

Regional medicinsk riktlinje

Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård

Huvudbudskap

Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelningen mellan primärvården och ortopedisk specialistvård för vuxna. För barn och ungdomar hänvisas till en separat [regional medicinsk riktlinje](#).

Förändringar sedan föregående version

- Remissinnehållet är förtydligat.
- Diagnosen frusen skuldra har tillkommit.
- Ett förtydligande har gjorts angående ortopedtekniska hjälpmedel.
- Redaktionella justeringar.

Bakgrund

Riktlinjen omfattar de vanligaste diagnoserna inom rörelseorganens sjukdomar och inriktar sig på att definiera vilka undersöknings- och behandlingsmetoder som är nödvändiga innan ett övervägande görs om att överföra vårdansvaret för en patient från primärvården till specialistvården, och vice versa.

Det regionala perspektivet innebär att samma principer gäller i hela regionen när primärvården remitterar till ortopediklinik, som i sin tur bedömer behovet av specialiserad regionvård. Undantag från denna regel ska kommuniceras tydligt till primärvården i närområdet. Oavsett om ortopedisk specialistvård tillhandahålls av regionens offentliga vårdgivare eller av andra vårdgivare krävs en remiss vid övergången mellan vårdnivåerna.

Vårdnivå och remissinnehåll

För remissinnehåll, remisshantering och remissbedömning hänvisas till [Regional medicinsk riktlinje – Remiss inom hälso- och sjukvård](#). Remitterande enhet har kvar vårdansvaret fram tills att mottagande enhet haft en vårdkontakt med patienten.

När patienten remitteras till annan vårdnivå, ska remissen innehålla adekvat information för mottagaren, för att kunna göra en korrekt medicinsk bedömning. Nedanstående tabell bör användas som stöd.

Remiss till ortopedén bör innehålla	Remiss till primärvården bör innehålla
<ul style="list-style-type: none">• Diagnosförslag med tydlig frågeställning• Symtombeskrivning inkl. duration och förlopp• Relevanta tillstånd och sjukdomar samt hur dessa är optimerade.• Tidigare trauma och operationer.• Funktion och aktivitetsbeskrivning, ev begränsningar i vardagen och i arbete• Aktuell sjukskrivning• Lokalstatus, blodtryck, hjärt- och lungstatus, BMI• Information om genomfört utredning och behandling samt ev terapieffekt• Levnadsvanor som fysisk aktivitet, rökning, alkohol samt matvanor.• Information om aktuell röntgen (utförd eller beställd). Ange datum och utförande enhet.• Information om huruvida patienten är intresserad av kirurgi• Aktuell läkemedelslista• Information om önskemål av "second opinion" v.b.	<ul style="list-style-type: none">• Diagnos och v.b. resultat av behandling• Ställningstagande till om patienten har nytta av kirurgi eller inte.• Aktuell funktionsnivå och prognos• Aktuell sjukskrivning• Aktuell medicinering• Ev nedtrappningsplan för smärtbehandling• Rehabiliteringsplan• Bedömning av behov av somatisk uppföljning via läkaren i primärvården utöver rehabiliteringen• Ev förslag på fortsatt behandlingsstrategi, medicinering och uppföljning.• Beskrivning av symptomförändring som skulle kunna föranleda ny bedömning.• Det ska framgå om primärvården ska kalla patienten eller om patienten ska kontakta primärvården

När det kan vara aktuellt med kirurgisk behandling är det angeläget att patienten vid behov är utredd och behandlad med hänsyn till andra medicinska sjukdomar som kan påverka risken vid kirurgi.

Frågan om operationsrisk och om huruvida patienten är operabel handläggs av ortopedkliniken med hjälp av narkosläkare, som bedömer behovet av utvidgad preoperativ utredning.

Ansvarsfördelning per diagnos

På följande sidor beskrivs de flesta förekommande ortopediska diagnoser och hur dessa bör handläggas i primärvården och specialistortopedin med hänsyn till vårdnivå.

Innehållsförteckning

Axel	5
Subakromiell smärta inklusive inklämning (impingement)	5
Rotatorkuffruptur	5
Frusen skuldra	6
Axelledsartros - humeroskapulär artros	6
Akromioklavikularledsartros	7
Proximal bicepsseneruptur	7
Distal bicepsseneruptur	7
Axelinstabilitet	8
Armbåge	8
Lateral epikondylit, epikondylalgi	8
Ulnarisinklämning	9
Hand	9
Dupuytren's kontraktur	9
Malletfinger/droppfinger	10
Tumbasartros (CMC-I-ledsartros)	10
Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros)	11
Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led	11
Karpaltunnelsyndrom	11
Morbus de Quervain	12
Triggerfinger (Tendinitis nodosa)	12
Handledsganglion	13
Höft	13
Höftledsartros	13
Trokanterit	14
Femuroacetabulärt impingement (FAI)	14
Knä	14
Knäledsartros	15
Traumatiska knäskador	15
Kontusion	16

Distorsion	16
Låst knä eller akut extensionsdefekt	16
Främre knäsmärta	17
Patellaluxation	17
Fot.....	18
Fotledsinstabilitet efter fotledsdistorsion.....	18
Artros i fotled	18
Förvärvad plattföthet hos vuxen	19
Hallux valgus.....	19
Hallux rigidus – Artros i MTP-led 1.....	19
Hammartå	20
Plantar fasciit – Hälsporre	20
Mortons neuralgi.....	21
Metatarsalalgi	21
Hälsenetendinos.....	21
Hälseneinsertalgi	22
Fotsår vid diabetes	22
Charcotfot (Diabetisk osteoartropati)	23
Kotpelare (halsrygg, bröstrygg, ländrygg).....	23
Principer för röntgenundersökningar av kotpelarens sjukdomstillstånd	24
Nackvärk utan utstrålning i armar/ben.....	24
Nackvärk med utstrålning i armar/ben.....	25
Bröstrygg	25
Bröstryggssmärta	25
Ländrygg.....	26
Ländryggssmärta utan utstrålning	26
Ländryggvärk med utstrålning i benen - Lumbagoischias, Lumbal spinal stenosis	26
Övrigt.....	27
Akuta skador.....	27
Frakturkomplikation	27
Osteoporosrelaterade frakturer	28
Tumörer	29
Läkemedelsförskrivning	29
Sjukskrivning.....	29

Axel

Axelproblem är mycket vanligt bland medelålders och äldre patienter. Särskilt vanligt är smärta från skulderregionen, till exempel subakromiell smärta, besvär från akromioklavikularleden eller rotatorkuffproblem. Hos yngre patienter är instabilitet i form av återkommande axelluxationer efter primär luxation eller ökad ledlaxitet med habituella luxationer/subluxationer vanliga.

Subakromiell smärta inklusive inklämning (impingement)

Smärtfrihet efter injektion av 5–10 ml lokalbedövning subakromiell innebär positivt impingementtest. För mer information om Impingement se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Impingement i axelled](#)

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi.
- Subakromiell kortisoninjektion (1 ml kortison blandat med 1-procentig mepivakain) kan övervägas.
- Om besvären lindras men kommer tillbaka kan man med fördel ge ytterligare subakromiella injektioner med minst åtta veckors mellanrum, dock högst fyra per år samt fortsatt fysioterapi.
- Överväg slätröntgen i differentialdiagnostiskt syfte samt inför konsultation med specialiserad vård.
- Remiss till ortopedklinik rekommenderas vid fortsatta besvär efter sex månader trots adekvat träning och subakromiella kortisoninjektioner.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

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

Rotatorkuffruptur

Äldre patienter med långvariga besvär från axeln har inte sällan degenerativ kuffruptur.

En tidigare axelfrisk person (oavsett ålder) som efter trauma mot skuldran fått ont, svårt att lyfta eller använda armen och har inklämningsliknande besvär, kan ha en akut kuffruptur.

För mer information om rotatorkuffruptur se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Rotatorkuffruptur](#)

Handläggning i primärvård

- Observera: om patienten har svårt att lyfta armen och är uttalat svag trots bedövning subakromiellt, remittera till ortopedklinik utan dröjsmål.
- Vid behov att säkerställa diagnos: ge subakromiell injektion (10 ml 1-procentig mepivakain). Får patienten tillbaka fullgod funktion i axeln föreligger ingen kuffruptur och man kan fortsätta behandling som vid subakromiell smärta.
- Fysioterapi.
- Slätröntgen rekommenderas vid misstanke om skelettskada.
- Remiss till ortopedklinik om fysioterapi inte ger tillräcklig behandlingseffekt inom 3 månader.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi med kuffsutur.

Frusen skuldra

För information om frusen skuldra se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Frusen Skuldra](#).

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi, smärtlindring och eventuellt kortisoninjektion.
- Överväg slätröntgen vid oklar diagnos och inför konsultation med specialiserad vård.
- Remiss till ortopedklinik vid utebliven effekt av ovanstående behandling, när sjukdomsförloppet avviker från det förväntade eller om patienten upplever att den dagliga situationen har blivit svårhanterlig.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi för mobilisering eller kapsellösning.

Axelledsartros - humeroskapulär artros

Hos patienter med långvarig rörelsesmärta och stelhet i axeln kan humeroskapulär artros misstänkas. För mer information om axelledsartros se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Axelledsartros](#).

Handläggning i primärvård

- Klinisk bedömning.
- Fysioterapi.

- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Slätröntgen vid oklar diagnos eller om remiss till ortoped övervägs.
- Remiss rekommenderas till ortopedklinik om patienten har stora besvär i det dagliga livet trots given behandling under minst 6 månader.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi med axelprotes.

Akromioklavikularledsartros

Radiologisk artros i AC-leden observeras hos många patienter, även om det inte nödvändigtvis resulterar i kliniska symtom för alla. Det är vanligt att patienter med denna diagnos även lider av subakromiell smärta.

För mer information om akromioklavikularledsartros se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Akromioklavikularledsartros](#).

Handläggning i primärvård

- Prova att ge subakromiell blockad (10 ml mepivakain, 1 %). Hjälper inte detta prova att ge injektion i AC-leden med 1 ml kortison.
- Remiss till ortopedklinik om aktiv fysioterapibehandling och injektionsbehandling ej fungerat efter 6 månader, komplettera med slätröntgen inför remiss till ortoped. Vid remittering ska det framgå att injektion prövats.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi med lateral klavikelresektion eventuellt artroskopiskt.

Proximal bicepsseneruptur

Handläggning i primärvård

Ruptur av långa bicepssenans proximala del är nästan alltid en degenerativ skada. Föranleder ej någon specifik åtgärd.

Distal bicepsseneruptur

Drabbar oftast medelålders män. Patienten upplever plötslig smärta i armbågen med kraftnedsättning i supination och flexion vid okontrollerad belastning, ofta i samband med lyft. Om bicepssenen går av nära axeln kan en synlig utbuktning på överarmens framsida observeras. Vid partiell ruptur eller om senan dras in i armen saknas utbuktning ofta.

Handläggning i primärvård

Akutremiss till ortoped för bedömning.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi med sensutur/reinsertion.

Axelinstabilitet

Följ rekommendation [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Instabilitet i axelled](#)

Diagnosen definieras som upprepade luxationer efter en första, traumatisk luxation eller medfödd överrörlighet med upprepade luxationer eller subluxationer utan trauma.

Handläggning i primärvård

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

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Eventuell kompletterande utredning.
- Ställningstagande till stabiliserande kirurgi.

Armbåge

Observera att den specialiserade vården för nedanstående diagnoser utförs av både ortopedspecialister och av handkirurger, beroende på var i regionen vården utförs.

Lateral epikondylit, epikondylalgi

Lateral epikondylit eller tennisarmbåge är ett vanligt smärttillstånd som oftast drabbar den dominanta handen efter repetitiva rörelser. Smärta är belägen på utsida av armbågen och är mest uttalad vid pronation i handleden och extension mot motstånd. Besvären går oftast över men naturalförloppet innebär inte sällan 12–18 månaders sjukdomsduration.

Handläggning i primärvård

- Uteslut andra orsaker till besvärerna, till exempel nervinklämning (domning och nedsatt styrka).
- Fysioterapi/arbetsterapi.
- Kortisoninjektion avråds på grund av svag evidens och risk för atrofi.
- Remiss till ortopedklinik endast i undantagsfall, vid tidigast 6 månaders terapieresistent sjukdomstillstånd.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Kirurgi endast i undantagsfall.

Ulnarisinklämning

Parestesier och eventuell känselnedsättning i lill- och ringfinger ibland kombinerat med motorisk påverkan orsakat av irritation av ulnarisnerven vid armbågen. Besvärerna går ofta över.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi/arbetsterapi (eventuellt nattskena som håller armbågen rak).
- Överväg remiss till ortopedklinik, vid kvarstående påtagliga besvär efter 3 månader, i synnerhet om det finns motorisk påverkan (nedsatt styrka vid flexion av lillfinger).

Handläggning i ortopedisk eller handkirurgisk specialistvård

Ställningstagande till nervfriläggning.

Hand

Observera att den specialiserade vården för nedanstående diagnoser utförs av både ortopedspecialister och av handkirurger, beroende på var i regionen vården utförs.

Dupuytrens kontraktur

Börjar ofta som små hårda, lätt ömmande knutor i handflatan. Dessa ska ej behandlas, handläggningen innefattar endast information till patienten om diagnos och förlopp.

För mer information om Dupuytrens kontraktur se Nationellt kliniskt kunskapsstöd - [Dupuytrens kontraktur](#).

Handläggning i primärvård

- Remiss till ortopedklinik om patienten börjar få sträckdefekt i fingrarna med > 30° extensiondefekt i MCP-led och/eller PIP-led som ger besvär i det dagliga livet.
- Råder osäkerhet vid handstatus bör patienten bedömas av en arbetsterapeut.

Handläggning i ortopedisk eller handkirurgisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi eller annan behandling.

Malletfinger/droppfinger

För mer information om droppfinger [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Droppfinger](#).

Handläggning i primärvård

- Arbetsterapi för ortosbehandling med DIP-leden i hyperextension dygnet runt i 8 veckor.
- Slätröntgen vid större trauma eller om fingret är svullet och påtagligt ömmande.
- Remiss till ortopedklinik om röntgen visar sublaxation eller dislokation av stort benfragment ≥ 30 procent av ledytan.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Tumbasartros (CMC-I-ledsartros)

Diagnosen är klinisk. För mer information om tumbasartros se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Tumbasartros](#).

Handläggning i primärvård

Utför behandling i följande ordning:

1. Symtomatisk behandling med information, smärt- och inflammationsdämpande läkemedel och artrosskola.
2. Arbetsterapi för utprovande av hjälpmedel och ortoser samt ergonomisk rådgivning.
3. Intraartikulär kortisoninjektion om tekniken behärskas. Kan upprepas vid god effekt.
4. Remittera till ortopedklinik om allt ovan prövats och patienten önskar kirurgisk åtgärd och har kvarstående stora besvär i det dagliga livet med rörelse- och belastningssmärta.

Överväg slätröntgen vid oklar diagnos eller vid remiss till ortoped eller handkirurg.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Kirurgi, vanligtvis interpositionsartroplastik.

Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros)

Diagnosen är klinisk och ställs vid okulärbesiktning. Ger besvär initialt, dessa avtar i regel när den inflammatoriska reaktionen lagt sig.

Handläggning i primärvård

- I första hand symtomatisk behandling hos arbetsterapeut med träning, artrosskola och information om hjälpmedel, samt vid behov smärt- och inflammationsdämpande läkemedel.
- Slätröntgen vid oklar diagnos eller när remiss till ortoped eller handkirurg övervägs.
- Remiss till ortopedklinik om patienten har stora besvär i det dagliga livet med belastnings- och greppsmärta/värk och önskar bli stelopererad i berörd led.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till steloperation.

Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led

UCL-skada eller skidåkartumme uppkommer vanligen efter ett fall på utsträckt tumme och medför smärta och instabilitet på insidan av tummen.

Handläggning i primärvård

- Genomför kompletterande stabilitetsprovning.
- Utför slätröntgen.
- Remiss till ortopedklinik utan dröjsmål vid misstänkt instabilitet.
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och träningsprogram om slätröntgen inte visar någon fraktur och tummen är stabil.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Vid instabilitet oftast kirurgi.

Karpaltunnelsyndrom

För mer information om karpaltunnelsyndrom se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Karpaltunnelsyndrom](#).

Handläggning i primärvård

- Ergonomisk rådgivning.
- Utprovning av ortos samt nattskena.
- Eventuellt smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Remiss till ortopedklinik om patienten får tilltagande domningar eller om effekten av ortosbehandling uteblir.
- Remiss utan dröjsmål till ortopedklinik om patienten har domningar hela dygnet eller manifesta bortfallssymtom i form av känselnedsättning och motoriskt bortfall.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Kirurgi med friläggning av nervus medianus på handledsnivå.

Morbus de Quervain

Utgörs av en tendovaginit i den första dorsala senkanalen vid basen av tummen, vanligtvis orsakad av upprepade och ensidiga handledsrörelser under en längre tid. När handleden vinklas åt sidan med tummen böjd in mot handflatan uppstår intensiv smärta.

Handläggning i primärvård

- Arbetsterapi för ortosbehandling och ergonomisk rådgivning.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Slätröntgen för att utesluta artrosförändringar radiallyt i handleden vid oklarhet i diagnos.
- Lokal kortisoninjektion om tekniken behärskas av läkaren. För att minimera risken för senavulsion vid behandling av Morbus de Quervain är det viktigt att injektionen ges under huden i senskidan eller senfacket, och inte direkt i senan.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående besvär i det dagliga livet, trots flera månaders behandling.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Kirurgi med klyvning av första dorsala senfacket.

Triggerfinger (Tendinitis nodosa)

Handläggning i primärvård

- Arbetsterapi.
- Smärt- och inflammationsstillande behandling.

- Kortisoninjektion lokalt subkutant om tekniken behärskas av läkaren. För att minimera risken för senavulsion vid behandling ska injektionen ges under huden i senskidan eller senfacket, och inte direkt i senan.
- Remiss till ortopediklinik vid kvarstående besvär med smärtsamma upphakningar efter 3 månader, trots behandling.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Kirurgi med klyvning av första annularligamentet.

Handledsganglion

Diagnosen är klinisk. För mer information om handledsganglion se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Ganglion](#).

Handläggning i primärvård

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

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Punktion alternativt kirurgi.

Höft

Höftledsartros

Naturalförloppet kan innebära perioder med mer uttalade besvär. Många patienter har oförändrade eller mildare symtom på lång sikt. Merparten av patienterna klarar sig utan kirurgisk behandling. En mindre grupp kan ha snabb progress.

För mer information om höftledsartros se rekommendation [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Höftledsartros](#)

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi, artrosskola eller motsvarande. Eventuellt utprovning av hjälpmedel samt regelbunden anpassad träning i minst 3 månader och utvärdering.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Slätröntgen vid oklar diagnos eller när remiss till ortoped övervägs.
- Remiss till ortopedisk specialistvård vid
 - långdragen påverkan på livskvaliteten (belastnings- och rörelsesmärta eller värk med begränsad gångförmåga)

- oklar diagnos.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till proteskirurgi.
- Eventuellt kompletterande utredning.

Trokanterit

Smärta och palpationsömheter i mjukdelarna över utsidan av höften (trokanter major), drabbar oftast medelålders eller äldre kvinnor.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Kortisoninjektion med lokalanestesi brukar ha god effekt.
- Remiss till ortopedklinik med kompletterande slätröntgen vid långvarig terapieresistens (tänk på andra muskel- och ledsjukdomar) eller oklar diagnos.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

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

Femuroacetabulärt impingement (FAI)

Innebär smärta i höftleden som är mest uttalad vid flexion och inåtrotation. Drabbar oftast yngre, idrottsaktiva män.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi.
- Slätröntgen av höftleden med standardprojektioner och Lauensteinprojektion.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående besvär 6 månader efter symptomdebut samt avsaknad av artros på slätröntgen.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

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

Knä

Principer för röntgenundersökningar:

MR-knä bör inte användas för diagnostik inom primärvården, eftersom icke-signifikanta patologiska avvikelser kan leda till onödig ortopedisk konsultation.

Klinisk bedömning baserad på anamnes, status, slätröntgen samt utfall av given behandling är i flertalet fall tillräckligt för att avgöra vårdnivå.

Tänk på malignitet, då MR/CT ingår vid utredning, oavsett vårdnivå. Det är dock viktigt att notera att vid misstänkt malignitet ska MR eller CT inkluderas i utredningen, oavsett vårdnivå.

Knäledsartros

Naturalförloppet kan innebära perioder med mer uttalade besvär. Sett över lång tid har många patienter emellertid oförändrade eller mildare symtom. En mindre grupp kan ha snabb progress. För mer information om knäledsartros se rekommendation [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Knäledsartros](#).

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi, artrosskola eller motsvarande samt regelbunden anpassad träning i minst 3 månader med utvärdering. Eventuellt utprovning av hjälpmedel såsom enklare ortos.
- Viktreduktion vid behov.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Slätröntgen med belastade bilder vid oklar diagnos och om remiss till ortoped övervägs.
- Eventuell kortisoninjektion vid synovit.
- Remiss till ortopediklinik vid belastnings- och rörelsesmärta eller värk med begränsad gångförmåga. Patienten ska dessförinnan ha genomgått artrosskola och ha slutat röka.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgisk åtgärd såsom avlastande vinkeloperation (osteotomi), enkammarprotes eller totalprotes.

Traumatiska knäskador

Akuta knäskador innebär plötsliga, oväntade skador som drabbar knät. De vanligaste typerna av akuta knäskador inkluderar meniskskador, ligamentskador, ledkapselskador, patellaluxation samt kontusioner och frakturer.

För mer information om traumatiska knäskador se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Traumatiska knäskador](#).

Kontusion

Handläggning i primärvård

- Slätröntgen.
- Tidig fysioterapi, gärna inom en vecka.
- Remiss till ortoped vid fraktur.
- Punktion om knäet är kraftigt svullet. Kraftig hemartros kan tala för korsbandsskada, alternativt patellarluxation.
- Remiss till ortopedklinik vid hemartros eller misstanke om korsbandsskada, gärna efter telefonkonsultation med ortopedjour.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående besvär och tydlig funktionsinskränkning efter tre månader.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- MR vid oklar diagnos.
- Handläggning efter bedömning vid fraktur.

Distorsion

Handläggning i primärvård

- Överväg slätröntgen.
- Punktion om knäet är svullet. Kraftig hemartros kan tala för korsbandsskada, alternativt patellarluxation.
- Remiss till ortopedklinik vid hemartros eller misstanke om korsbandsskada. Gärna efter telefonkonsultation med ortopedjour.
- Övriga fall tidig mobilisering och fysioterapi.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vid oklar diagnos MR.
- Vid korsbandsskada ställningstagande till kirurgi beroende på symtom och funktionella krav.

Låst knä eller akut extensionsdefekt

Handläggning i primärvård

- Slätröntgen.
- Akutremiss till ortopedklinik vid manifest låsning eller extensionsdefekt som inte är töjbar. Gärna efter telefonkonsultation med ortopedjour (dagtid).

- Vid låsning hos patient med sannolik artros bör effekt av lokalbedövning i knäleden prövas innan patienten remitteras in akut.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Vid oklar diagnos MR.
- Vid akut låsning artroskopi utan dröjsmål. Beredskap för menisksutur bör finnas till yngre patient.
- Vid upprepade låsningar kirurgi beroende på symtomens svårighetsgrad.

Främre knäsmärta

Långvarig men godartad åkomma, som ofta debuterar i tonåren.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi.
- Ortos kan prövas. Går att köpa i välsorterad sportaffär.
- Slätröntgen med patellaaxiala bilder vid oklara besvär eller oklar diagnos.
- Remiss till ortopedklinik vid långvariga invalidiserande besvär längre än 6 månader.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning.
- Kirurgisk behandling i sällsynta fall.

Patellaluxation

För mer information om patellaluxation se rekommendation [Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#).

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi med styrketräning och ergonomiska råd. Systematisk träning ska pågå i 3–6 månader.
- Alla förstagångluxationer ska genomgå slätröntgen med patellaaxiala bilder. Kontakt med ortoped skyndsamt vid fynd av broskskador eller fraktur.
- Remiss till ortopedklinik vid hemartros.
- Ortos med patellastödjande funktion, förskrivs via förtroendeförskrivning.
- Remiss till OTA om möjlighet till förskrivning saknas.
- Remiss till ortopedklinik vid upprepade luxationer hos färdigväxta patienter med kvarstående instabilitet.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Fot

Ett flertal fotbesvär utan andra komplicerande tillstånd kan patienten själv avhjälpa. Instruktioner om [skoråd](#) finns på nationellt kliniskt kunskapsstöd. Flera ortopedtekniska hjälpmedel, såsom prefabricerade skoinlägg eller stabiliserande fotortoser, finns idag tillgängliga i handeln.

Vid andra samtidiga sjukdomar eller tillstånd kan remiss skickas till OTA. Fysioterapeut kan även förskriva prefabricerade ortoser via förtroendeförskrivning.

Fotledsinstabilitet efter fotledsdistorsion

För mer information om fotledsdistorsion se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – fotledsdistorsion](#).

- Slätröntgen vid behov för att utesluta fotledsfraktur. Utgå från Ottawakriterierna.
- Ses små avslitna kantfragment på slätröntgen behandlas dessa som distorsion, vid osäkerhet ta telefonkontakt med ortopedjour.
- Fysioterapi med styrke-, koordinations- och balansträning.
- Stabiliserande ortos och balansplatta kan köpas i välsorterad sportaffär.
- Remiss till ortopedklinik vid upprepade distorsioner med kvarvarande besvär efter 6 månader trots systematisk träning och utprovad ortos.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till fortsatt utredning och eventuell kirurgisk åtgärd.

Artros i fotled

Handläggning i primärvård

För information om fotledsartros se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Fotledsartros](#)

- Fysioterapi.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Vid oklar diagnos eller om remiss till ortoped övervägs gör slätröntgen med belastade bilder av fotled och fot bilateralt.
- Remiss till OTA om besvären kvarstår efter egenvårdsinsats.
- Remiss till ortopedklinik om besvär kvarstår trots given behandling.

Handläggning ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Förvärvad plattfothet hos vuxen

Plattfot innebär att fotens inre valv sjunker med en utåtvinkling av både framfot och häl. Det kan vara medfött eller förvärvat genom försvagning av mjukvävnader, åldersrelaterad nedbrytning eller trauma så som senskada.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi.
- Slätröntgen fotled och fot under belastning.
- Ge egenvårdsråd om fotbäddar med medialt stöd och stabiliserande skor.
- Remiss till OTA om besvären kvarstår efter egenvårdsinsats.
- Remiss till ortopedklinik om fotbäddar inte hjälper.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kompletterande utredning och eventuell kirurgi.

Hallux valgus

För mer information om hallux valgus se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Hallux valgus.](#)

Handläggning i primärvård

- Egenvård: Ge [skoråd](#) och föreslå pelott eller inlägg med pelott. Skorna kan justeras genom att vidga dem hos en skomakare för att ge tillräckligt med plats åt foten.
- Remiss till OTA om besvären kvarstår efter egenvårdsinsats.
- Remiss till ortopedklinik och slätröntgen vid markanta felställningar med smärtproblematik som försvårar användandet av skor.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Hallux rigidus – Artros i MTP-led 1

För mer information om hallux rigidus se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Hallux rigidus.](#)

Handläggning i primärvård

- Slätröntgen av fotskelettet gärna med belastning.
- Ge [skoråd](#) och föreslå rymliga skor med rullsula (jogging- och walkingskor), stela skoinlägg (kolfibersulor).
- Remiss till OTA för stela fotbäddar (så att MTP 1-leden inte belastas i varje steg) eller för en skoanpassning om egenvård inte räcker.
- Remiss till ortopedklinik vid utebliven förbättring eller större osteofyter som försvårar skoanpassning.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Hammartå

För mer information om hammartå se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Hammartå](#)

Handläggning i primärvård

- Ge [skoråd](#) och föreslå pelott eller inlägg med pelott. Remiss till OTA kan utfärdas om egenvård är otillräcklig.
- Remiss till ortopedklinik vid markanta felställningar med smärtproblematik som försvårar användandet av skor.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Plantar fasciit – Hälsporre

Ömhet vid plantarfascians infästning medialt strax framför hälbenet. Diagnosen ställs utifrån symtom. Eventuell förekomst av hälsporre på röntgen saknar betydelse.

Handläggning i primärvård

För mer information om plantarfasciit se rekommendation [Nationellt kliniskt kunskapsstöd – Plantarfasciit](#)

- Ge [skoråd](#) och föreslå inlägg med avlastning för hälen.
- Fysioterapi, inklusive tejpning enligt beprövad metod.
- Undvik injektioner i hålfoten.
- Överväg remiss till ortoped vid stram gastrocnemius som inte svarar på stretching och om dorsalextension i fotleden med rakt ben är 0 grader.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi (gastrocnemiusförlängning).

Mortons neuralgi

Nervsmärta på grund av kompression av interdigitalnerv mellan två metatarsalhuvuden, oftast mellan metatarsale 3 och 4. För mer information om Mortons neuralgi se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Mortons neuralgi](#)

Handläggning i primärvård

- Ge [skoråd](#) och föreslå pelott eller inlägg med pelott.
- Remiss till OTA vid kvarstående besvär.
- Kortisoninjektion (från dorsalsidan) kan hjälpa.
- Remiss till ortopedklinik om besvären kvarstår trots given behandling.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Metatarsalalgi

Belastningssmärta i trampdynan.

Handläggning i primärvård

- Överväg röntgen vid initial misstanke om marschfraktur eller osteit.
- Ge [skoråd](#) och föreslå pelott eller inlägg med pelott.
- Vid behov träningsråd från fysioterapeut
- Remiss till OTA vid kvarstående besvär efter egenvårdsinsats.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående besvär efter mer än 6 månader trots vidtagna åtgärder.
- Slätröntgen av fotskelett med belastning om patienten remitteras till ortoped.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Fortsatt utredning och ställningstagande till kirurgi.

Hälsenetendinos

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

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi med systematisk träning.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Aldrig kortisoninjektion.
- Ge [skoråd](#) och föreslå klackförhöjning med exempelvis korkkilar.

- Remiss till OTA för fotbäddar och eventuellt klackförhöjning om egenvård inte ger önskad effekt.
- Remiss till ortopedklinik vid utebliven förbättring efter minst 6 månader trots ovanstående åtgärder.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till ytterligare utredning och övriga behandlingsmetoder.

Hälseneinsertalgi

Överbelastningsskada vid hälsnans infästning mot hälbenet. Skadan orsakar smärta på baksidan av hälen, särskilt vid tryck mot området.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi med systematisk träning.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- Aldrig kortisoninjektion.
- Ge [skoråd](https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/su4237-163528236-1729/surrogate/Skorad.pdf) <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/su4237-163528236-1729/surrogate/Skorad.pdf> och föreslå fotinlägg, eventuellt klackförhöjning med exempelvis korkkilar.
- Remiss till OTA vid kvarstående besvär efter egenvårdsinsats.
- Remiss till ortopedklinik vid utebliven förbättring efter minst 6 månader trots ovanstående åtgärder.
- Röntgen fotskelett om patienten remitteras till ortopedklinik.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till ytterligare utredning och kirurgi.

Fotsår vid diabetes

För mer information om fotsår vid typ 2-diabetes se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Diabetes typ 2, fotkomplikationer, vårdförlopp - Diabetes med hög risk för fotsår](#).

Handläggning i primärvård

- Medicinsk fotvård.
- Rökavvänjning.
- Optimering av blodsocker och nutritionsstatus.
- Cirkulationsbedömning.
- Basal sårvård.
- Remiss till OTA för såravlastande åtgärd i första hand med ankelhög ortos.

- Överväg remiss till ortopedklinik eller diabetesfotmottagning vid svårläkta sår trots given behandling. Innan remiss, gör slätröntgen av fotskelett med frågeställning osteit.
- Remiss till multidisciplinärt fotteam*.

* Varje regionsjukhus etablerat ett multidisciplinär fotteam, där ortoped, diabetolog, infektionsläkare, ortopedingenjör, fotterapeut, diabetessjuksköterska, kärlkirurg och dermatolog ingår.

Handläggning i ortopedisk specialistvård i samråd med multidisciplinärt fotteam

Ställningstagande till sårrevision/avlastning/amputation.

Charcotfot (Diabetisk osteoartropati)

Den akuta fasen av Charcotfot kan vara svår att skilja kliniskt från osteomyelit och inte sällan finns anamnes på ett aktuellt lättare trauma.

Handläggning i primärvård

Symtom i form av rodnad, svullnad, värmeökning och smärta hos patient med diabetes och neuropati kan vara akut Charcotfot. Ett snabbt omhändertagande kan rädda foten från destruerande deformation.

Akutremiss till ortopedklinik efter telefonkontakt med ortopedjour eller bakjour.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

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

Kotpelare (halsrygg, bröstrygg, ländrygg)

Följande indikerar potentiellt allvarliga tillstånd som kräver omedelbar medicinsk bedömning:

- Plötslig eller svår smärta i kombination med symtom från bröstorg, buk eller andfåddhet.
- Svåra smärta efter en skada.
- Påverkat allmäntillstånd med feber och frossa.
- Plötslig eller svår smärta som inte lindras med vila eller förändring av kroppsställning.
- Svaghet och/eller domningar, stickningar som strålar från området.
- Svårigheter att kontrollera blåsa eller tarm.

Dessa varningssignaler kan förekomma i alla ryggsegment.

Principer för röntgenundersökningar av kotpelarens sjukdomstillstånd

Primärvården ansvarar för grundläggande utredningar såsom slätröntgen och MR-undersökningar vid misstänkta tillstånd såsom cervikal rizopati (MR av nackryggen), lumbago-ischias och lumbal spinal stenosis (MR av ländryggen). Dessa undersökningar är vägledande för att bedöma om remiss till ortopedkliniken är nödvändig. Det rekommenderas att MR-undersökningen inte är äldre än 6 månader vid remissutfärdandet.

Viktigt att notera:

- Om allmänsymtom, svår smärta på natten, tidigare malign sjukdom eller neurologiska symtom finns, har slätröntgen mycket begränsat värde. Detta är särskilt viktigt för bröstryggen, där metastaser inte är ovanliga. I sådana fall bör remiss skickas till ortopedkliniken för snabb utredning med MR. Vid osäkerhet är det lämpligt att ringa ryggortopedens bakjour under dagtid.
- Vid svår ryggsmärta överväg också osteoporosrelaterad kompressionsfraktur.

Specialistvården inom ortopedi har ansvaret för ytterligare och brådskande MR-undersökningar, inklusive helkroppsmagnetkamera (MR hel rygg).

Nacke

Nackvärk utan utstrålning i armar/ben

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi och ergonomisk rådgivning.
- Vidare utredning kan vara aktuellt om patienten haft besvär längre än 6–8 veckor och är yngre än 20 år eller äldre än 50 år eller har känd anamnes på inflammatorisk sjukdom (reumatoid artrit, spondylartrit) för att utesluta anomaly och destruktion/instabilitet.
- Remiss till ortopediklinik om röntgen visar anomaly eller destruktion respektive vid misstanke om instabilitet.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Nackvärk med utstrålning i armar/ben

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi och ergonomisk rådgivning.
- Smärt- och inflammationsdämpande behandling.
- MR halsrygg i de fallen smärta i armen motsvarar nervrotsutbredning (med eventuellt neurologiskt bortfall) och inte förbättras av fysioterapi och medicinerings efter 6–8 veckor.
- Arbetsrehabilitering efter avslutad postoperativ period.
- Remiss till ortopedklinik
 - vid kvarstående nervrotssmärta och överensstämmande radiologisk nervrotspåverkan (höger/vänster)
 - vid ryggmärgssymtom och misstanke om långbanesyntom från oklar nivå (gångrubbing, motorisk svaghet inklusive hyperreflexi, klonus och/eller positiv Babinski)
 - om MR visar ryggmärgspåverkan på grund av cervikal spinal stenosis/malignitet.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

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

Bröstrygg

Bröstryggssmärta

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi och ergonomisk rådgivning.
- Remittera till ortopedklinik och utred med SR och CRP om patienten har långvarig, svår, nattlig värk.
- Telefonkontakt med ortopedklinik för fortsatt handläggning av eventuell spondylit vid feber, hög CRP och svår ryggvärk.
- Remiss till ortopedklinik för vidare utredning om patienten har ryggmärgssymtom och det finns misstanke om långbanesyntom från oklar nivå (gångrubbing, motorisk svaghet inkl. hyperreflexi, klonus och/eller positiv Babinski).

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning (MR helrygg).

- Remittera till ryggenhet på regionklinik för ställningstagande till kirurgi för att motverka progress vid klinisk och radiologisk ryggmärgspåverkan
- Uppföljning inom specialitet som handlägger grundsjukdomen vid malignitet.
- Handläggning i samråd med infektionsklinik vid spondylit.

Ländrygg

Ländryggsmärta utan utstrålning

Var uppmärksam på kotkompression spontant eller efter lindrigt trauma hos äldre. För mer information om ländryggsmärta se rekommendation [Nationellt kliniskt kunskapsstöd vårdförlopp – Ländryggsbesvär hos vuxna.](#)

Handläggning i primärvård

- Observera röda flaggor.
- Fysioterapi och ergonomisk rådgivning.
- Slätröntgen bör göras vid åtminstone ett tillfälle om patienten är <20 år eller >50 år och besvärsduration mer än 6–8 veckor. Röntgen behöver inte upprepas, såvida inte patienten har en känd spondylolisthes (kotglidning) eller andra anomalier, och de lokala symtomen påtagligt förvärrats.
- Remittera för MR ländrygg och utred med SR och CRP vid långvarig, svår, nattlig värk.
- Telefonkontakt med ortopedklinik för akut handläggning av eventuell spondylit vid feber, hög CRP och svår ryggvärk.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning.
- Kirurgisk åtgärd kan vara indicerad vid långvarig ryggsmärta efter genomgången multimodal rehabilitering utan tillräcklig effekt.
- Handläggning i samråd med infektionsklinik vid spondylit.
- Vid osäker diagnos tas i första hand telefonkontakt med ortopedklinik för diskussion angående eventuell remissindikation.

Ländryggvärk med utstrålning i benen - Lumbagoischias, Lumbal spinal stenosis

Observera att vid påverkan på blåsa, andra symtom på cauda equina eller snabb progress, akut ortopedremiss och telefonkontakt med ortopedjour eller ryggortopedjour.

Handläggning i primärvård

- Fysioterapi och ergonomisk rådgivning.
- Slätröntgen på patienter <20 år eller >50 år.
- MR och remiss till ortoped vid misstanke om diskbråck (det vill säga ischiassmärter som följer ett dermatom) av handikappande karaktär med längre duration än 6–8 veckor.
- MR och remiss till ortoped vid misstanke om spinal stenosis med betydande besvär under minst 12 månader där förbättring inte skett av fysioterapi.
- Remiss till ortopediklinik om MR visar stenosis eller nervrotspåverkan och dessa fynd överensstämmer med klinik.
- MR vid förekomst av röda flaggor (tidigare malignitet, matleda eller viktnedgång, allmänpåverkan i form av feber), ställningstagande till akut omhändertagande.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Ställningstagande till kirurgi.

Övrigt

Akuta skador

Handläggning i primärvården

- Genomför status, inklusive distalstatus.
- Gör slätröntgen vid misstanke om skelettskada.
- Akutremiss till ortopedin inklusive röntgenremiss innehållande relevant bakgrundsinformation vid behov av akut ortopedbedömning. Patienten hänvisas till akuten efter att röntgenundersökningen är gjord.
- Vid tveksamhet tas telefonkontakt med ortopedjour för rådgivning.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Akut bedömning och åtgärd beroende på skadans natur.

Frakturkomplikation

Efter kirurgisk åtgärd av en fraktur kan komplikationer i form av infektion eller osteosynteshaveri tillstå. Vid icke-kirurgisk behandling av fraktur kan komplikation i form av utebliven läkning eller ökad felställning i frakturen tillstå.

Handläggning i primärvården

- Om patienten kommer i kontakt med primärvården och ytterligare efterkontroll på ortopedklinik inte är planerad görs en preliminär bedömning i primärvården.
- Vid misstanke om ökad felställning eller dålig läkning av en icke kirurgiskt behandlad fraktur eller problem med osteosyntesmaterial hos en kirurgiskt behandlad patient görs slätröntgen.
- Om patienten är opererad tas infektionsprover (SR, CRP).
- Vid misstanke om infektion bör antibiotika inte sättas utan kontakt med ortoped.
- Remiss till ortopedklinik vid kvarstående misstanke om frakturkomplikation eller infektion efter slätröntgen och/eller infektionsprov. Vid tveksamhet tas telefonkontakt med ortopedjour.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

- Ortopedkliniken ansvarar för patienter vid misstanke om komplikationer efter behandling av en fraktur, under förutsättning att patienten har planerade uppföljningar där.
- Eventuell kompletterande provtagning/utredning.
- Ställningstagande till kirurgi eller annan åtgärd.

Osteoporosrelaterade frakturer

I Västra Götalandsregionen har sjukhusen huvudansvaret för att utreda och vid behov behandla patienter med osteoporosfrakturer.

Vårdprocess för osteoporosfrakturer

För mer information om vårdprocess för osteoporosrelaterade frakturer se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Osteoporos](#) och [vårdförlopp](#), [Regional medicinsk riktlinje - Osteoporos](#).

Handläggning i primärvården

- Patienter som efter en genomgången osteoporosfraktur bedöms från osteoporoskliniken (eller motsvarande enhet) vara i behov av läkemedelsbehandling kan antingen få behandling direkt på sjukhuset eller remitteras till primärvården med en rekommendation för behandling baserad på den genomförda utredningen.
- Ställningstagande till utredning och behandling vid kännedom om misstänkta osteoporosrelaterade frakturer om patienten redan finns i primärvården.

Handläggning i ortopedisk specialistvård

Sjukhusen ska identifiera, bedöma frakturrisik med hjälp av FRAX och utföra utredning med bentäthetsmätning (DXA) för patienter som är 50 år eller äldre och har haft en osteoporosfraktur.

Tumörer

Se [Nationellt kliniskt kunskapsstöd - Skelett- och mjukdelssarkom](#) och [Standardiserat vårdförlopp för skelett- och mjukdelssarkom, regional tillämpning.](#)

Läkemedelsförskrivning

Vid hantering av läkemedelsbehandling, särskilt vid förskrivning av opioider för smärtlindring inom specialistvården, bör följande övervägas:

En plan för nedtrappning och avslutning av opioidbehandling ska upprättas i enlighet med [Regional medicinsk riktlinje - Kortvarig nociceptiv smärta hos vuxna.](#)

I de fall där det bedöms att förlängd behandling är nödvändig och ytterligare uppföljning inte är planerad på ortopedkliniken, ska en remiss skickas till primärvården för fortsatt hantering av smärtbehandlingen. Denna remiss bör innehålla en motivering och en bedömning av prognosen för patientens tillstånd.

Sjukskrivning

[Socialstyrelsen](#) rekommenderar att den enhet som ansvarar för vården även tar hand om den försäkringsmedicinska bedömningen och utfärdar intyg. Sjukskrivning bör aldrig delegeras till någon som inte behandlar sjukdomen.

Vid en komplex orsak till nedsatt arbetsförmåga är det primärvården som hanterar

sjukskrivningen. Ibland krävs samarbete mellan vårdnivåerna för att ge bästa stöd till patienten.

Vid nybesök hos specialist med planerad kirurgisk åtgärd är det specialistkliniken som ansvarar för behandlingen och får ta över ansvaret för fortsatt sjukskrivning, förutsatt att det inte finns någon annan orsak till sjukskrivningen.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN12865-780821730-472

Version: 3.0

Giltig från: 2024-08-26

Giltig till: 2026-06-20