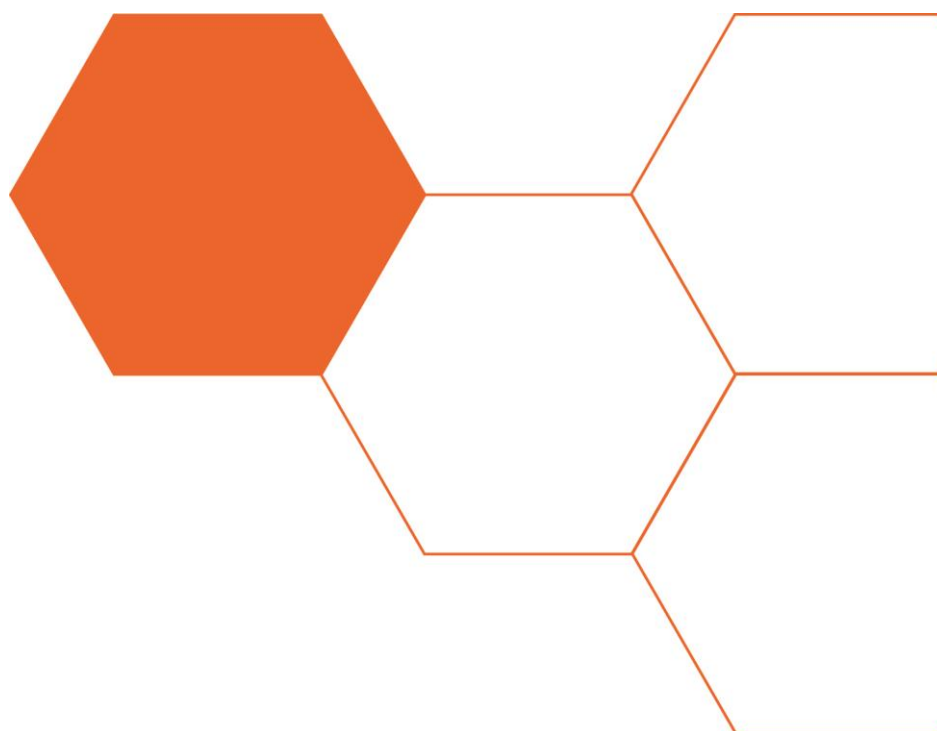


Vårdprogram för artros

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.



1 Förord	3
2 Dokumentinformation	4
3 Sammanfattning	5
4 Inledning	6
5 Uppdrag, fastställande och giltighetstid	7
6 Uppdrag och arbetsgrupper.....	7
7 Förankring och remissyttrande	8
8 Avgränsning	8
9 Definition, patogenes och epidemiologi	8
10 Hälsoinriktade aspekter	11
11 Diagnostik.....	11
12 Behandling.....	14
13 Utredning inför operation med knäprotes eller höftprotes.....	25
14 Uppföljning på individnivå	27
15 Uppföljning på regional nivå.....	28
16 Ansvarsfördelning	31
17 Ekonomiska aspekter.....	32
18 Artrosvård i framtiden	32
19 Referenser.....	34

1 Förord

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Omkring 10 % av alla män och 18 % av alla kvinnor över 60 år har besvär relaterade till artros. Enligt WHO är artros en av de 10 sjukdomar som orsakar störst global sjukdomsburda. Under 2012 genomfördes i Skåne ca 1500 höftprotesoperationer och 1600 knäprotesoperationer på grund av artros. Flera av de faktorer som ökar risken för artros är påverkbara och artrossymtom kan i många fall behandlas framgångsrikt med icke-kirurgiska åtgärder. Genom att följa evidens, som finns tillgänglig i Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganen, liksom i internationella guidelines kan handläggningen av denna patientgrupp optimeras vilket är viktigt såväl för den enskilde patienten som för samhället i stort.

Aktuellt vårdprogram har primärt tagits fram av Regionala medicinska kunskapsgruppen för rörelseorganens sjukdomar inom Södra sjukvårdsregionen och fastställts av Södra regionvårdsnämnden. Efter smärre justeringar fastställs nu vårdprogrammet att gälla för all verksamhet som drivs i Region Skånes regi – såväl offentlig som privat.

Malmö 2017-06-15

Rita Jedlert

T f Hälso- och sjukvårdsdirektör

2 Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Ylva Ericsson	Fysioterapeut och forskare	Ylva.ericsson@skane.se
Fastställt av	Rita Jedlert	T f Hälso- och sjukvårdsdirektör	Rita.jedlert@skane.se
Sakkunniggrupp	Regionala Medicinska Kunskapsgruppen för Rörelseorganens Sjukdomar		
Kontaktperson Koncernkontoret	Sven Oredsson	Medicinsk rådgivare	Sven.oredsson@skane.se
Administrativ kontaktperson	Ingrid Håkansson	Publicerare	Ingrid.hakansson@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2015-05-01	2017-10-31	
Revidering	2017-06-15	2018-12-31	
Revidering			
Revidering			
Revidering			

Sökord

3 Sammanfattning

Artros, som är vår vanligaste ledsjukdom, är idag den främsta orsaken till smärta och försämrad fysisk funktion hos medelålders och äldre personer. Idag får endast en mindre del av patienter med artros fullständig grundbehandling i enlighet med de Nationella riktlinjerna och behandlingen sätts oftast in alltför sent. Socialstyrelsens rekommendationer i de Nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar syftar till att följa evidensbaserad artrosvård för en mer jämlik och rationell behandling. Som en följd är målsättningen i detta vårdprogram att alla patienter med symtomgivande artros i knä eller höft ska erbjudas grundbehandling i tidigt skede av sjukdomen så att man kan förebygga funktionsnedsättning, minska sjukvårds konsumtion och smärtstillande medicin och samtidigt förbättra livskvalitén. På samma gång minskar risken för inaktivitetsrelaterade följsjukdomar som exempelvis det metabola syndromet. Det finns behov av ökade informationsinsatser både till allmänheten och till artrospatienter. Informationen bör handla om hur man hanterar symtom vid artros och om vilka behandlingsmetoder som är verksamma.

Enligt riktlinjerna är artros en klinisk diagnos som ställs genom en samlad bedömning baserad på anamnes, symtom och klinisk undersökning. Röntgen kan användas vid diagnostisk oklarhet, om det exempelvis finns misstanke om annan allvarlig sjukdom och när ortopedkirurgiskt ingrepp övervägs, men är i normalfallet inte nödvändigt för att inleda behandling. Basen för detta vårdprogram, är att alla med symtom och besvär relaterade till artros i knä eller höft ska erbjudas grundbehandling. Det betyder; information/utbildning, träning och viktkontroll. Den individuellt anpassade träningen, som minskar smärtan lika bra som läkemedel och dessutom förbättrar fysisk funktion och allmän hälsa, bör vara handledd. Genom en kombination av viktning och starkare muskler kommer individen att bättre bära upp sin vikt.

Grundbehandlingen ska ta individuella hänsyn och anpassas efter varje patients förutsättningar och behov. Eftersom artros påverkar individens funktion, livskvalitet och sinnesstämning och därmed även yrkesliv och fritid är det viktigt att vården har en holistisk syn. Genom teamsamverkan och vårdgivar-patientkontinuitet kan perspektivet breddas till att förutom symtom även innefatta fysisk funktion, levnadsvanor och psykosociala faktorer. Män och kvinnor ska få likartad behandling. Idag deltar fler kvinnor än män i artrosskola, men fler män än kvinnor blir artrosopererade i knäleden.

Artrosskolan enligt BOA-konceptet, som vanligen leds av en fysioterapeut, följer Socialstyrelsens riktlinjer och tillgänglig evidens. BOA-konceptet uppfyller också patientmaktstudien, att patientens egen syn på sina besvär och sin behandling ska vägas in i vården, genom att programmet är framtaget i nära samarbete och samråd med patienter och Reumatikerförbundet.

Med ovanstående som bakgrund rekommenderar Region Skåne att Artrosskolan enligt BOA-konceptet är den metod som bör användas när patientens vårdbehov så kräver. Dessutom krävs registrering av åtgärder vid artros för att kunna redovisa för Socialstyrelsen hur Riktlinjerna blivit implementerade. BOA-registret följer de variabler som krävs för detta. Samtidigt kan verksamheten på lokal nivå följa sina resultat vilket möjliggör förbättrings- och utvecklingsarbete. Tillgängligheten till Artrosskola enligt BOA-konceptet inklusive registrering i registret behöver förbättras i Region Skåne.

Ett ökat ansvar för fysioterapeuter att undersöka, diagnostisera och behandla patienter med artros leder sannolikt till ökad tillgänglighet i vården. Dessutom, med fysioterapeuten som första instans för patienter med besvär från knäled eller höftled får den positiva effekten att grundbehandlingen för artros initieras tidigare. Om effekten av fysioterapi uteblir ska fysioterapeuten alltid samråda med läkare så att eventuell alternativ utredning och behandling kan ske. Patienter som inte fått tillräcklig effekt av grundbehandlingen kan erbjudas tilläggsbehandling i form av smärtbehandling (farmakologisk och annan), hjälpmedel och bedömning avseende eventuellt behov av anpassning av bostaden. I de fall där även tilläggsbehandlingen haft otillräcklig effekt och patienten haft betydande symtom, funktionsproblem och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet i minst 3 månader kan ortopedkirurgisk behandling övervägas.

Vid remittering till ortopedklinik ska sedvanliga regler för remisshantering följas. Primärvårdsläkare ska ha värderat behovet och utfallet av icke-kirurgisk behandling enligt detta vårdprogram innan remittering av patient till ortopedmottagning sker. Innan kirurgisk behandling ges, ska patienten i förekommande fall ha remitterats till primärvården för hjälp med rökstopp och preoperativ optimering.

Efter en ledprotesoperation ansvarar ortopedisk klinik, förskrivning av smärtstillande mediciner och eventuell sjukskrivning vid hemgång samt har en uppföljande kontroll 3 månader postoperativt. Överrapportering av patienten till fysioterapeut i primärvården kan dock ske tidigare.

4 Inledning

Artros medför stora kostnader för samhället och en avsevärd belastning på sjukvårdsbudgeten, varför det är viktigt att resurserna används på rätt sätt. En beräkning av samhällskostnaderna för artros år 2001, visade att dessa uppgick till 2 miljarder i direkta kostnader och 10 miljarder i indirekta kostnader (sjukbidrag, förtidspensioner och produktionsbortfall) [1]. En svensk kohortstudie visade nyligen att personer med kliniskt diagnostiserad knäartros hade dubbelt så stor risk att bli sjukskrivna och 40-50% ökad risk att få sjukbidrag jämfört med normalbefolkningen [2]. Behovet av sjukvård för artrosrelaterade besvär beräknas stiga de närmaste decennierna till följd av att antalet äldre ökar i befolkningen [3], det faktum att övervikt blivit allt vanligare förväntas medföra att fler kommer att drabbas av artros i knä- eller höftleder [4]. Vi står alltså inför utmaningen att klara av att kvalitetssäkra artrosvården samtidigt som vårdens resurser måste räcka till för allt flera. Då flera av de faktorer som ökar risken för artros går att påverka kan insatser i form av information, utbildning och preventionsprogram löna sig. Träning, viktkontroll och patientutbildning är åtgärder som har visat sig effektiva för att lindra symtomen och förbättra funktionen eller livskvaliteten för dem som har artros och bör därför erbjudas alla patienter i tidigt skede av sjukdomen.

För att kunna klara uppdraget att ge en bra vård till alla med artrosrelaterade besvär måste vi ha ett effektivt användande av resurserna inom kliniken och en bättre samordning mellan olika vårdenheter. Vi bör också låta nya vårdmodeller provas och utvärderas. Eftersom en del av grundbehandlingen vid artros sker genom egenvård bör man undersöka om olika stödinsatser kan förbättra följsamheten till denna, exempelvis e-hälsoalternativ. Fördelningen av ansvaret mellan olika vårdprofessioner bör också ses över.

Sjuksköterskor och fysioterapeuter kan ta över en del uppgifter som ligger på läkaren idag med bibehållen kvalitet. Detta förslag ligger i linje med slutsatserna i rapporten "Ur led är tiden" [5], som konstaterar att det kan finnas stor potential i att omfördela arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper i sjukvården, men också en del hinder för genomförandet.

Detta vårdprogram sammanfattar aktuell kunskap om artros och artrosbehandling med syftet att vi ska kunna erbjuda en god vård för alla med artros. För att förverkliga detta måste kunskapen tillvaratas och omsättas i praktiken vilket är ett stort arbete i sig. Det finns idag ett antal olika rekommendationer och riktlinjer för artrosbehandling [6]. Stor samstämmighet råder mellan dessa, emellertid har de endast i ringa grad implementerats. Detta kan tolkas som att det finns ett problem med spridning och implementering snarare än brist på relevanta riktlinjer. Vid implementering av vårdprogrammet behövs troligen en samtidig översyn av processerna i vården så att organisationsmässiga och andra hinder kan identifieras.

Vårdprogrammet bygger på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar (2012) samt på ett antal befintliga lokala vårdprogram: Artrosprocessen 2009 (Region Skåne SV), Vårdprogram artros i höft och knä 2010 (Region Skåne NV), Höftplastik vårdprogram 2013, Knäplastik vårdprogram 2013 (lt Blekinge) och Riktlinjer för rehabilitering av patienter med höft- och knäledsartros (lt Kronoberg). Vårdprogrammet beskriver hur patienter med artros i höft- eller knäled ska utredas och diagnostiseras på sjukvårdsenheter i primärvården och hur dessa patienter ska erbjudas utbildning och behandling efter individuellt behov. Vårdprogrammet beskriver ansvarsfördelning mellan olika vårdprofessioner och definierar vilka ansvarsområden som gäller för primärvård respektive sjukhus.

5 Uppdrag, fastställande och giltighetstid

Detta vårdprogram är giltigt från och med 2015-05-01 och skall revideras vid behov, dock senast 2017-04-30

6 Uppdrag och arbetsgrupper

Magnus Eneroth, ordförande i Regionala Medicinska Kunskapsgruppen för Rörelseorganens Sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen fick 2013-11-18 i uppdrag från Rita Jedlert, bitr medicinsk direktör, att tillsammans med kunskapsgruppen för rörelseorganens sjukdomar ta fram ett vårdprogram för behandling av artros i knä- och höftled.

Huvudansvarig för arbetet har varit: Ylva Ericsson, fysioterapeut och forskare, verksamhetsområde ortopedi, Skånes Universitetssjukvård.

Övriga deltagare i arbetsgruppen:

- Gunnar Flivik, överläkare, Verksamhetsområde Ortopedi, Skånes Universitetssjukvård
- Kristina Borén, fysioterapeut och avdelningschef, Karlskrona rehabcenter
- Pernilla Fredriksson, fysioterapeut, Lasaretsrehab, Ljungby lasarett
- Margareta Eliasson, distriktsläkare och verksamhetscontroller, Skånes Universitetssjukvård
- Staffan Olsson, distriktsläkare, Brahehälsan

Referensgrupp:

- Leif Dahlberg, professor, Verksamhetsområde Ortopedi, Skånes Universitetssjukvård
- Katarina Ossiannilsson, fysioterapeut, Verksamhetsområde Ortopedi, Skånes Universitetssjukvård
- Thérèse Jönsson, fysioterapeut och doktorand, Verksamhetsområde Ortopedi, Skånes Universitetssjukvård
- Regionala Medicinska Kunskapsgruppen för Rörelseorganens Sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen

Ansvarig från koncernkontoret, Region Skåne: Sven Oredsson, medicinsk rådgivare, Enheten för kunskapsstyrning, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning.

7 Förankring och remissyttrande

Vårdprogrammet har gått på remiss till samtliga verksamhetschefer inom ortopedi och primärvård i Region Skåne samt till övriga landsting inom Södra Sjukvårdsregionen.

8 Avgränsning

Detta vårdprogram fokuserar på vuxna personer som sökt vård för besvär relaterade till artros i knä- eller höftled. Vårdprogrammet beskriver utredningsgång och behandling av knä- och höftartros samt gränssnittet mellan primärvård och sjukhusvård.

9 Definition, patogenes och epidemiologi

DEFINITION

Artros är ett samlingsbegrepp för degenerativ ledsjukdom. Artros karaktäriseras av ledsmärta och sviktande ledfunktion, tilltagande rörelseinskränkning och varierande grad av strukturella förändringar i ledbrösket, ledens mjukdelar samt i lednära skelett.

PATOGENES

Artros angriper ledbrösket och påverkar andra ledstrukturer som t ex menisker, ledband, ledhinna och ben. En obalans mellan uppbyggande och nedbrytande processer i ledbrösket resulterar i ett kvalitativt försämrat brosk med sämre motståndskraft mot yttre påfrestningar, och efterhand ett uttunnat ledbrösk. Obalansen kan uppstå i ett friskt ledbrösk som utsatts för alltför stor belastning under lång tid eller hos ett försvagat ledbrösk som inte tål normal belastning. En försvagning av ledbrösket kan bero på en tidigare ledskada men också på ärftliga faktorer. Man har tidigare delat in artros i primär och sekundär artros, respektive idiopatisk och posttraumatisk artros, men dessa indelningar har på senare tid ifrågasatts. Man tror idag att all artros är multifaktoriell även om den enskilda faktor som sätter igång sjukdomsprocessen kan variera från individ till individ. I djurförsök har man visat att måttlig grad av träning stimulerar ledbrösket att förbättra sin kvalitet (öka sitt innehåll av aggrecan) medan för lite eller för mycket träning minskar mängden aggrecan, vilket leder till sämre stötupptagande förmåga.

PREVALENS OCH INCIDENS

Artros förekommer i alla leder, men oftast drabbas knä, höft, fingrar, rygg och stortåns grundled. Artros är vanligt från medelåldern och uppåt, incidensen och prevalensen ökar brant efter 50 år, men individer som haft en tidigare ledsjukdom eller ledskada kan ha framskriden artros redan i 30- 40-årsåldern. Prevalensen varierar i olika undersökningar, vilket kan bero på att artros kan definieras på olika sätt. Artrosförändringar som är synliga på röntgen behöver inte ge några symtom och omvänt kan man ha ledsmärta i årtal innan några artrosförändringar syns på röntgen. Vid beräkning av artrosförekomst inkluderas vanligen individer som har både symtom och röntgenförändringar.

Med ovanstående definition beräknas cirka 10 % av männen och cirka 18 % av kvinnorna över 60 år ha artros i någon led [7]. Om man även hade inkluderat dem med enbart symtom hade prevalensen blivit högre. För kvinnor över 60 år är artros den femte vanligaste sjukdomen och hos personer som är äldre än 65 år artros den vanligaste orsaken till försämrad fysisk funktion. Knäartros är före 45 års ålder vanligare hos män medan kvinnor drabbas oftare i åldrar över 55 år [7]. I åldrarna över 65 år är knäartros nästan dubbelt så vanlig hos kvinnor [8]. Malmö Osteoarthritis study rapporterade att 9 % av alla personer i åldersgruppen 56-84 år hade klinisk knäartros, av dessa hade emellertid endast 2/3 sökt läkare för besvären [9].

Även andra undersökningar har visat att många patienter väntar tills de har betydande funktionsproblem innan de söker vård för sina artrosbesvär. Före 55 års ålder är prevalensen av höftartros cirka 1 %, denna stiger till 10 % i åldrar >85 år. Hos en tredjedel av patienterna är sjukdomen bilateral. Män och kvinnor drabbas ungefär lika ofta.

Incidensen av artros förefaller inte öka efter cirka 75–80 års ålder. För kvinnor är den högsta incidensen i åldersgruppen 65–74 år (13,5 % per 1000 invånare och år). För män är den högsta incidensen i åldern ≥ 75 år (cirka 9 % per 1000 invånare och år).

Det faktum att prevalensen ökar med åldern men inte incidensen betyder att länken mellan ålder och artros inte är självklar. Mycket talar för att det snarare är expositionstiden för en riskfaktor, som ju ökar ju äldre man blir, som är betydelsefullt vid artros.

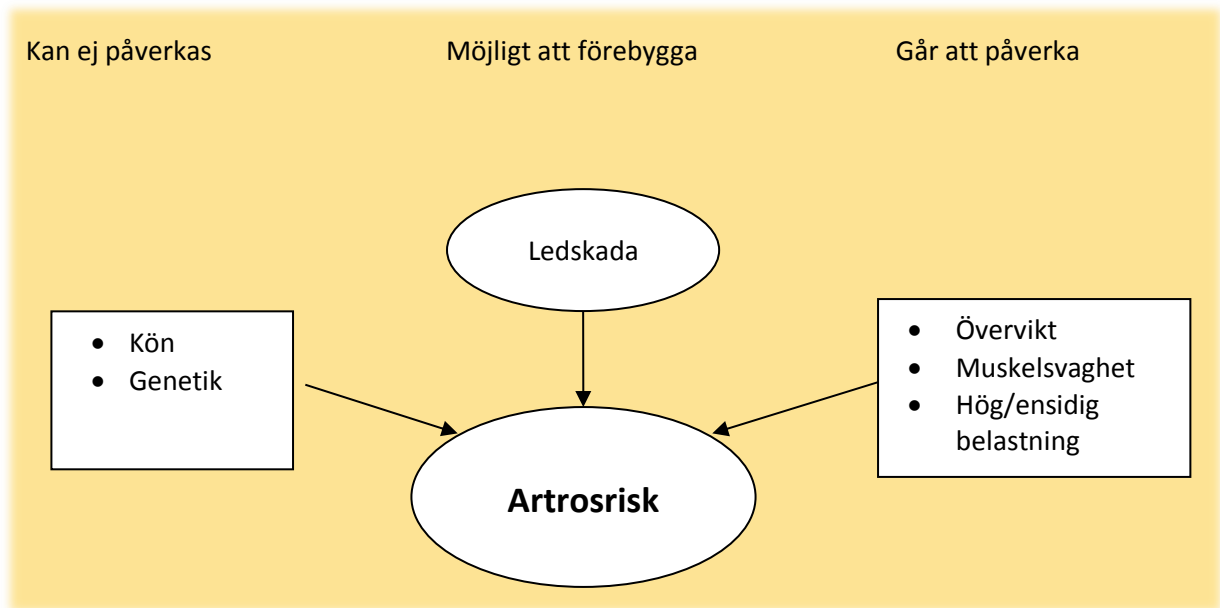
PROGNOS

Artros kan ha olika förlopp. Symtomen fluktuerar ofta över tid och i många fall är sjukdomen stationär under längre perioder. I andra fall fortskrider sjukdomen och strukturella förändringar som destruktion av brosk, ben och ligament ger felställningar/ instabilitet, rörelseinskränkning med svår funktionsinskränkning och tilltagande smärta som följd. Orsaken till detta är inte känd, men mycket talar för att individen har påverkat sina riskfaktorer.

ETIOLOGI

Orsaken till att man får artros är inte klarlagd, men man är inom forskarvärlden enig om att en bakomliggande mekanism är förändrad biomekanik. Ett antal riskfaktorer för artros har identifierats, varav en del går att förebygga eller påverka medan andra inte är påverkbara (Figur 1). Riskfaktorerna kan skilja sig mellan olika leder, vid vissa artrosformer som t ex bilateral knäartros och tumbasartros drabbas kvinnor oftare än män. Genetiska faktorer har betydelse men också tidigare sjukdomar (Perthes sjukdom, epifysiolyt) eller skador (t ex menisk- eller korsbandsskada) i leden.

På senare tid har man uppmärksammat att även smärre anatomiska avvikelser i höftleden kan bidra till utvecklingen av höftartros [10]. Efter skador i menisken eller korsbandet ökar risken att utveckla knäartros med upp till 7 ggr. Man vet från befolkningsstudier att personer med övervikt löper en betydligt högre risk att drabbas av artros i knälederna. Man har funnit en påtaglig riskökning för knäartros redan vid måttlig övervikt, men ett svagare samband mellan övervikt och höftartros [11].



Figur 1. Påverkbara och icke påverkbara riskfaktorer för höft- och knäartros

Ledbelastning under arbete och fritid

Förutom ovan nämnda faktorer kan även ledbelastning i arbete eller i elitidrott ha betydelse för artrosutvecklingen. Alltför stora eller repetitiva belastningar och även ogynnsamma arbetsställningar kan på sikt skada leden. Man vet från djurförsök att friskt ledbrosk mår bra av lagom belastning, och resultatet från några humanstudier som undersökt ledbrosket med kontrastförstärkt magnetkameraundersökning pekar åt samma håll. Resultat från befolkningsbaserade studier har tolkats som att träning på motionsnivå inte ökar risken för artros i knä- eller höftleder, medan sport på elitnivå under en följd av år kan öka risken för artros, även om man inte skadat sig.

Muskelstyrka

Nedsatt lårmuskelstyrka uppträder tidigt hos personer med knäartros och ett par studier talar för att muskelsvaghet också kan bidra till utvecklingen av knäartros [12, 13]. Man tror att lårmuskulaturen kan skydda ledbrosket genom att dämpa och utjämna krafterna som verkar på leden när vi går och rör oss [14]. Detta är orsaken till att en högre vikt kan kompenseras av en bättre tränad lårmuskel.

10 Hälsoinriktade aspekter

Det är ännu inte helt klarlagt om artros i sig är förknippad med ökad dödlighet, men eftersom symtom som ledsmärta och nedsatt rörlighet försvårar fysisk aktivitet ökar risken för följsjukdomar som övervikt, diabetes, och hjärtkärlsjukdomar hos den artrosdrabbade. Dessa sjukdomar är alla associerade med förhöjd risk för alltför tidig död [15], och det är därför viktigt att utreda riskfaktorer som högt blodtryck, höga blodfetter, rökning, övervikt och låg fysisk aktivitet hos patienter med artros. Se vidare Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [16]. Många individer med höft- och knäartros är överviktiga och mindre fysiskt aktiva än andra. Resultat från BOA-registret (2013) visar att drygt 30 % av patienter med artros i höft eller knä inte når WHO:s rekommendationer om 150 aktivitetsminuter per vecka med måttlig intensitet [17]. Detta kan bero på att den som har artros i knä eller höft kan ha svårt att finna en lämplig motionsform som går att utöva trots ledproblemen. Många har också en rädsla för att leden ska överbelastas eller skadas under aktiviteten. Det är därför viktigt att patienten får veta att ledbrosket behöver dynamisk belastning och att leden inte tar skada av anpassad träning. Ett annat vanligt skäl till fysisk inaktivitet hos personer med artros är komorbiditet. Runt hälften av dem som deltog i artrosskolan 2013 uppgav att de hade gångsvårigheter av annan orsak än höft- och knäbesvär [17]. Legitimerad sjukvårdspersonal kan med stöd av FYSS [18] ge råd angående lämpliga träningsformer vid artros och bör då beakta patientens aktuella sjukdomsbild, BMI, ålder och tidigare erfarenhet av träning vid rådgivningen. Patienter som blivit opererade med knäleds- eller höftledsplastik har ofta belagts med rörelserestriktioner under de första månaderna och kan efter denna tid behöva rådgivning och stöd angående fysisk aktivitet.

Övervikt är ett växande hälsoproblem i Sverige, enligt Folkhälsoenkäten 2012 var drygt hälften av alla invånare överviktiga. Bland dem som har knäartros är övervikt extra vanligt och av dem som opererades med knäprotes 2013 var drygt 80 % överviktiga eller feta. Andelen med övervikt eller fetma bland höftprotesopererade var samma år 71 % för män och 59 % för kvinnor. En sund livsföring är viktig för den allmänna hälsan och levnadsvanorna kan även påverka artrossjukdomens förlopp. Till exempel kan övervikt förvärra artrossjukdomen på flera sätt, dels genom ökad ledbelastning, vilket kan accelerera broskdegenerationen i höft- och knäleder. Övervikt kan leda till en förhöjd inflammationsnivå i kroppen, vilket i sin tur hypotetiskt skulle kunna driva på utvecklingen av artros. Primärvården bör ge överviktiga artrospatienter stöd för att förändra sina matvanor och öka sin fysiska aktivitet.

11 Diagnostik

SYMPTOM VID KNÄ- OCH HÖFTARTROS

Debuten av artros i höft- eller knäleden sker ofta smygande med ledstelhet och belastningssmärta som första symtom. Senare i sjukdomsförloppet kan patienten ha smärta även i vila och försämrad gångförmåga. Vanligen utvecklas artros långsamt och tiden från de första symtomen till att förändringar syns på röntgen kan vara ända upp till 10 år. Det är inte ovanligt att artrosprocessen stannar av och att symtomen minskar under vissa perioder. Vid artros påverkas patientens livskvalitet genom en kombination av olika orsaker som försämrad funktion, ökad smärta och nedstämdhet.

Diagnos baserad på en samlad bedömning

Diagnosen ställs genom bedömning och sammanvägning av patientens symtom, anamnes och fynd vid en klinisk undersökning.

<p>Knäartros <i>Prevalensen ökar starkt vid ålder>40</i></p> <p><i>Anamnes (riskfaktorer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Övervikt • Tidigare knäskada • Överbelastning under arbete/fritid • Ärftlighet <p><i>Symtom</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Morgonstelhet<30 min • Belastningssmärta i knät • Nedsatt funktion <p><i>Klinisk undersökning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledsvullnad • Palpationsömhet över ledspringan • Breddökning av leden • Inskränkt rörelseomfång • Krepitationer • Instabilitet • Felställning 	<p>Höftartros <i>Prevalensen ökar starkt vid ålder>45</i></p> <p><i>Anamnes (riskfaktorer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidigare höftsjukdom • Övervikt • Överbelastning under arbete/fritid • Ärftlighet <p><i>Symtom</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Morgonstelhet<30 min • Belastningssmärta i höften • Nedsatt funktion <p><i>Klinisk undersökning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inskränkt rörelseomfång i flexion och inåtrotation • Smärta vid inåtrotation
---	---

Faktaruta 1. Klinisk diagnos vid knä- respektive höftartros

Typiskt för *höftartros* är igångsättningssmärta vid uppresning från sittande. Smärtan beskrivs av patienterna som dov och djup och lokaliseras ofta till utsidan och framsidan av höftleden med utstrålning mot lumsken eller insidan och framsidan av låret. Ledsvullnad och utgjutning i ledens visar sig som inskränkt rotationsförmåga. Mekaniska besvär med upphakning och låsningsliknande obehag kan begränsa gångförmågan. Senare i förloppet kan även vilovärk och rörelseinskränkning förekomma, det är vanligt att patienten får en haltande gång. Även nattliga besvär förekommer.

Vid *knäartros* är belastningsrelaterad smärta vanlig, särskilt vid igångsättning på morgonen eller när man suttit stilla. Vilovärk och nattlig värk är inte lika vanligt som vid höftartros. När broskhöjden minskar uppstår ofta hjulbenthet, instabilitet, rörelseinskränkning och inte sällan hälta. Hos vissa patienter förekommer en intermitterent ledhinnsvullnad och även en utgjutning i leden. Felställning påskyndar sjukdomsprocessen genom att en ökad belastning uppstår på en redan destruerad ledyta. Patienten påverkas i det dagliga livet då gångförmågan försämras.

Enligt "Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar" (2012) kan diagnosen knäartros respektive höftartros ställas med tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd som underlag. Röntgenundersökning är inte nödvändig för att ställa diagnosen, utan ska endast användas om detta behövs för att utesluta andra diagnoser eller om det är aktuellt att vidareremittera patienten till ortoped. Vid anamnesupptagningen bör läkaren/fysioterapeutfråga hur besvären debuterade, samt om deras karaktär och förlopp. Man bör ha i minnet att det är vanligt att ledbesvär som är relaterade till artros inte är konstanta utan fluktuerar.

Det är viktigt att fråga patienten om tidigare skador eller sjukdomar i leden eftersom dessa kan påverka risken för artros. Om anamnesen och den kliniska undersökningen inte ger misstanke om någon skada eller allvarlig sjukdom (t ex fraktur, tumör, osteonekros eller RA) och om besvären bedöms som måttliga, kan grundbehandling för artros påbörjas utan att patienten först röntgas [19].

Fysioterapeuten använder sig av självskattningsformulär och standardiserade funktionstest (Tabell 1) för att få en bild av patientens funktion och kunna föreslå behandling. Bedömningen ska leda fram till en behandlingsplan som diskuteras med patienten och sedan dokumenteras i journalen.

Bedömningsinstrument/test	Typ av bedömning	Mäter
Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)	Självskattning på frågeformulär	Symtom och funktion i knä
Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)	Självskattning på frågeformulär	Symtom och funktion i höft
Visual Analogue Scale (VAS)	Självskattning på smärtskala	Smärtintensitet
Six minute walk test (6MWT)	Gångtest	Gångsträcka/6 min
Chair stand test	Funktionstest	Styrka/uthållighet i lårmusklerna

Tabell 1. Exempel på fysioterapeutiska tester och bedömningsinstrument. För de som registrerar i BOA-registret finns fler variabler som också efterfrågas av Socialstyrelsen för utvärdering av de Nationella riktlinjerna, rörelseorganens sjukdomar.

Röntgenbaserad diagnos

Traditionellt har diagnosen ställts med röntgen, där ledspringesänkning, osteofyter samt ökad sklerosering och cystbildning i det subkondrala benet är typiska fynd. Det finns flera olika klassificeringssystem för röntgenfynd vid artros. Röntgenundersökning har nackdelen att den inte kan användas för att påvisa tidiga stadier av artrossjukdomen. Överensstämmelsen mellan röntgenfynd och symtom är svag. Artrosförändringar på röntgen som inte ger symtom ska inte behandlas men bör betraktas som en riskfaktor för att utveckla klinisk artros.

Magnetkamera

Vid utredning av knä- och höftartros i primärvården, ska MR-undersökning inte användas. Patienter kan i vissa fall remitteras till MR efter bedömning av ortopedspecialist [20].

Laboratorieprover

Laboratorieprover som SR, CRP, S-urat, anti-CCP och RF fyller normalt ingen funktion i artrosutredningen. Om osäkerhet råder om diagnosen skall i första hand röntgenundersökning utföras eftersom denna kan avslöja andra strukturella ledförändringar som fraktur, tumör eller reumatoid artrit.

12 Behandling

HUR KAN ARTROS FÖREBYGGAS OCH BEHANDLAS?

Eftersom sjukdomsmekanismen bakom ledförstörelsen vid artros ännu är oklar finns det idag ingen möjlighet att på medicinsk väg bota sjukdomen eller förhindra att den bryter ut. Däremot visar longitudinella studier att förbättrad muskelfunktion och reduktion av övervikt minskar risken att insjukna i artros. Idag inriktar sig behandlingen på att lindra symtom, förbättra ledrörlighet och muskelstyrka och återställa eller upprätthålla fysisk funktion och aktivitetsförmåga.

Primärprevention

Preventiva åtgärder bör inrikta sig mot de påverkningbara riskfaktorerna, såsom knäledsskador, muskelsvaghet, övervikt, belastande aktiviteter etc. (Figur 1). Skadeförebyggande program för idrottare som försäsongsträning för att förbättra neuromuskulär kontroll hos fotbolls- och handbollsspelare kan ses som en sorts indirekt primärprevention mot artros. Det finns idag inga program för direkta artrospreventiva åtgärder som riktas till breda befolkningsgrupper, men WHO:s allmänna hälsoråd avseende levnadsvanor (t ex fysisk aktivitet och kontroll av kroppsvikt) är också relevanta för att minska risken att insjukna i artros i knä- eller höftleder. Överviktiga personer har en dokumenterad ökad risk att få knäartros, och epidemiologiska studier har visat att motionsaktiva har lägre risk att utveckla artros.

När det gäller särskilda riskgrupper som t ex knäskadade personer kan program med specifik knäträning räknas som en artrospreventiv åtgärd. Det finns ännu inte evidens för att specifik träning kan förebygga utveckling av artrosförändringar efter knäskada men resultat från svenska studier av korsbandsskadade pekar åt detta håll [21].

Sekundärprevention

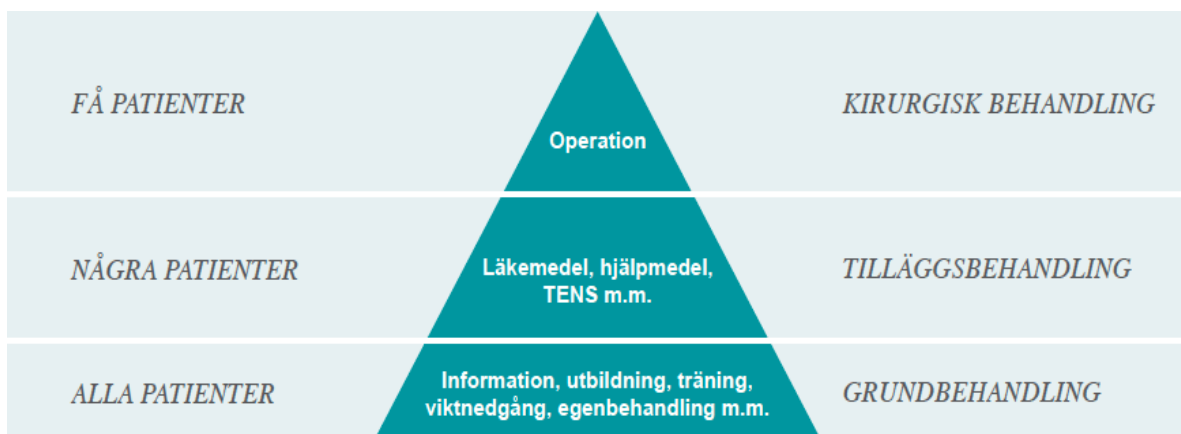
Hos cirka hälften av alla personer som har artros har sjukdomen ett stillsamt förlopp vilket stöder tanken att behandling tidigt i förloppet skulle kunna förhindra ökande och irreversibla ledbroskskador. Då riskfaktorerna för progress av artros är de samma som för att insjukna i artros sker sekundärprevention genom råd om aktivitetsmodifiering, viktnedgång och träning. Övervikt är en riskfaktor för progress av artros i knä och höft, dels genom mekanisk påverkan av ledbrosket och dels genom systempåverkan. Svaga lårmuskler är en riskfaktor för progress av knäartros eftersom ett otillräckligt muskulärt stöd för knäleden kan innebära att broskdestruktionen accelererar. En alltför låg fysisk aktivitetsnivå kan förutom att vara farligt för hälsan också innebära att ledbrosket får otillräcklig stimulans. I ett preventivt sammanhang är det också viktigt att se på patientens arbetssituation. Det är känt att vissa typer av belastning vid arbete som att sitta på huk eller ligga på knä ökar risken för artros. Yrkesområden som bör uppmärksammas är exempelvis golvläggning, trädgårdsarbete, jordbruksarbete och brevbärare.

Behandling

Undersökningar har visat att många patienter tror att artros inte går att behandla och därför väntar med att söka vård tills sjukdomen förvärrats och besvären påverkar det dagliga livet. Detta är problematiskt eftersom effekten av grundbehandlingen troligen skulle bli bättre om man påbörjade den i ett tidigare skede. Insatser ägnade åt att förbättra allmänhetens kunskap om artros skulle på sikt kunna förändra denna negativa attityd. Faktagranskad information ges på landstingets webbplats 1177 samt Netdoktor. Då artros är en kronisk sjukdom är det nödvändigt att utbilda patienten så att denne får möjlighet att ta en aktiv del i sin behandling.

Den artrosdrabbade personen bör av sjukvården betraktas som en partner snarare än en patient och i många fall kan så kallad ”self management” (monitorering, egenvård, självträning) innebära fördelar både för patienten och för sjukvården.

Internationellt har experter inom reumatologi enats om riktlinjer för behandling av artros (The European League Against Rheumatism (EULAR) [22], Osteoarthritis Research Society International (OARSI) [23], American College of Rheumatology (ACR) [24] och National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [25]). Behandling av artros brukar delas in i grundbehandling, tilläggsbehandling och kirurgisk behandling (Fig 2). Behandlingspyramiden illustrerar att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat grundbehandling, medan de som efter genomgången grundbehandling har behov av tilläggsbehandling som t ex smärtstillande läkemedel eller tekniska hjälpmedel ska få detta. Endast cirka 10-15 % av de patienter som fått diagnosen höft- eller knäartros beräknas behöva ledplastikoperation under sin livstid. För de flesta patienter är åtgärder som träning, information och viktreduktion oftast tillräckliga för att upprätthålla en god fysisk funktion och en bra hälsorelaterad livskvalitet.



Figur 2. Behandling av artros.

BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER

Detta avsnitt bygger på Socialstyrelsens Riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 [19]. I dessa har rekommenderade åtgärder fått olika prioriteringar medan övriga åtgärder har klassificerats som antingen icke-göra eller FOU (otillräckligt vetenskapligt underlag). De åtgärder som har bäst effekt på smärta och funktion har rubricerats förstahandsåtgärd.

Grundbehandling

Vid val av behandling ska man utgå från patientens behov. Alla med symtomatisk artros skall få information om sjukdomen och råd angående träning. Behandlingen syftar till att den som drabbats av artros ska vara välinformerad och kunna ta en aktiv del i sin behandling. Patienten ska förses med verktyg för att hantera sjukdomssymtomen och bör introduceras i träning i syfte att förebygga nedsatt funktion och försämrad allmän hälsa. Komponenter som ingår i grundbehandlingen är:

- Information om sjukdomen
- Egenvårdsråd (träning, ergonomi, kost, smärthantering, rökfrihet)
- Råd om fysisk aktivitet/recept på fysisk aktivitet (FaR) [26].
- Individuellt anpassad träning hos fysioterapeut

Patientens behov av insatser beror bland annat på symtombild, allmän hälsa och egna resurser. En person med lätta artrossymtom som är normalviktig och tidigare tränat regelbundet kan ofta klara sig med information och egenvårdsråd som ett första steg i behandlingen, medan en person som har svåra funktionsproblem och saknar träningsvana omedelbart behöver mer kvalificerad rådgivning och individuell behandling hos fysioterapeut.

Information om sjukdomen

Patientens delaktighet är avgörande för behandlingens resultat. Patienten bör få skriftlig och muntlig information om artros och artrosbehandling. En för regionen gemensam informationsbroschyr om artros och artrosskola bör tas fram. Denna bör lämpligen vara nätbaserad.

Egenvårdsråd

Dessa innefattar bland annat råd om olika sätt att avlasta leden: ergonomi, val av lämpliga fysiska aktiviteter och balans mellan vila och aktivitet. Patienter med övervikt informeras om betydelsen av viktreduktion samt ges allmänna råd angående kost och motion. Alla patienter bör få instruktion angående enkla hemövningar för att lindra symtom och upprätthålla funktion, och även få råd om olika metoder för smärthantering.

Råd om fysisk aktivitet

Råd angående upplägg av egenträning i muskelstärkande och hälsofrämjande syfte. Lämpliga aktiviteter, träningsnivå och dosering. De patienter som saknar tidigare träningsvana kan erbjudas recept på fysisk aktivitet (FaR) [26].

Träning (förstahandsåtgärd vid artros i knä och höft)

Enligt riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar ska träning vara en förstahandsåtgärd vid behandling av artros i höft eller knä eftersom denna har effekt på både smärta och funktion. Effekten på smärta är jämförbar med effekten av smärtstillande läkemedel. De patienter som har problem som påverkar deras dagliga funktion bör initialt få träna hos fysioterapeut.

Med patientens funktionsnedsättning som utgångspunkt läggs ett individuellt program med övningar för ledrörlighet, muskelstyrka och kondition upp. Programmet bör innehålla funktionella styrkeövningar och träning som förbättrar den neuromuskulära kontrollen (muskelstabiliteten) i syfte att bygga upp muskler som kan skydda leden vid belastande moment. Ett vanligt upplägg är att dagliga hemövningar kombineras med träning hos fysioterapeut. En metaanalys har visat att effekten blir allra störst vid övervakad träning 3 ggr/vecka [27]. Övervakad träning ger större smärtlindring och bättre följsamhet än hemprogram, kontinuerlig återkoppling och vägledning ökar chansen att patienten fortsätter att träna. Efter avslutad behandling bör patienten rekommenderas fortsatt träning. Detta kan ske genom olika e-hälsoalternativ eller inom friskvården. Om patienten slutar att träna kommer träningens positiva effekter gradvis att försvinna. Träningen ska i första hand genomföras ”på land”, eftersom det saknas evidens för effekt av bassängträning vid artros. För patienter som på grund av övervikt eller ledsmärta inte kan genomföra landbaserad träning kan dock bassängträning vara ett bra alternativ. De patienter som endast har lindriga ledproblem bör få instruktion om hemövningar samt råd angående lämplig friskvårdsaktivitet i syfte att bevara en god fysisk funktion och allmän hälsa.

Fysisk träning som behandling för artros i höft eller knä

bör vara av typen styrke-, konditions- eller funktionsträning och helst omfatta hela nedre extremiteten.

Träningen bör vara

- individanpassad
- långvarig
- regelbunden

Effekten blir bäst om träningen är handledad av fysioterapeut

Faktaruta 2. Träning som behandling vid artros knä och höft.

Viktminskning

Viktminskning är en rekommenderad åtgärd vid artros i knäleden. En metaanalys har visat att viktminskning minskar knäsmärta och förbättrar den fysiska funktionen, effekten blir bättre ju mer man går ner i vikt [19]. Den som har artros och är överviktig bör som erbjudas kvalificerat rådgivande samtal om kost och motion i enlighet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder [16]. Artrospatienter med kraftig övervikt eller fetma (BMI>30) bör erbjudas stödåtgärder för viktreduktion som t ex att delta i viktminskningsgrupp eller rådgivning hos dietist. Genom en kombination av viktnedgång och starkare ben kommer individen att bättre bära upp sin vikt.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en metod som fokuserar på de psykologiska orsakerna bakom en individs beteende. En specialdesignad KBT-metod för fetmabehandling inom primärvården har visat på goda resultat [28, 29]. Artrospatienter med extrem övervikt kan även komma ifråga för operation med gastric bypass.

TILLÄGGSBEHANDLING

I de fall där inte grundbehandlingen haft tillräcklig effekt på smärta, andra symtom och funktion kan andra åtgärder provas som tillägg, i syfte att minska smärtan och möjliggöra fysisk aktivitet eller träning. Grundbehandling bör pågå under tre månader för att vara möjlig att utvärdera.

Artrossmärta räknas som en kronisk (icke-akut) smärta av nociceptiv typ. Det vanligaste är att smärtan är relaterad till belastning och rörelse, men även vilosmärta förekommer. Inte sällan upplever patienten en ökad smärta på natten, vilket förklaras med *sensitisering*, det vill säga att smärtsignalen förstärks i förhållande till given stimulus. Förstärkningen av smärtsignalen kan bero antingen på en ökad känslighet i den perifera nociceptorn (perifer sensitisering) eller på ökad transmission från spinal nivå till cortex till följd av dåligt fungerande inhibition i centrala nedåtgående banor (central sensitisering). Före insättning av medicinsk eller annan behandling mot smärta bör patientens hela situation analyseras eftersom det är känt att faktorer som depression, sömnstörning och ensamhet kan påverka smärtupplevelsen. I vissa fall kan annan behandling än analgetika vara indicerad.

Fysioterapeutisk tilläggsbehandling

Behandling med elektroakupunktur, Transcutan Elektrisk Nervstimulering (TENS) och lågenergilaser kan användas mot smärta vid knäledsartros. Dessa behandlingar bör användas som komplement till träning, då de ensamma inte har någon effekt på den fysiska funktionen. Akupunktur och manuell terapi har alltför litet vetenskapligt underlag för att kunna rekommenderas som artrosbehandling, här behövs det mera forskning. Man har inte kunnat påvisa någon positiv effekt av ultraljudsbehandling, magnetterapi eller helkroppsvibration och dessa behandlingar har därför kategoriserats som icke-göra i de nationella riktlinjerna.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingen vid artros syftar till att lindra symtomen och utgörs vanligen av receptfria läkemedel mot smärta eller smärta och inflammation. De läkemedel som kan vara aktuella är Paracetamol och olika typer av NSAID (COX-hämmare). På grund av risken med biverkningar ska NSAID inte användas av patienter över 75 år. NSAID har bättre effekt än Paracetamol på artrossmärta, men medför också större risk för biverkningar, främst symtom från övre delen av mag/tarmkanalen som magsmärtor, halsbränna eller illamående. Användning av NSAID under lång tid ökar också risken att utveckla magsår. Alla typer av NSAID har visats ha god effekt vid såväl akut som långvarig nociceptiv smärta. Selektiva COX-2-hämmare (coxiber) är mer skonsamma mot magen men ökar risken för hjärtinfarkt. Vid daglig användning finns också risk för biverkningar från njurarna, högt blodtryck, och från andra organ.

Naproxen är en oselektiv NSAID som kan ordineras vid behandling av artrossmärta medan coxiber endast bör ordineras i utvalda fall efter att en individuell riskanalys gjorts [19, 30]. NSAID bör på grund av risken för biverkningar endast användas under kortare tid och i låga doser. NSAID kan vara helt olämpligt för äldre och för dem som tidigare fått magproblem av dem, eller har någon typ av hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom, astma, blödningsstörning, eller tar vissa andra läkemedel (kortison, blodförtunnande läkemedel, digitalis eller blodtrycksläkemedel). Även paracetamol, som medför låg risk för magbiverkningar, kan orsaka bieffekter, t.ex. leverpåverkan. Om man överskrider maxdosen 4000 mg/dygn kan detta innebära skadliga följder redan efter ett par dagar [19, 30]. Eftersom artrospatienter ibland kan behöva medicinera under längre perioder är risken för biverkningar betydande.

Följande läkemedel rekommenderas av Läkemedelsverket för behandling av artrossmärta [30]:

Perorala läkemedel

Förstahandsval; Paracetamol 0,5-1 g x 4 vid lättare smärta, intermittent vid behov. Om kontinuerlig behandling är aktuell 665 mg i retardform 2 x 3.

Andrahandsval; NSAID, oselektiv COX-hämmare t ex Naproxen 250-500 mg x 2. Vid svårare smärta. Intermittent vid behov, i lägsta möjliga dos och inte till patienter över 75 år.

Intra-artikulär kortisoninjektion

Kan i vissa fall användas vid knäledsartros när grundbehandling inte gett tillräckligt resultat, men rekommenderas inte för höftledsartros. En kortisoninjektion kan ge symtomlindring under några veckor, men det saknas evidens för långtidseffekt. Behandlingen kan ges vid enstaka tillfälle men upprepade behandlingar bör undvikas.

Hjälpmedel

För personer med artros i knä- eller höftled kan tekniska hjälpmedel som underlättar vardagen provas ut. Avlastning med gånghjälpmedel kan minska belastningssmärtan och förlänga gångsträckan. Nedan listas olika typer av hjälpmedel som kan vara aktuella. Hjälpmedel förskrivs och provas ut av fysioterapeut eller arbetsterapeut i primärvården/kommunen.

1) Gång- och förflyttningshjälpmedel

Kryckkäpp/-ar, betastöd, rollator (provas ut av fysioterapeut)

Rullstol (provas ut av fysioterapeut eller arbetsterapeut)

2) ADL-hjälpmedel

Toalettstolsförhöjning, sittdynor, griptång, strump-pådragare etcetera (provas ut av arbetsterapeut).

3) Ortoser*

Ortoser provas ut av fysioterapeut eller ortopedingenjör/ ortopedtekniker medan inlägg provas ut av ortopedingenjör/ ortopedtekniker.

*Mjuk ortos och fast ortos har kategoriserats som icke-göra i de nationella riktlinjerna eftersom patientnyttan bedömts som liten. Medialt eller lateralt förhöjda skoinlägg (hälkilar) har ännu ett alltför litet vetenskapligt underlag för att kunna rekommenderas som behandling vid artros.

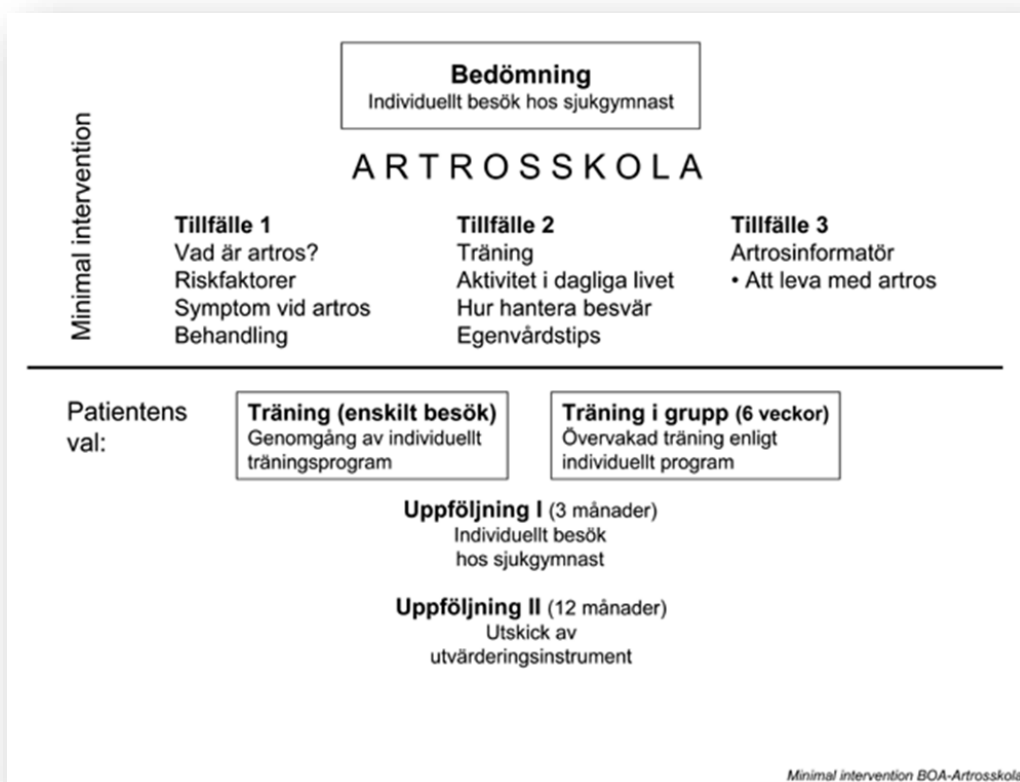
Patientutbildning och BOA-konceptet

Patientutbildning kan ske i många olika former; artrosskola, interaktiva webbsidor, tryckta utbildningsmaterial eller genom patientföreningar, är en framgångsrik modell för att på ett strukturerat och effektivt sätt förmedla evidensbaserad behandling vid artros. Patientutbildningen syftar till att ge personer med artros kunskap och lära dem att leva ett aktivt liv med sjukdomen. Under utbildningen i artrosskolan diskuteras bland annat anatomi och sjukdomslära, smärta och smärthantering, vikten av att äta rätt samt träning och fysisk aktivitet. Patientutbildningen kan motivera patienten till att börja träna och att gå ned i vikt om behov finns. Artrosskolan eller motsvarande utbildning bör sättas in relativt tidigt i förloppet eller så snart patienten är intresserad och känner sig mogen att delta.

Patientutbildning i form av *artrosskola* har bedrivits i Malmö och i Värmland i mer än 20 år. BOA-projektet (Bättre omhändertagande vid artros) startade 2008 som ett treårigt samverkansprojekt mellan Västra Götalands-regionen, Region Skåne, Värmlands landsting och landstinget i Västerbotten. Man startade artrosskola enligt ett etablerat evidensbaserat koncept och knöt detta till ett kvalitetsregister, BOA-registret, som år 2010 blev ett Nationellt Kvalitetsregister. Artrosskolan, som vanligen leds av fysioterapeuter är framtagen i nära samarbete och samråd med patienter och Reumatikerförbundet samt uppfyller de evidensbaserade krav som riktlinjer och internationella guidelines föreskriver. Konceptet följer Socialstyrelsens riktlinjer och leds vanligen av en fysioterapeut. Det innefattar tre utbildningstillfällen i grupp följt av en valbar genomgång av ett individuellt anpassat träningsprogram och möjlighet till fysioterapeutövervakad träning i grupp enligt det individuella programmet under 6 veckor.

Ofta medverkar en arbetsterapeut vid någon av träffarna. Vid det tredje tillfället håller en så kallad artrosinformatör (en patient med artros som är utbildad via Reumatikerförbundet) i programmet. Enbart i Skåne finns det ett 50-tal artrosskolor som är anslutna till BOA och omkring 1200 patienter i Skåne deltog i BOA:s artrosskola under 2013. På BOA:s hemsida www.boaregistret.se finns alla anslutna artrosskolor listade. Alla som har artrosrelaterade besvär i höftled, knäled eller fingerleder är välkomna att delta, patienter som inte har remiss från primärvården kan själva anmäla sig direkt till artrosskolan. 2014 fanns över 400 anslutna enheter, ett 50-tal av dessa från Region Skåne och mer än 40 000 patienter i registret.

Detta vårdprogram syftar till att alla med symtom och besvär relaterade till artros i knä eller höft ska erbjudas grundbehandling, det vill säga information/ utbildning, träning och viktkontroll. Artrosskolan enligt BOA-konceptet, som följer Socialstyrelsens riktlinjer, är den modell som Region Skåne rekommenderar för patienter med artros när vårdbehovet så kräver. Inte minst för att kunna förbättra och utveckla samt följa resultaten av verksamheten på lokal nivå. BOA-konceptet uppfyller också patientmaktsutredningen, att patientens egen syn på sina besvär och sin behandling ska vägas in i vården, genom att programmet är framtaget i nära samarbete och samråd med patienter och Reumatikerförbundet. Dessutom, det krävs registrering av åtgärder vid artros för att kunna redovisa för Socialstyrelsen hur Riktlinjerna blivit implementerade. BOA-registret följer de variabler som Socialstyrelsen efterfrågar. Tillgängligheten till Artrosskola enligt BOA-konceptet inklusive registrering i registret behöver förbättras i Region Skåne.



Figur 3. Artrosskola enligt BOA-modellen.

Artrosskolan erbjuder en grundutbildning som riktas till patienter med symtomgivande artros. En styrka med BOA-konceptet är att patienterna kan välja introduktion till egen träning övervakad av fysioterapeut under 6 veckor. Medelåldern för deltagarna i BOA under åren 2008-2013 är runt 65 år. Då det är viktigt att nå patienter med artros tidigt i förloppet bör i ökad utsträckning yngre patienter remitteras till artrosskolan. Artrosskolans tillgänglighet bör förbättras för att möta det ökade behovet. Man har noterat att män är mindre benägna att fullfölja artrosskolan än kvinnor, men mera benägna att genomgå en ledplastikoperation.

KIRURGISK BEHANDLING

För artrosdrabbade med svår smärta och betydande funktionsinskränkning där grundbehandling och tilläggsbehandling inte gett tillräcklig effekt kan kirurgisk åtgärd diskuteras. Om annan behandling provats under minst 3 månader och besvären kvarstår kan röntgenundersökning vara befogad för att se om patienten uppfyller indikationerna för kirurgisk behandling (Faktaruta 3). De kirurgiska ingrepp som är aktuella för patienter med knä- och höftartros är i första hand ledplastiker (knä- respektive höftprotes).

Debuten av knäsymtom, som ofta är ofta relaterad till ett mindre trauma som normalt inte borde ge några besvär i varje fall inte i en led utan artros, ger inte sällan ömhet i mediala ledspringan. Ofta ogrundat drar man slutsatsen att medial ledsmärta hos den medelålders individen beror på en ”skada” på menisken som också behöver opereras. Vad som är viktigt att känna till är att vid artros har de allra flesta med artros har förändringar på sin menisk. Ibland börjar artrosen med meniskförändringar. Dessa förändringar ses ofta vid en MR. Risk finns att MR-svaret reflexmässigt leder till artroskopi. Dessa meniskförändringar är dock *inte* en skada och botas *inte* med artroskopi. De är ett tecken på artros och ska därmed behandlas i enlighet med riktlinjerna för artrosbehandling. En mycket illustrativ studie utförd på normalbefolkningen visar att var och varannan person i övre medelåldern har synliga meniskförändringar vid MR utan att ha besvär från sina knän. Studier talar starkt för att vid artros och degenerativa meniskskador är effekten av en artroskopi jämförbar med placebobehandling eller ingen operation [31, 32]. [33]. Självklart gäller inte detta patienter med låsta knän och sträckdefekt eller efter kraftigt trauma med knäsmärta och hemartros [34].

Det är ett problem att välja ut det fåtal patienter i övre medelåldern som har en menisk som behöver åtgärdas artroskopiskt. Den kliniska träffsäkerheten idag ligger nära slumpen. Eftersom artros på kort sikt är ofarligt, medan en operation alltid medför risker, är det klokast att först behandla artrossjukdomen inklusive meniskförändringen med träning och information enligt gällande evidensbaserade riktlinjer och inte med artroskopisk kirurgi. De flesta patienter blir då bättre.

Osteotomier är mera sällan förekommande men kan vara ett alternativ för yngre patienter med ännu inte så gravt utvecklad artros i kombination med uppenbar felställning som kan korrigeras.

Indikationer för operation med höft-/knäprotes

- Röntgenverifierad artros
- Oacceptabel smärta/värk som inte svarar på analgetika
- Svår funktionsinkränkning (gångsträcka < 500 m, behov av sjukskrivning)
- Kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling
- Besvär som varat > 3-6 månader

Faktaruta 3

Det är viktigt att patienten har informerats om vilket resultat som kan uppnås av en operation innan hon/han remitteras till ortopedmottagningen. Om indikationen finns, är det patienten som ska ta beslut om att låta sig opereras eller att avvakta med operation men det är sjukvårdens skyldighet att ge henne/honom underlag för att fatta detta beslut. Informationsmaterial i form av broschyr, webbsida eller film syftar till att ge patienten en fördjupad inblick i vad det innebär att bli opererad och att leva med en ledprotes. Informationen kan förutom att reda ut en del oklarheter ofta också väcka nya frågor vilka patienten sedan kan få besvarade vid besöket på ortopedmottagningen.

Det finns ingen klar konsensus bland ortopeder om när det är rätt tid att operera en artrospatient med höft- eller knäprotes. Idag beräknas cirka 35 % av dem som opereras med ledplastik vara i arbetsför ålder, tidigare ville man ogärna operera yngre personer med tanke på protesens begränsade livslängd. Att operera tidigare i förloppet har den fördelen att patientens muskelfunktion och allmänna hälsa är bättre vilket gör att hon/han kan komma igång snabbare efter operationen. En nackdel med tidig operation är att en patient som inte har så stor funktionsinnskränkning före operationen kanske inte upplever lika tydlig vinst med ingreppet, och kan i efterhand komma att ångra sitt val av behandling, i synnerhet om en komplikation skulle tillstå. En annan risk är att den yngre patienten återgår till fysisk aktivitet på en nivå som kan leda till ökat protesslitage och även lossning. För knäprotesopererade som är under 65 år är risken för revision två gånger högre än för dem över 75 år vid primäroperationen. För höftprotesopererade i åldrar under 50 år är risken för revision inom 2-15 år minst två gånger större och för höftplastikopererade yngre än 30 år är risken för revision fyra gånger större än för referensgruppen i åldern 65-79 år vid primäroperationen [35]. Det finns olika fixationsprinciper för proteser, antingen cementerat, ocementerat eller kombinationer, så kallade hybrider. Ocementerad protes övervägs ofta för yngre höftartrospatienter (riktmärke för män < 65 år, för kvinnor < 60 år). För patienter med knäartros kan operationsmetoderna hög tibiaosteotomi (< 60 år) och unikompartimentell knäprotes (UKA) vara ett alternativ till total knäledsprotes (TKA). Trenden under de senaste 15 åren har dock varit att oftare välja TKA även för yngre patienter och mera sällan tibiaosteotomi eller UKA. Ett skäl kan vara att de två sistnämnda metoderna har högre revisionsandel än total knäprotes. Efter operation på ett selekterat patientmaterial med valgiserande tibiaosteotomi får ungefär 70 % av patienterna ett gott resultat som varar i 10 år [36].

Knäprotes

Under 2013 utfördes ca 13 300 primära knäprotesoperationer i Sverige. Incidensen för primär knäplastik i hela landet var 2013 139/100 000 invånare. Incidensen i Region Skåne var detta år i nivå med riksgenomsnittet medan incidensen i Blekinge och Hallands län var högre. I Kronobergs län var incidensen 2013 lägre än riksgenomsnittet (Tabell 2). Medelåldern för knäprotesoperation var knappt 69 år 2013, 57 % av dem som opererades var kvinnor [36].

Höftprotes

Under 2013 utfördes i Sverige cirka 16 300 primära totala höftprotesoperationer. Av dessa operationer hade cirka 13 300 höftartros som indikation. Medelåldern för höftprotesoperation till följd av primär artros var 67 år för män och 70 år för kvinnor och könsfördelningen var 57 % kvinnor och 43 % män. Incidensen för höftprotes i hela landet var 169/ 100 000 invånare under 2013. Jämfört med riksgenomsnittet hade Region Skåne och Kronobergs län detta år en incidens som var lägre medan Blekinge låg i nivå med rikssnittet och Hallands län hade en incidens som var högre [35].

	Knäprotes	Höftprotes*
Riket	139	169
Skåne	137	143
Blekinge	168	173
Kronoberg	124	148
Halland	163	177

Tabell 2. Incidens för operation med knäprotes och höftprotes per 100 000 invånare 2013. *Observera att här inkluderas även höftplastikoperationer till följd av fraktur och andra diagnoser

Ledprotesoperationer i Södra sjukvårdsregionen

I Södra sjukvårdsregionen utförs ledplastikoperationer i Trelleborg, Lund, Helsingborg, Ängelholm, Hässleholm, Halmstad, Växjö, Ljungby, Karlshamn och Karlskrona. De två centra som gör flest ledplastiker i riket finns i regionen, Hässleholm och Trelleborg.

Utfall efter ledprotesoperation

Knäplastik och höftplastik är välutvecklade och effektiva behandlingsmetoder med mycket goda långtidsresultat. Man räknar med att mer än 90 % av patienterna har bra funktion ännu 10 år efter sin operation och mer än 80 % har kvar sin protes efter 20 år [34, 35]. Komplikationer till ledproteskirurgi är infektion, tromboemboli, lossning och periprostetisk fraktur samt för höftproteskirurgi även luxation. Samtliga höft- och knäprotesoperationer registreras och följs upp av rikstäckande nationella register som årligen återrapporterar resultaten. Svenska Knäprotesregistret har sitt säte i Lund och Svenska Höftprotesregistret i Göteborg. I Sverige har vi bland de bästa långtidsresultaten i världen vad gäller ledplastikoperationer, vilket syns bland annat i låga siffror vad gäller antalet omoperationer per nyinsatta proteser.

13 Utredning inför operation med knäprotes eller höftprotes

RÖNTGENUNDERSÖKNING

Knä

- Konventionell röntgen, med frågeställningen artros, vilket innebär: belastade bilder med semiflekterade knäleder. Röntgen skall vara gjord inför remiss till ortopedmottagning och bör inte vara äldre än 1 år.
- MR har begränsat värde men kan vara aktuellt om man har kliniskt starka misstankar på osteonekros trots att slätröntgen är normal [36]. Remiss för MR skrivs av/ efter samråd med ortopedspecialist.

Höft

- Konventionell röntgen av bäcken och höft. Röntgen skall vara gjord inför remiss till ortopedmottagning och bör inte vara äldre än 1 år.
- Scintigrafi eller MRT har begränsat värde och används främst för att utesluta malignitet eller påvisa caputnekros i tidigt skede, remiss till dessa undersökningar skrivs av/ efter samråd med ortopedspecialist.

ALLMÄNMEDICINSK BEDÖMNING

Bör innefatta:

- Övriga sjukdomar
- Aktuella mediciner
- Levnadsvanor
- BMI*

*En övre BMI-gräns för att bli opererad med ledprotes har diskuterats. Att sätta en sådan gräns anses inte rimligt eftersom överviktiga och obesa personer kan ha lika stor nytta som normalviktiga av en ledprotesoperation. Då överviktiga patienter har en något högre risk för komplikationer under och efter operationen måste detta dock beaktas vid bedömningen. Lämpligen bör överviktiga och obesa särskilt fokusera på sina levnadsvanor och livsstil före operation.

GENOMGÅNG AV LEVNADSVANOR

- Rökning

Rökning är enligt WHO en av de största undvikbara hälsoriskerna, varför stöd för rökfrihet prioriteras. Inför planerad kirurgi bör patienter som är rökare informeras om att rökfrihet 6-8 veckor före och efter operationen halverar risken att drabbas av komplikationer under eller efter operationen. Vid akuta operationer bör rökstopp eftersträvas postoperativt. Rökningen påverkar en rad olika faktorer, både generell och lokalt, vilket gör rökningen till en fråga om patientsäkerhet. Samtliga rökande patienter som sätts upp på väntelista för operation bör erbjudas hjälp med rökavvänjning inför operationen.

- Nutrition

Underviktiga/dåligt nutrierade patienter bör få kostrådgivning hos dietist inför operation. Överviktiga patienter bör få allmänna råd angående kost men inte sättas på viktreduktionsprogram tiden närmast före operationen.

- Fysisk aktivitet

Patienter med mycket låg fysisk aktivitetsnivå bör få hjälp av primärvårdens fysioterapeut/kommunfysioterapeut att komma igång med daglig träning med låg belastning. Träningen syftar till att ge patienten ett bättre utgångsläge inför operationen genom att förbättra patientens allmänna kondition och träna muskelfunktion i nedre extremiteten.

REMISSRUTINER

- Specialistremiss ortopedi

På remissen bör följande beskrivas:

- Patientens symtom och funktionsproblem, gångförmåga, duration av besvär
- Behandling som provats mot artrosbesvären (inklusive artrosskola eller motsvarande)
- Patientens inställning till operation
- Allmänmedicinska data inkluderande övriga sjukdomar och aktuell medicinering
- Levnadsvanor (Fysisk aktivitet, rökning och alkohol)
- Röntgen utförd (datum), kopia av röntgensvar om röntgen är utförd privat eller utanför hemlandstinget.

- Remissvar till primärvården

Skickas efter ortopedspecialistens bedömning av patienten. I de fall där patienten inte har någon tydlig operationsindikation bör denne återremitteras till primärvården. Patienter med klara indikationer för operation som inte fått adekvat grundbehandling tidigare bör erbjudas utbildning till exempel i form av artrosskola och prehabilitering under väntetiden. Likaså bör patient i behov av hjälpmedel, fysioterapi eller hjälp med rökstopp inför operation återremitteras till primärvården.

14 Uppföljning på individnivå

MONITORERING AV SYMTOM, FUNKTION OCH HÄLSA

Artros är en kronisk sjukdom som inte är livshotande i sig men ofta förekommer tillsammans med andra sjukdomar. Inaktivitet till följd av artros kan bidra till försämring av flera allvarliga folksjukdomar. Artrosbesvären varierar över tid och uppföljning i primärvården sker med varierande och stundom glesa intervall för den patientgrupp som inte har samsjuklighet och då inte brukar få regelbundna läkar- eller fysioterapeutkontroller. Problemet med detta är att effekten av rekommenderad behandling inte alltid kontrolleras och att kontinuiteten därmed blir dålig. Utan uppföljning är det omöjligt att avgöra om behandlingsrekommendationen följts och om behandlingen haft effekt, vilket talar för att någon form av uppföljning bör ske även i de fall där patienten bedömts klara sig med egenvård.

UPPFÖLJNING AV FYSIOTERAPEUTISK BEHANDLING

Effekten av fysioterapeutisk behandling bör alltid utvärderas. Eftersom den fysioterapeutiska behandlingen inriktar sig på att lindra symtomen och förbättra funktionen, använder fysioterapeuten ofta funktionstester i kombination med självskattningsformulär. Se Tabell 1, avsnittet Diagnostik/utredning samt www.BOA-registret.se.

UPPFÖLJNING EFTER LEDPROTESKIRURGI

Det saknas idag enhetliga uppföljningsrutiner efter ledprotesoperation. Såväl lokala traditioner som geografiska faktorer kan påverka. På många ortopedkliniker sker postoperativt återbesök till opererande läkare medan vissa har ersatt detta med besök hos fysioterapeut eller telefonkontakt. På ortopedkliniker med stort geografiskt upptagningsområde är det vanligt att primärvården på patientens hemort står för både suturtagning och postoperativ träning.

Minsta gemensamma nämnare för uppföljningen

Vi menar att det är av stort värde för såväl patient som operatör med ett uppföljande besök. Efter en ledprotesoperation ansvarar ortopedisk klinik för uppföljande kontroller, förskrivning av smärtstillande mediciner och eventuell sjukskrivning under de första 3 månaderna. Postoperativa åtgärder som sårkontroll och suturtagning samt funktionskontroll bör i princip inte överföras till primärvården, eftersom tidiga komplikationer då kan missas. Det är rimligt att patienten överrapporterar till primärvården på hemorten för postoperativ rehabilitering, men någon initial uppföljning hos Ortopedklinikens fysioterapeut är att rekommendera.

15 Uppföljning på regional nivå

Kvalitetsindikatorerna, som är utformade för att mäta vårdens innehåll, kvalitet och resultat kan användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling lokalt, regionalt och nationellt. En indikator kan vara antingen en resultatindikator (t ex andelen patienter som är mycket nöjda eller nöjda efter höftprotesoperation) eller en processindikator (t ex antalet artroskopier vid knäartros/100 000 invånare). Tabell 3 sammanfattar nationella kvalitetsindikatorer med relevans för artros som har tagits fram av Socialstyrelsen (A och B), samt förslag på regionala indikatorer kopplade till vårdprogrammet (C). Dessa indikatorer är för närvarande under omarbetning dessa ska ut på remiss under för att fastställas 2015. Utvecklingsindikatorer är föreslagna indikatorer som ännu inte kunnat tas i bruk, då datakällan är under utveckling. Nationella indikatorer redovisas årligen i Socialstyrelsens "Öppna jämförelser". BOA-registret föreslås som datakälla för utvecklingsindikatorn 2.3 (Andelen patienter med artros som erhållit grundbehandling artros (utbildning, handledd träning och råd om viktnedgång). Det är ännu inte klarlagt vilka datakällor som bör användas för övriga utvecklingsindikatorer. Data för de generella indikatorerna 1.1, 1.2 och 1.3 bör hämtas från ett generiskt register som kan kopplas till olika diagnosspecifika kvalitetsregister.

A. Generella indikatorer för rörelseorganens sjukdomar				
		Mål-nivå	Redovisning	Datakälla
Utvecklingsindikator 1.1	Mätning av längd och vikt		Lokalt Regionalt Nationellt	
Utvecklingsindikator 1.2	Otillräcklig fysisk aktivitet		Lokalt Regionalt Nationellt	
Utvecklingsindikator 1.3	Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) + diagnosspecifika instrument		Lokalt Regionalt Nationellt	
B. Indikatorer för artros i knä och höft				
Indikator 2.1	Antal artroskopier med diagnos knäartros per 100 000 invånare	Går ej att fast- ställa	Lokalt Regionalt Nationellt	Patientregistret
Indikator 2.2	Andel artrospatienter ≥ 75 år som förskrivits NSAID	Går ej att fast- ställa	Lokalt Regionalt Nationellt	Patientregistret Läkemedelsregistret (ej receptbelagt och kan ej följas)
Utvecklingsindikator 2.3	Andelen patienter med artros i knä och höft som erhållit ”Grundbehandling artros” (utbildning, handledd träning och råd om viktne dg ång)	70 %	Lokalt Regionalt Nationellt	<i>Förslag:</i> BOA-registret
C. Indikatorer kopplade till aktuellt vårdprogram				
Regional utvecklingsindikator	Andel av inremitterade till ortopedmottagningen för operation som sätts upp för operation	70 %	Lokalt Regionalt	<i>Förslag:</i> PASIS Ortreg*
Regional utvecklingsindikator	Andel nöjda efter operation med knäprotes/höftprotes	90 %	Lokalt Regionalt	<i>Förslag:</i> Ortreg*. Knäprotesregistret Höftprotesregistret
Regional utvecklingsindikator	Incidens för operation med knä- och höftprotes/ 100 000 invånare.	Går ej att fast- ställa	Regionalt	<i>Förslag:</i> Knäprotesregistret Höftprotesregistret

Tabell 3. Föreslagna kvalitetsindikatorer för artrosvården. *Ortreg är ett regionalt ortopediskt operationsregister (med säte i Lund). De patienter som ledplastikopererats vid klinikerna i Lund, Trelleborg och Hässleholm kontaktas av sjuksköterska per telefon efter ett år och utfrågas om komplikationer. Patienterna får också fylla i KOOS/HOOS och EQ5D.

KVALITETSREGISTER

BOA-registret

BOA-registret är ett Nationellt Kvalitetsregister av, för och med fysioterapeuter, som syftar till förbättringsarbete och verksamhetsuppföljning inom artrossjukvården samt forskning inom artros. I registret, som har sin hemvist på Registercentrum, Göteborg finns dels demografiska, dels patientrapporterade data på alla patienter som genomgått artrosskola. Uppföljning i registret sker med patientrapporterat utfall efter tre månader (avslutad artrosskola) samt genom utskick av patientformulär efter ett år (administreras av BOA-registret). I registret utvärderas bland annat smärtintensitet, smärtfrekvens, hälsorelaterad livskvalitet, fysisk aktivitetsnivå, motivation för operation, rädsla att leden tar skada av fysisk aktivitet och tilltro till den egna förmågan att påverka sina besvär. Fysioterapeuten rapporterar tidigare behandlingar och undersökningar vid första besök och efter tre månader, samt patientens följsamhet till interventionen vid tremånaders uppföljning.

Deltagande i artrosskolan leder till minskad smärta och förbättrad hälsorelaterad livskvalitet för patienter med artros i höft och knä. Nittiofem procent är nöjda eller mycket nöjda med artrosskolan efter tre månader, efter ett år är siffran 85 % [15]. Varje enhet kan hämta ut sina egna resultat, aggregerat eller på individnivå, online i realtid. I varje landsting finns dessutom en kontaktperson för registret som kan bistå med monitorering och återrapportering av verksamheten på aggregerad nivå för hela landstinget (vårdgivaren) efter delegering från primärvårdsnämnden. Även privata vårdgivare kan delegera behörighet att monitorera resultat till kontaktpersonen.

Alla artrosskolor bör ansluta sig till BOA-registret eftersom det då blir möjligt att följa hur de nationella riktlinjerna implementerats och hur vårdkedjan fungerar från ledsymtom till protesoperation. Idag saknas kunskap om hur olika faktorer samverkar och påverkar urvalet av patienter till operation liksom hur patienten behandlas under sin artrosprogress.

Knäprotesregistret och Höftprotesregistret

I dessa kvalitetsregister registreras förutom postoperativa komplikationer och protesöverlevnad numera även patientrapporterat utfall. Eftersom lindring av smärta och förbättring av ledfunktion och livskvalitet är själva syftet med proteskirurgi kan det patientrapporterade utfallet med fog betraktas som primära utfallsvariabler. Patientrapporterat utfall eller på engelska ”patient-reported outcome measures” (PROM)-värden är baserat på patienternas skattning av hur de mår och fungerar i vardagen. Inom ramen för ett pilotprojekt har PROM-värden använts som kvalitetsmått efter knäprotesoperation i Skåne under perioden 2008-2009 i Trelleborg och 2009-2010 i Hässleholm. PROM-värden registreras preoperativt, efter ett år och vid vissa kliniker även efter sex år.

I höftprotesregistret började man att registrera PROM år 2002 i Västra Götalandsregionen, varefter övriga landsting följde efter och denna del av registret blev rikstäckande 2010.

PROM-värden som registreras är hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D), aktuellt hälsotillstånd (EQ VAS), höftsmärta (VAS) samt tillfredsställelse med operationen (VAS). Patientrapporterat resultat (Vinst i livskvalitet av operation) samt patienttillfredsställelse efter höftprotesoperation har redovisats som resultatindikatorer i Öppna jämförelser [34]. Sedan 2012 ingår en fråga om patienten deltagit i artrosskola preoperativt och året efter infördes en fråga om rökning.

De flesta patienter som opereras med höftprotes har goda resultat efter sin operation med avseende på patientrapporterat utfall. Efter ett år rapporterar 91 procent av alla patienter en betydande smärtlindring, det vill säga en förbättring på minst 15 enheter på VAS-skalan som mäter smärta från höften. Vidare uppger 89 % (artrospatienter) att de är nöjda eller mycket nöjda med resultatet av operationen och 76 % har förbättrats i en eller flera dimensioner av EQ-5D utan att försämrats i någon annan dimension [35].

Knäprotesregistret har avvaktat med att införa PROM-värden i registret eftersom man ansett det vara svårt att hitta lämpliga instrument. Resultaten av pilotprojektet i Skåne som redovisades i 2011 års rapport visade att en knäprotesoperation förbättrar symtom, funktion och knärelaterad livskvalitet (KOOS) men inte alltid generell hälsa (EQ-5D). Av 2013 års rapport framgår att efter ett år har 71 % av patienterna bättre självskattad hälsa (EQ-VAS) än preoperativt och att 80 % av patienterna är mycket nöjda eller nöjda med operationsresultatet (VAS) [36]. Genom en samkörning av protesregistren med BOA-registret skulle artrosprocessen kunna studeras på ett unikt sätt.

16 Ansvarsfördelning

FÖRDELNING MELLAN KOMMUN, PRIMÄRVÅRD OCH SPECIALISTVÅRD

Primärvården har ansvar för utredning och diagnos samt grundbehandling och tilläggsbehandling. På primärvården ligger även ansvar för primär- och sekundärprevention av artros och annan ohälsa. Man bedömer även behov av sjukskrivning och omskolning till följd av artrosen. Primärvården har även ansvar för att optimera patienten inför ett ortopedkirurgiskt ingrepp, t ex med rökstopp, fysisk aktivitet och riktade träningsinsatser. Primärvården bör samarbeta med kommunens fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor om behov finns.

Specialistvården (ortopediska kliniker) har ansvar för bedömning och behandling inom specialistområdet ortopedi efter remiss från primärvården. Specialistvården bedömer om patienten kan bli hjälpt av ett operativt ingrepp, remitterar till kompletterande preoperativ undersökning, utför kirurgi och följer upp patienten postoperativt. Information ges om hur anskaffning av gång- och ADL hjälpmedel ska ske inför operation. Ortopedläkaren handlägger normalt sjukskrivning och ordination av smärtstillande läkemedel under de tre första månaderna postoperativt. Ortopedsjuksköterskan följer efter operationen upp patienten avseende bland annat sårhäkning och smärtmedicinering. Ortopedfysioterapeuten initierar postoperativ rehabilitering under vårdtiden och kontrollerar funktionen samt ger förnyade instruktioner vid det första återbesöket på kliniken. I samband med detta bedöms behovet av fortsatt fysioterapeutisk behandling. Ortopedfysioterapeuten bör samarbeta med fysioterapeut i primärvården och kommunen för att säkerställa att patienten får avsedd rehabilitering och uppföljning. Specialistkliniken delar uppgiften att informera patienter om artros och artrosbehandling och att sprida kunskap om artros i samhället med primärvården. Vid ortopediska kliniker kan patientutbildning som förbereder patienter för ledplastikoperation hållas, som komplement till grundläggande patientutbildning.

17 Ekonomiska aspekter

En mera offensiv approach när det gäller artrosbehandling kan på kort sikt leda till ökade kostnader för fysioterapi och patientundervisning men beräknas på lång sikt ge vinster i form av färre sjukskrivningsdagar, möjligt minskat behov av ledplastikoperationer, mindre utnyttjande av sjukvårdsresurser (artroskopi, röntgen, magnetkamera) och lägre frekvens av följsjukdomar. Genom att överföra vissa arbetsuppgifter från läkare till andra vårdprofessioner som fysioterapeut eller sjuksköterska kan man göra artrosvården mera tillgänglig och kostnadseffektiv.

De nya rekommendationerna avseende diagnostisering av artros borde innebära en kostnadsminskning för hälso- och sjukvården, då man i normalfallet inte ska remittera patienten till röntgenundersökning eller specialistklinik. Initialt kan det krävas ökade utbildningsinsatser när det gäller klinisk diagnostik. Rekommendationerna för behandling av artros kan leda till en kostnadsökning eftersom fler personer erbjuds träning och undervisning vilket kräver en utökning av nuvarande fysioterapeutresurser. Om rekommendationen att inte remittera patienter över 40 år med menisksador eller patienter med artros till artroskopisk ledstädning/ meniskresektion följs skulle detta medföra en kostnadsminskning som kan kompensera det. Socialstyrelsen bedömde 2012 att ett undvikande av onödiga knäartroskopier skulle ge en besparing på 25 miljoner kronor [19].

18 Artrosvård i framtiden

För att möta det ökande behovet av vård för knä- och höftartros bör nya proaktiva vårdmodeller provas. Nedan följer några förslag till strategier och åtgärder för att utveckla artrosvården:

- *Ökade satsningar på hälsofrämjande insatser och förebyggande vård.* De påverkbara riskfaktorerna för artros utgörs av livsstilsfaktorer vilka även ger ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Allmänheten bör genom informationskampanjer göras medveten om levnadsvanornas betydelse för att utveckla artros och annan ohälsa. Informationen bör ges via olika kanaler och anpassas efter olika målgruppers behov.
- *Tidigare diagnos av symtomatisk knä- och höftartros.* Öppen mottagning hos fysioterapeuten på hälsovalsenheten kan vara ett sätt att fånga upp personer med artrosrelaterade knä- och höftbesvär. En tidig diagnos ökar möjligheten till sekundärprevention genom träning, aktivitetsmodifiering och viktreduktion.
- *Vården bör vara personcentrerad, det vill säga utgå från individens behov och önskemål.* Personcentrerad vård har visats vara effektiv då den ger ett bättre vårdutfall och minskade samhällskostnader. Med denna modell blir patienten en partner som med stöd av lämpliga professionella inom vården kan monitorera sin sjukdom och i perioder behandla sig själv. Med rätt stöd i form av information/utbildning och coachning bör många artrospatienter kunna sköta sin behandling genom egenvård. Utveckling av e-hälsotjänster via mobilapplikation för rådgivning, monitorering och hembehandling kan underlätta för patienten. Med sådana tjänster underlättas *self-management* där patienter med artros rapportera hur de mår genom att fylla i lämpliga självskattningsformulär med jämna intervall, t ex en gång per år.

- *Omhändertagandet ska ske på rätt vårdnivå.* LEON-principen innebär att vård alltid ska ges på Lägsta Effektiva Omhändertagandenivå. Vården behöver då ta hänsyn till hela individen reella vårdbehov och ofta multisjuklighet. Detta innebär att man med patientens behov som utgångspunkt aktivt söker efter möjligheter att fullt ut använda hela vårdorganisationens och personalens kompetens och personkännedom. Omhändertagande på rätt vårdnivå innebär också att den utredning eller behandling som kan handläggas i primärvården inte ska skötas av ortopedspecialist.
- *Ett samlat omhändertagande genom en hela artros-vårdkedjan.* Med klart avgränsade ansvarsområden och upparbetade samarbetsrutiner kan överföringen av patienter mellan primärvård och specialistvård ibland fungera smidigare, dubbelarbete och onödiga konsultationer undvikas samtidigt som väntetiderna kan hållas nere. Handläggning behöver dock anpassas till de olika ofta multisjuka patienter med varierande sökmönster och reellt vårdbehov.

19 Referenser

1. Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar. *Linköpings Universitet, CMT rapport* 2003;5.
2. Hubertsson J, Petersson IF, Thorstensson CA, *et al.* Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:401-5.
3. Kopec JA, Rahman MM, Sayre EC, *et al.* Trends in physician-diagnosed osteoarthritis incidence in an administrative database in British Columbia, Canada, 1996-1997 through 2003-2004. *Arthritis Rheum* 2008;59:929-34.
4. Turkiewicz A, Petersson IF, Björk J, *et al.* Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthritis Cartilage* 2014; 2014 Jul 30. pii: S1063-4584(14)01188-1. doi: 10.1016/j.joca.2014.07.015
5. Vårdanalys. Ur led är tiden. *Rapport* 2013;9.
6. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, *et al.* A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the u.S. Bone and joint initiative. *Semin Arthritis Rheum* 2013; Dec 4.
7. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81:646-56.
8. Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:3-25.
9. Turkiewicz A, de Verdier M, Gerhardsson, Engström G, *et al.* The proportion of knee osteoarthritis patients in southern Sweden that seek medical care [abstract]. *Arthritis Rheum* 2013; 65 Suppl 10:264
10. Klit J, Gosvig K, Jacobsen S, *et al.* The prevalence of predisposing deformity in osteoarthritic hip joints. *Hip international: the journal of clinical and experimental research on hip pathology and therapy* 2011;21:537-41.
11. Lohmander LS, Gerhardsson de Verdier M, Rollof J, *et al.* Incidence of severe knee and hip osteoarthritis in relation to different measures of body mass: A population-based prospective cohort study. *Ann Rheum Dis* 2009;68:490-6.
12. Slemenda C, Heilman DK, Brandt KD, *et al.* Reduced quadriceps strength relative to body weight: A risk factor for knee osteoarthritis in women? *Arthritis Rheum* 1998;41:1951-9.
13. Thorstensson CA, Petersson IF, Jacobsson LT, *et al.* Reduced functional performance in the lower extremity predicted radiographic knee osteoarthritis five years later. *Ann Rheum Dis* 2004;63:402-7.
14. Andriacchi TP, Mundermann A, Smith RL, *et al.* A framework for the in vivo pathomechanics of osteoarthritis at the knee. *Ann Biomed Eng* 2004;32:447-57.

15. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, *et al.* All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: Population based cohort study. *BMJ* 2011;342:d1165.
16. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Socialstyrelsen 2011.
17. BOA-registret. Bättre omhändertagande av patienter med artros årsrapport 2013. www.boaregistret.se
18. FYSS- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. www.fyss.se
19. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Socialstyrelsen 2012.
20. Nationella indikationer för MR vid knäbesvär. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-MR-knabesvar.pdf>
21. Neuman P, Englund M, Kostogiannis I, *et al.* Prevalence of tibiofemoral osteoarthritis 15 years after nonoperative treatment of anterior cruciate ligament injury: A prospective cohort study. *Am J Sports Med* 2008.
22. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, *et al.* Eular recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:1125-35.
23. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, *et al.* OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part ii: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16:137-62.
24. Hochberg MC, Altman RD, April KT, *et al.* American college of rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:465-74.
25. Conaghan PG, Dickson J, Grant RL. Care and management of osteoarthritis in adults: Summary of NICE guidance. *BMJ* 2008;336:502-3.
26. Vårdprogram Levnadsvanor för vuxna. www.skane.se/vardochriktlinjer.
27. Juhl C, Christensen R, Roos EM, *et al.* Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheum* 2014; 66:622-36.
28. Stahre L, Hallstrom T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eat Weight Disord* 2005;10:51-8.
29. Stahre L, Tarnell B, Hakanson CE, *et al.* A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up. *Int J Behav Med* 2007;14:48-55.
30. Läkemedelsboken. Available from: www.lakemedelsverket.se.

31. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, *et al.* A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347:81-8.
32. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, *et al.* Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med* 2013;369:2515-24.
33. Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, *et al.* A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2008;359:1097-107.
34. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2013 – Hälsa- och sjukvård – jämförelser mellan landsting.
35. Svenska höftprotesregistret; årsrapport 2013.
36. Svenska knäprotesregistret; årsrapport 2014.