

Ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistsjukvård vuxna

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2018–00354) giltigt till maj 2021
Utarbetad av dåvarande sektorsråden för allmänmedicin och neurologi, Regionala programområdet nervsystemets sjukdomar samt Primärvårdsrådet

Syfte

Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistsjukvård för vuxna

Bakgrund

Symtom från nervsystemet är en vanligt förekommande anledning till besök i sjukvården och handläggs både inom primärvården och den neurologiska specialistsjukvården.

Cirka 2,7 % av diagnoserna i primärvården beräknas vara av neurologisk genes (G00-G99).

Utredning och behandling

Remiss till neurolog ska i normalfallet ske, då konsultation är nödvändig med anledning av patientens medicinska behov, samt då den specialiserade vården kan bidra med åtgärder utöver det primärvården kan erbjuda.

Vårdbegäran

Remiss från primärvården till neurologisk specialistsjukvård skall innehålla:

- Sammanfattande beskrivning av duration, förlopp, symtombeskrivning med diagnosförslag och tydlig frågeställning.
- Beskrivning av neurologiska statusfynd.
- Relevanta sjukdomar i övrigt.
- Resultat av genomförd utredning och eventuell behandling.
- Aktuell läkemedelslista.

Remiss eller remissvar från neurologisk specialistsjukvård till primärvården skall innehålla:

- Diagnos.
- Prognos.
- Rekommendation avseende fortsatt uppföljning inom primärvården,
- Om vårdövertag önskas ska remiss skrivas enligt VGR:s regelverk för remittering.

För ytterligare information se [Regional medicinsk riktlinje Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Vårdnivå

För patienter som har regelbunden kontakt med den neurologiska specialistsjukvården ansvarar primärvården för bedömningar och omhändertagande av övriga sjukdomar och symtom som ingår i primärvårdens ansvarsområde. Detta kan innebära första bedömning och omhändertagande vid övergående försämring av symtom associerade till den neurologiska diagnosen till exempel, smärtor, huvudvärk, orkeslöshet, mag-tarmproblem, depression.

Primärvården ansvarar för eventuell kortare sjukskrivning vid ovanstående beskrivna problem. Vid längre sjukskrivningsbehov tas kontakt med neurologspecialist.

För patienter vilka har regelbunden kontakt med den neurologiska specialistsjukvården ansvarar specialistsjukvården för långvariga sjukskrivningar relaterade till den neurologiska sjukdomen och Läkarutlåtande om Hälso- och sjukvård.

Sjukskrivningsansvaret för patient som remitterats från primärvården övertas först efter att patienten har bedömts och är aktuell för fortsatt omhändertagande inom den neurologiska specialistsjukvården. För patient som har kontakt med både neurologisk specialistsjukvård och primärvård ansvarar primärvården för intyg avseende färdtjänst, p-tillstånd samt tandvård. När patienten enbart har kontakt med en vårdenhet ansvarar denna för utfärdandet av nödvändiga intyg.

Körkortsintyg vid neurologiska sjukdomar inklusive epilepsi, epileptiskt anfall och annan medvetandestörning utfärdas enligt Transportstyrelsens direktiv.

Transportstyrelsens författningssamling TSFS 2010:125, se [Transportstyrelsens föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m.m.](#)

Neurologisk sjukdom definieras i författningen som sjukdom i nervsystemet som kan innebära trafiksäkerhetsrisk

Vid körkortsbehörighet C1, C1E, C, CE, D1,D1E, D, DE eller taxiförarlegitimation utfärdas dessa av läkare med specialistkompetens i neurologi.

Vid körkortsbehörighet AM, A1, A2, A, B, BE eller traktorkort utfärdas dessa av specialistkompetent läkare med god kännedom om patientens sjukdom. I praktiken den läkare som utifrån denna RMR ansvarar för behandlingen av den neurologiska sjukdomen.

Den neurologiska specialistsjukvården kan alltid kontaktas för råd och stöd avseende körkortsfrågor.

Patienter oavsett neurologisk diagnos i ett palliativt skede kan remitteras till primärvården eller palliativ enhet för fortsatt omhändertagande.

I remissen skall sjukdomens förväntade förlopp tydligt framgå. Patient och närstående skall ha haft ett Brytpunktsamtal med information om att den neurologiska specialistsjukvården inte längre kan tillföra något mer avseende patientens behandling.

Patienter med neurologisk sjukdom vilka handläggs av primärvården kan alltid remitteras/återremitteras till den neurologiska specialistsjukvården för konsultation och ställningstagande till fortsatt uppföljning inom specialistvården.

Bilaga diagnoser

Ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistsjukvård avseende nedanstående diagnoser:

- [Amyotrofisk lateralskleros \(ALS\)/Motorneuronsjukdom](#)
- [Epilepsi](#)
- [Essentiell tremor](#)
- [Huvudvärk](#)
- [Hydrocephalus](#)
- [Multipel skleros \(MS\)](#)
- [Myastenia gravis](#)
- [Narkolepsi och Idiopatisk hypersomni](#)
- [Parkinson och Parkinsonliknande sjukdomar](#)
- [Polyneuropati](#)
- [Primär malign tumör i centrala nervsystemet](#)
- [Restless legs syndrom \(RLS\) / Willis-Ekboms sjukdom](#)
- [Spasticitet-/dystoni-behandling](#)
- [Stroke/TIA](#)
- [Trigeminusneuralgi](#)
- [Övriga neuromuskulära sjukdomar](#)

Ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistsjukvård vuxna – avseende diagnoser

1. Amyotrofisk Lateralskleros (ALS) / Motorneuronsjukdom

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om motorneuronsjukdom. Misstanke finns bland annat vid succesiv tal-, tungmotorik-, sväljstörning och/eller försvagning, pareser och atrofi av tvärstrimmig muskulatur. Eventuellt ses också fascikulationer.

Neurologisk specialistsjukvård:

Utredning, behandling och uppföljning.

2. Epilepsi

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om nydebuterad epilepsi. Uppföljning av utprovad och stabil behandling av patient med stabil anfallssituation sedan minst två år. En stabil anfallssituation innebär inte alltid total anfallsfrihet då många patienter inte uppnår detta mål och anfallssituationen bedöms inte kunna förbättras ytterligare. Kontakt med neurolog vid frågor kring till exempel utsättning eller behov av uppdatering av behandling.

Använd interaktionsdatabasen [Janusmed interaktioner och Riskprofil](#) för information.

Neurologisk specialistsjukvård

Utredning och uppstart av farmakologisk behandling för patienter med nydebuterad epilepsi. Bedömningar av patient med försämrad anfallssituation. Behandlingar inkluderande licensläkemedel, off-label terapi samt behandlingar med ett flertal mediciner vilka innebär risk för komplicerande interaktioner. Ställningstagande till medicinbyte, samt utsättning av antiepileptisk medicinering. Kvinnor i fertil ålder för vilka graviditet är eller kan bli aktuell. Körkortstyp för vilka neurologspecialisten har behandlingsansvar.

3. Essentiell tremor

Primärvård

Klinisk diagnos, utredning inkluderar tyroideastatus. Farmakologisk behandling med betablockad. Psykoaktiva droger och alkohol som orsak till tremor skall vara uteslutna. Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid diagnostisk osäkerhet och/eller terapivikt. Uppföljning med behandlingsrekommendation efter utredning vid specialistsjukvården.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning och farmakologisk eller kirurgisk behandling och vid behov uppföljning.

4. Huvudvärk

Primärvård:

Huvudvärk utan neurologiska symtom såsom spänningshuvudvärk, läkemedelsinducerad huvudvärk och okomplicerad migrän. Se [RMR Läkemedel Migrän](#) Uppföljning med behandlingsrekommendation av patienter med komplicerad huvudvärk efter utvärderad och optimerad stabil behandling. Trots optimal läkemedelsbehandling uppnår inte alla patienter symtomfrihet, men symtomlindring. Viktigt att beakta icke farmakologiska behandlingsalternativ.

Neurologisk specialistsjukvård:

Bedömning vid komplicerad huvudvärk och/eller diagnostisk osäkerhet. Injektion med botulinumtoxin. Behandling med CGRP antikroppar.

5. Hydrocefalus

Primärvård:

Radiologisk utredning (DT-hjärna) vid klinisk misstanke och frågeställning om normaltryckshydrocefalus (balanssvårigheter, gångproblem, kognitiv svikt och urinträngningar/ inkontinens).

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid klinisk misstanke och radiologisk ventrikelvidgning.

Uppföljning med behandlingsrekommendation efter utredning vid specialistsjukvården.

Vid symtom tydande på förhöjt intrakraniellt tryck som ger misstanke om shunt dysfunktion (huvudvärk, illamående, kräkningar, medvetandesänkning, vanligen om shunt pga annan orsak än normaltryckshydrocefalus) akutremiss till sjukhus.

Vid misstänkt shunt dysfunktion utan misstanke om förhöjt intrakraniellt tryck (vanligen om opererad för normaltryckshydrocefalus) utredning med DT-hjärna och därefter vid behov remittera till neurolog för bedömning.

Neurologisk specialistsjukvård:

Fortsatt utredning och behandling.

Vid misstänkt shunt dysfunktion ta ställning till och vid behov beställa shuntografi.

6. Multipel skleros (MS)

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om MS. Misstanke finns bland annat vid sensoriska och/eller motoriska symtom med successiv försämring, duration över 24 timmar, och inte förklaras av annan sjukdom. Optikusneurit också vanligt debutsymtom.

Utredning av beskedliga ospecifika symtom utan neurologiskt säkra fynd i status handläggs inom primärvården genom klinisk värdering och vid behov med kompletterande radiologi, företrädesvis MR undersökning.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning, behandling och uppföljning.

7. Myastenia gravis

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om myastenia gravis. Misstanke finns vid snabb uttrötthet av tvärstrimmig muskulatur, försämras vid aktivitet och lindras av vila.

Neurologisk specialistsjukvård

Utredning, behandling och uppföljning.

8. Narkolepsi och Idiopatisk hypersomni

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om narkolepsi eller idiopatisk hypersomni.

Basal laboratorieutredning ska göras för att utesluta andra orsaker till trötthet. Sömnapné syndrom skall vara uteslutet.

Neurologisk specialistsjukvård

Utredning, behandling och uppföljning.

Se Regionalt medicinsk riktlinje Obstruktiv sömnapné hos vuxna – diagnostik och behandling.

Se [Regional medicinsk riktlinje Insomni](#).

9. Parkinson och parkinsonliknande sjukdomar

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om Parkinsons sjukdom eller parkinsonliknande sjukdomsbild. Misstanke finns vid tremor, hypokinesi och rigiditet. Symtom kan utvecklas var för sig och är vanligen sakta progredierande.

Farmakologisk behandling som orsak till parkinsonism (till exempel neuroleptika) skall vara utesluten.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning, behandling och uppföljning.

10. Polyneuropati

Primärvård

Basal laboratorieutredning innefattande faste-P-glukos, HbA1c, blodstatus, leverstatus med CDT, kreatinin, SR, CRP, S-proteinprofil, B12, folat, TSH och fritt T4.

Farmakologisk behandling av eventuell underliggande orsak.

Behandling av eventuell neuropatisk smärta.

Remiss till specialistsjukvård vid diagnostisk osäkerhet och/eller snabb progress, särskilt om motoriska symtom dominerar.

Uppföljning med behandlingsrekommendation efter utredning vid specialistsjukvården.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning och behandling.

11. Primär malign tumör i centrala nervsystemet

Primärvård

[Se Primära maligna hjärntumörer. Förkortad version för primärvården.](#)

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

Förstagångs epileptiskt anfall (fokalt eller generaliserat).

Debut av fokalt neurologiskt bortfallssymtom (t.ex. halvsidig förlamning, koordinations-/balanssvårigheter, känselnedsättning, synfältsbortfall eller dysfasi/talpåverkan) progredierande över dagar eller veckor utan andra sannolika förklaringar (t.ex. känd multipel skleros eller känd metastaserad cancersjukdom).

Nytilkommen personlighetsförändring eller kognitiv nedsättning, progredierande över veckor eller ett fåtal månader.

Nytilkommen huvudvärk eller markant förändring i tidigare huvudvärksmönster (särskilt vid förekomst av illamående, kräkningar, staspapill eller andra symtom/fynd talande för ökat intrakraniellt tryck) som progredierar över veckor och där grundlig sjukhistoria och klinisk neurologisk undersökning inte har påvisat andra sannolika förklaringar.

DT- eller MRT-undersökning (utförd på andra indikationer) som föranleder misstanke om primär malign hjärntumör. Om radiologiska fynd talar för meningiom, hypofysadenom eller schwannom ska patienten dock utredas enligt ordinarie rutiner och inte remitteras till standardiserat vårdförlopp.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning, behandling och uppföljning.

12. Restless legs syndrom (RLS)/Willis-Ekboms sjukdom

Primärvård

Utredning och behandling i första hand inom primärvården. Vid komplicerade fall eller terapivikt remiss neurolog.

Uppföljning med behandlingsrekommendation efter utredning vid specialistsjukvården

För ytterligare information se [RMR läkemedel – Restless legs syndrom](#)

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning och behandling vid komplicerade fall.

13. Spasticitet/dystoni-behandling

Primärvård:

Fysioterapi.

Primär farmakologisk behandling av spasticitet, vanligen baklofen per oralt.

Remiss vid terapivikt.

Uppföljning efter insatt behandling med behandlingsrekommendation av patient i stabil fas. Med stabil fas menas att ställningstagande till rehabiliteringsbehov har gjorts och att läkemedelsbehandling bedöms som optimal. Optimal läkemedelsbehandling innebär dock inte alltid total symtomfrihet, men att en situation som bedöms acceptabel har uppnåtts.

Neurologisk specialistsjukvård:

Utredning och behandling vid terapivikt efter behandlingsförsök inom primärvården.

14. STROKE/TIA

Primärvård

Akut hänvisning eller remiss till sjukhus vid misstanke om TIA eller stroke vid akuta symtom eller som debuterat inom 7 dagar.

Misstanke TIA eller stroke efter 7 dagar men mindre än en månad. Akut remiss till sjukhus för utredning och behandling inom ett par dagar.

Misstänkt TIA eller stroke för mer än en månad sedan utreds och behandlas inom primärvården.

Neurologisk specialistsjukvård

Utredning och behandling av nyinsjuknade med misstänkt TIA eller stroke inom 1 månad.

För ytterligare information se [RMR Misstänkt TIA- akut utredning och behandling på sjukhus.](#)

15. Trigeminusneuralgi

Primärvård

Undersökning / klinisk diagnos med kortvariga intensiva ansiktssmärtor i trigeminusinnerverat område.

Initial farmakologisk behandling.

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid atypisk bild, diagnostisk osäkerhet och/eller terapivikt samt debut före 40 års ålder eller bilateral trigeminusneuralgi.

Uppföljning av insatt behandling med behandlingsrekommendation.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning och behandling vid terapivikt eller atypiska symtom.

16. Övriga neuromuskulära sjukdomar

Primärvård

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid misstanke om neuromuskulär sjukdom. Misstanke kan uppkomma vid försämring av kraft i tvärstrimmig muskulatur, med eller utan muskelatrofi. Serum CK kan vara förhöjt, men normalt CK utesluter inte sjukdom.

Uppföljning av patienter med neuromuskulära sjukdomar som inte har behov av regelbundna kontroller.

Neurologisk specialistsjukvård

Utredning, behandling.

Uppföljning av patienter med primära neuromuskulära sjukdomar som har behov av regelbundna kontroller i syfte att minimera komplikationer av deras sjukdom.