

Ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistsjukvård vuxna

Innehållsförteckning

Syfte.....	2
Huvudbudskap	2
Förändringar sedan föregående version	2
Vårdnivå och samverkan	2
Sjukskrivning.....	3
Intyg.....	3
Körkort.....	3
Palliativt skede.....	3
Amyotrofisk Lateralskleros (ALS) /Motorneuronsjukdom	4
Epilepsi	4
Essentiell tremor	5
Huvudvärk	5
Hydrocefalus.....	6
Multipel skleros (MS).....	6
Myastenia gravis.....	7
Narkolepsi och Idiopatisk hypersomni	7
Parkinson och parkinsonliknande sjukdomar	7
Polyneuropati.....	8
Primär malign tumör i centrala nervsystemet	8
Restless legs syndrom (RLS)/Willis-Ekboms sjukdom.....	9
Spasticitet/dystoni - behandling.....	9
Stroke/TIA	9
Trigeminusneuralgi.....	10
Övriga neuromuskulära sjukdomar.....	10
Utredning och behandling.....	11
Remissrutiner	11

För vårdgivare..... 11

Syfte

Övergången mellan Västra Götalandsregionens primärvård (benämns i fortsättningen primärvård) och neurologisk specialistvård vuxen (och vice versa) ska ske på ett sömlöst och patientsäkert sätt. En väl fungerande konsultationsmodell med identifierad ansvarsfördelning ger förutsättningar för ett gott samarbete samt en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen (VGR). En stegvis behandlingsmodell utgår från principen om lägsta effektiva interventionsnivå utifrån patientens medicinska behov av vård. Vården ska vara personcentrerad och utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling. Detta innebär att patienten kan få vård från både primärvård och neurologi samtidigt.

Huvudbudskap

Riktlinjen anger ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistvård (vuxen) för 16 olika neurologiska områden inklusive stroke/TIA.

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande angående ansvarsfördelning för huvudvärk.

Vårdnivå och samverkan

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.

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.

Sjukskrivning

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 Hälsotillstånd.

Sjukskrivningsansvaret för patient som remitterats från primärvården övertas först efter att patienten har bedömts och är aktuell för fortsatt omhändertagande inom den neurologiska specialistsjukvården.

Intyg

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.

Körkort

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.

Palliativt skede

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

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

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.

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.

Många patienter uppnår inte en total anfallsfrihet. Om det bedöms att deras anfallssituation inte går att förbättra så anses deras anfallssituation som stabil.

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 anti epileptisk medicinering.

Kvinnor i fertil ålder för vilka graviditet är eller kan bli aktuell.

Körkortsyntyg för vilka neurologspecialisten har behandlingsansvar.

Essentiell tremor

Primärvård

Klinisk diagnos, utredning som inkluderar tyroideastatus. Farmakologisk behandling med betablockad.

Psykoaktiva droger och alkohol som orsak till tremor ska 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.

Huvudvärk

Primärvård

Huvudvärk utan neurologiska symtom såsom spänningshuvudvärk, läkemedelsöveranvändningshuvudvärk och okomplicerad migrän. Se [RMR Migrän](#)

Viktigt att beakta icke farmakologiska behandlingsalternativ.

Föreslå att patienten använder Migränappen för att dokumentera sina huvudvärksbesvär, få stöd att hantera sin huvudvärk samt kunna följa effekten av behandling. Appen är framtagen av VGR, kostnadsfri och laddas ner där appar finns.

Vid remiss till specialistvården, beakta behov av information i remissen. Se [Regional migränmottagning Sahlgrenska](#).

Uppföljning med behandlingsrekommendation från specialistsjukvården:

När målen i patientens vårdplan är uppnådda.

Många patienter uppnår inte en total anfallsfrihet. Om det bedöms att deras anfallssituation inte går att förbättra så anses deras anfallssituation som stabil.

Vid bedömning att fortsatt vård inom specialistsjukvården inte kommer att medföra någon ytterligare förbättring av patientens huvudvärksbesvär.

Neurologisk specialistsjukvård

Migrän med hög anfallsfrekvens trots att ickefarmakologisk behandling samt minst två och helst tre förebyggande läkemedel enligt [RMR Migrän](#) har prövats och utvärderats minst tre månader efter sista insatta behandlingen.

Behandling med Botox eller CGRP läkemedel för kronisk migrän.

Behandling med licensläkemedel för migrän.

Vissa patienter i behov av förebyggande specifik migränbehandling under graviditet och amning.

Behov av högspecialiserad icke-farmakologisk behandling.

Behov av högspecialiserad teamkompetens.

Klusterhuvudvärk.

Behov av specialistbedömning vid diagnostisk osäkerhet gällande huvudvärk.

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 på grund av 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.

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.

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.

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 ska vara uteslutet.

Neurologisk specialistsjukvård

Utredning, behandling och uppföljning.

Se [Regionalt medicinsk riktlinje Obstruktiv sömnapné hos vuxna – diagnostik och behandling](#).

Se [Regional medicinsk riktlinje Insomni](#).

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) ska vara utesluten.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning, behandling och uppföljning.

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.

Primär malign tumör i centrala nervsystemet

Primärvård

[Se SVF 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 (till exempel halvsidig förlamning, koordinations-/balanssvårigheter, känselnedsättning, synfältsbortfall eller dysfasi/talpåverkan) progredierande över dagar eller veckor utan andra sannolika förklaringar (till exempel känd multipel skleros eller känd metastaserad cancersjukdom).

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

Nyttillkommen 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.

Restless legs syndrom (RLS)/Willis-Ekboms sjukdom

Primärvård

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

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.

Stroke/TIA

Primärvård

Akut larm via 112 för att tillkalla ambulans vid misstanke om stroke med akuta symtom som debuterat inom de senaste 24 timmarna.

Direkt hänvisning eller remiss till akutmottagning vid misstanke om stroke som debuterat inom de senaste 1–7 dagarna.

Direkt hänvisning eller remiss till akutmottagning vid misstanke om TIA som debuterat inom de senaste 7 dagarna.

Misstänkt 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.

Strukturerad fortsatt uppföljning inklusive sekundärpreventiv läkemedelsbehandling. Om utredning och behandling skett på sjukhus kan uppföljning inom primärvården ske efter remittering.

Neurologisk specialistsjukvård

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

Trigeminusneuralgi

Primärvård

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

Initial farmakologisk behandling.

Remiss till neurologisk specialistsjukvård vid atypisk bild, diagnostisk osäkerhet och/eller terapivikt samt debut före 50 års ålder eller bilateral trigeminusneuralgi.

Uppföljning av insatt behandling med behandlingsrekommendation.

Neurologisk specialistsjukvård

Fortsatt utredning och behandling vid terapivikt eller atypiska symtom.

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.

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.

Remissrutiner

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

Remiss från primärvården till neurologisk specialistsjukvård ska därutöver 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 ska innehålla:

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

För remissinnehåll gällande remittering vid huvudvärk se [Regional migränmottagning Sahlgrenska](#)

För vårdgivare

För information gällande rehabilitering och försäkringsmedicin se vårdförlopp: [Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Mikael Edsbagge, (miked), Sektionschef

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

Dokument-ID: SSN12865-780821730-140

Version: 3.0

Giltig från: 2023-11-22

Giltig till: 2025-11-22