

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Knäledsartros

Vårdförloppet inleds vid misstanke om knäledsartros eller vid försämring av tidigare känd knäledsartros och avslutas då patienten upplever acceptabel funktions- och smärtsituation och fungerande egenvård eller vid remiss för ortopedisk bedömning.

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-09-15	Öppen remiss

Sammanfattning

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige, och drabbar oftast knäled, följt av hand- och höftled. Alla strukturer kring leden påverkas vid knäledsartros, inte bara ledens brosk. Sjukdomen ger symtom i form av smärta, och långvariga besvär leder ofta till nedsatt funktion och livskvalitet samt till ökad risk för samsjuklighet.

Patienter med artros får inte alltid rätt vård i rätt tid och inte heller i enlighet med de nationella riktlinjerna. Exempelvis har en stor andel av de patienter som remitteras till ortopedklinik idag inte provat någon grundbehandling.

Diagnosen artros ska ställas genom en samlad bedömning av patientens berättelse och kliniska fynd. Då artros i tidigt stadium sällan är synlig på röntgen kan röntgenundersökningen bidra till att diagnosen försenas och att patienten inte får adekvat behandling.

Patienter med knäledsartros ska enligt nationella riktlinjer omhändertas enligt en behandlingspyramid (Figur 2) och tidigt i sjukdomsförloppet erbjudas grundbehandling med patientutbildning, individanpassad träning och vid behov stöd för viktnedgång. Grundbehandlingen motverkar smärta, funktionsnedsättning och försämrad hälsa. Vid tidig grundbehandling är det i många fall möjligt att få så bra knäfunktion att knäprotesoperation kan undvikas eller senareläggas. Till viss del kan samsjuklighet som viktuppgång, diabetes och hjärtsjukdom motverkas om knäledsfunktion och patientens rörlighet optimeras. Behandlingen har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet.

En utmaning är att en stor andel av de patienter som remitteras till ortopedklinik, i dagsläget inte är aktuella för kirurgisk åtgärd och att grundbehandling inte har prövats. Målen med vårdförloppet är att alla patienter med knäledsartros ska få rätt vård i rätt tid, att patienter i hela landet bör utredas, behandlas och omhändertas i enlighet med nationella riktlinjer samt att öka kunskapen om knäledsartros.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om knäledsartros eller vid försämring av tidigare känd knäledsartros. Det avslutas när patienten upplever en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård, vid en annan diagnos som orsakar symtomen eller vid remiss för ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi. Detta vårdförlopp beskriver vilka åtgärder som bör genomföras och i vilken ordning åtgärderna bör utföras för att patienten ska få behandling i rätt tid.

För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till smärta, livskvalitet, röntgenundersökning och patientutbildning. Uppföljning planeras via indikatorer som registreras i det nationella kvalitetsregistret Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA-registret), regionala vårddatabaser och PrimärvårdsKvalitet.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationella programområdet (NPO) rörelseorganens sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Beskrivning av vårdförlopp.....	5
1.1. Om knäledsartros	5
1.2. Omfattning	6
1.3. Vårdförloppets mål	6
1.4. Ingång och utgång	6
1.5. Flödesschema för vårdförloppet	7
1.6. Vårdförloppets åtgärder.....	8
1.6.1. Ställa diagnos.....	8
1.6.2. Behandling.....	8
1.7. Personcentrering och patientkontrakt.....	15
2. Uppföljning av vårdförlopp	16
2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter.....	16
2.2. Indikatorer för uppföljning.....	16
3. Bakgrund till vårdförlopp	18
3.1. Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter.....	18
3.2. Kompletterande kunskapsunderlag	19
3.3. Arbetsprocess.....	19
4. Referenser	20

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdocumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp. De riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1. Om knäledsartros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige, och drabbar oftast knäled, följt av hand- och höftled [1, 2]. Knäledsartros förekommer hos 13,8 procent av befolkningen över 45 år [2]. Artros förväntas bli allt vanligare de kommande åren, då befolkningen blir äldre, mer överviktig och är mer stillasittande än tidigare. Knäledsartros är en degenerativ sjukdom som drabbar ledens brosk, menisker, senor, ligament, ledkapsel, lednära ben och muskulatur [3, 4]. Riskfaktorer associerade med utveckling av knäledsartros är kvinnligt kön, övervikt, knäbelastande arbeten, fysisk inaktivitet, tidigare knäledsskada och ärftlighet [5, 6]. Sjukdomen ökar i förekomst med stigande ålder, men även yngre personer kan diagnostiseras med knäledsartros efter till exempel tidigare ledskador. Tiden från symtomdebut till artrosdiagnos kan vara lång, ofta många år [7].

Knäledsartros ger symtom i form av belastningssmärta, igångsättningssvårigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet eller instabilitet [8]. Besvären kommer ofta gradvis, men kan vara akuta i samband med knäledstrauma eller överbelastning. Sjukdomen har ofta ett långsamt fortskridande förlopp och är en av de främsta orsakerna till långvarig muskuloskeletal smärta [9] och funktionsnedsättning hos personer i både arbetsför ålder och i äldre åldrar [10]. Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet [11] och personer med artros har ökad samsjuklighet jämfört med den övriga befolkningen [12].

En vanlig missuppfattning bland både patienter och vårdpersonal är att en röntgenundersökning behövs för att ställa diagnosen knäledsartros. En annan missuppfattning är att den bästa behandlingen är protesoperation. De nationella riktlinjerna för knäledsartros beskriver hur diagnosen ställs och vilken behandling som är aktuell utifrån patientens symtombild. Detta vårdförlopp beskriver i vilken ordning olika åtgärder bör genomföras för att patienten ska få behandling i rätt tid.

1.2. Omfattning

Vårdförloppet omfattar åtgärder från att det finns misstanke om knäledsartros eller vid försämring av tidigare känd knäledsartros tills att patienten upplever en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård eller vid remiss för ortopedisk bedömning.

Ytterligare ett vårdförlopp för knäledsartros i samband med operation planeras framöver.

1.3. Vårdförloppets mål

Målen med vårdförlopp för knäledsartros är att:

- patienter med knäledsartros ska få rätt vård i rätt tid, det vill säga diagnos och grundbehandling tidigt under sjukdomsförloppet
- patienter med knäledsartros ska utredas, behandlas och omhändertas på ett personcentrerat sätt i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer
- uppnå ökad funktionsnivå och livskvalitet bland patienter med knäledsartros framför allt genom ökad fysisk aktivitet
- öka kunskapen om knäledsartros bland allmänhet och vårdgivare.

1.4. Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet sker vid misstanke om knäledsartros eller vid försämring av tidigare känd knäledsartros. Misstanke om knäledsartros föreligger när patienten beskriver ett eller flera av nedanstående symtom:

- igångsättningsbesvär– morgonstelhet (< 30 minuter) och stelhet efter inaktivitet som går över vid rörelse
- smärta - belastningsrelaterad smärta, ibland vilosmärta och nattlig värk
- ledpåverkan - intermittent ledsvullnad, känsla av låsningar och upphakningar
- nedsatt funktion - till exempel svårigheter att gå
- känsla av instabilitet – kan upplevas av sjukdomen.

Besvären utvecklas ofta gradvis med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall.

Utgång ur vårdförloppet sker när något av följande blir aktuellt:

- Patienten upplever en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård.
- En differentialdiagnos ställs som förklaring till symtomen.
- Patienten får remiss till ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi.

1.6. Vårdförloppets åtgärder

Åtgärderna i vårdförloppet är baserade på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och innebär att patienter med artros ska få ett strukturerat omhändertagande. Det innebär en tidig klinisk diagnos och behandling utifrån en behandlingspyramid som består av tre delar: grundbehandling, tilläggsbehandling och kirurgisk behandling (Figur 2).

1.6.1. Ställa diagnos

Diagnosen knäledsartros bör ställas kliniskt efter en samlad bedömning av anamnes och status [13]. Då artros i ett tidigt stadium sällan medför ledförändringar som syns vid röntgenundersökning kan avsaknad av röntgenfynd inte utesluta artros och istället leda till att diagnos och behandling fördröjs. En fördröjd diagnos är ofördelaktig, eftersom grundbehandling har bäst effekt tidigt i sjukdomsförloppet [14]. Majoriteten av personer med artros når en acceptabel funktionsnivå livet ut med hjälp av grundbehandling utan att behöva en protesoperation. Röntgenundersökning kan bli aktuell vid övervägande om differentialdiagnos och vid atypiska besvär. Röntgenundersökning sker inför ortopedisk bedömning för ställningstagande till kirurgisk åtgärd (proteskirurgi).

1.6.2. Behandling

Grundbehandlingen vid knäledsartros utgörs av patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktredning. Patientutbildning innefattar information om diagnosen, behandlingspyramiden och om egenvård. Träningen bör vara individuellt anpassad och handledad av en fysioterapeut. Träningen kan exempelvis innebära styrketräning, konditionsträning och balansträning [9]. Väl genomförd grundbehandling kan, utöver vinster för den enskilde individen i form av minskad smärta, ökad hälsorelaterad livskvalitet och minskat intag av smärtstillande läkemedel, även förväntas ge samhällsekonomiska vinster som till exempel minskad sjukskrivning [15].

Vid behov kan grundbehandlingen kompletteras med tilläggsbehandling såsom smärtlindrande läkemedel och hjälpmedel. Hos en mindre andel av de patienter som har svåra besvär och där grundbehandling och tilläggsbehandling inte har tillräcklig effekt, kan kirurgisk behandling i form av proteskirurgi bli aktuell. Även när sjukdomen nått skedet där operation bedöms nödvändig är anpassad träning av stort värde fram till operation för att bibehålla funktion och muskelstyrka. Träning förbättrar även förutsättningar för postoperativ rehabilitering [16].

Patientens delaktighet i hela vårdförloppet är central och mycket viktig vid både planering och genomförande av de olika delarna i behandlingspyramiden [12].

Figur 2 Behandlingspyramid vid knäledsartros. Källa: Socialstyrelsens nationella riktlinjer



Tabell 1. Åtgärdstabell för vårdförlopp knäledsartros.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(A) Klinisk utredning</p> <p>Vid misstanke om knäledsartros triageras patienten i första hand till en fysioterapeut för vidare utredning och bedömning.</p> <p>Ställ diagnosen knäledsartros kliniskt genom en sammanvägd bedömning av anamnes (riskfaktorer och symtom) och status enligt nedan.</p> <p>Riskfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidigare ledskada • Ålder över 45 år • Kvinnligt kön • Övervikt • hereditet • Ensidig långvarig ledbelastning, exempelvis knästående arbete • Muskelsvaghet <p>Symtom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igångsättningsbesvär– morgonstelhet (< 30 minuter) och stelhet efter inaktivitet som går över vid rörelse • Smärta - belastningsrelaterad smärta, ibland vilosmärta och nattlig värk • Ledpåverkan - intermittent ledsvullnad, känsla av låsningar och upphakningar • Nedsatt funktion - till exempel svårigheter att gå • Känsla av instabilitet – kan upplevas av sjukdomen. <p>Besvären kommer ofta gradvis med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall.</p> <p>Status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inskränkt rörelseomfång • Ledsvullnad, eventuell Bakercysta • Palpationsömhet över ledspringa • Breddökning av leden • Krepitationer <p>I senare skede förekommer varusfelställning eller valgusfelställning och ibland instabilitet.</p> <p>Bedöm behov av kompletterande undersökningar för att utesluta differentialdiagnoser.</p> <p>Kartlägg patientens levnadsvanor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakta primärvården. • Berätta om symtom, farhågor och förväntningar.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(B) Föreligger klinisk diagnos knäledsartros?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja: Dokumentera diagnoskod ICD-10-SE M17-Knäledsartros och fortsätt till (C) • Nej: Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas 	
<p>(C) Dialog med patienten och upprättande av rehabiliteringsplan</p> <p>Säkerställ att patienten har förstått information om diagnosen. Ha dialog med patienten kring förlopp, prognos, behandlingsalternativ och levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, övervikt, rökning och alkoholbruk.</p> <p>Utforma tillsammans med patienten mål och plan för fortsatt vård med hänsyn till</p> <ul style="list-style-type: none"> • symtom inklusive smärta och funktion • sociala och psykosociala faktorer • kunskap kring artros • arbetssituation • sömnkvalitet • motivation • attityder till träning • samsjuklighet. <p>Säkerställ att patienten känner till kontaktvägar och när det är viktigt att patienten tar kontakt. Vid behov, samverka med och säkerställ att annan behandlingspersonal är införstådd med rehabiliteringsplanen.</p> <p>Använd förebyggande sjukskrivning om patienten har svårt att komma ifrån arbetet för att delta i grundbehandling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i dialog kring diagnos och behandlingsalternativ. • Delta i diskussion om förväntningar och mål med behandling samt behandlingsalternativ. • Kontakta arbetsgivare för eventuell anpassning av arbetsplats eller sysselsättningsgrad. • Delta vid behov i diskussion om förebyggande sjukskrivning. • Delta vid upprättande av rehabiliteringsplan.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(D) Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling</p> <p>Grundbehandling ska vara individuellt anpassad och kan ske individuellt eller i grupp, exempelvis via en artrosskola.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erbjud patientutbildning som innefattar information om diagnosen, behandlingspyramiden och om egenvård. • Erbjud individuellt anpassad, handledd träning av fysioterapeut . • Komplettera eventuellt träningen med till exempel fysisk aktivitet på recept (FaR). • Informera om viktkontroll och erbjud detta via vården vid behov, exempelvis remiss till dietist. <p>Följ regelbundet upp behandlingseffekt och revidera träningsupplägg utifrån patientens symtom och individuella behov. Erbjud tilläggsbehandling vid behov i form av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkemedel • smärtlindrande icke-farmakologisk behandling (exempelvis TENS, akupunktur, ortos) • hjälpmedelsutprovning • samtalsstöd eller terapi • anpassning av arbetsplats och/eller sysselsättningsgrad. <p>Tilläggsbehandlingen kan variera bland annat beroende på symtom och behandlingseffekt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i behandling utifrån upprättad rehabiliteringsplan. • Arbeta med viktning vid behov. • Kontakta primärvården vid utebliven effekt av grundbehandlingen, vid behov av att komma framåt i behandlingen eller vid försämring.
<p>(E) Uppföljning grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha en dialog med patienten och följ upp rehabiliteringsplanen. • Säkerställ att målen med rehabiliteringsplanen har uppnåtts. • Följ upp och utvärdera funktionsnivå, smärtsituation, fysisk aktivitetsnivå, hälsorelaterad livskvalitet enligt patientens individuella rehabiliteringsplan. • Följ upp vårdförloppets mål och indikatorer. • Ha en dialog med patienten och säkerställ att hen har kunskap om fortsatt egenvård. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i uppföljning av rehabiliteringsplan. • Delta i diskussion om förväntningar på livsstilsförändringar och hur dessa bör vidmakthållas.
<p>(F) Acceptabel funktions- och smärtsituation och fungerande egenvård?</p> <p>Upplever patienten en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård enligt uppföljning i (E)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja: Fortsätt till (G) • Nej: Fortsätt till (H) för förnyad utredning 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i diskussion om funktions- och smärtsituation. • Delta i diskussion kring rehabiliteringsplan och fortsatt egenvård.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(G) Revidering av rehabiliteringsplan vid fortsatt rehabilitering i dialog med patienten</p> <p>Skapa en långsiktig rehabiliteringsplan för</p> <ul style="list-style-type: none"> • förebyggande, symtomlindrande och underhållande egenvård • eventuell förskrivning av FaR • plan vid eventuell försämring såsom kontaktvägar och kontaktperson vid behov av förnyad kontakt med vården • eventuell uppföljning av symtom eller levnadsvanor som sker utanför vårdförloppet (14). <p>Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i planering av fortsatt egenvård genom träning, viktkontroll vid behov och hantering av besvär. • Ta ansvar för egenvård. • Ta ansvar för att kontakta primärvården vid kraftigt ökad smärta eller funktionsnedsättning.
<p>(H) Förnyad eller kompletterande utredning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gör förnyad utredning av patientens funktions- och smärtsituation. • Överväg differentialdiagnoser, komplettera med eventuell radiologisk eller annan undersökning. • Genomför slätröntgen vid oklar diagnos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsätt med egenvård inklusive träning och vid behov viktredgång/kontroll.
<p>(I) Föreligger differentialdiagnos?</p> <p>Föreligger differentialdiagnos som orsak till symtom?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja: fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas • Nej: fortsätt till (J). 	
<p>(J) Information och dialog</p> <p>Ge information och ha dialog med patienten angående</p> <ul style="list-style-type: none"> • fortsatt grund-, tilläggsbehandling samt egenvård • möjligheter för vidare utredning och ortopedisk bedömning • levnadsvanor såsom övervikt, rökning och alkoholbruk vilka är riskfaktor vid kirurgi, samt stöd vid behandling av dessa (14)patientens kontaktperson i vården och kontaktvägar vid behov av förnyad kontakt med vården. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning och inställning till operation.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(K) Behov av ortopedisk bedömning?</p> <p>Ta ställning till om patienten behöver remitteras till ortopedisk bedömning. Indikationer för remiss är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • icke acceptabel smärta eller funktionsinskränkning trots adekvat grund-och tilläggsbehandling enligt behandlingspyramiden (figur 2) • röntgenverifierad knäartros • att patienten är intresserad av att genomgå operation och är motiverad till träning före och efter operation. <p>Individanpassad bedömning och avsteg kan göras från kriterierna ovan inför ortopedisk bedömning om nyttan bedöms överskrida riskerna med operation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja; patienten är aktuell för ortopedisk bedömning: Fortsätt till (L). • Nej; patienten är inte aktuell för ortopedisk bedömning: Återgå till (C). 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i beslut om eventuell ortopedisk bedömning. • Ta ansvar för att sätta dig in i vad en operation innebär bland annat vad gäller risker, smärta och tidig träning direkt efter operationen. • Var införstådd med att rehabiliteringstiden efter operation är sex till tolv månader.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(L) Förberedelser inför och remiss till ortopedisk bedömning</p> <p>Följande förberedelser ska göras inför remiss till ortopedisk bedömning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifiera riskfyllda levnadsvanor, till exempel rökning, riskkonsumtion av alkohol och opioider, fetma eller malnutrition. Inled åtgärder vid behov. • Identifiera och optimera om möjligt behandlingen av tillstånd/sjukdomar som utgör riskfaktorer i samband med proteskirurgi, till exempel hypertoni, hjärtsjukdom, diabetes, anemi, psykisk ohälsa och demens. • Uppdatera läkemedelslistan. • Säkerställ att patienten är förberedd på vad en operation innebär bland annat vad gäller risker, smärta och tidig träning direkt efter operation. • Genomför slätröntgen ifall detta inte har gjorts tidigare. <p>Följande information ska ingå i remissen eller vara lätt tillgänglig enligt överenskomna rutiner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ålder och kön • symtom och funktionsproblem, gångförmåga, duration av besvär • behandling som provats mot artrosbesvären • information om att patienten vill bli opererad • andra relevanta tillstånd eller sjukdomar samt hur dessa är optimerade • blodtryck • hjärt- och lungstatus • tidigare operationer • riskfyllda levnadsvanor samt eventuella åtgärder • aktuell läkemedelslista • aktuell röntgen - information om datum och utförande enhet. <p>När förberedelserna inför ortopedisk bedömning är genomförda och ovanstående uppgifter till remissen är kända, skickas remiss till ortoped.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsätt med egenvård och träning. • Ta ansvar för viktkontroll och förändring av levnadsvanor, vid behov med stöd från vården.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(M) Revidering av rehabiliteringsplan inför ortopedisk bedömning och eventuell operation i dialog med patienten</p> <p>Skapa rehabiliteringsplan för behandling i väntan på ortopedisk bedömning och optimering inför kirurgi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fortsatt egenvård • eventuell förskrivning av FaR • fortsatt grund- och tilläggsbehandling • plan vid eventuell försämring • uppföljning och behandling av levnadsvanor <p>Under väntetiden till ortopedisk bedömning ansvarar primärvården för patientens fortsatta smärtlindring och sjukskrivning.</p> <p>Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i upprättande av rehabiliteringsplan • Ta ansvar för fortsatt egenvård inklusive träning och viktkontroll vid behov. • Ta ansvar för levnadsvanor till exempel att aktivt behandla övervikt, rökning och överkonsumtion av alkohol.

1.7. Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Vårdförlopp knäledsartros bygger på att patienten är delaktig och utifrån egna förutsättningar och förmågor tar ett eget ansvar för behandlingen. I enlighet med innehållet i patientkontraktet är det viktigt att det finns en gemensamt framtagen överenskommelse och planering för om den fortsatta vården. I grundbehandlingen ingår att patienten ska få kunskap om och förståelse för diagnosen, ha dialog kring hur levnadsvanor kan påverka besvären samt kunskap om behandling enligt behandlingspyramiden. Dessutom ingår handledd fysisk träning utifrån patientens förutsättningar. Målet med grundbehandlingen är att patienten får verktyg för att hantera sina besvär.

Det är av största vikt att patienten i ett tidigt skede får in sin träning som en naturlig del av vardagen. Målet är att öka motivationen till lämplig träning för att om möjligt skjuta på eller helt undvika operation.

I enlighet med innehållet i patientkontraktet är det också viktigt att patienten vet vart hen kan vända sig vid ökade besvär och att det finns en fast vårdkontakt. Om patienten trots genomgången och adekvat grund- samt tilläggsbehandling har oacceptabel smärta, funktionsnedsättning och eventuellt värk vid vila bör patienten kontakta vården för förnyad utredning. Det är viktigt att patienten är motiverad till att genomgå en operation och att fullfölja postoperativ rehabilitering samt är medveten om vikten av fortsatt träning efter operationen för att vidmakthålla bra funktion. Inför operationen är det betydelsefullt att patienten tränar för att optimera resultatet efter operationen. Med andra ord är det viktigt att patienten är delaktig i rehabiliteringsupplägget och medveten om hur levnadsvanor påverkar symtomen både inför och efter den eventuella operationen.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder följs upp genom resultat- och processmått och skapar förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. För varje vårdförlopp ska en plan för uppföljningen arbetas fram och beslutas i berörda samverkansgrupper, antingen i samband med beslutet om vårdförlopp eller så snart som möjligt därefter. Planen ska ange vad som ska göras för att en ändamålsenlig uppföljning ska kunna realiseras – precisering av indikatorer, beskrivning av hur olika variabler ska fångas regionalt samt hur och vilken nationell datainsamling som ska ske och hur resultat ska presenteras. Arbetet med uppföljning av vårdförlopp ska bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Indikatorerna är valda för att svara mot de utmaningar och mål som vårdförloppet täcker. Indikatorerna har god koppling till riktlinjer och vårdkriterier. Indikatorerna planeras till största del hämtas från det nationella kvalitetsregistret BOA-registret. En begränsning i detta är att täckningsgraden för registret är svårberäknad och sannolikt begränsad (67 procent 2019) vilket medför att resultaten inte kan ses som representativa.

En stor del av vårdförloppet sker troligtvis inom primärvårdsrehabilitering. Det blir därför svårt att i dagsläget använda sig av regionala vårddatabaser eller koppling till journalsystem, då strukturerad dokumentation just nu används i begränsad utsträckning. Uppföljningssystemet Primärvårdskvalitet är under implementering nationellt och kommer med tiden att underlätta inhämtande av data. I takt med att framtidens vårdinformatik växer fram, kan indikatorerna behöva revideras för att fånga en mer heltäckande bild.

2.2. Indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i Tabell 2 och Tabell 3 visar vilka områden som avses följas. För detaljerad information om hur indikatorerna ska beräknas hänvisas till www.kvalitetsindikatorkatalog.se där kompletta specifikationer publiceras i takt med att de är informatiskt genomarbetade.

Tabell 2. Resultatmått.

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter med knäledsartros som efter genomgången grundbehandling är nöjda med den hjälp de har fått att hantera sin diagnos.	≥ 80 %	Kvartal, år	BOA-registret
Andel patienter med knäledsartros som efter genomgången grundbehandling uppnår minskad smärta enligt Numeric Rating Scale (NRS)	≥ 70 %	Kvartal, år	BOA-registret första besök och tre månader
Andel patienter med knäledsartros som efter genomgången grundbehandling är fysiskt aktiva > 150 minuter per vecka	≥ 80 %	Kvartal, år	BOA-registret tre månader
Andel patienter med knäledsartros där BMI har beräknats någon gång de senaste fem åren	Högt värde eftersträvas	År	Primärvårdskvalitet

Tabell 3. Processmått.

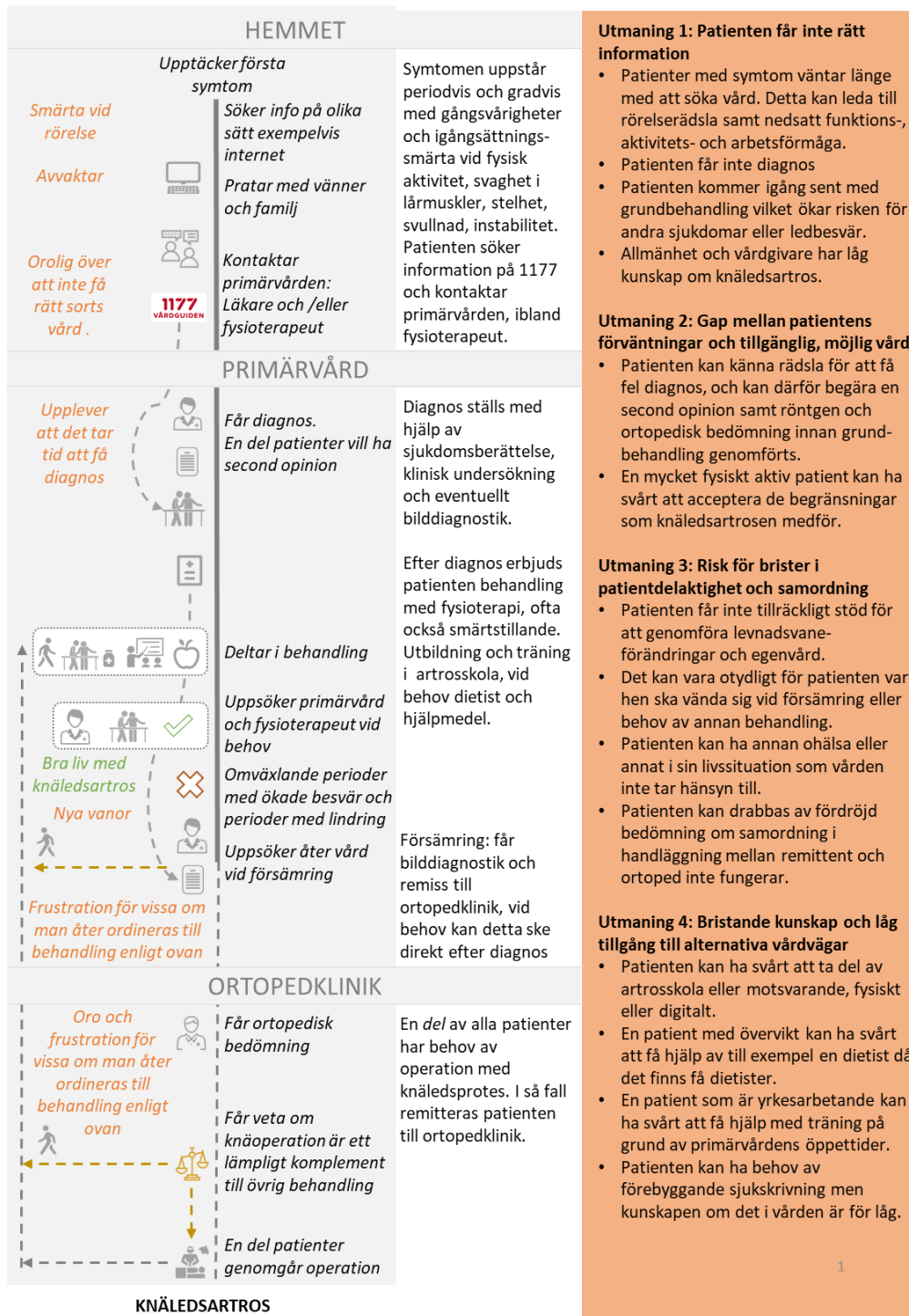
Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Medelålder vid förstagångsdiagnos knäledsartros	Lågt värde eftersträvas	År	Regionala vårddatabaser
Andel patienter med knäledsartros som röntgenundersökts före grundbehandling	Lågt värde eftersträvas	År	BOA-registret
Andel patienter med knäledsartros som genomgått grundbehandling före proteskirurgi	≥ 80 %	År	Svenska Ledprotesregistret, regionala vårddatabaser

3. Bakgrund till vårdförlopp

Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Figur 3 är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med knäledsartros. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar som redovisas i bilden. Identifierade utmaningar avspeglas även i vårdförloppets mål (se avsnitt 1.3).

Figur 3. Presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos patienter med knäledsartros.



3.1. Kompletterande kunskapsunderlag

- Sveriges kommuner och Regioner. [Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#). Rörelseorganen. Knäledsartros. 2019.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning. Artikelnummer: 2021-1-7137. 2021
- [National Health ServiceHS. Osteoarthritis.](#)

3.2. Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för knäledsartros har pågått under perioden november 2020 till juli 2021. Workshop med tre patienter som inte var patientrepresentanter i nationell arbetsgrupp (NAG) höftledsartros för att skapa patientresan, det vill säga en nulägesbeskrivning, av patienters erfarenheter. Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp. Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar för intern förankring/öppen remiss.

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Andreas Meunier	Med Dr	Överläkare ortopedi	Ortopediska kliniken, Linköping	Region Östergötland	Kontaktperson NPO rörelseorganens sjukdomar
Bo Karlsson	Doktorand	Distriktsläkare Specialist allmänmedicin och invärtesmedicin	Gimo vårdcentral	Region Uppsala	
Chan-Mei Henriksson	Doktorand	Sjukgymnast	Närhälsan Lidköping Rehabmottagning	Västra Götalands- regionen	
Charlotte Bocké	M Sc	Specialistsjukgymnast i ortopedi	SLL/SLSO Primärvårdsrehab	Region Stockholm	
Eva Angesjö		Specialist I allmänmedicin	Brämhults vårdcentral	Västra Götalands- regionen	
Gunilla Limbäck Svensson	Med Dr	Registerrepresentant och registerhållare för BOA	Registercentrum Västra Götaland	Västra Götalands- regionen	Ordförande
Joakim Bång		Överläkare ortopedi	Umeå universitetssjukhus	Norra sjukvårdsregionen	
Kristin Gustafsson	doktorand	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Rehabiliteringscentrum, Område 5 Jönköping	Region Jönköpings län	
Kristin Wetterling	doktorand	Sjukgymnast	Registercentrum, Västra Götaland	Västra Götalands- regionen	Processledare
Ove Oksvold	Med Dr	Specialist i allmänmedicin	Capio vårdcentral Slussen	Region Stockholm	
Ritva Elg		Patientrepresentant		Region Stockholm	
Roger Johansson		Patientrepresentant		Västra Götalandsregionen	
Thérèse Jönsson	Med Dr	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus	Södra sjukvårds- regionen	

4. Referenser

1. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(9):1659-64.
2. Turkiewicz A, Petersson IF, Bjork J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthritis and cartilage*. 2014;22(11):1826-32.
3. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S: Osteoarthritis. *Lancet* 2019, 393(10182):1745-1759.
4. Brandt KD, Radin EL, Dieppe PA, van de Putte L. Yet more evidence that osteoarthritis is not a cartilage disease. *Annals of the rheumatic diseases*. 2006;65(10):1261-4.
5. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, Herrero-Beaumont G, Kirschner S, Leeb BF, Lohmander LS et al: EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases* 2010, 69(3):483-489.
6. Roos EM, Arden NK: Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nature reviews Rheumatology* 2016, 12(2):92-101.
7. Conaghan PG, Porcheret M, Kingsbury SR, Gammon A, Soni A, Hurley M, Rayman MP, Barlow J, Hull RG, Cumming J et al: Impact and therapy of osteoarthritis: the Arthritis Care OA Nation 2012 survey. *Clin Rheumatol* 2015, 34(9):1581-1588.
8. Hunter DJ, McDougall JJ, Keefe FJ. The symptoms of osteoarthritis and the genesis of pain. *The Medical clinics of North America*. 2009;93(1):83-100, xi.
9. Safiri, S., et al. "Global, regional and national burden of osteoarthritis 1990-2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017." *Ann Rheum Dis* 2020, 79(6): 819-828.
10. Hubertsson J, Petersson IF, Thorstenson CA, Englund M: Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases* 2013, 72(3):401-405.
11. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *British medical bulletin*. 2013,105:185-99.
12. Gay C, Guiguet-Auclair C, Mourgues C, Gerbaud L, Coudeyre E: Physical activity level and association with behavioral factors in knee osteoarthritis. *Ann Phys Rehabil Med* 2019, 62(1):14-20.
13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Artikelnr 2021-1-7137. 2021.
14. Jordan KP, Tan V, Edwards JJ, Chen Y, Englund M, Hubertsson J, et al. Influences on the decision to use an osteoarthritis diagnosis in primary care: a cohort study with linked survey and electronic health record data. *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society*. 2016;24(5):786-93
15. Clode NJ, Perry MA, Wulff L. Does physiotherapy prehabilitation improve pre-surgical outcomes and influence patient expectations prior to knee and hip joint arthroplasty? *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2018 Aug30:14-19. doi: 10.1016/j.ijotn.2018.05.004. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29954717.
16. Jönsson T, Eek F, Dell'Isola A, Dahlberg LE, Ekvall Hansson E. The Better Management of Patients with Osteoarthritis Program: Outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. *PLoS One*. 2019 Sep 19;14(9): e0222657. doi: 10.1371/journal.pone.0222657. PMID: 31536554; PMCID: PMC6752869.