månader.
- Remiss med bifogat neurografisvar ger snabbare handläggning och kan kallas direkt för operation.



## Triggerfinger

### Allmänt

Orsaken är en tendovaginit, som oftast är idiopatisk, där svullnaden och så småningom ärrbildning ger upphov till trånga förhållanden i senskidan med karaktäristisk knäppning som följd. Spontanläker ofta.

### Symptom

Debuterar i regel med lokal ömhet över senskidan ett tag innan en karaktäristisk pseudolåsning uppkommer (det vill säga, när fingret böjs uppstår låsning som får passivt bändas loss med knäppning till följd).

### Utredning

Ingen. Differentialdiagnos utgörs av Dupuytren's kontraktur

### Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Antiflogistika och kortisoninjektion i senskidan kan ha god effekt speciellt under de första månaderna efter symptomdebuten.
  - o Ortosbehandling via arbetsterapeut
- Kirurgisk
  - o Operation i lokalanestesi där man delar första delen av senskidan. Sjukskrivning 3-4 veckor. Inget återbesök. I östra länsdelen gäller rehabilitering hos arbetsterapeut i primärvården, i centrala länsdelen sker detta på Hand- och plastikkirurgiska kliniken.

## **Lämpliga fall för vårdbegäran till ortopedklinik**

Operation kan vara indicerad vid värk eller låsningar/knäppningar trots adekvat konservativ behandling i 3 månader.





## Axelproblem

### Indikation för remiss

#### Lämpliga fall till ortopedkliniken

- Lokaliserad axelvärk som kvarstår mer än 9-12 månader trots adekvat konservativ behandling.
- Uttalad rörelseinskränkning som inte svarar på sjukgymnastisk behandling.
- Recidiverande axelinstabilitet

Röntgen axel ska vara utförd innan remittering.

#### Olämpliga fall till ortopedkliniken

- Uttalad skuldermyalgi med inslag av axelvärk
- Generellt smärtsyndrom med inslag av axelvärk
- Patient över 75–80 år med misstanke om cuffruptur

### Subacromial impingement

#### Symptom

Smärta vid abduktion av armen på grund av inklämning av subacromiala strukturer mellan humerus och acromion. Ofta nattlig smärta med problem att ligga på sidan.

#### Utredning

- Impingementtest: subakromiell injektion med lokalanestesi och steroid ger smärtfrihet.
- Röntgen axel (indirekta tecken på kuffartropati, degenerativa förändringar).



## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Ergonomisk anpassning av arbetsplatsen
  - o Sjukgymnastik enligt vårdprogram
  - o NSAID
  - o Upprepade subacromial injektion med lokalanestesi och steroid (upp till 4 gånger under 1 år)
- Kirurgisk
  - o Artroskopisk bursektomi med acromioplastik
  - o Postoperativt remiss till sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare för uppföljning.

## Acromioclavikularledsartros

### Allmänt

Vanligt radiologiskt fynd som ofta inte ger några symptom.

### Symptom

Lokala besvär med kompressions- och rörelsesmärta (vid mer än 90° adduktion och flektion).

### Utredning

Lokalbedövning intraartikulärt i AC-leden ger besvärsfrihet.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Upprepade steroidinjektion i leden (under 1 år)
  - o Ofta avklingar besvären spontant
- Kirurgisk
  - o Lateral klavikelresektion

o Postoperativt remiss till sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare för uppföljning.

## **Glenohumeralledsartros**

### **Allmänt**

Relativt ovanligt, förekommer framför allt hos RA-patienter.

### **Symptom**

Rörelsesmärta och rörelseinskränkning, framför allt av rotation.

### **Utredning**

Röntgen ger diagnos.

### **Behandling**

- Icke-kirurgisk
  - o Sjukgymnastik
  - o Analgetika
  - o Intraartikulär steroidinjektion
- Kirurgisk
  - o Axelprotes (ovanligt)
  - o Postoperativt uppföljning hos sjukgymnast i ortopedi-centrum.

## **Frozen shoulder**

### **Allmänt**

Oklar genes med inflammation och capsulit.

### **Symptom**

Ganska intensiv värk kring hela axeln samt rörelsesmärta. Efter någon/några månader tillkommer rörelseinskränkning i alla riktningar.



## Utredning

Uteslutningsdiagnostik (myalgi, rhizopathi m.m.)

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Vanligtvis självläkande inom 18 månader
  - o Analgetika
  - o Sjukgymnastik i ett senare skede
- Kirurgisk
  - o Sällan, artroskopisk lösning (tidigast efter 18 månader).

## Kontusion – distorsion av axelleden

### Allmänt

Vanligt i medelåldern med nedsatt rörelseförmåga och smärta efter trauma, ofta kuffruptur. Det är inte ovanligt med 6-12 månaders besvär som långsamt avtar gradvis.

## Utredning

Oförmögenhet att aktivt röra axeln 1-2 veckor efter trauma väcker misstanke om omfattande rotatorkuffskada – akutremiss till akutmottagningen.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Sjukgymnastik
  - o Analgetika
- Kirurgisk (medelålders patienter, om besvär och funktionsinskränkning ej gradvis avtar)
  - o Endast vid rotatorkuffruptur

- o Vid mindre kuffruptur, remiss till sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare.
- o Vid massiv kuffruptur sker rehabilitering hos sjukgymnast i ortopedicentrum.

## **Glenohumeralledsinstabilitet**

### **Allmänt**

Recidiverande instabilitet efter traumatisk luxation (yngre), vanligt med rotatorkuffskada hos medelålders och äldre patienter.

### **Symptom**

Värk hos yngre patienter, instabilitetsbesvär, nedsatt kraft efter luxation. Kan vara delsymptom hos unga patienter med generell ledlaxitet.

### **Behandling**

- Icke-kirurgisk
  - o Sjukgymnastik (strukturerad styrketräning) under lång tid (ofta 6-12 månader)
- Kirurgisk
  - o Stabiliserande operation (Bankart)
  - o Dåliga resultat vid generell ledlaxitet.
  - o Postoperativt remiss till sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare för uppföljning.

## **Konservativt behandlad proximal humerusfraktur**

### **Allmänt**

Vanlig osteoporosfraktur, sällan läkningsproblem men ofta kvarvarande nedsatt rörlighet. I östra länsdelen gäller separat vårdprogram.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Diskussion med ortopedjour, vanligen ej kirurgisk behandling.
  - o Tidig rörelseträning och sjukgymnastik
  - o Analgetika
- Kirurgisk
  - o Osteosyntes eller protes
  - o Postoperativt remiss till sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare för uppföljning.

## Acromioclavicularledsluxationer

### Allmänt

Efter fall på axeln (cykel-/ridolycka).

### Symptom

Smärta, felställning.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Exspektans
  - o Sjukgymnastik om kvarvarande problem efter 3-6 månader
- Kirurgisk
  - o Ligamentrefixation i utvalda fall

# Ryggproblem

## Inledning

Ryggsjukdomar handläggs för hela länet av ortopedkliniken i centrala länsdelen, förutom nackbesvär som handläggs av neurokirurgiska kliniken. Ett arbete mellan primärvård och ortopedin har pågått för att tydliggöra rygprocessen.

## Indikation för akutremiss (till akutmottagningen vid resp sjukhus)

- Ryggmärgspåverkan
- Påverkan på sakrala funktioner/cauda equina
- Misstanke om spondylodiskit
- Trauma

## Indikation för konsultationsremiss

- MR-verifierat diskbråck med ischias ca 10 veckor och som inte förbättrats trots adekvat sjukgymnastik/konservativ behandling.
- MR-verifierad spinal stenos med bensmärta (pseudoclaudicatio) som pågått minst 6-12 månader och som inte förbättrats trots adekvat sjukgymnastik och viktreduktion.
- Röntgenverifierad spondylolisthes (isthmisk eller degenerativ) med funktionsinskränkande rygg- och bensmärta som inte förbättrats under 6 månader trots adekvat sjukgymnastik och viktreduktion. MRT bör vara utförd för att kunna bedöma kompression av neurogena strukturer. Kotglidningen i sig själv är aldrig indikation för kirurgi (om den inte överstiger halva kotkroppsbredden på en yngre individ).



- Kronisk lumbago med minst 12 månaders duration och utebliven förbättring trots multimodal rehabilitering. Slätröntgen och MRT bör vara utförd och visa lokaliserade degenerativa förändringar, där ett specifikt segment bedöms vara symtomgivande. Patienter med generaliserad smärtbild utan tydliga neurologiska bortfall bör remitteras till Smärt- och rehabcentrum för bedömning.
- Skolios eller annan deformitet hos växande individ.
- Deformitet med progress eller tilltagande besvär hos vuxna.
- Ryggsmärta eller utstrålade bensmärta hos patient med tidigare malignitet eller annan malignitetsmisstanke. MRT helrygg bör utföras.

## Indikationer för röntgen/MRT diagnostik vid lumbago-ischias:

### Slätröntgen

- Smärta från ländryggen > 3 dagar vid ålder < 20 år vid misstanke om allvarlig sjukdom; spondylolisthes, tumör.
- Smärta från ländryggen > 4 v, ålder 20-55 år. Visar spondylolys, olisthes, degeneration, anomalier.
- Misstänkt skelettskada

### CT

- Kraftigt våld (trafikolycka, fallolycka) - trauma CT
- Misstanke akut spondylolys (stressfraktur på isthmus)
- Om MRT är kontraindicerad (pacemaker, Cochleaimplantat)

## MRT

- Misstanke diskbråck (lumbago-ischias) som inte förbättrats efter 6 veckor trots adekvat sjukgymnastik.
- Misstanke spinal stenos som kvarstår 6 mån efter debut, trots adekvat sjukgymnastik.
- MRT helrygg vid anamnes på tidigare malignitet (röd flagga).
- Kronisk lumbago med lokaliserad ryggsmärta, under 6-12 mån, trots adekvat sjukgymnastik.

(Skelettscintigrafi fyller inte någon funktion. Sensitiviteten är god men specificiteten mycket dålig.)

## Information som remissen måste innehålla

- Tidigare sjukdomar
- Ev. ”Röda flaggor”
- Ev. ”Gula flaggor” enligt ”Flödesschema nacke-ländrygg”
- Läkemedel
- Anamnes avseende ryggsmärta; duration, utstrålning, associerade symptom, förlopp etc.
- Status inkl. neurologisk status
- Genomgången sjukgymnastik och dess resultat
- Genomförda undersökningar och resultatet av dessa (slätröntgen, MRT)
- Patientens inställning till behandling och åtgärder
- Patienten i operabelt tillstånd



## Röda flaggor

Nedanstående förhållanden bör skärpa uppmärksamheten på allvarlig bakomliggande sjukdom och stärka indikationen för vidare åtgärder (provtagning, röntgen, akutremittering).

- Ryggsmärta hos barn under 18 år
- Avsevärda smärtor eller smärtdebut efter 55 år
- Våldsamt trauma bakom smärtan
- Konstant eller progredierande smärta under natten
- Feber
- Tidigare cancersjukdom
- Systemisk steroidbehandling
- Drogmissbruk, HIV
- Viktförlust
- Allmänt nedgången
- Bestående svår rörelseinskränkning
- Intensifierad smärta vid minsta rörelse
- Strukturell deformitet
- Svårigheter att urinera
- Förlust av tonus i analsfinkter eller avföringsinkontinens, sadelanestesi
- Utbredd progredierande motorisk svaghet eller gångstörningar
- Misstänkt inflammatorisk ledsjukdom (Bechterew)
- Gradvis isättande sjukdom efter 40 års ålder
- Markant morgonstelhet
- Ihållande rörelseinskränkning
- Perifera leder angripna
- Irit, hudutslag, kolit, utsöndring från urinröret
- Ärftlighet

## Höft- och knäledsartros

### Inledning

Grundbehandlingen består av information, träning och viktkontroll och skall erbjudas alla patienter och sättas in i ett tidigt skede. Någon kurativ behandling för artros finns inte utan denna får inriktas på symptomlindring. I de flesta fall kan dessutom en viss symptomlindring förväntas i det naturliga förloppet.

### Indikation för remiss

#### Riktlinjer för remiss till ortopedklinik

- Grundbehandling (information, träning och viktnedgång) provad utan tillfredsställande resultat
- Röntgen höft alternativt belastade knäbilder (< 1 år)
- Vid tidigare röntgenfynd med artrosgrad motsvarande Ahlbäck III-V eller grav höftartros (< 3 år)
- Kraftig övervikt är en relativ kontraindikation för kirurgi
- Remiss med frågeställning protesoperation måste innehålla uppgifter om:
  - o symptomtidens längd
  - o konservativ behandling, t.ex. artrosskola, och utvärdering av effekten av denna
  - o röntgenfynd
  - o patienten vill bli opererad.
- Värdera möjligheten att skriva en direktremiss. (Instruktioner för TidDirekt finns på LISA).

#### Lämpliga fall till ortopedklinik vid knäartros

- a) Alla åldersgrupper:



- o tidiga artrosstadier med stort inslag av smärtsamma upphakningar eller låsningar.
- o radiologisk artros Ahlbäck II-V, med svår smärta (VAS > 4) där konservativ behandling inte längre är tillräcklig.
- o starkaste indikationen för protesoperation är vilovärk.
- Patienter < 60 år:
  - o stora besvär och isolerad medial artros i tidigt stadium (Ahlbäck 0-II)

### Lämpliga fall till ortopedklinik vid höftartros

- Patienter med belastningssmärtor och en gångsträcka på 0,5–1 km
- Vilovärk
- Sömnsvårigheter
- Svårigheter att klara ADL
- Dålig effekt av analgetika och konservativ behandling

### Symptom

Huvudsymptomet är smärta som först kommer vid belastning, senare i sjukdomsförloppet även som värk vid vila. Tiltagande rörelseinskränkning är ett viktigt symptom. Inflammation i leden orsakar ofta postfunktionell värk och igångsättningsvärigheter.

### Utredning

- Primär artros
  - o Basalutredning inkl. röntgen i primärvård, framför allt differentialdiagnostik gentemot artrit. För att kunna bedöma gonartrosgrad enligt Ahlbäck's klassificering skall röntgenundersökningen alltid inkludera bilder under belastning.

- Sekundär artros
  - o Patienter med sekundär artros är tidigare behandlade för meniskskada, korsbandsskada, knäledsfraktur, höftfraktur.
  - o Basalutredning och behandling sker i primärvården enligt samma riktlinjer som för primär artros.

## Behandling

- Icke kirurgisk behandling (i primärvård)
  - o Sjukdomsinformation
  - o Anpassad träning och råd om fysisk aktivitet
  - o Avlastning med adekvat stötdämpande skor eller iläggsulor, gånghjälpmedel som käpp, krycka eller rollator.
  - o Artrosskola.
  - o Medikamentell terapi där paracetamol i fulldos är första handsval och NSAID är andrahandsval.
  - o Injektionsbehandling med kortison vid gonartros kan ges om det finns ett stort inflammatoriskt inslag
  - o Innan remiss övervägs bör en konsekvent genomförd konservativ behandlingsperiod omfatta minst 12 månader.
  - o Hos yngre yrkesverksamma patienter är det motiverat med en kortare (6 månader) behandlingsperiod.
- Kirurgisk behandling
  - o Vid höftartros är operation med en cementerad höftprotes ”golden standard”. På yngre patienter kan cementfri protes vara aktuell.
  - o Vid knäartros kan på yngre patienter proximal valgiserande tibiaosteotomi eller halvprotes vara aktuell. På äldre patienter används hel- eller halvprotes.





# Knäproblem

## Indikation för remiss

### Lämpliga fall till ortopedkliniken

- Meniskskada hos yngre utan artros med typiska kliniska symptom.
- Äkta låsningar beroende på fri kropp eller meniskskada.
- Hemartros efter knädistorsion
- Känd främre korsbandsskada med instabilitetsbesvär trots anpassning av aktivitet och sjukgymnastisk träning under 3-6 månader.
- Knäsmärta kombinerat med recidiverande patellaluxationer. Övriga knäsmärtor hanteras i samråd med sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare.
- Fortsatta besvär med frekventa subluxationer eller > 3 luxationer och önskemål om operation.
- Recidiverande patellaluxationer trots sjukgymnastisk träning under 3-6 månader.

### Tveksamma fall till ortopedkliniken

- Bakercysta. Detta är ett symptom på knäsvullnad. Man bör utreda orsaken till knäsvullnaden istället för att försöka operera bort cystan.
- Isolerad medial kollateralligamentskada. Dessa läker utan men. Patienten ska hänvisas till sjukgymnast.
- Löparknä
- Synovit



## **Olämpliga fall till ortopedkliniken**

- Medelålders och äldre patient med misstanke om degenerativ meniskskada med eller utan radiologiska artros-tecken och avsaknad av låsningar och symptom kortare tid än 3 månader. Artroskopi med meniskresektion har i dessa fall inte visat sig leda till bättre symptomlindring än enbart konservativ behandling med sjukgymnastik.
- Känd främre korsbandsskada som ej genomgått rehabilitering.
- Patienten inte intresserad av kirurgisk åtgärd.

## **Röntgen**

Generellt gäller att innan remiss skrivs ska patienten vara utredd med slätröntgen (frågeställning osteochondrit, fri kropp, artros). MRT kan ordinerars av den läkare som är förtrogen med diagnostik av knäåkommor och kan tolka MRT-svaret.

## **Meniskskada**

### **Allmänt**

En meniskskada kan vara traumatisk eller degenerativ.

### **Symptom**

Mekaniska fenomen upphakningar eller låsningar, ofta lokaliserat medialt eller lateralt.

### **Utredning**

Innan vårdbegäran röntgen i stående.

### **Behandling**

Traumatisk meniskskada hos yngre behandlas framgångsrikt med kirurgi (artroskopisk menisksutur eller meniskresektion).

- Helt låst knä subakut operation (1-7 dagar)
- Recidiverande låsningar på patient < 35 år meniskfixation (inom 1 månad)
- Recidiverande låsningar på patient > 35 år meniskresektion (inom 3 månader)
- Svullnad och upphakningar (mekaniska symptom) operation (inom 3 månader)

Oklar knäsmärta, där MRT visar en degenerativ meniskskada är ej indikation för meniskresektion. Remiss till sjukgymnast i primärvården eller privat vårdgivare för rehabilitering efter kirurgi.

## Främre korsbandsskada

### Allmänt

Vanlig skada efter knädistorsion hos yngre och medelålders. Vid knäsvullnad första dygnet efter distorsion hög sannolikhet för korsbandsskada.

### Symptom

Akut – knäsvullnad, lätt sträckdefekt. Kroniskt – instabilitet vid belastad vridrörelse (”giving way” = knät ger vika)

### Utredning

Vid akut skada röntgen och hänvisning till akutmottagningen.

### Behandling

Många patienter klarar att kompensera instabiliteten med anpassad aktivitetsnivå och sjukgymnastisk rehabilitering. Det finns inga belägg för att korsbandsrekonstruktion förbättrar

långtidsprognosen avseende livskvalitet eller artrosfrekvensen.

Generellt ökar indikationen för operation med lägre ålder och önskemål om hög aktivitetsnivå.

## **Främre knäsmärta (chondromalacia patella)**

### **Allmänt**

Vanligaste typen av knäbesvär hos yngre individer.

### **Symptom**

Diffus bandformig värk ventralt över knät. Provoceras av ansträngning, gång i trappor, backar samt sittande med böjda knän. Symptomen är ofta bilaterala.

### **Utredning**

Röntgen för att utesluta differentialdiagnoser som t.ex. osteochondrit och tumör.

### **Behandling**

Det finns tyvärr ingen dokumenterat effektiv behandling. I första hand provas sjukgymnastisk träning med stärkning av lårmuskulaturen och anpassning av aktivitetsnivå.

Patellastabiliserande ortos (PSO-bandage) har sällan effekt. Kan dock provas men är ej bidragsberättigat. Patienten hänvisas då till sportaffär alternativt ortopedverkstad.

Vid pronationsställning i fotleder rekommenderas fotriktiga skor, eventuellt kan inlägg provas men är dock ej bidrags-

berättigade. Problemet växer oftast bort i 20-25 års ålder.

## Recidiverande patellaluxationer

### Allmänt

Om knäskålen går ur led sker detta alltid lateralt. Detta är vanligt förekommande hos flickor med överörlighet i leder. Förstagångsluxation sker i regel vid knätrauma/distorsion.

### Symptom

Vid akut luxation typisk bild med knäet låst i böjt läge och tydlig asymmetri. Förstagångsluxation ger hemartros.

### Utredning

Luxerad knäskål diagnostiseras på klinisk bild. Efter reposition av förstagångsluxation ska alltid röntgen utföras. Vid recidiverande luxationer röntgen knä med patella-axial innan remiss.

### Behandling

- Akut luxation
  - o Reponeras och kontrolleras med röntgen
- Recidiverande luxationer
  - o Sjukgymnastik under 3-4 månader samt eventuellt stabiliserande ortos (PSO), se ovan främre knäsmärta.

Om pronationsställning i fotleder rekommendera fotriktiga skor eventuellt kan inlägg prövas, är dock ej bidragsberättigade.





## Fotproblem

### Inledning

Fotproblem med eller utan skopproblem är mycket vanligt. De vanligaste orsakerna är hallux valgus, hallux rigidus och hammartå. De flesta av dessa fall kan med fördel behandlas konservativt. ”- Det är bättre att anpassa skon efter foten, än foten efter skon.”

### Indikation för remiss

#### Lämpliga fall till ortopedkliniken

Besvärlig värk och belastningssmärta eller uttalade skopproblem trots adekvat icke-kirurgisk behandling, som i de flesta fall bör uppgå till minst 6 månader.

Markanta felställningar med smärtproblematik och risk för sår.

#### Olämpliga fall till ortopedklinik

Ortopedtekniska hjälpmedel är normalt icke bidragsberättigande utom för patienter med RA och diabetes mellitus med neuropati samt barn med fotdeformitet. För icke bidragsberättigande inlägg och skoanpassning hänvisning till ortopedtekniker eller sportaffär. Mindre felställningar av ”kosmetisk” art.

### Hallux valgus

#### Allmänt

Hallux valgus är en deformitet i framfoten där stortån vinklas lateralt.

#### Symptom

Skopproblem med trycksmärta medialt. Stortån kan rida på eller trycka mot andra tån.



## Utredning

Innan vårdbegäran, röntgen i stående.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Råd om lämpliga skor
  - o Lästa ut skor hos skomakare
  - o Hänvisning till ortopedtekniker för icke bidragsberättigande inlägg
- Kirurgisk
  - o Metatarsalbensosteotomi - syftar att minska ”knölen” och göra foten smalare samt rätta upp stortån. Sammanlagd rehabiliteringstid uppgår till cirka sex månader.

## Hallux rigidus

### Allmänt

Hallux rigidus innebär stelhet i stortåns grundled, oftast på grund av artros. Orsakerna kan också vara överbelastning, intra-artikulär fraktur, osteochondrit, artrit eller uttalad hallux valgus.

### Symptom

- Rörelseinskränkning i stortåns grundled
- Svårighet att avveckla steget
- Trycksmärta från ovanlädret på skon
- Belastningssmärta

## Utredning

Slåtröntgen.

## Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Rullsula
  - o NSAID
  - o Kortisoninjektion i stortåns grundled
- Kirurgisk
  - o Exostosavmejsling, cheilectomi i tidig fas
  - o V-osteotomi vid måttlig artros
  - o Vid uttalad artros debasering hos äldre och artrodes hos yngre.

## Hammartå

### Allmänt

Hammartå är en flexionskontraktur i en tås PIP- eller DIP-led.

### Symptom

- Tryck över PIP-leden från ovansidan av skon
- Clavusbildning dorsalt
- Sår
- Clavus plantart i fotsulan under metatarsalhuvudet

### Utredning

Röntgen framfot.

### Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Avlastande plåster, skumgummiring etc.
  - o Lämpligt skoval
  - o Främre pelott
  - o Utlästning av skor hos skomakare



- Kirurgisk
  - o Falangresektion – tar bort en bit av tåns grundfalang
  - o Arthrodes + delning av extensorsenan + dorsal capsulotomy

## Hälsenebesvär inklusive hälsenetendinos

### Allmänt

Smärtor, värk och ofta svullnad i hälsenan utlöst av överbelastning.

### Symptom

Brännande smärta i hälsenan efter ansträngning som i ett senare skede övergår i kontinuerlig värk. Vilovärk och morgonstelhet. Ibland krepiterande peritendinit.

### Utredning

I första hand en klinisk diagnos. Vid mer oklara fall ultraljudsundersökning och röntgen.

### Behandling

- Icke-kirurgisk
  - o Råd om inlägg och klackförhöjning
  - o Sjukgymnastik med excentrisk träning och töjning
  - o Antiflogistika lokalt som gel under ocklusionsförband
  - o Ultraljudsundersökning vid långvariga besvär, > 6 månader och svullnad
  - o Aldrig kortisoninjektion!

- Kirurgisk
  - o Ställningstagande till kirurgisk behandling men resultaten är inte övertygande.

## **Mortons neurinom**

### **Allmänt**

Nervsmärta på grund av kompression av interdigitalnerven mellan två metatarsalben. Vanligast mellan metatarsale 3 och 4.

### **Symtom**

Smärta i framfoten, framförallt vid belastning i trånga skor. Ibland sensibiliteitsrubbingar.

### **Utredning**

Klinisk diagnos med kompressionsömhetsöverframfoten och ömhets i spatiet mellan metatarsalhuvudena. Lokalbedövning. Röntgen kan vara aktuellt för att utesluta stressfraktur.

### **Behandling**

- Icke-kirurgisk
  - o Generella skoråd - rymliga skor! Om långvariga besvär > 6 månader remiss till ortoped.

## **Okarakteristiska smärttillstånd i fot/ fotled utan trauma**

Stående röntgen bör utföras för att utesluta insufficiensfrakturer, osteochondrit, tumör, artrit-/artrosförändringar.

## **Smärtsam plattfohet**

Hänvisning till ortopedtekniker för icke bidragsberättigande inlägg i enstaka fall.



## Ensidig plattföthet efter trauma

Ensidig plattföthet efter trauma som utvecklats under kort tid kan tyda på senskada.

- Primärvård
  - o Remiss till ortopedklinik

## Plantarfascit

- Primärvård
  - o Avlastande inlägg
  - o Remiss till sjukgymnast för till exempel tejpning och akupunktur
  - o Antiflogistika lokalt som gel under ocklusionsförband
  - o Undvik injektioner i hålfoten
  - o Normalt inte remiss till ortoped

## Diabetessår

### Allmänt

Diabetes mellitus med neuropati och sår distalt på foten. Beror på en kombination av nedsatt sensibilitet och störd perifer cirkulation där patienten ej känner ett ökat tryck av till exempel sko. Dåligt inställt blodsocker ger också en infektionsbenägenhet.

### Symptom

I regel icke-smärtande sår över benprominenser. Såret är ofta infekterat.

## Utredning

- Bedömning av perifer cirkulation ev. remiss till kärlkirurg.
- Röntgen (diabetesartropati? Charcotfot?)
- Odling
- Blodsocker

## Behandling

- Icke-kirurgisk (då sår ännu ej utvecklats)
  - o Fotvård
  - o Ortopediska skor, fotbäddar
  - o Antibiotikabehandling
- Kirurgisk
  - o Kärlkirurgi
  - o Sårrevision
  - o Amputation

## Remiss till ortopedkliniken

- Diabetes mellitus med neuropati
- Trycksymptom och/eller svårläkta sår
- Deformiteter där risk för sårutveckling föreligger

Remiss ska innehålla uppgifter om diabetesduration och terapi, rökvanor, vilken utredning som är gjord, eventuellt röntgenfynd, anknuten till fotvård, typ av skoförsörjning. Vid sår: sår-duration, antibiotikabehandling och odlingsvar.







**Landstinget**  
i Östergötland