

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Knäledsartros

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-09-15	Öppen remiss

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	4
2. Konsekvenser	5
2.1. Omfattning	5
2.2. Nyttan eller risker för individen	5
2.3. Etiska aspekter	6
2.4. Verksamhet och organisation	7
2.5. Kostnader	7
2.6. Kompetensförsörjning	8
2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd	8
2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	9
2.9. Uppföljning	9
2.10. Övriga konsekvenser	9

Sammanfattning

Syftet med vårdförloppet för knäledsartros är att patienter ska få en klinisk diagnos, och därmed även grundbehandling, i ett tidigare skede av sjukdomsförloppet. Vårdförloppet kommer innebära att fler patienter blir diagnostiserade i primärvården samt leda till minskad användning av röntgen som diagnostiskt verktyg. Andelen patienter som får sin diagnos inom specialistvården kommer minska. Det kan bidra till att minska smärta och öka patientens fysiska funktion. Vårdförloppet syftar också till att öka individens möjligheter till att vara delaktig i vård och behandling, samt till att ta eget ansvar för träning och livsstilsförändringar.

Detta vårdförlopp grundar sig på nationella riktlinjer och på rekommendationer i Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Ambitionen är att ge stöd till primärvården avseende diagnostisering och behandling av knäledsartros.

På sikt medför vårdförloppet också en möjlighet att undvika vård som inte är medicinskt motiverad, exempelvis röntgenundersökningar i ett allt för tidigt skede av sjukdomen eftersom det inte underlättar diagnostisering. Om grundbehandling sätts in i ett tidigare skede kan operation med knäledsprotos i vissa fall senareläggas och i andra fall helt undvikas. Vid planerad operation medför tidigt insatt grundbehandling att patienten är bättre förberedd inför operationen.

Vårdförloppet för knäledsartros baseras på att grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet och att många patienter idag remitteras till ortopederna i ett för tidigt skede, vilket leder till onödigt långa väntetider till ortopedisk bedömning och försenad grundbehandling för patienten.

För regionerna kan vårdförloppet initialt komma att kräva en investering i riktade utbildningsinsatser, så att fler medarbetare inom framförallt primärvården kan diagnostisera och behandla patienter med knäledsartros. På längre sikt kommer denna investering att bli kostnadseffektiv då undersökningar och remisser på fel indikation kommer minska.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) rörelseorganens sjukdomar ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdförlopp inom knäledsartros har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, patientföreträdare och expertis inom uppföljning. Ordförande i arbetsgruppen var Gunilla Limbäck Svensson. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för knäledsartros färdigställdes i juli 2021.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Uppgifter om incidens och prevalens varierar beroende på vilka diagnoskriterier som används för att ställa diagnos (kliniska, radiologiska respektive självrapporterade). Förekomsten av klinisk och/eller radiologiskt diagnostiserad knäledsartros beräknas vara cirka 14 procent hos personer över 45 år. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män.

Vårdförloppet för knäledsartros omfattar samtliga personer med misstänkt knäledsartros samt personer med känd knäledsartros som försämrats. Alla patienter bör erbjudas grund- och tilläggsbehandling. I vissa fall är grundbehandling den enda behandling som behövs för att uppnå acceptabel funktions- och smärtnivå, men grundbehandling kan också vara en del av förberedelserna inför kirurgi. Ett fåtal patienter behöver bli opererade med total knäledsprotos.

Antalet patienter som deltar i grundbehandling inklusive artrosskola och registreras i kvalitetsregistret Bättre Omhändertagande av patienter med artros (BOA-registret) med knäledsartros är knappt 10 000 per år. Täckningsgraden i registret är svårberäknad men är sannolikt låg i förhållande till hur många som erbjuds och deltar i grundbehandling. Täckningsgraden skiljer sig också stort mellan regionerna.

Årligen opereras drygt 16 000 patienter med knäproteser i Sverige på grund av artros, därtill genomförs cirka 2000 reoperationer av redan knäprotesopererade patienter enligt svenska ledprotesregistret. Uppskattningsvis är cirka två tredjedelar av de patienter som remitteras till ortopedklinik inte aktuella för kirurgisk åtgärd. Ambitionen är att vårdförloppet för knäledsartros ska bidra till en ökad medvetenhet om knäledsartros inom primärvården så att fler patienter kan erbjudas tidigt insatt och korrekt behandling.

2.2. Nyttan eller risker för individen

Tidig klinisk diagnos ger förutsättningar för att tidigare påbörja grundbehandling, vilket kan minska symtom och funktionsnedsättning på sikt. Det kan också vara av nytta för den enskilde individen att få en tydlig diagnos tidigt. Patienten kommer också om vårdförloppet följs, att triageras och bedömas på rätt vårdnivå, vilket medför kortare väntetider för till exempel röntgen eller ortopedisk bedömning i de fall där dessa åtgärder är aktuella.

I dagsläget är variationen i omhändertagande av personer med knäledsartros stor i landet. De förbättringar vårdförloppet kan medföra för individen beror på befintliga lokala rutiner; idag remitteras en del patienter tidigt till röntgen och ortopedisk bedömning vilket kan medföra försenad grundbehandling, medan andra patienter redan idag får behandling i enlighet med befintliga riktlinjer och kunskapsstöd. För den förra gruppen medför införandet av vårdförloppet en större förändring än vad det gör för den senare. Det finns en risk att en del patienter kommer uppleva att tillgången till vård försämras då varken röntgen eller ortopedspecialistkontakt erbjuds tidigt i vårdförloppet, vilket det kanske gjort tidigare. Det är då viktigt att vårdgivare förklarar de olika fördelarna med grund- och tilläggsbehandling på ett pedagogiskt sätt som passar den enskilda patienten. Det är också viktigt att i förebyggande syfte informera om vanliga artrossymtom, bedömning och behandling, så att skillnaden mellan patientens förväntningar och den vård som erbjuds i vårdförloppet inte blir för stort. Detta kan öka nöjdheten och acceptansen hos patienten vad gäller artrosdiagnosen, vilket i sin tur kan leda till minskat antal besök för fortsatt utredning av andra diagnoser.

Genom att flödet i vårdförloppet följs blir det tydligt för patienten vad hen kan förvänta av vården. En tydlig behandlingsplan och patientkontrakt ökar patientens delaktighet och kännedom om vad patienten själv bör bidra med utifrån behov och förutsättningar.

Om åtgärderna som vårdförloppet beskriver implementeras i hela landet ger det en större möjlighet för patienter att få vård utifrån den evidens och kunskap som finns tillgänglig.

Det kan finnas en risk för omotiverad vård om patienter utreds enligt vårdförloppet trots att de inte har en artrosdiagnos. Det kan också finnas ett gap mellan patientens förväntningar på vården och de åtgärder som ryms inom vårdförloppet. Dessa risker behöver beaktas vid implementering i regionerna. Det kan också finnas en risk att patienter med mer allvarlig sjukdom inkluderas i vårdförloppet, därför är det viktigt med kompetens inom vården för att kunna fånga de patienter där en differentialdiagnos behöver utredas. Risker finns också att patienter som är i behov av en snabbare bedömning av ortoped eller operation tvingas gå igenom hela vårdförloppet innan remiss skrivs för ortopedisk bedömning. Dessa patienter behöver kunna hanteras via ett "snabbspår".

Vårdförloppet kan således komma att medföra vissa nya risker för patienten. Dessa bör hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppet. Samtliga risker har av arbetsgruppen bedömts som acceptabla i relation till nyttan som kunskapsstödet medför.

2.3. Etiska aspekter

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa tillgänglig och jämlik vård för alla individer, oavsett var de befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppet för knäledsartros. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder som ska gälla samtliga patienter i hela landet vid misstanke om knäledsartros. Detta gäller särskilt tidig klinisk diagnostisering och tidigt insatt grundbehandling.

I vårdförloppet för knäledsartros ligger fokus på en individuell klinisk bedömning av patientens symtom och på undersökningsfynd, vilket ska användas för att ta fram en individuell rehabiliteringsplan utifrån behandlingspyramiden tillsammans med patienten. Patienten ska få kunskap om sjukdomen och hur den kan påverkas via träning och förändrade levnadsvanor. Avsikten är att stimulera patienten till att ta ett fortsatt eget ansvar för sin träning och sina levnadsvanor. En del patienter kommer troligen önska fortsatt träning "inom sjukvården" för att sköta sin egenvård efter grundbehandling. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är detta inte möjligt, utan dessa patienter måste slussas vidare till träning inom friskvården, eventuellt via fysisk aktivitet på recept (FaR).

Det går att argumentera för att individens autonomi och integritet påverkas negativt av detta vårdförlopp, eftersom patientens möjlighet att snabbt få röntgen och ortopedisk bedömning minskar. Det är därför viktigt att vårdpersonalen har kunskap om evidensbaserad behandling enligt behandlingspyramiden och de goda effekterna som träning kan leda till, så att vårdpersonalen kan förmedla detta till patienten.

Vårdförloppet bedöms ha följande konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården:

- **Människovärdesprincipen** – ingen uppenbar konsekvens.
- **Behov- och solidaritetsprincipen** - ingen uppenbar konsekvens.
- **Kostnadseffektivitet** – vårdförloppet kan bidra till ökad kostnadseffektivitet över tid genom att antalet besök i specialistvård minskar och att operationer senareläggs eller inte behöver utföras, eftersom patienten tar större eget ansvar för sin vård. Eventuellt kan ett ökat antal patienter i grundbehandling leda till ökad vårdkonsumtion men det bör å andra sidan kompenseras av ovan listad effektivisering.

- **Risk för medicinskt omotiverad vård** kan finnas, men torde i de flesta fall innebära ett ökat antal undersökningar genomförda av fysioterapeuter, vilket inte bedöms ha stor negativ konsekvens för vare sig individ eller samhälle.

En risk med samtliga sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp är att det kan få undanträngningseffekter för diagnoser som inte har ett sammanhållet och personcentrerat vårdförlopp med mätbara indikatorer.

2.4. Verksamhet och organisation

Inga stora övergripande organisatoriska förändringar behöver ske för att vårdförloppet ska fungera. En ökad andel patienter som utför fysisk träning övervakat kan innebära att mottagningar behöver anpassa sina öppettider för att även personer som är förvärvsarbetande ska kunna ta del av behandlingen.

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med knäledsartros inom primärvården. Dock remitteras många patienter allt för tidigt till ortoped. Uppskattningsvis är cirka två tredjedelar av de patienter som remitteras för ortopedisk bedömning inte aktuella för kirurgisk åtgärd. Detta personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för knäledsartros kan öka patienternas chans till tidig grundbehandling och möjliggör att patienterna får adekvat vård på lämplig vårdnivå. Vidare kan ett införande av vårdförloppet medföra att de patienter som är aktuella för ortopedisk bedömning ges kortare väntetider, samt att ortopedmottagningarna får en minskad belastning.

I detta vårdförlopp kommer sannolikt den första bedömningen av patienter med misstanke om knäledsartros utföras av fysioterapeuter. Forskning visar att fysioterapeuter i primärvård har kompetens för att bedöma och behandla patienter med knäledsartros, samt vid behov även remittera patienter till ortoped för vidare utredning efter grundbehandling. En bred utbildningsinsats kan behövas för att möjliggöra en samsyn kring tidig diagnostik och behandling av knäledsartros, samt för att bedöma vilka patienter som är lämpliga att remittera till ortopedisk bedömning. Därtill har man på flera håll i Sverige utökat arbetsuppgifter hos fysioterapeuter som nu även remitterar för röntgenundersökningar, vilket har fallit ut väl. Det ställer dock krav på fysioterapeutens kompetens och kräver att möjligheten att diskutera med läkare och radiolog finns.

Vårdförloppet betonar vikten av klinisk diagnos istället för radiologisk diagnos för personer med knäledsartros, då förändringar sällan syns på röntgen i ett tidigt stadium trots att patienten kan ha påtagliga besvär. Röntgen tillför ingen ytterligare kunskap tidigt i sjukdomsförloppet, utan kan snarare ha en motsatt effekt om diagnosen felaktigt utesluts. Detta vårdförlopp kan därför medföra minskat behov av radiologi.

2.5. Kostnader

Sammantaget väntas införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för knäledsartros medföra minskade eller oförändrade kostnader för hälso- och sjukvården. I ett samhällsekonomiskt perspektiv kan kostnaderna för sjukskrivning minska då patienterna tidigare får grundbehandling. Däremot kan kostnader för förebyggande sjukskrivning öka för att patienterna ska ha möjlighet att till exempel rehabiliteringsträna under arbetstid.

Vårdförloppet kommer att medföra ökade kostnader för fysioterapi och dietistbesök men minskade kostnader för besök inom specialistvården. Kostnadsförändringarna kommer att variera mellan regionerna då en del regioner redan till stor del arbetar enligt vårdförloppet och enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. En tydlig behandlingsplan och ett patientkontrakt kan leda till att

patienten vet vart hen ska vända sig vid försämring, men kan också medföra en minskning av vårdkontakter. Det kan också medföra sänkta kostnader avseende färre röntgenundersökningar samt minskat antal remisser till specialiserad ortopedisk vård. Om grundbehandlingen ges tidigt till fler patienter kan andelen patienter som behöver operation minska.

Utbildning av vårdpersonal för att uppnå ökad kompetensnivå vad gäller diagnosen artros och grundbehandling, samt utökade arbetsuppgifter för fysioterapeuter, kan också medföra en kostnadsökning. Även utbildning av radiologer kan medföra ökade kostnader.

För att kunna följa de indikatorer som föreslås i Socialstyrelsens riktlinjer och från vårdförloppet för knäledsartros bör enheterna registrera diagnos- och behandlingskoder, samt registrera i BOA-registret. Dessa registreringar tar viss tid i anspråk och ökar primärvårdens kostnader på kort sikt. Åtgärder för att öka möjligheterna till direktöverföring mellan journalsystem och kvalitetsregister behöver tas fram nationellt för att på längre sikt minska dessa kostnader.

Även kostnader för uppföljning av vårdförloppets indikatorer och mål kommer att öka i samband med införandet av vårdförloppet.

2.6. Kompetensförsörjning

Varje region behöver säkerställa att man har tillräckligt många medarbetare med rätt kompetens inom respektive yrkeskategori för att kunna utföra de åtgärder som vårdförloppet beskriver. I många regioner har man sedan länge arbetat enligt de nationella riktlinjer som vårdförloppet till stor del baserar sig på, men i andra regioner kommer fortbildningsbehovet vara stort för framförallt fysioterapeuter. Samtliga professioner som möter patienter med knäledsartros behöver ha kännedom om vårdförloppet och i vissa fall få utbildning.

En utbildningsinsats i triagering riktad till sjuksköterskor, allmänläkare och radiologer kan möjliggöra en samsyn kring diagnostik och behandling av knäledsartros.

Även allmänheten och patienter behöver ökad kunskap om diagnostisering och behandling av knäledsartros.

Utöver regionernas ansvar för utbildning föreslås även att diskussioner förs med patientorganisationer, högskolor och universitet.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Detta kunskapsstöd baseras till stor del på de nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar som publicerades i februari 2021 och vårdförloppet medför troligtvis att dessa kommer att stärkas och öka implementeringen av riktlinjerna.

Vårdförloppet för knäledsartros kompletterar den befintliga rekommendationen ”knäledsartros” i Nationellt kliniskt kunskapsstöd särskilt vad gäller klinisk diagnosställning. Detta för att stödja vårdpersonal i den kliniska handläggningen.

Vårdförloppet för knäledsartros kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer.

Vårdförloppet för knäledsartros kan bidra till en optimering av befintligt nationellt triageringsverktyg (Rådgivningsstödet 1177, RGS) och information riktad till invånare/patienter (1177 Vårdguiden).

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet för knäledsartros kan ha effekt på omställningen till God och nära vård på två sätt. Dels genom att rekommenderat flöde innebär en styrning till att fysioterapeuter i primärvården omhändertar patienter med knäledsartros i större utsträckning, dels genom att grundbehandling inom primärvården erbjuds innan remiss för ortopedisk bedömning skrivs. Detta ökar chanserna till att rätt patient kommer till rätt vårdgivare i rätt tid, vilket är till fördel för såväl patient som hälso- och sjukvården.

2.9. Uppföljning

Vårdförloppet för knäledsartros leder till vissa förändringar i behov av uppföljning, då många av indikatorerna följs upp via BOA-registret och det i dagsläget endast är cirka 500 enheter inom primärvården som rapporterar data till registret jämfört med de cirka 800 enheter som uppskattas erbjuda grundbehandling. Om vårdförloppet ska följas upp heltäckande i Sverige behövs ett uppstartsarbete för att etablera rapportering på samtliga behandlande enheter. Regionerna behöver därför säkerställa att primärvårdens fysioterapeuter har tid att registrera data till registret till dess att det nationellt finns en fungerande direktöverföring från journal till register.

Eftersom tillgången till data för uppföljning är osäker eller bristfällig kommer arbetet med indikatorer och datatillgång att behöva fortsätta under kommande år.

2.10. Övriga konsekvenser

Information på 1177.se behöver ses över och uppdateras så att informationen följer vårdförloppet och Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Eftersom de flesta regioner inom några år får nya vårdinformationssystem med integrerade beslutsstöd kan och bör vårdförloppet för grundbehandling av knäledsartros integreras med dessa system. Vårdförloppet kan i framtiden fungera som utgångspunkt i framtagandet av ett AI-styrt beslutsstöd för de nya vårdinformationssystemen. En interaktiv guide till vårdflödet skulle kunna ge en tydlig vägledning för en säker klinisk diagnosställning och identifiering av differentialdiagnoser eller behov av alternativ utredning.

Inom ramen för av framtidens IT-stöd kan radiologernas röntgensvar automatiseras och individuellt anpassas relaterat till föreliggande fynd så att det framgår tydligt i röntgensvaret att en tidig artros inte syns radiologiskt. På detta sätt påminns vårdgivaren och patienten direkt att överväga om diagnosen knäledsartros kvarstår trots ett ”negativt” röntgensvar.