

## Ortopedriktlinjer - för primärvård och ortopedisk specialistvård

### Förord

Avsikten med detta samverkansdokument har varit att skapa klara regler för kontakterna mellan specialistklinikerna och primärvården så att det gynnar patienten i fråga om kvalitet och tillgänglighet. Målet är att de patienter som remitteras till en ortopedklinik också ska kunna ha nytta av att träffa en ortopedläkare. Vi hoppas att du kommer att finna denna sammanfattning användbar och informativ.

### Allmän information

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

### Indikation för remiss

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

Vid osäkerhet om en patient ska utredas eller behandlas kan konsultation av ortoped göras innan remiss skrivs via telefonkontakt med ortopedklinikernas dagbakjour vardagar eller primärjour under jourtid. Patienter som remitteras till länets ortopedklinik ska vara färdigutredda och konservativt färdigbehandlade med primärvårdens resurser. Tekniska hjälpmedel såsom gånghjälpmedel är ett led i den konservativa behandlingen och ska vara utprovade innan patienten remitteras till ortopedkliniken.

### Remisser svar och innehåll

#### Ortopedklinikens önskemål att remiss från primärvården innehåller

- Diagnosförslag/frågeställning
- Vilket handikapp ger tillståndet patienten inom fritiden, arbetsförhållanden samt sjukskrivning.
- Relevanta sjukdomar och medicinering.
- Vill patienten bli opererad.
- Vad har gjorts. Utredning, behandling inklusive i förekommande fall sjukgymnastik samt arbetsterapi.
- Lokalstatus.
- Hjärta, lungor, blodtryck
- Uppgift om rökning, och om patienten röker. Har patienten fått information om Rökfri operation, röksutarstöd?

#### Primärvårdens önskemål att remissvar från ortopedkliniken innehåller

- Diagnos.
- Prognos.
- Vad förväntas primärvården göra?



- Vilken uppföljning har planerats.
- Förväntad utläkningstid/rehabiliteringstid.

## Sjukskrivning

- Huvudprincipen är att sjukskrivning följer behandlingsansvar
- Om ortopedjouren ser patienten men uppföljning kommer att ske i primärvården bör sjukskrivningsansvaret ligga på inremitterande.
- Föranleder akutbesöket hos ortopedjouren återbesök vid ortopedmottagningen ebör ortopedjour vid behov ombesörja sjukskrivningen.
- Om inget återbesök planeras efter besök hos ortopedjouren efter akutremiss från distriktsläkare får patienten sjukskriva sig själv en vecka.
- Om ortopedjour bedömer att patienten sannolikt kommer i arbete inom en månad utan återbesök på vårdcentralen bör erforderlig sjukskrivning utfärdas från ortopedjour. Ytterligare sjukskrivning bör därefter ske vid vårdcentralen. ( Detta gäller om man inte räknar med att kunna tillföra något ytterligare från ortopedden) Lämpligt med journalkopia till vårdcentralen.

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Akut ortopedi</b> .....	<b>5</b>
1.1	Anamnes och status .....	5
1.2	Remisser till röntgen respektive ortoped .....	5
<b>2</b>	<b>Misstänkt bakteriell infektion i skelett eller led</b> .....	<b>5</b>
2.1	Handläggning i primärvård.....	5
<b>3</b>	<b>Halsrygg</b> .....	<b>6</b>
3.1	Halsrygg – rizopati .....	6
3.2	Halsrygg – distorsion, pisksnärtskada .....	6
<b>4</b>	<b>Ländrygg</b> .....	<b>7</b>
4.1	Ländrygg – lumbago.....	7
4.2	Ländrygg – lumbago ischias .....	7
4.3	Långvariga ryggbesvär mer än 12 månader .....	7
<b>5</b>	<b>Axel – (för fördjupad undersökningsteknik/diagnostik se speciellt dokument)</b> .....	<b>8</b>
5.1	Axel – rotatorcuffruptur .....	8
5.2	Axel - subacromiala smärtor inklusive inklämning (impingement) .....	8
5.3	Axel - humeroskapulär artros.....	9
5.4	Axel - ac-ledsartros.....	9
5.5	Axel – bicepsseneruptur .....	9
5.6	Axel – recidiverande luxationer med traumatisk genes .....	9
5.7	Axel – recidiverande luxationer utan traumatisk genes, habituella luxationer .....	10
<b>6</b>	<b>Armbåge/underarm/hand</b> .....	<b>10</b>
6.1	Dupuytren's kontraktur .....	10
6.2	Malletfinger/droppfinger .....	10
6.3	Tumbasartros (CMC-1-ledsartros).....	10
6.4	Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros) .....	11
6.5	Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led.....	11
6.6	Karpaltunnelsyndrom.....	11
6.7	Morbus de Quervain .....	11
6.8	Triggerfinger.....	12
6.9	Handledsganglion.....	12
6.10	Handledsartros .....	12
6.11	Nervus Ulnaris entrapment i armbågen .....	13
6.12	Armbåge – epikondylit.....	13
<b>7</b>	<b>Höft</b> .....	<b>13</b>
7.1	Höft – artros.....	13
<b>8</b>	<b>Knä</b> .....	<b>14</b>
8.1	Knä – trauma (kontusion, distorsion).....	14
8.2	Knä – artros .....	15
8.3	Knä – kondromalaci/femoropatellär smärta .....	15
8.4	Knä - patellasubluxation/luxation.....	15
<b>9</b>	<b>Fot</b> .....	<b>16</b>
9.1	Fotled – fotledsinstabilitet (distorsion).....	16
9.2	Fotled – hälsenebesvär inkl hälsenetendinos.....	16
9.3	Fot – hallux valgus/hammartå .....	16
9.4	Fot – plantarfasciit och hälsporre .....	17
9.5	Fot – Mortons neurinom.....	17
9.6	Fot – plattfotet.....	17





## 1 Akut ortopedi

### 1.1 Anamnes och status

Noggrann anamnes med bl.a. tidsförlopp, energi i samband med skada, eventuella förändringar i tillståndet mellan uppkomst och undersökningsögonblick.

Status innefattande distalstatus.

### 1.2 Remisser till röntgen respektive ortoped

Handläggning på vårdcentral av patient med misstänkt fraktur.

När en patient behöver akut bedömning av ortoped ska i normalfallet konsultationsremiss medskickas.

Konsultationsremiss behöver **inte** skrivas om det finns en frakturmisstanke och patienten primärt skickas via röntgen för uteslutande av fraktur.

#### För smidig handläggning på röntgen

Kom ihåg att:

- sätta markeringar i rutorna "akut" resp. "preliminärsvår". Obs inte detsamma som "drop in" (endast USÖ) då preliminärsvår inte lämnas.
- beskriva kortfattat skadeförlopp och status – kan ha betydelse för hur röntgenundersökningen utförs.

#### Ange vad som ska ske efter röntgen om positivt respektive negativt svar t ex:

- Om undersökningen är positiv avseende skelettskada sänds preliminärsvår till ortopedjouren.
- Om undersökningen är negativ avseende skelettskada sänds preliminärsvåret med patienten åter till vårdcentralen /patienten skickas hem
- Om patienten kommer sent på eftermiddagen eller på kvällen och det inte är en uppenbar fraktur eller luxation kan röntgenundersökningen med fördel ske nästföljande morgon.

## 2 Misstänkt bakteriell infektion i skelett eller led

Tillstånd som stått mindre än ett dygn behöver inte ha SR och CRP förhöjda. Vid symtom mer än ett dygn talar normal CRP emot bakteriell infektion.

### 2.1 Handläggning i primärvård

- Misstanke på infektion i led eller skelett remitteras direkt till infektion utan att passera röntgen. Om tillståndet stått mer än ett dygn och normal CRP bör telefonkontakt tas med ortopedjour för diskussion. OBS i Karlskoga remitteras dessa patienter till medicin kliniken.
- Handinfektioner remitteras under jourtid i första hand till ortopedjour. Under kontorstid remiss till handkirurg. Överväg möjligheten att ta telefonkontakt med handkirurgjour.
- Misstanke om osteit hos barn skall remitteras till barnjour. Bred remissindikation!

### 3 Halsrygg

#### 3.1 Halsrygg – rizopati

##### Primärvård

- I första hand sjukgymnastik och/eller arbetsterapeutisk behandling. Observera att tidig sjukgymnastkontakt är av stor vikt. Ergonomisk rådgivning via arbetsterapeut.
- Vid misstanke om rotpåverkan, d v s stickning, domningar, svaghet och framför allt mycket besvärande och handikappande värk i en arm av sådan art att patienten kan tänka sig att bli opererad bör remiss till MR halsrygg skickas efter 6-8 veckor.
- Visar MR diskbräck eller annan rotpåverkan och patienten har fortsatt önskemål om operation eller fortsatt diskussion kring operation remiss till ortopediklinik.
- Vanlig röntgen bör göras i första hand på de patienter som är under 20 år eller över 50 år.

##### Ortopedi

Vid oförändrade besvär där indikation finns för operativ åtgärd tas kontakt med neuroortopedisk enhet.

#### 3.2 Halsrygg – distorsion, pisksnärtskada

Vid akut skada ofta aktuellt med akutröntgen vid skelettskada, luxation eller prevertebral svullnad (vilket skall uppfattas som tecken på instabilitet).

##### Primärvård – Långdragna besvär

- Under förutsättning att konventionell röntgen är normal ska dessa patienter inte remitteras till ortopediklinik då ortopedikliniken inte har något ytterligare att erbjuda.
- Ergonomisk rådgivning hos arbetsterapeut.
- I sällsynta fall kan patienten som har ådragit sig halsryggsdiskbräck och vid tecken på rotpåverkan i dessa fall bör remiss till MR skickas efter 6-8 veckor.
- Visar MR diskbräck eller annan rotpåverkan remiss till ortopediklinik.

##### Ortopedi

Sällsynta fall behöver remitteras till ortopediklinik. Om tecken till diskbräck eventuell konsultation med neuroortopedisk enhet.



## 4 Ländrygg

Akut trauma av den art att frakturrisik förekommer görs akut röntgen, hos äldre frikostighet med detta.

### 4.1 Ländrygg – lumbago

#### Primärvård

- I första hand behandling enligt SBU:s rekommendationer, d v s rådgivning och/eller sjukgymnastisk behandling samt analgetika. Konventionell röntgen bör göras om besvärsduration mer än sex veckor. Patienter med värk och samtidig allmänpåverkan i form av feber, matleda eller viktnedgång eller med en tidigare malignitet bör särskilt beaktas.
- Vid nyttillkommen värk och varaktighet mer än två veckor eller ålder mer än 50 år. Hb, SR och urinsticka. På män prostatapalpation och PSA, på kvinnor bröstpalpation.
- Sjukgymnastkontakt är viktig då återfall är vanligt.
- Ergonomisk rådgivning hos arbetsterapeut.

### 4.2 Ländrygg – lumbago ischias

#### Primärvård

- I första hand rådgivning och snabb kontakt med sjukgymnast.
- Ergonomisk rådgivning hos arbetsterapeut.
- Konventionell röntgen görs vid besvärsduration mer än sex veckor.
- Vid misstanke om diskbråck, d v s ischiassmärta som följer ett dermatom samt besvär av sådan art och intensitet att de är handikappande och patienten önskar operation eller vill diskutera en operation bör remiss till MR skrivas efter 6-8 veckor.
- Vid misstanke om spinal stenosis med betydande besvär under minst 12 månader där förbättring inte skett av aktiv sjukgymnastik och expektans och där patienten önskar operation eller vill diskutera en operation genomförs MR.

#### Observera: Vid påverkan på blåsa eller snabb progress akut remiss till ortoped

- Överväg alltid tidig MR om anamnes på tidigare malignitet eller vid samtidig förekomst av allmänpåverkan i form av feber, matleda eller viktnedgång.
- Om MR visar stenosis eller nervrotspåverkan och dessa fynd överensstämmer med klinik remiss till ortopedklinik.
- Övrig rehabilitering och sjukskrivning av patient med specifik ryggdiagnos där operation inte är aktuell av olika skäl sköts fortsatt av primärvården.

#### Ortopedi

Operation eller diskussion kring operation.

Postoperativ rehabilitering och sjukskrivning sköts av ortopedkliniken t o m tre månader efter operationen.

### 4.3 Långvariga ryggbesvär mer än 12 månader

#### Primärvård

Multidisciplinärt rehabiliteringsteam för fortsatt omhändertagande. Ergonomisk rådgivning av arbetsterapeut.

#### Ortopedi

Eventuell telefonkontakt med ryggkirurg på ortopedkliniken för diskussion angående indikation för s.k. precisionsdiagnostik med olika former av blockader.



## 5 Axel – (för fördjupad undersökningsteknik/diagnostik se speciellt dokument).

### Akuta skador

- AC sublux eller lux remiss endast av yngre med stora axelkrav(tennis- bandy- ishockeyspelare, yrken som snickare eller där arbetsområdet ligger över axelnivå).
- Klavikelfraktur utan hudpåverkan eller kraftig felställning. Tag en röntgenbild om diagnosen är osäker. Då perifert liggande vårdcentraler skicka in patienten för röntgenundersökning och fyndet är positivt får patient skickas till ortopedjour. Detta med omtanke om patienten som i annat fall kan tvingas att åka onödigt många gånger eller onödigt långt.

### 5.1 Axel – rotatorcuffruptur

#### Primärvård

Tidigare axelfrisk person som efter trauma mot skuldran fått ont, svårt att lyfta eller använda armen och har inklämningsliknande besvär. Där röntgen är negativ

Om patienten efter diagnostisk subacromial injektion (10 ml 1-procentig Carbocain) får tillbaka fullgod funktion i axeln kan man fortsätta behandlingen enligt impingementmodell.

***Men om patienten inte får tillbaka full rörelseförmåga samt är uttalat svag trots bedövning subacromiellt remiss till ortopedklinik. Bör opereras inom sex veckor efter traumat!***

#### Ortopedi

Operation med cuffsutur.

#### Övrigt

Vid trauma mot skuldran med akut partiell eller total rotatorcuffruptur hinner inte andra muskler ta över de skadade senornas funktion och de dominerande symtomen förutom smärta är en uttalad rörelseinskränkning.

Vid degenerativ cuffruptur är värk och rörelsesmärta mer dominerande symtom

### 5.2 Axel - subacromiala smärtor inklusive inklämning (impingement)

#### Primärvård

##### ***Sjukgymnastisk behandling***

- Subacromiell cortisoninjektion 1 ml Lederspan eller Depomedrol blandat med lokalanestetikum. Om ingen effekt kan ny injektion ges efter 8 veckor. Konventionell röntgen.
- Kommer besvären tillbaka kan man med fördel ge ytterligare minst 1-2 subacromiella injektioner och fortsatt sjukgymnastik.
- Vid fortsatta besvär efter 6 månader trots adekvat sjukgymnastik och subacromiala cortisoninjektioner remiss till ortopedklinik

#### Ortopedi

Om terapiresistent inklämning föreligger eller indikation för acromioplastik med artroskopisk teknik.

#### Övrigt

Rehabilitering efter acromioplastik tar cirka 3-4 månader och patienter med tunga arbetsuppgifter eller arbete ovan mellangärdet återgår sällan till denna typ av arbete utan måste oftast byta arbetsuppgifter.





### 5.3 Axel - humeroskapulär artros

#### Primärvård

- Konventionell röntgen ger diagnos.
- Uteslut andra åkommor som kan ge besvär, t ex inklämning/ac-ledsartros.
- Symptomatisk behandling med sjukgymnastik för att om möjligt undvika tilltagande stelhet.
- Om aktiv sjukgymnastbehandling fallerar och patienten har fortsatt mycket besvär med värk och rörelsesmärta efter 5-6 månader remiss till ortopedklinik.

#### Ortopedi

- Operation med axelprotes.
- Ger mindre värk och rörelsesmärta men sällan bättre rörlighet.

### 5.4 Axel - ac-ledsartros

#### Primärvård

- Många har röntgenverifierad artros i ac-leden men få har kliniska besvär. Smärta tydligt lokaliserad över AC-led
- Relativt ofta i kombination med inklämning, pröva att ge subacromial blockad (10 ml 1-procentig Carbocain).
- Hjälper inte detta pröva att ge injektion i ac-leden (1 ml Depomedrol).
- Om aktiv sjukgymnastikbehandling och injektionsbehandling inte fungerar efter sex månader remiss till Ortopedklinik.

#### Ortopedi

Operation med lateral clavikelresektion.

### 5.5 Axel – bicepsseneruptur

#### Primärvård

Proximal bicepsseneruptur i axeln är nästan alltid en degenerativ skada som man inte kan göra något åt och som sällan ger någon funktionell nedsättning

Däremot distal bicepsseneruptur i armbågen bör oftast opereras akut.

#### Ortopedi

Bicepssenesutur.

### 5.6 Axel – recidiverande luxationer med traumatisk genes

#### Primärvård

Om diagnosen är klar och patienten själv vill bli opererad remiss till ortopedklinik.

#### Ortopedi

Stabiliserande kirurgi, oftast med artroskopisk teknik.



## 5.7 Axel – recidiverande luxationer utan traumatisk genes, habituella luxationer

### Primärvård

- Konventionell röntgen.
- Sjukgymnastisk behandling.
- Om inte förbättring efter sex månader trots sjukgymnastik remiss till ortopedklinik.

### Ortopedi

Eventuell stabiliserande kirurgi.

## 6 Armbåge/underarm/hand

### 6.1 Dupuytrens kontraktur

Se [NKK](#)

#### Primärvård

Börjar ofta som små hårda, lätt ömmande knutor i handflatan. Dessa skall ej behandlas, handläggning innefattar endast information till patient om diagnos och förlopp.

Remiss till handkirurgiska kliniken om patienten börjar få sträckdefekt i fingrarna med  $>30^\circ$  extensiondefekt i MCP-led och/eller PIP-led som ger besvär i det dagliga livet.

#### Ortopedi

Ställningstagande till operation eller annan behandling på handkirurgiska kliniken.  
Efterbehandling/Uppföljning hos arbetsterapeut.

### 6.2 Malletfinger/droppfinger

Se [NKK](#)

#### Primärvård

-Vid minimalt trauma och oförmåga att extendera fingrets ytterled (droppfinger) är röntgenundersökning ej nödvändig.

-Vid större trauma eller om fingret är svullet och påtagligt ömmande rekommenderas en konventionell röntgen.

-Arbetsterapi för ortosbehandling med DIP-leden i hyperextension dygnet runt i 6 veckor dygnet runt och 6 veckor nattetid. Remiss till handkirurgiska kliniken arbetsterapeut.

#### Ortopedi

Remiss till handkirurgiska kliniken om röntgen visar subluktion eller dislokation av stort benfragment  $> 50$  procent av ledytan. Handläggning i handkirurgisk specialistvård och ställningstagande till operation.

### 6.3 Tumbasartros (CMC-1-ledsartros)

Se [NKK](#)

#### Primärvård

-Klinisk och radiologisk diagnos med slätröntgen därefter stegvis behandling.

- Steg 1: Symtomatisk behandling med information, värktabletter och artrosskola.
- Steg 2: Arbetsterapi för utprovande av hjälpmedel och ortoser samt ergonomisk rådgivning.
- Steg 3: Intraartikulär kortisoninjektion. Kan upprepas vid god effekt.

### Ortopedi

- Steg 4: Remittera till handkirurgiska kliniken om allt ovan prövats och patienten önskar kirurgisk åtgärd och har kvarstående stora besvär i det dagliga livet med rörelse och belastningssmärta samt vilovärk. Remiss med en aktuell röntgenundersökning (1år).

## 6.4 Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros)

### Primärvård

-Klinisk och eventuellt radiologisk diagnos med slätröntgen.

-I första hand symtomatisk behandling hos arbetsterapeut med träning, artrosskola och information om hjälpmedel, samt vid behov värktabletter. Värken avtar som regel när den inflammatoriska reaktionen lagt sig.

### Ortopedi

-Remiss till handkirurgiska kliniken med en aktuell röntgen (1år) om patienten har stora besvär i det dagliga livet med belastnings- och greppsmärta/värk och önskar bli stelopererad i berörd led för ställningstagande till steloperation.

## 6.5 Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led

### Primärvård

Noggrann medicinsk undersökning med stabilitetsprovning. Remiss till röntgen, på jourtid kan remissen skickas till ortopedisk akutmottagning.

Om konventionell röntgen är ua och tummen är stabil, remiss till arbetsterapeut för ortos och träningsprogram inom primärvården.

### Ortopedi

Vid misstänkt instabilitet, remiss till handkirurgiska kliniken utan dröjsmål

## 6.6 Karpaltunnelsyndrom

Se [NKK](#)

### Primärvård

Arbetsterapi för nattskena i ett par månader och ergonomisk rådgivning.

Eventuellt antiflogistika.

Remiss till handkirurgiska kliniken om patienten får tilltagande domningar eller om effekten av handkirurgiska kliniken uteblir. OBS! Remiss utan dröjsmål till handkirurgiska kliniken om patienten har domningar hela dygnet eller manifesta bortfallssymtom i form av känselnedsättning och motoriskt bortfall.

### Ortopedi

Ingen ENG/ EMG krävs vid typisk anamnes.

Operation med friläggning av nervus medianus i handledsnivå.

## 6.7 Morbus de Quervain

### Primärvård

- Arbetsterapi för ortosbehandling och ergonomisk rådgivning.
- Antiflogistika.
- Lokal kortisoninjektion i första dorsala facket om tekniken behärskas av läkaren.
- Om oklarhet i diagnos – konventionell röntgen för att utesluta artrosförändringar radially i handleden.

### **Ortopedi**

Remiss till handkirurgiska kliniken om besvär kvarstår efter flera månader trots given behandling, och patienten har påtagliga besvär i det dagliga livet.

Operation med klyvning av första dorsala senfacket.

## **6.8 Triggerfinger**

### **Primärvård**

- Antiflogistika
- Kortisoninjektion lokalt i senskidan om tekniken behärskas av läkaren.
- Arbetsterapeutisk behandling

### **Ortopedi**

Remiss till handkirurgiska kliniken vid kvarstående besvär med smärtsamma upphakningar efter 3 månader trots behandling.

Operation med klyvning av första annularligamentet

## **6.9 Handledsganglion**

Se [NKK](#)

### **Primärvård**

Klinisk diagnos.

Punktion och aspiration med eventuell åtföljande kortisoninjektion i ganglion om tekniken behärskas av läkaren.

Om patienten är > 50 år rekommenderas slätröntgen för att utesluta underliggande artros. Vid artros kan patienten remitteras till handkirurgiska kliniken.

### **Ortopedi**

Remiss till handkirurgiska kliniken vid symptomgivande besvär.

Punktion alternativt operation.

## **6.10 Handledsartros**

### **Primärvård**

- Fysioterapi-artrosskola eller motsvarande, ev. utprovning av hjälpmedel samt regelbunden anpassad träning i minst 6 månader och utvärdering.
- Smärt- och inflammationsstillande behandling.
- Slätröntgen vid oklar diagnos eller om remiss till ortoped övervägs.
- Om långdragen påverkan på livskvaliteten (belastnings- och rörelsesmärta eller vilovärk) och patienten är positiv till operation eller vid oklar diagnos ställs remissen till handkirurgiska kliniken med en aktuell röntgen (1år).
- Rökstopp om man funderar på operation.

### **Ortopedi**

Vid utesluten förbättring remiss handkirurgiska kliniken för ställningstagande till proteskirurgi eller artrodes.

Eventuellt kompletterande utredning ansvaras av handkirurgiska kliniken.

## 6.11 Nervus Ulnaris entrapment i armbågen

### Primärvård

- Arbetsterapi för nattskena i ett par månader och ergonomisk rådgivning. Kommunens arbetsterapeut kan utprova prefabricerad ortos. Vid trycksmärta över nerven sköts det av arbetsterapeut inom slutenvården. Remiss ställs till handkirurgiska kliniken.
- Eventuellt antiflogistika.
- Remiss till handkirurgiska kliniken om patienten får tilltagande domningar eller om effekten av konservativ behandling uteblir. OBS! Remiss utan dröjsmål till handkirurgiska kliniken om patienten har domningar hela dygnet eller manifesta bortfallssymtom i form av känselnedsättning och motoriskt bortfall.

### Ortopedi

Ingen ENG/ EMG krävs.

Operation med friläggning av nervus ulnaris i armbågsnivå.

Postoperativa uppföljningen sker på handkirurgiska kliniken.

## 6.12 Armbåge – epikondylit

### Primärvård

- Kontrollera arbetsmiljön om möjligt. Uteslut utlösande faktorer.
- Behandling med excentrisk träning i 12 veckor och ortos.
- Uppföljning hos sjukgymnast/arbetsterapeut efter 2-3 veckor.
- Akupunktur kan övervägas.
- Besvären går oftast över men om kvarstående påtagliga besvär trots adekvat behandling efter 6 månader kan man överväga remiss till ortopedklinik/handkirurg.

### Övrigt

Resultaten av kirurgi är inte uppmuntrande varför man i det längsta försöker med konservativ behandling.

## 7 Höft

### 7.1 Höft – artros

#### Primärvård

- Konventionell röntgen. Vid remiss till ortoped bör inte denna vara äldre än ett år.
- Sjukgymnastik, hjälpmedel, artrosskola.
- Arbetsterapi, hjälpmedel.
- Anpassning av arbetet vid behov.
- Smärtlindrande behandling.
- Om vilovärk/nattlig värk och gångsträcka under 1 km och patienten är positiv till operation eller vid oklar diagnos remiss till ortopedklinik.

### Ortopedi

Vid röntgenologiskt tecken på artros samt besvärlig värksituation med livskvalitetssänkande funktionsinskränkning proteskirurgi.

### Övrigt



Protespatienter följs kontinuerligt via ortopediklinikens Svenska höftprotesregistret med röntgen samt frågeformulär.

Naturalförloppet vid artros är att en tredjedel successivt försämras och resten har samma nivå av symtom och besvär eller förbättras.

## 8 Knä

### Akuta skador

#### 8.1 Knä – trauma (kontusion, distorsion)

##### Primärvård

- Akut konventionell röntgen.
- Vid hydrops/hemartros/extensionsdefekt eller instabilitet Ortopedbedömning dagtid.
- I övrigt tidig sjukgymnast kontakt.
- Vid kvarstående besvär 3 månader efter trauma, överväg remiss till ortopediklinik.

##### Ortopedi

Bedömer knäskadans svårighetsgrad.

Eventuellt MR alt. arthroscopi vid oklar diagnos.



## 8.2 Knä – artros

### Primärvård

- Konventionell röntgen belastade bilder, måste inte göras vid typiska symtom och fynd(Nationella riktlinjer). Men måste finnas vid remiss till ortoped och bör då inte vara äldre än ett år.
- Sjukgymnastik, hjälpmedel, artrosskola.
- Arbetsterapi, hjälpmedel.
- Anpassning av arbetet vid behov, uppmuntra fysisk aktivitet.
- Smärtlindrande behandling.
- Cortisoninjektioner vid synovit/hydrops.
- Glukosamin kan provas.
- Vid svår kvarstående värk eller belastningssmärta där konservativ behandling inkl artrosskola inte haft tillräcklig effekt och patienten är positiv till operation eller vid oklar diagnos remiss till ortopedklinik.

### Ortopedi

Avlastande ortos kan vara aktuell till yngre patienter.

Ställningstagande till operativ åtgärd som avlastande vinkeloperation (osteotomi), enkammarprotes eller helprotes.

### Övrigt

Naturalförloppet vid artros är att en tredjedel successivt försämras och resten har samma nivå av symtom och besvär eller förbättras. Operationsindikation smärtlindring. Efter protesoperation avråds från löpning och tung fysisk belastning.

Patienten utremitteras till primärvården cirka ett år efter operation.

## 8.3 Knä – kondromalaci/femoropatellär smärta

### Primärvård

- Sjukgymnastisk behandling.
- Ergonomisk utredning.
- Konventionell röntgen med patellaaxial projektion vid oklara besvär eller oklar diagnos.
- Oftast förbättring med tiden.
- Om långvariga, mer än 6 månader, invalidiserande besvär remiss till ortopedklinik.

### Ortopedi

Artroskopi. Endast ett fåtal blir föremål för kirurgisk behandling.

### Övrigt

Långvarig men godartad åkomma.

## 8.4 Knä - patellasubluxation/luxation

- Konventionell röntgen med patella-axial-projektion
- Sjukgymnastik
- Remiss till ortopedteknik för stabiliserande ortos
- Vid kvarstående besvär till ortoped



## 9 Fot

### 9.1 Fotled – fotledsinstabilitet (distorsion)

#### Primärvård

- Sjukgymnastik med styrke-, koordinations- och rörelseträning.
- Stabiliserande bandage.
- Konventionell röntgen. Avslitet benfragment/ledbandsfäste behandlas som distorsion.
- Vid upprepade distorsioner eller kvarstående besvär efter 6 månader remiss till ortopedklinik.

#### Ortopedi

Konventionell provokationsröntgen.  
Ställningstagande till operativ åtgärd vilket är mycket ovanligt.

### 9.2 Fotled – hälsenebesvär inkl hälsenetendinos

#### Primärvård

- Råd om inlägg och klackförhöjning.
- Sjukgymnastik med excentrisk träning.
- Antiflogistika lokalt som gel under ocklusionsförband.
- Vid långvariga besvär mer än sex månader samt svullnad. Remiss till ortoped
- Inte cortisoninjektion.

#### Ortopedi

Ställningstagande till kirurgisk behandling alternativt sklerosering.

### 9.3 Fot – hallux valgus/hammartå

#### Primärvård

- Breda, mjuka skor.
- Lästa ut skor hos skomakare.
- Remiss till ortopedtekniker för inlägg med främre pelott.
- Om besvärlig värk och belastningssmärta eller uttalade skopproblem trots adekvat konservativ behandling remiss till ortopedklinik tillsammans med röntgen, belastade bilder.

#### Ortopedi

Konventionell röntgen och ställningstagande till kirurgi.



## 9.4 Fot – plantarfasciit och hälsporre

### Primärvård

- Avlastande inlägg. Ev remiss ortopedtekniska avd.
- Remiss till sjukgymnast för ev tejpning.
- Antiflogistika lokalt som gel under ocklusionsförband.
- Inga injektioner i hålfoten.
- Normalt inte remiss till ortopedklinik.

## 9.5 Fot – Mortons neurinom

### Primärvård

- Eventuellt avlastande inlägg.
- Skoråd.
- Eventuell injektion av cortison och lokalanestetikum
- Vid långvariga besvär mer än 6 månader remiss till ortopedklinik.

### Ortopedi

Eventuell MR.

Operation med exstirpation av neurom.

## 9.6 Fot – plattfothet

### Primärvård

- Vid smärtsamma fall av plattfothet inlägg.
- Ensidig smärta av plattfothet som utvecklats under 6 månader i övre medelåldern och däröver kan tyda på senskada, remiss till ortopedklinik.

### Ortopedi

Ställningstagande till kirurgi.