

Dokumenttyp Rutin	Ansvarig verksamhet Vårdvalskontor	Organisation Region Värmland	Version 3
Dokumentägare Eric Le Brasseur Medicinsk utvecklingsledare, Specialist i allmänmedicin	Fastställare Henrik Svensson Tf biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2024-11-15	Giltig t.o.m. 2026-11-15

Rörelseorganens sjukdomar - samverkan mellan allmänmedicin och ortopedi

Gäller för: Hälso och rehabilitering, Ortopedi Arvika och Karlstad, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

Innehållsförteckning

Syfte	2
Inför remittering till ortopedmottagning	2
Indikation för remiss	3
Remissinnehåll	3
Innehåll i remissvar från ortoped	3
Telefonkonsultation	3
Sjukskrivning	3
Höft- och knäartros	4
Preoperativ inventering av riskfaktorer	4
Knäsmärtor med eller utan trauma	5
Axel	5
Subakromiella smärtor inklusive impingement	5
Akut rotatorcuffruptur.....	6
Bicepsseneruptur	6
Recidiverande luxationer eller instabilitet i axelled	6
Humeroskapulär artros	6
Akromioklavikulär artros	6
Frozen shoulder	7
Armbågsled	7
Epikondylit lateral/medial	7
Ulnarisinklämning	7
Handled och hand	7
Dupuytrens kontraktur	7
Droppfinger/Malletfinger	7
CMC-1-artros.....	8
Övrig artros handled/hand	8
Morbus de Quervain (tendinos radiale i handleden)	8
Triggerfinger	8
Karpaltunnelsyndrom	8
Oklar handledssmärta utan föregående trauma	8

Rygg	8
Lumbago utan neuralgi och utan alarmsymtom	9
Lumbago-ischias	10
Indikationer för MR ländrygg	10
Cervikalgi utan utstrålning	10
Cervikobrachiellt smärtsyndrom med neuralgisk rotsmärta	10
Fotled och fot	11
Allmänt om fotkirurgi	11
Speciella patientgrupper	11
Personer med diabetes	11
Patienter med neurologiska funktionsnedsättningar	11
Kronisk fotledsinstabilitet	11
Hälsenesmärta	12
Smärta och resistens vid hälsenans infästning	12
Hälsporre/plantarfasciit	12
Hallux valgus	12
Hallux rigidus	12
Hammartår och klotår	12
Mortons neurinom	12
Artros i mellanfot, bakfot och fotled	13
Degenerativa senskador/tendinoser	13
Barnortopedi	13
Intoeing	13
Tibiatorsion	13
Metatarsus adduktus	14
Plattfot	14
Tågång	14
Knä	15
Schlatter	15
Knäsmärta hos barn	15
Luxation av patella	15
Höftsmärta/hälta	15
Rygg	16
Skolios	16

Syfte

Målet är att skapa en tydlig rollfördelning vid omhändertagandet av rörelseapparatens sjukdomar, underlätta kontakten mellan ortopedkliniken och allmänmedicin samt höja kvaliteten och patientsäkerheten. Dessutom att optimera resursutnyttjandet - rätt patient på rätt plats vid rätt tidpunkt i vårdkedjan.

Huvudsyftet med en remiss till ortopedkliniken är att utröna möjligheterna till ytterligare behandling, främst kirurgisk sådan. Alla remisser från öppenvårdsmottagningar i Region Värmland ställs till ortopedmottagningen i Karlstad, varifrån de vid behov omriktas till mottagningar vid övriga sjukhus.

Inför remittering till ortopedmottagning

All kirurgi medför risker för komplikationer. Värderingen av dessa kontra vinsten av operation är operatörens (ortopedens) ansvar. Dock utgör många vanliga tillstånd undvikbara/modifierbara risker.

Primärvården behöver därför innan remiss ha värderat och behandlat följande så väl som möjligt:

- Kroniska sjukdomar som till exempel diabetes, hypertoni, hjärtsvikt, anemi, inflammatoriska tillstånd, kroniska sår och hudsjukdomar.
- Bristtillstånd inklusive generell malnutrition.
- Obesitas utgör en fara vid anestesi, ökar komplikationsrisken vid operationer och försvårar rehabiliteringen. Ortopediska smärttillstånd i nedre extremiteter kan också förbättras om den faktiska belastningen minskar och viktnedgång kan inte sällan ersätta operation.
- Rökning. Fötter opereras inte alls hos rökare, vid flertalet övriga tillstånd ökar komplikationsrisken.
- Alkohol, förekomst av riskkonsumtion?
- Är patienten överhuvudtaget intresserad av kirurgi? Om inte, värdera om en remiss kan tillföra något till fortsatt behandling i primärvården.
- Kognitiv nedsättning och förmåga till rehabilitering postoperativt.

Indikation för remiss

- Ställningstagande till operation.
- Oklar diagnos där korrekt diagnos skulle kunna ge möjlighet till behandling.
- Specialistbedömning för hjälp att bedöma prognos, föreslå icke-kirurgisk behandling/förhållningssätt.

Remissinnehåll

- Tydlig frågeställning.
- Tillståndets varaktighet, förlopp och påverkan på patientens önskade tillvaro.
- Sociala faktorer – yrke, sjukskrivning, rökvanor och alkoholvanor.
- Övriga sjukdomar.
- Allergier (uppdaterad symbol i Cosmic).
- Uppdaterad läkemedelslista.
- Genomförda åtgärder (fysioterapi, medicinering, skoanpassning, aktivitetsanpassning m.m.) och resultat av dessa.
- Lokalstatus.
- Status – allmäntillstånd, kognitivt tillstånd, hjärta, lungor och blodtryck.
- BMI.
- Patientens inställning till kirurgi. Om patienten inte är intresserad av kirurgi bör framgå i remissen vad man önskar att ortopedkonsultationen tillför fortsatt behandling i primärvården.

Innehåll i remissvar från ortoped

- Bedömning och utförda åtgärder.
- Planerad uppföljning.
- I de fall patienten inte ska följas upp på ortopedmottagningen ska åkommans konsekvenser för arbetsförmågan ha värderats vid sjukskrivningsfall.

Telefonkonsultation

Ortopedens dagbakjour finns tillgänglig för frågor måndag till torsdag 07.30-16.30, fredagar 07.30-13.30 på telefon 010-831 81 76 (internt 18176). Övrig tid nås bakjour via växeln.

Primärjour används inte för rådgivning gentemot andra vårdgivare.

Sjukskrivning

Det är relativt sällsynt att ortopediska diagnoser (förutom akuta skador och vissa tillstånd såsom diskbräck) som enskild faktor föranleder sjukskrivning där ett kirurgiskt ingrepp kommer göra patienten fullt arbetsför i samma yrke som patienten hade innan insjuknandet. Det är således viktigt att man redan i primärvården startar en rehabiliteringskedja för återgång i arbete om patienten är sjukskriven och inte inväntar ett besök på ortopedmottagningen.

Sjukskrivningsansvaret övergår till ortopedläkaren vid besök på ortopedmottagningen när kompletterande undersökningar eller operation blir aktuell samt under den postoperativa rehabiliteringsfasen, tills en stabil funktionsnivå uppnåtts och ytterligare ortopedisk rehabilitering inte är aktuell.

För patienter som opererats utomläns är det den opererande kliniken som har sjukskrivningsansvar på samma sätt som ovan.

Om varken operation eller uppföljning på annat vis, till exempel via planerat återbesök, är aktuellt på ortopedkliniken kvarligger sjukskrivningsansvaret på primärvården.

Om patienten har bedömts av en specialiserad fysioterapeut på ortopedmottagningen, kvarstår sjukskrivningsansvaret hos remitterande läkare, fram till att ortopedläkare gjort en bedömning utifrån fysiskt besök eller utifrån fysioterapeutens undersökning att ortopedisk uppföljning är aktuellt, inklusive operativ åtgärd.

Höft- och knäartros

Vid höft och knäartros ska Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar följas så långt det är möjligt.

Vid artros ska behandling ske i följande steg:

- Information, utbildning, träning. Företrädelsevis genom artrosskola och med hjälp av fysioterapeut. Egenvård.
- Viktnedgång vid övervikt.
- Läkemedel och hjälpmedel.
- Operation.

Remiss till ortopedens protessektion kan ske vid:

- Påtagligt livskvalitetssänkande smärta och funktionsnedsättning ursprungligen från aktuell artros-led under minst sex månader.
- När icke-operativa behandlingar uttömts.
- När patienten kan tänka sig kirurgisk åtgärd.

När remiss övervägs önskas följande:

- Att patientens generella medicinska tillstånd är värderat och optimerat så långt det är möjligt – detta för att minska de inte obetydliga risker en operation medför, samt att patientens väg genom vårdkedjan ska bli så rak som möjligt.
- Att röntgen av aktuell led är genomförd och aktuell <1 år gammal.
- Att *remissmall för proteskirurgi* används. – Detta för att relevant information skall finnas tillhanda vid värdering och prioritering av remiss. Glöm inte att motivera varför en eventuell avvikelse ändå accepteras.

Preoperativ inventering av riskfaktorer

För kännedom. De faktorer ortopederna tittar på preoperativt gäller framför allt riskfaktorer för infektion och andra tidiga komplikationer som är mer eller mindre **åtgärdbara**. I dagsläget är det följande:

- Aktiv infektion och hudbarriärskada.
- Diabetes, HbA1c >63.
- Anemi – utredning om ej normalvärde.
- Övervikt och malnutrition. BMI >35 – relativ kontraindikation. Strukturerad, assisterad viktnedgång förespråkas.
- Rökning – rökfrihet sex veckor pre- och postoperativt.
- Alkohol – alkoholfrihet sex veckor pre- och postoperativt.
- Tandstatus – vid uppenbart dålig tandstatus med misstanke om kronisk eller akut infektion ska tandläkare kontaktas.
- Ortopeden är medveten om att dessa mål ej alltid är åtgärdbara av olika orsaker. Då är det viktigt att värdering är genomförd och framgång. Även på ortopederna kan den sammanlagda

riskvärderingen i individuella fall leda till att operation inte rekommenderas trots att ovanstående är uppfyllt.

[Höftledsartros - primärvård - 1177 för vårdpersonal](#)

[Höftledsartros - proteskirurgi - 1177 för vårdpersonal](#)

Knäsmärtor med eller utan trauma

Primärvård

- Vid större trauma med frakturmisstanke ska knät röntgas. Röntgen och akutremiss till ortopedakuten.
- MR har i allmänhet ingen plats i utredningen av knäbesvär. Klinisk undersökning och anamnes utgör grund för bedömning.
- Vid annat akut trauma och akut svullet knä bör knät punkteras och tappas, gärna lateralt ifrån i nivå med patellas övre kant med knät avslappnat sträckt: hemartros med fettpärlor talar för fraktur. Ledvätskan ger annars ofta blodet lite glänsande skimmer.
- Indirekt eller oklart våld mot knät med hemartros: misstänk korsbandsskada – fysioterapi direkt och remiss till ortoped för uppföljning efter två till tre veckor.
- Flexions- eller rotationsvåld med sträckdefekt >15 grader framför allt hos yngre patient – remiss till ortopedmottagningen för uppföljning om en vecka.
- Om återkommande upphakningar eller övergående låsningar – fysioterapi med belastning i stående och gående undvikande av belastad rotation och belastad knäböj > 45 grader.
- Vid smärttillstånd utan trauma – fysioterapi. Om adekvat rehabilitering utförts under sex månader utan tillräcklig bättring – remiss till ortoped.
- Äldre med knäsmärtor utan särskilt trauma med eller utan ledsvullnad ska behandlas konservativt med fysioterapi, anpassning och eventuella analgetika minst cirka sex månader. Hydrops kan tappas, eventuellt kortison intraartikulärt. Eventuell låsning behandlas enligt ovan.

Ortopedi

- Handläggning av eventuell fraktur.
- Om korsbandsskada och ej degenerativt knä – rehabilitering i två till tre månader. Därefter uppföljning. Om god rehabilitering men otillräcklig funktion beroende på krav och anpassning – ställningstagande till stabiliserande operation.
- Om fortsatt sträckdefekt >15 grader – ställningstagande till subakut artroskopi.
- Vid återkommande upphakningar/låsningar trots rehabilitering – ställningstagande till artroskopi.
- Eventuell MR vid oklarhet, ej för att bekräfta klar diagnos.

Axel

Subakromiella smärtor inklusive impingement

Primärvård

- Diskussion med patienten om arbetsmiljön (vid högt armarbete) och gärna kontakt med företagshälsovården.
- Handledd träning i minimum tre månader av fysioterapeut.
- Subakromiell diagnostisk blockad och eventuellt kortisoninjektion.
- Slätröntgen.
- Vid återkommande besvär kan ytterligare en till två subakromiella injektioner ges.
- Vid besvär > sex månader trots arbetsanpassning, adekvat fysioterapi och subakromiella kortisoninjektioner – remiss till ortopedkliniken.

Ortopedi

- Vid oklar symtomatologi kan MR och ultraljud vara av värde.

- Vid terapiresistenta symtom överensstämmande med röntgenbild kan patienten erbjudas subakromiell dekompression.
- Arbete ovan axelhöjd är fortsatt olämpligt även efter en operation.

Akut rotatorcuffruptur

Primärvård

- Person som efter trauma mot skuldran fått en uppenbar kraftnedsättning, ofta med oförmåga att lyfta armen som följd.
- Diagnostisk subakromiell injektion med lokalbedövning.
- Om patienten efter diagnostisk subakromiell injektion får tillbaka kraften i axeln kan man fortsätta behandla enligt impingementmodell.
- Om patienten inte kan lyfta armen trots blockad, har vilovärk samt inte är biologiskt åldrad - remiss till ortoped, slätröntgen bör också utföras.

Ortopedi

- Axeldispensär, undersökning med ultraljud, eventuell sutur av rotatorcuff.
- Postoperativ rehabilitering enligt vårdprogram.

Bicepsseneruptur

Primärvård

- **Proximal** bicepsseneruptur i axeln är nästan alltid en degenerativ skada som man inte kan göra någonting åt - remiss till fysioterapeut.
- **Distal** bicepsseneruptur i armbågen är en akut skada och ska vid ADL-mässigt självständig patient remitteras till ortopedakuten. Tillståndet ger en svullnad över proximala överarmen volart ("Karl-Alfredmuskel") och kraftig smärta i armbågen vid försök till supination och flexion.

Recidiverande luxationer eller instabilitet i axelled

Primärvård

- Slätröntgen.
- Behandling av fysioterapeut.
- Vid fortsatta besvär trots fysioterapi- remiss till ortopedkliniken.

Ortopedi

- Ställningstagande till stabiliserande kirurgi.
- Postoperativt med fördel åter till etablerad fysioterapeutkontakt för rehab.

Humeroskapulär artros

Primärvård

- Smärta och stelhet i samtliga rörelseriktningar.
- Symtomatisk behandling, inklusive fysioterapi, under minst sex månader.
- Slätröntgen.
- Vid terapiresistent smärta (inte enbart stelhet) och operabel patient - remiss till ortoped. En axelprotes är framför allt smärtlindrande, rörligheten förbättras inte alltid.

Akromioklavikulär artros

Primärvård

- Många har röntgenverifierad artros i AC-leden utan kliniska besvär.
- Besvär av AC-ledsartros förekommer relativt ofta i kombination med impingement - prova subakromiell blockad (10 ml 1 % Carbocain).
- Hjälper inte det bör man prova ge blockad (1 ml Carbocain 1 %) i AC-leden och vid effekt ges 1 ml kortison- obs risk för hudatrofi framför allt vid upprepade injektioner.

- Om besvären återkommer trots aktiv fysioterapi och injektionsbehandling och om patienten vill bli opererad – remiss till ortoped.

Frozen shoulder

Frusen skuldra (även kallad adhesiv kapsulit) är en form av ledkapselinflammation med tilltagande fibrotisering av ledkapseln. *Inskränkt utåttrotation* är det klassiska diagnostiska symtomet. Över tid återfår den stora majoriteten ett nära nog normalt rörelseomfång.

Förloppet startar ofta smygande och kan delas in i tre faser:

Smärtfas: Ökande måttliga-svåra smärtor och tilltagande stelhet. Ofta nattlig smärta (1–9 månader).

Stelhetsfas: Avtagande smärtor men kvarstående stelhet (4–18 månader).

Läkningsfas: Lindrig smärta, ökad rörlighet till normalt (8–36 månader).

Prevalens cirka 2 % och drabbar oftast personer i åldern 40–70 år. Vanligare hos personer med diabetes och de har även något sämre prognos.

Någon evidens för specifik behandling finns inte. Lätt fysioterapi för att underhålla muskulatur och bevara den rörelseförmåga som finns kan provas. Intraartikulär kortisoninjektion kan ibland ha god effekt vid intolerabla smärtor. Kan om kompetens finns göras i primärvård (obs, skillnad gentemot subakromiell injektion).

Vid kvarstående stelhet mer än ett år eller vid mycket uttalade besvär; remiss till ortoped.

Armbågsled

Epikondylit lateral/medial

- Diskussion om arbetsmiljö, belastning m.m. Eventuellt remiss till företagshälsovård.
- Fysioterapeutledd träning minst tolv veckor inklusive skuldra m.m.
- Remiss arbetsterapeut för ortos.
- Oftast självläkande inom 10–18 månader.
- Kortisoninjektion bör undvikas men kan övervägas vid svåra akuta besvär.
- Om påtagliga besvär efter sex månaders behandling i primärvård, remiss ortoped. Kirurgi är dock sällan indicerat.

Ulnarisinklämning

- Vanligast i armbågsled, förekommer även i handled.
- Vid konstanta domningar och/eller muskelhypotrofi, remiss för neurografi samt ortoped.
- Vid intermittenta domningsbesvär remiss till arbetsterapeut för nattskena, utvärdering efter sex till åtta veckor.
- Vid kvarstående intermittenta besvär under minst tre månader trots nattskena remiss till ortoped, neurografi vid oklara besvär.

Handled och hand

Dupuytrens kontraktur

- Vid kontraktur överstigande 40 grader i MCP eller PIP-led remiss till ortoped för ställningstagande till operation.
- Xiapex efterfrågas av många patienter men har i studier inte visat sig vara bättre än nålfasciotomi. Vi erbjuder Xiapex-behandling i undantagsfall.

Droppfinger/Malletfinger (ruptur av extensorsenans fäste på distala falangen)

- Vid minimalt trauma och avsaknad av stark smärta/svullnad behövs inte röntgen.
- Remiss till arbetsterapeut i primärvården som förser patienten med extensionsskena dygnet runt i sex veckor.

- Vid större trauma, svullnad, smärta, röntgen med sedvanlig kontakt med ortoped om fraktur (dorsalt fragment). Annars behandling med skena enligt ovan via arbetsterapeut.

CMC-1-artros

- Klinisk diagnos.
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och hjälpmedel. Översyn arbetsuppgifter, eventuellt företagshälsovård.
- Kortisoninjektion intraartikulärt kan övervägas om tekniken behärskas.
- Om fortsatt intolerabla besvär och patient positivt inställd till operation (slinkled eller artrodes) remiss till röntgen och ortoped.

Övrig artros handled/hand

- Klinisk diagnos oftast. Artros handled/handlov kan vara svårare att diagnostisera kliniskt, röntgen god hjälp.
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och hjälpmedel. Översyn arbetsuppgifter, eventuellt företagshälsovård.
- Kortisoninjektion intraartikulärt kan övervägas om tekniken behärskas av allmänläkaren.
- Om fortsatt intolerabla besvär och patient positivt inställd till operation remiss till röntgen och ortoped. Operationsalternativ beror på drabbad led:
- DIP-led: Sällan kirurgi. Artrodes i undantagsfall
- PIP-led: Artrodes. Protes i undantagsfall.
- MCP-led: Protes kan övervägas.
- Handlov/handled: Partiell eller total artrodes. Handledsprotes i undantagsfall.

Morbus de Quervain (tendinos radiale i handleden)

- Undvik belastande rörelser, eventuellt kontakt med företagshälsovård.
- Remiss arbetsterapeut i primärvården för avlastande skena.
- Kortisoninjektion mot första dorsala senfacket om tekniken behärskas av läkaren.
- Vid kvarstående besvär, remiss till ortoped för operativ åtgärd med senskideklyvning.

Triggerfinger

- Remiss arbetsterapeut i primärvård för extensionsortos.
- Eventuellt kortisoninjektion mot första annularligamentet om tekniken behärskas av läkaren.
- Om kvarstående besvär efter tre månader och operationsvillig patient, remiss till ortoped.

Karpaltunnelsyndrom

- Utred eventuell bakomliggande faktorer (hypothyreos, graviditet, akut överbelastning, cervikal påverkan, svullnadsskapande läkemedel m.m). Överväg remiss till fysioterapeut med tanke på eventuell cervikal orsak.
- Vid måttliga besvär, remiss till arbetsterapeut för nattskena.
- Vid persisterande domningar dygnet runt och/eller motorisk påverkan snar remiss till ortoped.

Oklar handledssmärta utan föregående trauma

- Slätröntgen för att inte missa gammal skada/artros/felställning.
- Remiss arbetsterapeut för ställningstagande till träning och utprovning av ortos.
- Remiss ortoped för bedömning om utebliven förbättring efter tre till sex månader.

Rygg

Smärta i rygg och nacke utgör en stor patientgrupp inom såväl primärvård som sjukhusvård och innefattar ett stort spektrum av diagnoser.

För att identifiera patienter med risk för bakomliggande allvarlig sjukdom bör man ta hänsyn till följande ("röda flaggor")

- Feber.
- Tidigare malignitet.
- B-symtom såsom viktnedgång, svettningar.
- Successivt ökande, konstant svår värk och nattlig värk.
- Förändrade eller nyttillkomna ryggssymtom hos patient med kända ryggbesvär.
- Längre duration än 2–3 månader.
- Nydebuterad ryggsmärta före 18 och efter 55 års ålder.
- Misstanke om infektion eller inflammatorisk ryggsjukdom.

Följande röda flaggor ger misstanke om cauda equina-syndrom och föranleder **akutremiss**:

- Nyttillkommen svårighet att kontrollera tarm eller blåsa.
- Nyttillkommen nedsatt känsel på insidan av låren, ändtarmen eller könsorganen.
- Ryggssymtom i kombination med plötsligt påkommen sexuell dysfunktion.

Vid persisterande smärta eller osäkerhet i diagnostik, utredning främst med hänseende på eventuell bakomliggande malignitet. Rekommenderad provtagning: blodstatus, SR, CRP, ALP, eventuellt PSA hos män över 40 år, samt riktad provtagning vid annan specifik misstanke. Ställningstagande till MR-undersökning efter konsultation av ortoped se separat avsnitt gällande MR.

Slätröntgen, datortomografi och skelettscintigrafi ger inte tillförlitligt underlag för att kunna utesluta malignitet.

Lumbago utan neuralgi och utan alarmsymtom

Primärvård

Vid lindrigare och kortvariga ländryggssmärter rekommenderas egenvård i första hand.

Vid längre varaktighet än en vecka eller vid återkommande besvär rekommenderas kontakt med fysioterapeut.

Vid röda flaggor, mer påtagliga smärter eller vid behov av sjukskrivning bokas läkarbesök.

En biopsykosocial bedömning utförs. Smärteckning ger värdefull information vid kartläggning av besvären.

Vid sjukskrivningsbehov som förväntas kunna bli mer än helt kortvarigt initieras rehabiliteringsåtgärder, gärna enligt MMR. Beakta samsjuklighet, ta ställning till om kontakt med samtalsmottagningen är aktuellt. Om rehabiliteringskoordinator finns att tillgå kan denne med fördel kopplas in och det kan vara lämpligt att ta upp ärendet i MBT. I vissa fall är det lämpligt att företagshälsovården kopplas in om patienten har tillgång till det via sitt arbete. *Se refererat dokument **Remiss till företagshälsovård samt sammanfattning av samverkansavtal (REM-19644)**.*

Vid långvarigt eller komplext smärttillstånd kan remiss till specialiserad fysioterapeut¹, eventuellt för deltagande i så kallad "ryggskola" och eller smärtemottagningen vara aktuellt.

Ompröva fortlöpande diagnos, behandlingsinsatser och rehabiliteringsåtgärder.

I sällsynta fall kan personer med mycket långvarig ländryggssmärta som ej svarat på åtgärder enligt ovan bli aktuella för kirurgisk åtgärd i form av dekompression eller fusionsteknik. Efter ett år med smärter enligt ovan kan remiss till ortoped skickas med denna frågeställning om patienten ställer sig positiv till operation.

¹ Fysioterapeut med inriktning på långvariga smärttillstånd i halsrygg och rygg

Lumbago-ischias

Primärvård

Vid kortvariga och lindriga symtom rekommenderas egenvård samt eventuellt kontakt med fysioterapeut. Ofta föreligger indikation för en tidig läkarbedömning för närmare diagnostik, information och ställningstagande till vidare utredning samt eventuell sjukskrivning.

Vid måttliga till mer uttalade besvär kan receptbelagda läkemedel vara aktuellt till exempel läkemedel mot neuropatisk smärta. Rehabiliteringsåtgärder inklusive fysioterapi, gärna MMR som beskrivet i avsnitt *Lumbago utan ischias*.

Vid kvarstående besvär i mer än sex veckor trots behandlingsförsök enligt ovan kan utredning med MR och efterföljande remiss till ortopediklinik övervägas. Kirurgi kan vara aktuellt vid bestående, svåra symtom under längre tid än två till tre månader.

Indikationer för MR ländrygg

MR ses ur ryggkirurgisk synvinkel i första hand som en operationsförberedande undersökning. Remiss till MR ska vara kortfattad och beskriva indikation enligt nedan:

- **Misstänkt operationskrävande diskbräck:** Uttalad smärta och dermatospecifika symtom motsvarande diskbräck med rhizopati i nedre extremitet samt behandlingsresistens vid konservativ terapi i minst 6 veckor. Enbart lumbago med utstrålning som stannar vid knävecket utgör inte indikation.
- **Misstänkt operationskrävande spinal stenosis:** Dynamiska besvär motsvarande pseudoclaudication i minst 3 månader samt BMI <35. Höftledsartros och benartärsjukdom ska alltid övervägas innan MR blir aktuell.
- **Ryggmärgspåverkan:** Neurologiska fynd såsom långa bansymtom (positiv Babinski, Hoffmanns tecken, klonus, spasticitet, hyperreflexi och ataxi i extremiteter) talar för ryggmärgspåverkan. Det utgör oftast indikation för MR helrygg och *ortoped eller neurolog ska konsulteras innan MR beställs*.

Om ländryggsymtom inte stämmer med ovanstående punkter, men MR ändå bedöms indicerad, konsulteras ortoped.

Vid behov av hjälp att tolka MR-fynd kan ortoped gärna rådfrågas via konsultationsremiss.

Cervikalgi utan utstrålning

Primärvård

Var observant på röda flaggor, inklusive feber och nackstelhet.

Vid lindriga och kortvariga symtom rekommenderas egenvård.

Vid besvär i en vecka eller mer rekommenderas kontakt med fysioterapeut. Läkarbesök bokas för undersökning och ställningstagande till utredning av eventuell bakomliggande orsak samt ställningstagande till sjukskrivning.

Rehabiliteringsåtgärder enligt beskrivning i avsnittet om lumbago.

Vid oklarheter i diagnos eller uttalade besvär som hållit i sig i tre till fyra veckor, ställningstagande till MR i samråd med ortoped.

Ompröva fortlopande diagnos, behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Vid långvariga och eller komplexa smärttillstånd, ta ställning till kontakt med högspecialiserad fysioterapeut och/eller smärtenheten.

Cervikobrachiellt smärtsyndrom med neuralgisk rotsmärta

Rotsmärta vid diskbräck i nacke har i allmänhet mycket god prognos utan operation.

Vid lindriga, kortvariga besvär rekommenderas egenvård, eventuell kontakt med fysioterapeut.

Vid besvär mer än en vecka bokas läkarbesök. Noggrann neurologisk undersökning bör göras, ge akt på eventuella rotsymtom samt symtom på myelopati (försämrad finmotorik/fumlighet i hand och fingrar, balansrubbning, domningar, svaghetskänsla i armar och ben). Ta ställning till vidare utredning

inklusive bilddiagnostik. Fysioterapi. Initiera vid behov rehabiliteringsåtgärder som beskrivet i stycket om lumbago.

Vid misstanke om cervikalt diskbräck kan remiss till ortoped för ställningstagande till operativ åtgärd. Det gäller patienter med ihållande smärta med utstrålning till arm eller kvarstående neurologisk påverkan efter cirka tre månader. Diagnosen ska verifieras med MR.

Fotled och fot

Allmänt om fotkirurgi

Felställningar i fötterna är vanligt men långt ifrån alla ger patienten problem. Operativa ingrepp i fötterna ger lång rehabilitering, ofta med avlastning, gips, frånvaro från arbete etcetera och kräver en motiverad och i övrigt välmående patient för att nå ett bra resultat.

Bedömningen vid ortopedkliniken är i första hand inriktad på om patientens problem går att lindra med ett kirurgiskt ingrepp.

Vid remittering ska en värdering av hälsofaktorer som finns angivna under rubriken "remittering till ortopedmottagning" göras, men följande är särskilt viktigt vid fotkirurgi:

- Rökfrihet är ett krav (på grund av läkningsproblem).
- Ankeltrycksmätning vid tveksamhet kring den arteriella cirkulationen.
- Övervikt bör åtgärdas, både för att minska belastningen på foten och minska riskerna vid en eventuell operation. Dietistkontakt kan vara aktuell.
- Slätröntgen före remiss (beställ "fot med belastning").
- Personer med diabetes med nedsatt känsel och värmeökning, svullnad eller felställning kan ha Charcotfot (se nedan).

Speciella patientgrupper

Personer med diabetes

Personer med diabetes har en ökad risk för komplikationer i samband med operationer, längre läkningstid, mer infektioner etcetera. Samtidigt är det viktigt att ha en normalt formad fot för att undvika sår. Ange på remissen om det finns känselnedsättning och/eller tidigare sårproblem. Kärlutredning är viktig att överväga.

Vid komplicerade sår ska remiss skickas till multidisciplinärt diabetesfotteam på endokrin- och diabetescentrum. Där träffar patienten fotterapeut, endokrinolog, infektionsläkare, ortoped och kärlkirurg.

Vid misstanke om Charcotfot, värmeökad svullen rodnad fot hos patient med känselnedsättning; omgående kontakt med ortopedbakjour för ställningstagande till gipsbehandling.

Patienter med neurologiska funktionsnedsättningar

Felställningar i fötterna kan uppkomma efter neurologiska skador såsom stroke, postpolio, cp-skador mm. En normalställd belastningsbar fot kan ibland vara avgörande för patientens förmåga till självständiga förflyttningar. Förutom röntgen är det bra att ha tillgång till neurografi och EMG-utlåtande samt neurologbedömning vid remittering av denna patientgrupp.

Kronisk fotledsinstabilitet

Patient med upprepade distorsioner, svårighet att gå i obanad terräng, "måste alltid titta var jag sätter foten".

- Minst tolv veckors träning av styrka, koordination och balans med hjälp av fysioterapeut.
- Eventuellt stabiliserande ortos eller tejpning vid aktivitet.
- Vid fortsatta besvär och motiverad till operativt ingrepp görs slätröntgen fotled med frågeställningar: benfragment, tecken till osteokondral skada? Remiss till ortoped efter svar på röntgen.

Hälsenesmärta

Gäller hälsenesmärta som inte är lokaliserad vid senfästet.

- Akilleshandens både med och utan palpabla förtjockningar behandlas i minst 90 % av fallen framgångsrikt med fysioterapi.
- Minst sex veckors träning enligt instruktion från fysioterapeut med både excentrisk och koncentrisk styrketräning.
- Korrigering av fotens ställning med inlägg och eventuell klackförhöjning.
- Om ingen förbättring efter sex månader kan remiss till ortoped övervägas.

Smärta och resistens vid hälsenas infästning

Akillesinsertalgi, smärta vid akillessenans fäste på calcaneus, ofta vid så kallad Haglundhöl (calcaneus bakre övre hörn välutvecklat), öm svullen bursa retrocalcaneart. Ger skopproblem och smärta vid avveckling av steget.

- Avlasta området genom mjuka hälkappor på skorna och hälförhöjning.
- Fysioterapi mindre framgångsrik men bör provas i minst tre månader.
- Vid fortsatt påtagliga besvär: remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot) och röntgen calcaneus med frågeställningar: Haglundhöl, förkalkningar i senfäste?

Hälsporre/plantarfasciit

Godartat med besvärligt tillstånd.

- Remiss för inlägg.
- Röntgen har ingen plats i utredningen – eventuella fynd av plantar hälsporre korrelerar inte med besvärens grad.
- Eventuellt fysioterapi.
- Går inte att operera.
- Kortisoninjektion är kontraindicerat på grund av risk för vävnadsnekros.

Hallux valgus

Framför allt skopproblem. Ofta förenat med sänkt fotvalv och bred framfot.

- Inlägg som lyfter hålfoten.
- Breda skor.
- Tåspridare.
- Vid fortsatta besvär, remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot). Graden av besvär, inte graden av vinkelfelställningen är av avgörande betydelse.

Hallux rigidus

Artros och tilltagande stelhet i stortåns grundled. Kan ge smärta vid avveckling av steget och skav från osteofyter mot skotaket.

- Remiss till ortopedtekniska för rullsulor och inlägg.
- Kortisoninjektion om tekniken behärskas.
- Vid intolerabla smärtor remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot).

Hammartår och klotår

Framför allt skopproblem.

- Rymliga, stabila skor och inlägg.
- Vid fortsatta besvär remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot).

Mortons neurinom

Smärtor i framfoten, vanligen andra eller tredje interstitiet (mellanrummet mellan metatarsalben 2-3 eller 3-4) med utstrålning i motsvarande tår.

- Inlägg med främre pelott.
- Breda skor.
- Kortisoninjektion om tekniken behärskas.
- Vid kvarstående intolerabla besvär efter sex månader remiss till ortoped. Vid differentialdiagnostisk tveksamhet görs röntgen (belastad fot).

Artros i mellanfot, bakfot och fotled

Artros förekommer i alla fotens leder. Till skillnad från höft och knä där plastikoperationerna är mycket framgångsrika är de operativa ingrepp som står till buds i foten framför allt steloperationer. Fotleden kan ibland protesförsörjas, efter bedömning på ortopedmottagning kan patienter remitteras utomläns.

- Bra, stabila och dämpade skor.
- Röntgen belastad fot och fotled med frågeställning artros.
- Remiss till ortopedtekniker för inlägg och vid fotledsartros stabiliserande ortos + rullsula.
- NSAID och eller paracetamol.
- Arbetslivsrådgivning.
- Vid intolerabla smärtor eller tilltagande felställning remiss till ortoped för ställningstagande till operation eller för kortisoninjektioner i genomlysning.

Degenerativa senskador/tendinoser

Foten balanseras av peroneerna lateralt och tibialis posterior och anterior medialt/dorsalt. En nyttillkommen felställning av foten – sänkning eller höjning av fotvalvet + svullnad och smärta längs senfacken kan tyda på degenerativ senskada:

1. Tibialis posterior – plattfot, eversion av hälen oförmåga gå på tå.
 2. Tibialis anterior – droppfot, slaskande gång, kan inte gå på häl.
 3. Peroneerna – cavusfot (ska alltså *inte* ha hålfotsinlägg)
- Remiss till ortopedtekniker för inlägg vid plattfothet.
 - Minst tre månaders handleddd träning hos fysioterapeut.
 - Vid kvarstående besvär och motivation till operativt ingrepp: remiss till ortoped efter belastad röntgen.

Barnortopedi

Intoeing

Femuranteversion. Är fysiologiskt upp till sju till åtta års ålder. Collums anteversion går från cirka 40 grader vid födsel, 20 grader vid åtta års ålder och 16 grader som fullvuxen. Kan följas kliniskt på BVC.

Primärvård

- Mät inåtrotation i bukläge.
- Ensidig ökad inåtrotation, alternativt inåtrotation över 70 grader remitteras till ortoped.

Ortopedi

- Röntgen barnhöft vid behov.
- Beslut om uppföljning och eventuell kirurgisk behandling i adolescens.

Tibiatorsion

Kurvering av tibia. Fysiologiskt. Normalt varierar tibias rotation från 5 grader inåt vid födsel till 15 grader utåt i vuxen ålder. Rätas ut till viss del med tillväxt. Undersöks i sittande med benen hängande. Knät pekar vid tibiatorsion framåt och fotled inåt. Lodlinjen i underbenet ska normalt gå från tuberositas tibiae till metatarsale 1 och mediala malleolen ligga något framför den laterala.

Primärvård

- Ensidig och eller mycket uttalad felställning remitteras till ortoped för bedömning.

Ortopedi

- Remiss för röntgen vid behov.
- Beslut om uppföljning.
- Mycket sällan beslut om korrigerande osteotomier och aldrig före tio års ålder.

Metatarsus adduktus

Tillstånd med alla fem metatarsalerna adducerade och inverterade. Mjuk och redressibel kan behandlas med raklästade skor om barnet (obs inte föräldrarna!) besvärar av snubblande gång. Korrigeras spontant. Går ofta tillsammans med tibiatorsion och förhårdnader lateralt på fotryggen, orsakade av sittställning med fötterna inåtvridna under rumpan.

Primärvård

- Rigid och eller uttalad metatarsus adduktus remitteras till ortoped.

Ortopedi

- Röntgenremiss vid behov efter bedömning.
- Remiss till ortopedtekniker för raklästad sko.
- Vid uttalade felställningar, så kallad scaw foot, beslut om kirurgi. Korrigerande osteotomi och hälseneåtgärd.

Plattfot

Förekommer hos cirka 15 % av den vuxna befolkningen, ofta familjärt och vanligare hos överviktiga. Ibland kombinerat med generell överrörlighet. Innebär en ökad kontaktyta plantart mot golvet. Vid belastning sjunker det längsgående fotvalvet och hälen går i valgus. Hos spädbarn är plattfötheten exteriör på grund av utfyllnad i hälften av en fettkudde som försvinner succesivt.

Icke smärtsam plattfot som återfår sitt fotvalv i tåstående/vila behöver inte behandlas. Hålfotsinlägg botar/ förebygger inte plattföthet.

Primärvård

- Smärtsam och/eller rigid (icke redresserbar) plattfot remitteras till.
- Neurologiskt status för att bedöma eventuell bakomliggande spasticitet.
- Beställ i samband med remiss till röntgen bilateralt (belastad fot).

Ortopedi

- Bedömning av bakomliggande orsak som fraktur, tibialis posterior insufficiens.
- Eventuellt remiss för inlägg.
- Behov av ytterligare utredning till exempel MR eller DT vid misstanke om sammanväxta ben (coalitio).

Tågång

Tågång (habituell) går ofta spontant över i fyra, fem eller sex års ålder då barnet går upp i vikt och blir tyngre.

Primärvård

- Status med rörelseomfång vid dorsiflexion med rakt och med flekterat knä.
- Neurologiskt status, förekomst av spasticitet.
- Förekomst av eventuell vad- eller hälsenesmärta.
- Remiss till fysioterapeut för stretchövningar.
- Vid korta hälsenor, alltså vid dorsiflexion < 10 grader samt att hälen dras i valgus bör remiss skickas till ortoped.

Ortopedi

- Ställningstagande till behandling.
- Remiss till ortopedtekniker för stretchortos.

- Beslut om eventuell botoxinjektion eller kirurgi.

Knä

Vid atraumatisk knäsmärta/hälta hos barn ska man alltid ha höftåkomma som differentialdiagnos. På grund av referred pain förläggs smärta från höften i framsida lår eller knä. Gör därför alltid höftstatus på patienter som söker för knäsmärta.

Schlatter

Smärta vid patellarsenans infästning i tibia. Kan bli utdraget och symtomgivande i flera år.

Primärvård

- Symtomatisk behandling och fysioterapi.
- Anpassning av idrottsaktiviteter.
- Vid utebliven förbättring på behandling röntgen av knäled och remiss till ortoped.

Ortopedi

- Bekräftelse av diagnosen och motiverande samtal gällande aktivitet kontra vila.
- Eventuellt bedömning av specialistfysioterapeut.

Knäsmärta hos barn

Främre knäsmärta (femuropatellärt syndrom) lokaliserad kring patella, förvärras till exempel i trappgång och sittande med 90 grader i knät. Undersök alltid även höften.

- Remiss till fysioterapeut.
- Vid utebliven förbättring efter sex månader remiss till ortoped.

Luxation av patella

Förstagångsluxation ska remitteras till ortopedakuten via slätröntgen för ställningstagande till MR-undersökning alternativt artroskopi. Patella kan slå av ett fragment från femurkondylen.

Höftsmärta/hälta

Atraumatisk hälta och eller höft-/lår-/knäsmärta hos barn och ungdomar bör undersökas och utredas för att inte missa bakomliggande och behandlingskrävande orsak. Det finns en stor doctors- och patientdelay vid dessa diagnoser. Barn och anhöriga tenderar ofta vilja koppla ihop symtomdebut med någon typ av olycka/skada. I viss mån kan man dela in troliga diagnoser utifrån barnets ålder, men detta är ingen absolut regel.

Primärvård

Ett till två år

Höftledsinstabilitet/luxation – detta ger benlängdsskillnad, inskränkt abduktion och om barnet är gångare hälta. Undersöks med Ortolanis och Barlows test – vid avvikande fynd, remiss till ortoped.

Tre till sex år

Coxitis simplex – ovillighet att belasta, ligger med höften flekterat och lätt utåtroterat.

- CRP, LPK och SR samt temperatur.
- Vid höga infektionsprover, allmänpåverkad patient eller hög feber – akutremiss till Barnmedicin på misstanke om septisk artrit/osteomyelit.
- Vid utebliven förbättring eller försämring på 4-6 dagar: remiss till barn- eller ortopedakuten.

Fyra till nio år

Mb Perthes – hälta med eller utan associerad smärta. Inskränkt abduktion och inåttrotation.

- Röntgen och remittera till ortoped.

>10 år

Slipped Capital Femoral Epiphysis (SCFE). Ljums-/lår-/knäsmärta med hälta och inskränkt rörelseomfång i höften. Utåtroterar benet vid flektion i höften. Inskränkt inåttrotation. Ibland

quadricepsatrofi. Beställ röntgen och remittera akut till ortoped. Ta gärna kontakt med ortoped för att diskutera röntgenbild vid behov då små glidningar kan vara svåra att se på röntgen.

Ortopedi

Höftinstabilitet – klinisk bedömning, ultraljud eller röntgen beroende på barnets ålder samt behandling med von Rosenskena alternativt andra metoder (sträck, gips, öppen reposition, mjukdelsingrepp, osteotomier) vid sent upptäckta luxationer/dysplasier.

- Coxitis simplex – handläggs av barnmedicin eller vid okomplicerade fall inom allmänmedicin.
- Morbus Perthes – följs kliniskt och radiologiskt på mottagningen till utläkning alternativt behandlas kirurgiskt vid dålig containment.
- SCFE – fixation med LIH spik <24h från diagnos. Följs på mottagningen tills fyserna är slutna.

Rygg

Ryggsmärta är ovanligt före tio års ålder. Precis som hos vuxna bör allvarlig bakomliggande orsak uteslutas. Bedöm om det föreligger så kallade "röda flaggor".

Primärvård

- Efterfråga nattlig värk, om smärtorna gör att barnet slutat med vissa aktiviteter, blås- och tarmfunktion samt eventuella infektionssymtom och viktnedgång.
- LPK, SR och CRP.
- Vid uttalade besvär konsulteras ortoped eller barnläkare.
- Remiss till fysioterapeut vid benign anamnes och undersökning.
- Remiss till ortopeden om patienten uppvisar röda flaggor.

Ortopedi

- Beslut om vidare utredning med MR vid misstanke om tumör, spodylodiskit eller stressfraktur. DT görs vid misstanke om osteidosteom
- Vidare utredning på misstanke om inflammatorisk sjukdom eller infektiöst tillstånd i samråd med barnmedicin.

Skolios

Kurvatur av ryggraden, idiopatisk, hållningsbetingad eller på grund av bakomliggande missbildning i kotor, neuromuskulär sjukdom eller ryggmärg. Samtliga barn i Sverige screenas för detta inom skolhälsovården.

Primärvård

- Ryggar med >7 grader *Bunellvinkel* (mäts framåtböjd med scoliometer) ska remitteras till ortoped via röntgen skoliosrygg.
- Remissen bör innehålla uppgifter om neuromuskulärt status, förekomst av spasticitet samt tillväxtkurvor.

Ortopedi

- Beslut om behandling med korsett om *Cobbvinkel* >25 grader på röntgen och mer än två års återstående tillväxt.
- Beslut om kirurgi vid Cobbvinkel > 40 grader.

Utarbetad av: Eric Le Brasseur, Helena Ek, Fredrik Carlstedt