Region Stockholm

9

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp knäledsartros

VKN 2021-0187

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-11-04

VKN 2021-0187

Vårdens
kunskapsstyrningsnämndnd

Yttrande över remiss –Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp knäledsartros

Ärendebeskrivning

Ett nationellt sammanhållet och personcentrerat vårdförlopp för knäledsartros har tagits fram av nationellt programområde för rörelseorganens sjukdomar. Arbetet har skett inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. För att kvalitetssäkra vårdförloppet genomförs nu en öppen remiss. Detta ärende utgör regionens remissvar till det nationella programområdet.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp knäledsartros
Remissversion konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp knäledsartros
Vårdkonsumtionsbild för regionen inom vårdområde knäledsartros

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till nationellt programområde för rörelseorganens sjukdomar

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning i Sveriges regioner i samverkan har ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för knäledsartros tagits fram på uppdrag av nationellt programområde för rörelseorganens sjukdomar. Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige, och drabbar oftast knäled, följt av hand- och höftled.

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 där patienter ska omhändertas enligt en behandlingspyramid och tidigt i sjukdomsförloppet erbjudas grundbehandling med patientutbildning, individanpassad träning och vid behov stöd för viktnedgång. 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.
I region Stockholm har omkring 63.000 patienter vårdats för knäledsartros som huvuddiagnos under 2017-2020. Snittåldern är 68 år och det är fler kvinnor än män som behandlats. Till största delen sker kontakterna i öppenvården, framför allt hos fysioterapeuter, men nästan hälften av patienterna har haft någon vårdkontakt inom akutsomatisk vård. En stor andel av vårdkontakterna sker inom något vårdval.

Överväganden
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivning. Den övergripande och generella bedömningen är att konsekvensbeskrivningen är otillräcklig och de ekonomiska effekterna kan inte tydligt bedömas. Konsekvensanalyserna saknar hälsoekonomiskt underlag. Vårdförloppet kommer sannolikt innebära ett behov av ökade resurser och kompetensförsörjning inom primärvården. Om omhändertagandet inom primärvården ger önskad effekt med färre remisser till röntgen och specialist finns en möjlighet till en effektivisering på systemnivå. Enligt regionens vårdkonsumtionsstatistik sker majoriteten av besöken redan i primärvården och en exakt effekthemtagningspotential är svår att beräkna utifrån tillgängligt material.

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. För regionen kommer en ökad patientvolym besöka fysioterapeuter och primärvårdsrehab likt för vårdförlopp höftledartros (VKN 2020-0054). Individens möjligheter till att vara delaktig i sin vård och behandling kan öka genom ett ökat fokus på patientens eget ansvar för träning och livsstilsförändringar.

Likt flera andra vårdförlopp kommer möjligheten till uppföljning av vårdförloppet inom specialistvårdens kvalitetsregister vara begränsat för patienter som förflyttas till primärvårdens omhändertagande då patienter då inte rapporteras in i aktuellt specialiserat register.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade ekonomiska konsekvenser. De ekonomiska konsekvenserna av att införa personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp knäledsartros kan inte tydligt bedömas.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten. Det föreslagna vårdförloppet förväntas ha positiva effekter för patientsäkerheten genom att utgöra ett kunskapsbaserat och likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård. Det föreslagna vårdförloppet förväntas ha positiva effekter för jämlik och jämställd vård genom att utgöra ett kunskapsbaserat och likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för administration hos vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-11-04

Statistikunderlag vid remissversion vårdförlopp **knäledsartros**

Framtaget i september 2021

Göran Lord, Jenny Svärd Backlund och Eva Wermeling Danielsson

Avdelningen för Kunskapsutveckling

Enheten för Vårdanalys och Statistik

Nationellt system för kunskapsstyrning
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Region Gotland

Region Stockholm

Hur statistiken tagits fram

- Underlaget i denna PPT syftar till att ge en lägesbild över vårdkonsumtionen (vårdkontakter med huvuddiagnos) för de diagnosgrupper som vårdförloppet berör.
- Statistiken som visas har klippts ut från Visual Analytics-rapporten RPO_Vårdkonsumtion som bygger på data från Region Stockholms VAL-databas.
- Statistiken består av ett mindre antal diagram som beskriver vårdkonsumtionen (registrerade huvuddiagnoser) på en övergripande nivå. För mer detaljerad vårdkonsumtionsstatistik hänvisas till rapporten RPO_Vårdkonsumtion.
- Diagnoser för urval baseras i första hand på definition i vårdförloppet. Saknas detta har definition från berört kvalitetsregister använts. I tredje hand används definition från Internetmedicin.

Vårdkonsumtion/vårdkontakter med huvuddiagnos M17 enligt vårdförlopp

- Var uppmärksam på att skalor och färgsättning kan variera mellan olika diagram.
- I vissa diagram redovisas inte all data på grund av få observationer.

Kort sammanfattning

- Totalt har 62 597 individer vårdats för knäledsartros (som huvuddiagnos) 2017-2020.
- Fler kvinnor än män .
- Snittåldern är 68 år.
- Antalet vårdade individer ligger ganska konstant under perioden förutom en nedgång under 2020.
- Volymmässigt sker majoriteten av alla öppenvårdskontakter inom primärvården.
- Nästan hälften av patienterna har haft någon vårdkontakt inom akutsomatisk vård.
- En stor andel av vårdkontakterna sker inom något vårdval.
- De yrkesgrupper som träffar patientgruppen är framförallt fysioterapeuter och läkare. Inom primärvården träffar patienten framförallt fysioterapeuter och inom den akutsomatiska vården är en läkarkontakt vanligast.

Några nyckeltal

Antal individer under tidsperioden

62 597

Snittålder

68,1

Andel kvinnor

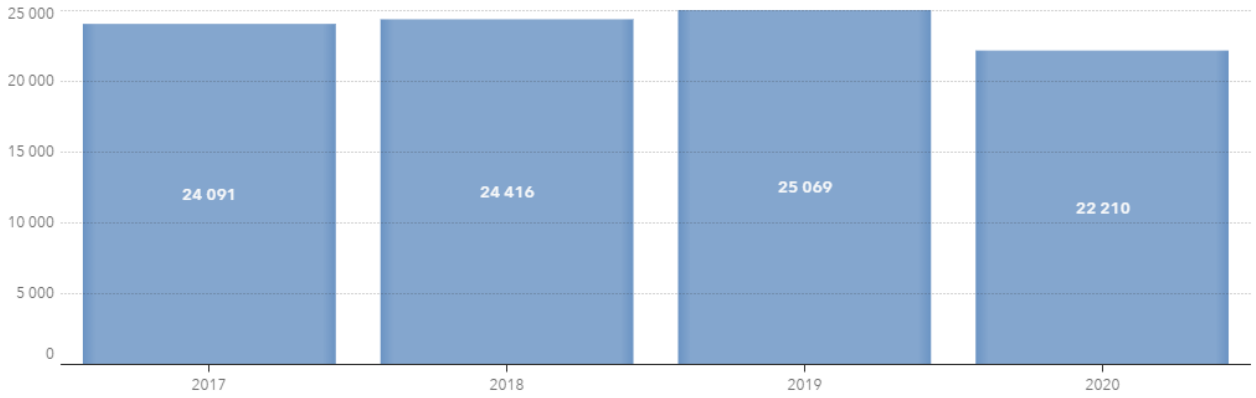
62,6 %

Medelvårdtid slutenvård

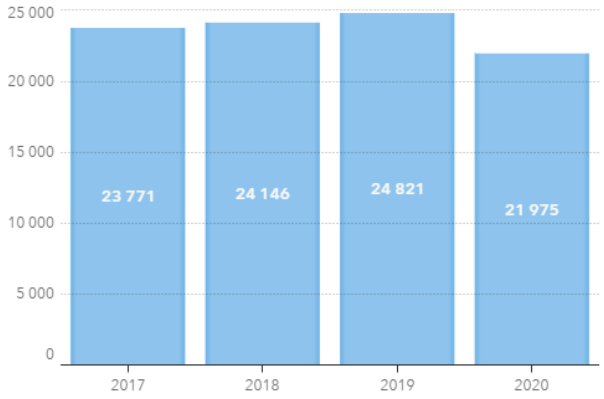
2,1

Några nyckeltal kring vald diagnos/diagnosgrupp

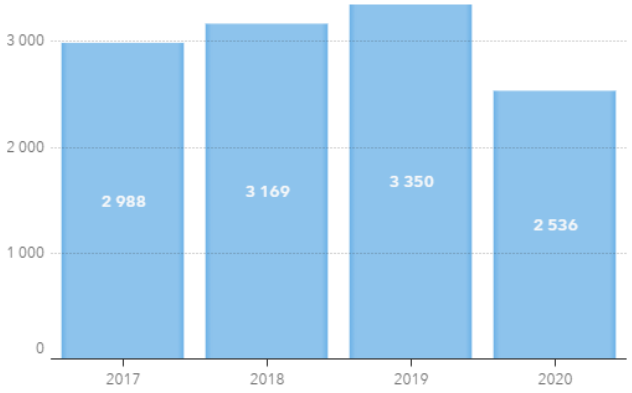
Antal individer per år



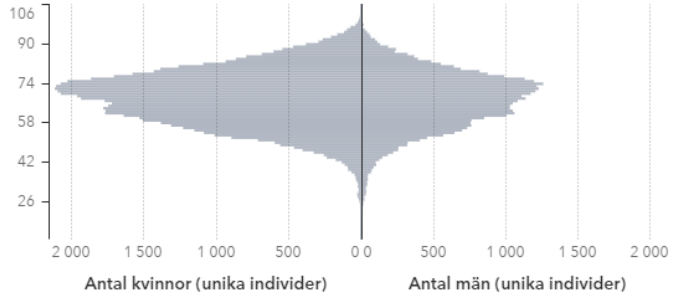
Antal individer per år öppen vård



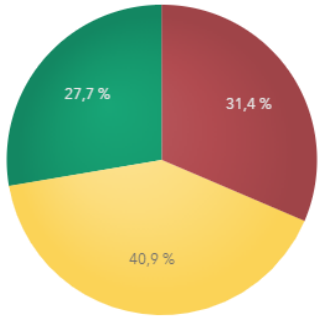
Antal individer per år sluten vård



Ålder och könsfördelning



Andel individer(patienter) fördelade efter livsstil



Mosaicgrupp Stockholm

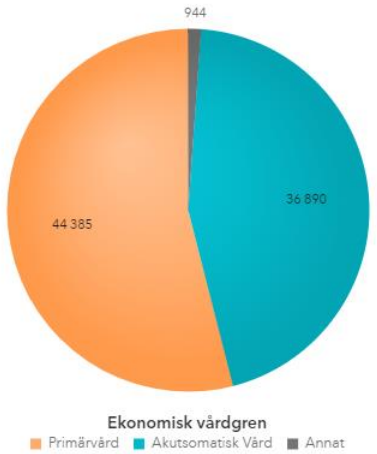
1.Bättre bemedlade 2.Medelgott bemedlade 3.Sämre bemedlade

Livsstilsanalys enligt Mosaic .I Stockholm utgör Mosaicgrupp1 30% av befolkningen. Mosaicgrupp2 utgör 40% av Stockholms befolkning och Mosaicgrupp3 utgör 30% av befolkningen.

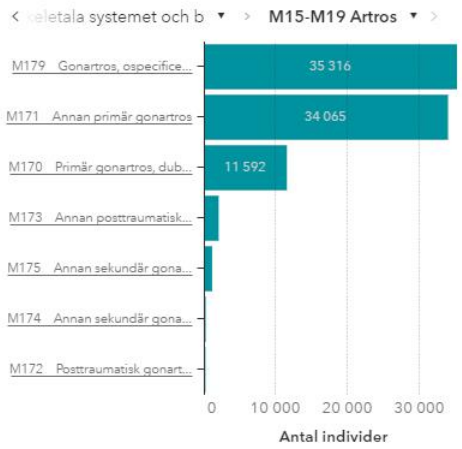
Läs mer om Mosaic: Mosaicdokumentation

Vårdkonsumtion

Antal individer efter vårdgren



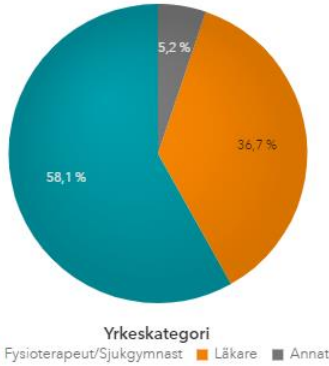
Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



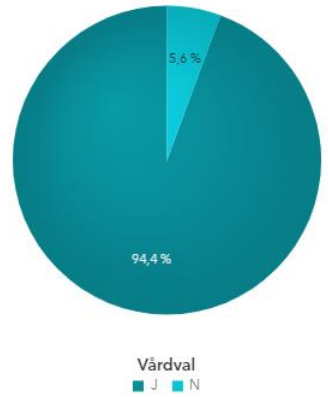
Antal vårdkontakter



Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



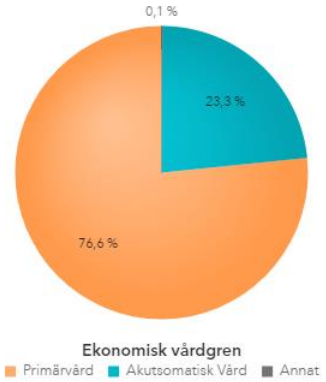
Andel besök i vårdval i öppenvård



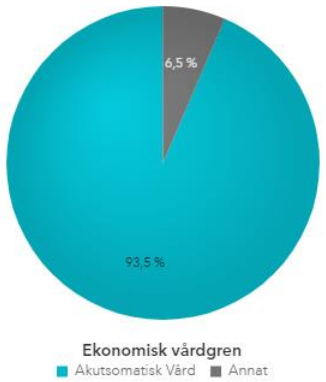
Antal besök per patient



Andel besök i öppenvård



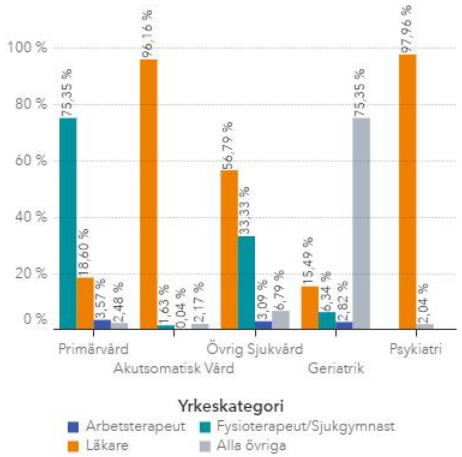
Andel vårdtillfällen i slutenvård



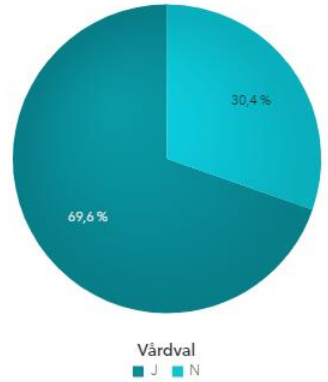
Medelvårdtid sluten vård



Andel besök per yrkeskategori i öppenvården



Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård



Vad innebär respektive ekonomisk vårdgren?

De 20 största uppdragstyperna per vårdgren volymmässigt utom för geriatrik som bara har 5 totalt

Ekonomisk vårdgren: akutsomatik

Uppdragstyp
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus
607 Gynekologi, specialiserad
604 Ögonsjukvård, specialiserad
606 Hudsjukvård, specialiserad
605 Öron, Näsa, Hals, specialiserad
612 Ortopedi, specialiserad
603 Förlossningsvård
208 Invärtesmedicin - Priv spec läk
610 Särskild uppdrag, Aukt. hudmottagning
617 Vårdval Urologi
211 Vissa op spec - Priv spec läk
215 Gynekologi - Priv spec läk
616 Neurologi, specialiserad öppenvård
212 Öron, Näsa, Hals - Priv spec läk
615 Ryggkirurgi
602 Ögonsjukvård, kataraktoperationer
622 Gastroenterologi, specialiserad
150 Reumatologi
600 Höft- och knäledsplastik
611 Allergologi, specialiserad

Ekonomisk vårdgren: primärvård

Uppdragstyp
300 Husläkarverksamhet
302 Basal hemsjukvård vid husläkarverksamhet
137 Basal hemsjukvård kvällar, nätter och helger
311 Primärvårdsrehabilitering
201 Fysioterapi, ARV
303 Barnavårdscentral
301 Psykosociala insatser vid husläkarverksamhet
305 Graviditetsövervakning och eftervård
313 Fysioterapi, specialiserad
325 Multimodal rehab vid långvarig smärta/utmattning
249 Närakut
321 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
304 Fotsjukvård
310 Primär hörselrehabilitering
306 Logopedi
308 Husläkarjour
314 Sexuell och reproduktiv hälsa
158 Ungdomsmottagning
205 Allmänmedicinska spec - Priv spec läk
309 Obstetriska ultraljud

Ekonomisk vårdgren: psykiatri

Uppdragstyp
400 Psykiatrisk specialistvård för vuxna
112 Beroendevård vuxna
408 Barn-o ungdomspsykiatri, lokal
412 Lokal integrerad beroendevård
104 Allmänpsykiatri
160 Ätstörningsvård
209 Psykiatriska spec - Priv spec läk
111 Beroendevård barn och ungdom
406 LG öppenvård BUP
151 Rättspsykiatrisk vård
407 LG Mellanvård BUP
157 Tortyrskadevård
405 LG klinikvård BUP
413 Sexualmedicin, specialiserad
108 Barn- och ungdomspsykiatri

Ekonomisk vårdgren: geriatrik

Uppdragstyp
318 Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH
124 Geriatrisk specialistvård
244 Övrig Geriatrik
319 Specialiserad palliativ slutenvård
327 Geriatrik vårdval

Ekonomisk vårdgren: övrig sjukvård

Uppdragstyp
811 Medicinsk radiologi
127 Habilitering
821 Klinisk fysiologi vårdval
802 Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering
813 Klinisk fysiologi
808 Gastrointestinal endoskopi
141 Medicinsk service
804 Specialiserad lymfödemrehabilitering
801 Klinisk neurofysiologi vårdval
324 Intensivträning för personer med rörelsened.
806 Specialiserad rehab. efter vård på akutsjukhus
809 Klinisk neurofysiologi
243 Kulturella omskärelser
165 Övrig sjukvård
197 Hjälpmedelscentralsverksamhet
803 Planerad specialiserad cancerrehabilitering
203 Specialiserad rehabilitering
107 Asylsjukvård
814 Specialiserad rehabilitering astma/KOL
815 Rehab varmt klimat, neuro/reuma

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Knäledsartros

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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. Nytta 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 använding 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 tilll 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 knäledsprotes 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 ortopeden 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 konsekvensensbeskrivningens 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 knäledsprotes.

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. Nytta 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 är 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 utgångpunkt i framtagandet av ett AI-styrt beslutsstöd för de nya vårdinformationsystemen. 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.

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.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-09-15	Öppen remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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 vårdförloppsdokumentet 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:

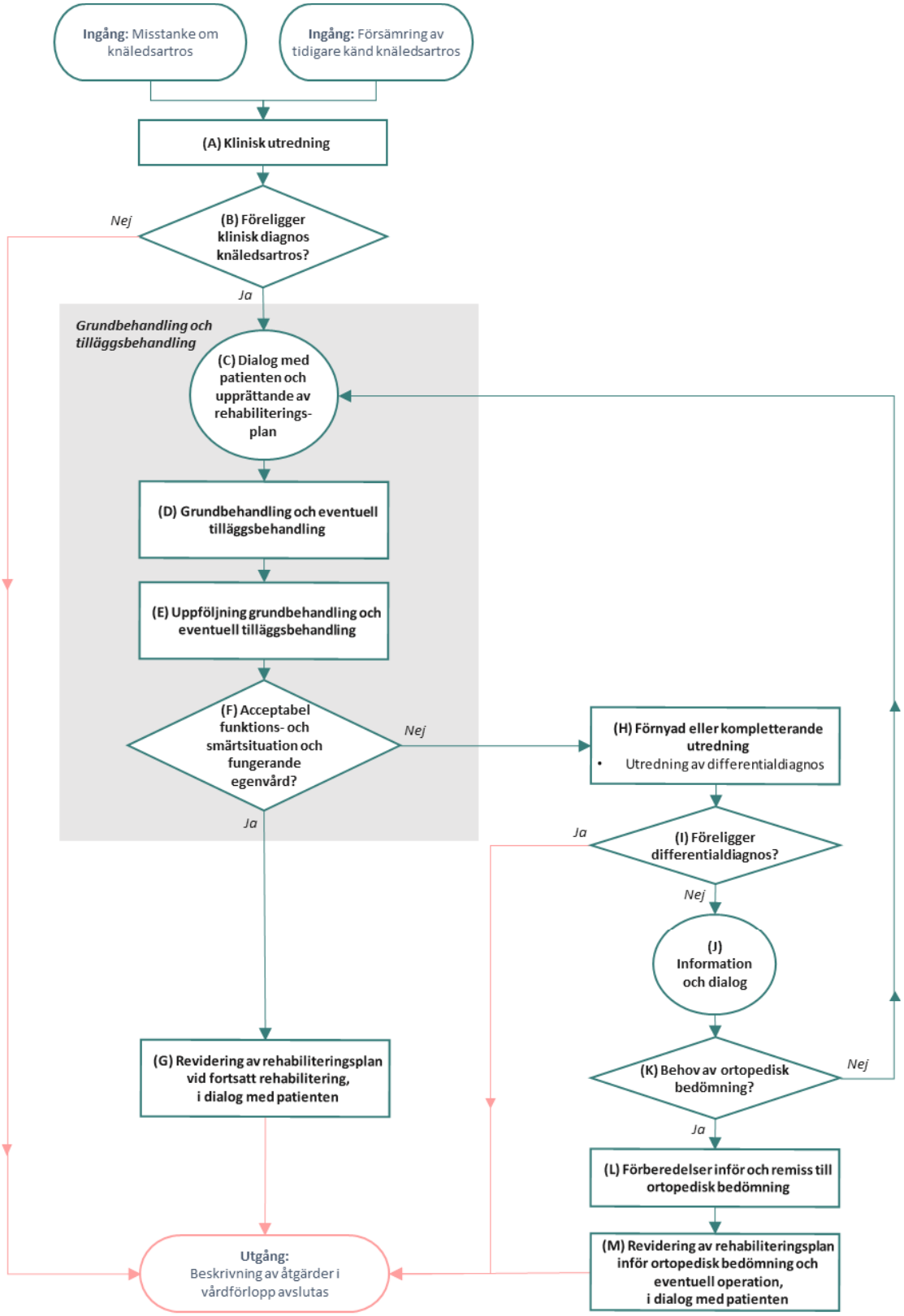
- Patienten upplever en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård.
- En differentialdiagnos ställs som förklaring till symtomen.
- Patienten får remiss till ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1.5. Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur *1*) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell *1*.

Figur 1. Flödesschema för vårdförloppet Knäledsartros



Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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 viktnedgång. Patientutbildning innefattar information om diagnosen, behandlingspyramiden och om egenvård. Träningen bör vara individuellt anpassad och handledd 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



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Tabell 1. Åtgärdstabell för vårdförlopp knäledsartros.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(A) Klinisk utredning Vid misstanke om knäledsartros triageras patienten i första hand till en fysioterapeut för vidare utredning och bedömning. Ställ diagnosen knäledsartros kliniskt genom en sammanvägd bedömning av anamnes (riskfaktorer och symtom) och status enligt nedan. Riskfaktorer • Tidigare ledskada • Ålder över 45 år • Kvinnligt kön • Övervikt • hereditet • Ensidig långvarig ledbelastning, exempelvis knästående arbete • Muskelsvaghet 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 kommer ofta gradvis med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall. Status • Inskränkt rörelseomfång • Ledsvullnad, eventuell Bakercysta • Palpationsömhet över ledspringa • Breddökning av leden • Krepitationer I senare skede förekommer varusfelställning eller valgusfelställning och ibland instabilitet. Bedöm behov av kompletterande undersökningar för att utesluta differentialdiagnoser. Kartlägg patientens levnadsvanor.	• Kontakta primärvården. • Berätta om symtom, farhågor och förväntningar.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(B) Föreligger klinisk diagnos knäledsartros? • Ja: Dokumentera diagnoskod ICD-10-SE M17-Knäledsartros och fortsätt till (C) • Nej: Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas	
(C) Dialog med patienten och upprättande av rehabiliteringsplan 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. Utforma tillsammans med patienten mål och plan för fortsatt vård med hänsyn till • symtom inklusive smärta och funktion • sociala och psykosociala faktorer • kunskap kring artros • arbetssituation • sömnkvalitet • motivation • attityder till träning • samsjuklighet. 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. Använd förebyggande sjukskrivning om patienten har svårt att komma ifrån arbetet för att delta i grundbehandling.	• 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.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(D) Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling Grundbehandling ska vara individuellt anpassad och kan ske individuellt eller i grupp, exempelvis via en artrosskola. • 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. Följ regelbundet upp behandlingseffekt och revidera träningsupplägg utifrån patientens symtom och individuella behov. Erbjud tilläggsbehandling vid behov i form av: • läkemedel • smärtlindrande icke-farmakologisk behandling (exempelvis TENS, akupunktur, ortos) • hjälpmedelsutprovning • samtalsstöd eller terapi • anpassning av arbetsplats och/eller sysselsättningsgrad. Tilläggsbehandlingen kan variera bland annat beroende på symtom och behandlingseffekt.	• Delta i behandling utifrån upprättad rehabiliteringsplan. • Arbeta med viktnedgång vid behov. • Kontakta primärvården vid utebliven effekt av grundbehandlingen, vid behov av att komma framåt i behandlingen eller vid försämring.
(E) Uppföljning grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling • 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.	• Delta i uppföljning av rehabiliteringsplan. • Delta i diskussion om förväntningar på livsstilsförändringar och hur dessa bör vidmakthållas.
(F) Acceptabel funktions- och smärtsituation och fungerande egenvård? Upplever patienten en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård enligt uppföljning i (E)? • Ja: Fortsätt till (G) • Nej: Fortsätt till (H) för förnyad utredning	• Delta i diskussion om funktions- och smärtsituation. • Delta i diskussion kring rehabiliteringsplan och fortsatt egenvård.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(G) Revidering av rehabiliteringsplan vid fortsatt rehabilitering i dialog med patienten Skapa en långsiktig rehabiliteringsplan för • 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). Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas	• 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 funktions-nedsättning.
(H) Förnyad eller kompletterande utredning • Gör förnyad utredning av patientens funktions- och smärtsituation. • Överväg differentialdiagnoser, komplettera med eventuell radiologisk eller annan undersökning. • Genomför slätröntgen vid oklar diagnos.	• Fortsätt med egenvård inklusive träning och vid behov viktnedgång/kontroll.
(I) Föreligger differentialdiagnos? Föreligger differentialdiagnos som orsak till symtom? • Ja: fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas • Nej: fortsätt till (J).	
(J) Information och dialog Ge information och ha dialog med patienten angående • 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.	• Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning och inställning till operation.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(K) Behov av ortopedisk bedömning? Ta ställning till om patienten behöver remitteras till ortopedisk bedömning. Indikationer för remiss är: • 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. Individanpassad bedömning och avsteg kan göras från kriterierna ovan inför ortopedisk bedömning om nyttan bedöms överskrida riskerna med operation. • Ja; patienten är aktuell för ortopedisk bedömning: Fortsätt till (L). • Nej; patienten är inte aktuell för ortopedisk bedömning: Återgå till (C).	• 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.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(L) Förberedelser inför och remiss till ortopedisk bedömning Följande förberedelser ska göras inför remiss till ortopedisk bedömning: • 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. Följande information ska ingå i remissen eller vara lätt tillgänglig enligt överenskomna rutiner: • 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. När förberedelserna inför ortopedisk bedömning är genomförda och ovanstående uppgifter till remissen är kända, skickas remiss till ortoped.	• Fortsätt med egenvård och träning. • Ta ansvar för viktkontroll och förändring av levnadsvanor, vid behov med stöd från vården.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(M) Revidering av rehabiliteringsplan inför ortopedisk bedömning och eventuell operation i dialog med patienten Skapa rehabiliteringsplan för behandling i väntan på ortopedisk bedömning och optimering inför kirurgi: • fortsatt egenvård • eventuell förskrivning av FaR • fortsatt grund- och tilläggsbehandling • plan vid eventuell försämring • uppföljning och behandling av levnadsvanor Under väntetiden till ortopedisk bedömning ansvarar primärvården för patientens fortsatta smärtlindring och sjukskrivning. Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas	• 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 är 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.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Tabell 3. Processmått.

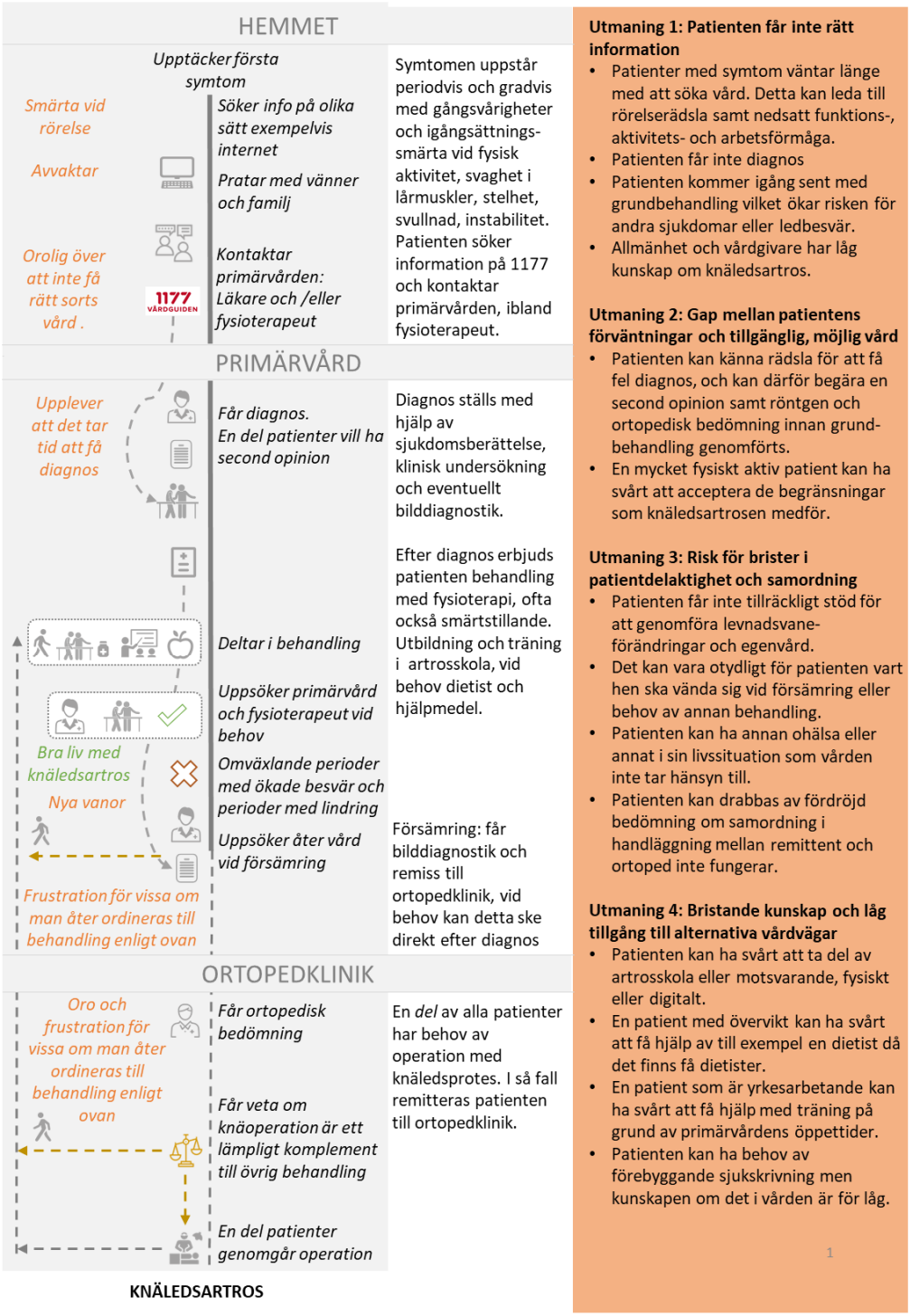
Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Medelålder vid förstagångsdiagnos knäledsartros	Lågt värde eftersträvas	År	Regionala vårddatabaser
Andel patienter med knäledsartros som röntgenundersökts före grundbehandling	Lågt värde eftersträvas	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.



Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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	
Thérése Jönsson	Med Dr	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus	Södra sjukvårds-regionen	

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

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, Thorstensson 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.