

Rehabilitering av patienter med höft och knäledsartros, ej postoperativ rehab

Gäller för: Region Kronoberg

Innehåll

Rehabilitering av patienter med höft och knäledsartros, ej postoperativ rehab	1
1 Inledning.....	2
1.1 Syfte	2
1.2 Målgrupp.....	2
1.3 Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp	2
1.4 Resurser, kompetens	3
2 Flöde/process	4
3 Rehabilitering vid höft och knäledsartros, (ej postoperativ rehab)	6
3.1 Utredning/bedömning	6
3.2 Indikationer för behandling.....	7
3.3 Behandling.....	7
3.4 Egenvård.....	8
3.5 FaR.....	8
3.6 Viktreduktion	8
3.7 Uppföljning/avslut.....	8
3.8 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående....	9
3.9 Patientsäkerhet, riskanalys.....	9
3.10 Mål och mätetal.....	9
3.11 Dokumentation inkl. KVÅ	9
4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring.....	10
5 Sjukskrivningsprocessen	10
6 Patientorganisationer	10
7 Kvalitetsindikatorer	10
8 Referenser	11
9 Länkar	11

1 Inledning

1.1 Syfte

Att för personer med höft- och knäledsartros i Kronobergs län erbjuda en vård som kännetecknas av bra tillgänglighet, smidigt flöde och god kvalitet.

Att säkerställa att alla patienter med kliniska tecken på höft- och knäledsartros i ett tidigt skede erbjuds grundbehandling enligt gällande evidens.

Att säkerställa att patienter med ytterligare behov erbjuds kompletterande insatser baserade på evidens och beprövad erfarenhet, utifrån den enskilda individens behov.

1.2 Målgrupp

Vuxna personer boende i Kronobergs län som söker vård för besvär i höft och knä med kliniska fynd som tolkas som artros, exkluderat patienter med inflammatorisk ledsjukdom.

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och drabbar stora delar av befolkningen från medelåldern och uppåt, även yngre med riskfaktorer som arv eller ledskada drabbas. Artros är idag den främsta orsaken till smärta och försämrad fysisk funktion hos medelålders och äldre personer.

Utöver det betydande lidande och funktionshinder som drabbar patienten förorsakas samhället stora kostnader, artros är enligt WHO en av de tio sjukdomar som orsakar den största globala sjukdomsördan.

Sambandet mellan graden av ledförändringar och symtom är ofta svagt och många som har artros enligt röntgen har inte ont. Omvänt gäller också att många som har ont i höft eller knä inte har synliga förändringar på röntgen. Det kan ta 15 år eller mer innan artros syns på röntgen. Vid lätt till måttlig artros är överensstämmelsen mellan röntgenförändringar, smärta och funktion liten.

Nedsatt funktion beror mer på smärta än på röntgenförändringar.

Man räknar med att ca 5 % av befolkningen mellan 35-54 år har artros enligt röntgen och ungefär 15 % knäsmärta pga. artros. Hos personer som är 60 år eller äldre ökar prevalensen betydligt och hos personer som är 65 år eller äldre är artros den vanligaste orsaken till fysisk funktionsinskränkning.

I Kronobergs län genomfördes 2015 ca 500 höft- och knäprotesoperationer, revisioner och operationer till följd av frakturer borträknat.

1.3 Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp

Det finns idag ingen behandling som kan förhindra uppkomst av eller bota artros. Behandlingen syftar därför till att minska symtom, förbättra funktionen i leden, optimera fysisk funktion och aktivitetsförmåga samt förbättra livskvaliteten. I de fall det är aktuellt består behandlingen av att påverka riskfaktorerna för att minska risken att insjukna i artros.

Trots att det råder stor samstämmighet mellan rekommendationer och riktlinjer för artrosbehandling så ses brister i implementering och långt ifrån alla artrospatienter får fullständig grundbehandling i tidigt skede. Smärtbehandling vid

artros är ofta inriktad på farmakologisk behandling innan grundbehandling påbörjats. Om läkemedel inte ger tillfredställande effekt remitteras patienten ofta till ortoped för bedömning av kirurgiska åtgärder. Eftersom det vanligen tar många år innan artros syns på röntgen är operation inte aktuellt för flertalet av patienterna och patienten uppfattar det som att det inte finns något att göra. Många patienter slutar med fysisk aktivitet och träning i tron att detta är skadligt. Detta kan i sin tur leda till ökad risk för inaktivitetsrelaterade sjukdomar. Resultat från BOA-registret (2014) visar att cirka 30 % av patienter med artros i höft eller knä inte når WHO:s rekommendationer om 150 aktivitetsminuter per vecka med måttlig intensitet och trots väldokumenterade effekter av träning är det mindre än hälften av antalet patienter med artros som tränar. För de allra flesta med lätt till måttlig artros vet vi idag att träning, information och viktreduktion kan ha lika god smärtlindrande effekt som läkemedel fast utan biverkningar och ska utgöra grundbehandling för artrospatienter.

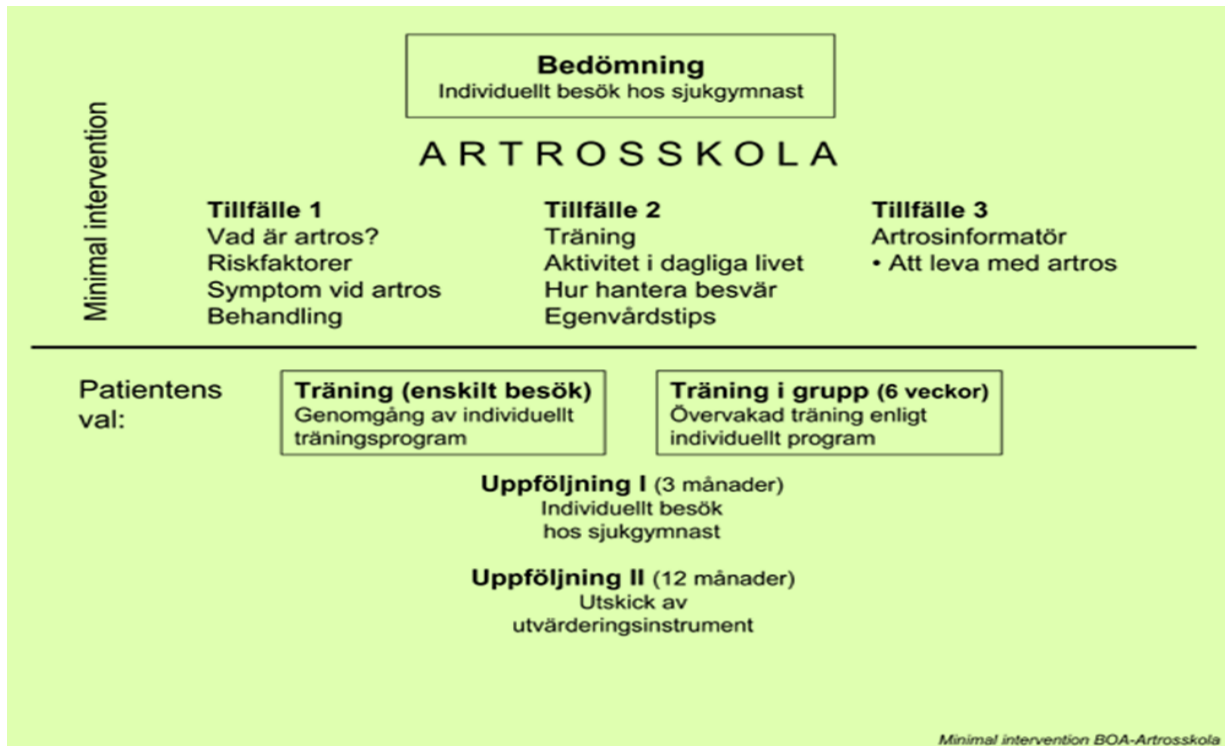
1.4 Resurser, kompetens

Vid bedömning och rehabilitering av patienter med höft- och knäartros behövs tillgång till fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare med goda kunskaper om patientgruppen. Dessa resurser bör finnas inom primärvården. Tillgång till artrosskolor ska finnas på samtliga vårdcentraler i primärvården. Detta för att optimera kompetens, kvalitet och tillgänglighet. Primärvården bör ha ett väl utvecklat samarbete med specialistläkare inom slutenvården och ortopedingenjör. Tillgång till adekvata lokaler för undersökning, träning och undervisning/samtal (bassäng, rehabiliteringsgym) bör finnas.

Definitioner

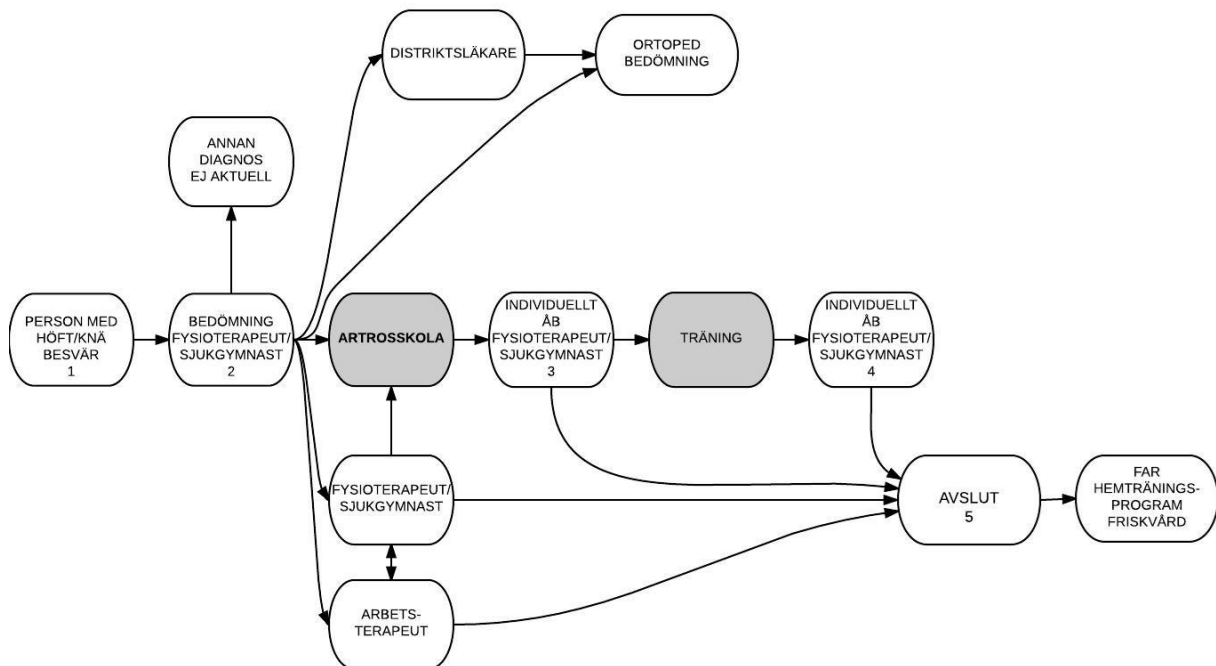
Artrosskola: Patientutbildning för patienter med höft- eller knäartros vars minimala intervention består av individuell bedömning av fysioterapeut/sjukgymnast följt av 2-3 teoritillfällen som omfattar information om vad artros är, tänkbara riskfaktorer, tillgänglig behandling, hanteringsstrategier samt egenvårdstips. Beroende på enskilda enheters resurser följs teoritillfällena av frivillig individuell genomgång samt hemträning eller övervakad gruppträning. Vi föreslår att man utgår från BOA's (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) upplägg då man bedriver artrosskolor i Kronobergs län.

BOA: Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. BOA-registret har funnits som ett Nationellt Kvalitetsregister sedan december 2010. Syftet med BOA är främst att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning i enlighet med Socialstyrelsens gällande behandlingsriktlinjer och tillgänglig evidens samt att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredställande resultat. En modell för artrosskola enligt BOA har utvecklats och genom uppföljning vid 3 och 12 månader kan effekten av artrosskolan som intervention systematiskt utvärderas genom BOA-registrets utdata där även deskriptiva data och öppna jämförelser kan vara av värde i verksamhetens kvalitetsförbättrande arbete på lokal nivå.



www.boaregistret.se

2 Flöde/process



- 1) Patient med höft/knäbesvär söker fysioterapeut/sjukgymnast inom primärvården, antingen på eget initiativ eller med remiss/hänvisning från annan vårdgivare, t ex distriktsläkare eller ortoped.
- 2) Fysioterapeuten/sjukgymnasten gör en bedömning. Utifrån resultatet av bedömningen kan olika insatser bli aktuella:

Artrosskola: Patienter med lätt till måttlig artros erbjuds delta i artrosskola, som bedrivs i grupp, som grundbehandling. I de fall artrosskola inte bedrivs på enheten hänvisas patienten till närmaste artrosskola.

Individuell fysioterapeut-/sjukgymnastkontakt: Är aktuell när artrosskola inte är lämpligt eller då patienten har behov av kompletterande fysioterapeutiskt/sjukgymnastisk behandling.

Arbetsterapeut: Patienter med uttalade ledproblem som är i behov av hjälpmedel och/eller praktisk ergonomi för sin aktivitet i det dagliga erbjuds kontakt med arbetsterapeut.

Distriktsläkare: Patienter med uttalad smärta skall utöver artrosskola erbjudas kontakt med distriktsläkare för ställningstagande till farmakologisk tilläggsbehandling.

Ortopedläkare: Patienter med röntgenverifierad höft eller knäledsartros, som erhållit grundbehandling (artrosskola, träning och vid behov info om viktreduktion) samt optimal individanpassad läkemedelsbehandling och som trots det har uttalade ledsymtom som ger en väsentlig påverkan på livskvaliteten skall remitteras till ortoped för ställningstagande till kirurgisk behandling. Innan remiss skrivs är det viktigt att förvissa sig om att patienten är intresserad av en eventuell operation. Även patienter där det i anamnesen framgår att det förekommer tydliga tecken på mekanisk låsning i knäleden remitteras till ortoped för ställningstagande för ev artroskopi.

- 3) Efter avslutad artrosskola görs en uppföljning hos ansvarig fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården. Alla patienter erbjuds genomgång av individuellt anpassade landbaserade övningar att utföra övervakat i grupp 2 ggr/v i 6-12 v alternativt på egen hand i hemmet. I de fall patienten inte klarar landbaserad träning kan bassängräning vara ett alternativ. För en del patienter har artrosskolan varit en tillräcklig insats och avslut görs. Patienten går vidare med hemträningsprogram, FaR eller friskvård. Vid behov remitteras patienten till arbetsterapeut, distriktsläkare eller ortoped. Se under punkt 2.
- 4) Uppföljning hos ansvarig fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården, efter avslutad träningsperiod. Uppföljningen leder till avslut och patienten går vidare med hemträningsprogram, FaR eller friskvård. Vid behov remitteras patienten till arbetsterapeut, distriktsläkare eller ortoped. Se under punkt 2

- 5) Avslut. Rehabinsatserna i primärvården är nu avslutade. Patienterna kan åter höra av sig vid behov.

3 Rehabilitering vid höft och knäledsartros, (ej postoperativ rehab)

3.1 Utredning/bedömning

Diagnosen artros grundar sig på en sammanvägning baserad på anamnes, typiska symtom och klinisk undersökning. I typiska fall där andra ledsjukdomar har uteslutits med rimlig säkerhet är röntgenundersökning ej nödvändig för att ställa diagnosen. Röntgen ska endast användas om detta behövs vid oklara fall för att utesluta andra diagnoser eller annan allvarlig sjukdom eller om det är aktuellt att vidareremittera patienten till ortoped. Fysioterapeut/sjukgymnast med goda kunskaper i att bedöma patienter med besvär i rörelse- och stödjeorganen ställer funktionsdiagnos i enlighet med de kliniska kriterier som Socialstyrelsen föreskriver. I tveksamma fall skall patienter alltid remitteras till läkare för fortsatt utredning.

Då artrosdiagnosen kan ställas kliniskt och röntgen i normalfallet inte är nödvändigt för att inleda behandling så kan tiden mellan första symtom och diagnosen kortas avsevärt och grundbehandling erbjudas tidigt.

Vid den fysioterapeutiska/sjukgymnastiska bedömningen av patienten är det utöver ledfunktionsundersökning viktigt att man tar en utförlig sjukhistoria för att ta reda på hur artrosen påverkar patientens funktion, livskvalitet, arbete, sinnesstämning, fritidsaktiviteter och förekomst av eventuell samsjuklighet. Anamnes och ledfunktionsundersökning kan kompletteras med för patienten lämpligt bedömningsinstrument eller funktionstest.

Bedömning av fysioterapeut/sjukgymnast	Bedömningsinstrument
Patientskattning av smärta, övriga symtom, ADL-funktion Sport/Fritidsfunktion och höft-relaterad livskvalitet	HOOS- Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score
Patientskattning av smärta, övriga symtom, ADL-funktion, Sport/ Fritidsfunktion och knä-relaterad livskvalite	KOOS- Knee Injury and Osteoarthritis, Outcome Score
Smärtskattning	VAS, NRS
Funktionstester	6 Minuters gångtest Chair stand test
Hälsorelaterd livskvalitet	EQ5D

När kontakt med arbetsterapeut är aktuell görs bedömning av hjälpmedelsbehov och aktivitetsförmåga i boende, arbete, fritid och personlig vård.

Bedömning av arbetsterapeut	Bedömningsinstrument
-Aktivitetsförmåga i boende, arbete, fritid och personlig vård	COPM. WEIS-S (The work environment Impact scale) WRI-S (The worker role interview)

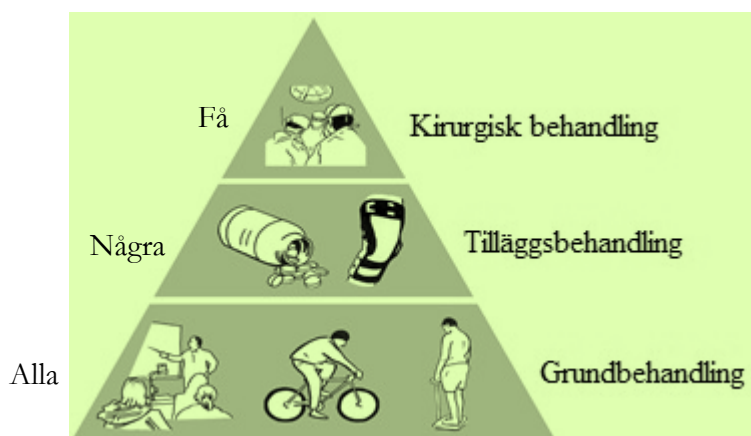
Utredningen/bedömningen ska i samråd med patienten leda fram till en behandlingsplan som dokumenteras i journalen och behandlingen ska ta individuell hänsyn och anpassas efter varje patients förutsättningar och behov.

3.2 Indikationer för behandling

Rehabilitering/behandling är indicerad för samtliga patienter i målgruppen som söker vård

3.3 Behandling

Enligt svenska och internationella behandlingsrekommendationer kan artrosbehandling liknas vid en pyramid där grundbehandling utgör basen och skall erbjudas alla. Grundbehandling är information om sjukdomen, fysisk träning, hanteringsstrategier samt egenvårdsråd och vid behov viktreduktion. Vid otillräcklig effekt av grundbehandling utgörs tilläggsbehandlingen av farmakologisk behandling, hjälpmedel, ortopedtekniska insatser och kompletterande paramedicinska åtgärder. Toppen av behandlingspyramiden, som blir aktuell endast för ett fåtal patienter, utgörs av kirurgiska ingrepp och endast 10-15% av höft- knäartrospatienterna blir aktuella för ledprotesoperation.



Behandlingspyramiden för artros enligt svenska och internationella behandlingsriktlinjer

Vid val av behandling skall man utgå från den enskilde patientens aktuella behov, behandlingspyramiden och den framtagna åtgärdslistan (se bilaga). Alla patienter med höft – och knäbesvär relaterade till artros skall som grundbehandling erhålla

utbildning/information och träning samt hjälp med viktreduktion vid behov. För de flesta patienter är åtgärder som träning, information och viktreduktion oftast tillräckliga för att upprätthålla en god fysisk funktion och en bra livskvalitet. Ansvarig fysioterapeut/sjukgymnast hänvisar patienten till närmaste artrosskola. I de fall artrosskola inte är lämpligt erbjuds individuell behandling. Efter artrosskolan erbjuds träning enligt individuellt utformat program, lämpligen i grupp övervakad av fysioterapeut/sjukgymnast (2ggr/v i 6-12 v) eller som självträning. Den landbaserade träningen är inriktad mot aerob kapacitet och ökad muskelstyrka.

Det är viktigt att korrigera belastningsmönster och poängtera vikten av neuromuskulär kontroll under träning och fokusera på funktionella övningar. Bassängräning är aktuellt för patienter som har svårt att tolerera landträning. I de fall där smärta utgör hinder för patienten att komma igång med träning skall kompletterande smärtlindrande behandling erbjudas. Som kompletterande arbetsterapeutisk behandling erbjuds vid behov praktisk ergonomisk genomgång samt information om och träning med hjälpmedel.

3.4 Egenvård

Träning, fysisk aktivitet och vid behov viktnedgång kan minska smärta och motverka funktionshinder. Patienten ska ha kunskap om och ta ansvar för fysisk aktivitet och träning. Inte minst är det viktigt med information för att reda ut eventuella missförstånd kring artros.

Målsättningen är alltid att patienten skall kunna fortsätta med någon form av egenvård och efter behandlingen ha en plan för anpassad träning.

3.5 FaR

I Fyss rekommenderas konditionsträning med måttlig intensitet, 2-3 ggr/vecka, 20-30 minuter/tillfälle och ledspecifik funktionell träning med successivt ökad belastning 2-3 ggr/vecka 45-60 minuter/gång.

3.6 Viktreduktion

Övervikt är en riskfaktor för artros och av betydelse för artrossjukdomens utveckling och förlopp. Risken är även relaterad till graden av övervikt. Redan vid måttlig övervikt har man funnit en påtaglig riskökning för knäartros. Det finns stark evidens för att viktnedgång har en positiv effekt på smärta och funktionsförmåga för artrospatienter med övervikt och fetma.

Som grundbehandling ska samtliga artrospatienter med övervikt informeras om vikten av viktnedgång och få rådgivande samtal och stöd kring kost och motion för att gå ned i vikt, behålla önskad vikt eller förhindra viktuppgång.

Artrospatienter med fetma (BMI>30) bör erbjudas ytterligare åtgärder för viktreduktion.

Beteendeterapi (KBT) samt motiverande samtal (MI) är interventioner som påvisat viktreduktion hos överviktiga.

3.7 Uppföljning/avslut

När planerade åtgärder är genomförda görs utvärdering av behandlingsansvarig fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut. I de fall utvärderingsinstrument

använts följs dessa upp. Vid avslut är det viktigt att informera patienten om vart denne kan vända sig vid förnyade behov.

3.8 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patientens delaktighet är avgörande för rehabiliteringens resultat och patientens egen syn på sina besvär och behandling bör vägas in vården. Patienter erbjuds delta i artrosskola och ges skriftlig samt muntlig info om träningsprogram, praktisk ergonomi, hjälpmedel, ADL-teknik, hanteringsstrategier och annan egenvård då så är aktuellt.

Informationsmaterial om artrosskolans innehåll, målgrupp för artrosskolan och kontaktuppgifter till artrosskolor i länet skall finnas att tillgå på t.ex. vårdcentraler, fysioterapi-/sjukgymnastmottagningar, apotek och ortoped/kirurgmottagning. På reumatikerförbundets – och BOAs hemsida finns karta över BOA-registrerade artrosskolor.

3.9 Patientsäkerhet, riskanalys

Det är viktigt att patienter tidigt erhåller rätt diagnos och därefter får rätt information om sjukdomen och vilka behandlingar som finns att tillgå. Detta för att minimera följderna av artrossjukdomen. Vid tecken på aktiv inflammation (svullnad och värmeökning) bör man undvika styrketräning och fokusera på rörlighetsträning. Viss försiktighet rekommenderas vid träning av styrka för patienter med kraftig felställning i knäleden, då effekterna inte är tillräckligt klarlagda. Då artrosdiagnosen kan ställas kliniskt och röntgen endast bör användas vid oklara fall så kan grundbehandling erbjudas tidigt. Om det senare skulle visa sig att besvären inte berodde på artros riktar sig behandlingen som erbjudits – information och träning – mot funktionshindren och riskerna med behandling är försumbara.

3.10 Mål och mätetal

Målet är att varje patient utifrån sina förutsättningar upplever minskning av sina besvär, är välinformerad om sin sjukdom, har erhållit redskap för att förbättra och bibehålla sin fysiska funktions/aktivitetsförmåga. Målen kan mätas med subjektiv skattning av måluppfyllelse och/eller utvärdering av registerdata och tidigare beskrivna bedömningsinstrument. BOAs styrgrupp har föreslagit ett antal indikatorer och målnivåer som kan fungera som vägvisare och stimulans för verksamheten på såväl regionsnivå som kliniknivå. T.ex. minska antalet patienter som röntgas före artrosskola, att fler patienter ska upphöra med ledrelaterade läkemedel efter genomgången artrosskola och att fler patienter som söker öppenvård med diagnosen artros ska tas omhand i artrosskola.

3.11 Dokumentation inkl. KVÅ

Dokumentationen sker i Cambio Cosmic vid varje enskilt mottagningsbesök. Vid gruppträning/artrosskola sker dokumentationen vid start, slut och vid behov.

PG001	Bedömning av ledrörlighet
PG003	Bedömning av muskelfunktion

PT002	Bedömning av hjälpmedelsbehov
PK003	Bedömning av att genomföra daglig rutin
GB020	Artrosskola
QV002	Information/undervisning om hälsoproblem
QV003	Information/undervisning om egenvårdsprogram
QV012	Gruppträning
QV011	Träningsprogram
QG001	Rörlighetsträning
QG003	Muskelfunktions- och styrketräning
QG005	Koordinationsträning
DA001	Akupunktur
DA021	TENS

Levnadsvanor dokumenteras med KVÅ-koder enligt rutin

4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Rehabplan upprättas då patienten varit sjukskriven i 2 veckor eller har insatser från flera olika vårdgivare och behov föreligger.

Informationsöverföring sker efter patientens medgivande via Cosmic eller telefon.

5 Sjukskrivningsprocessen

Vid sjukskrivning tas patienten vid behov upp i primärvårdens rehabteam och följs där enligt de upparbetade rutiner som vårdcentralen har kring sjukskrivning. Behandlingsansvarig fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut bidrar med funktions- och aktivitetsförmågebedömningar när behov föreligger.

6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Mer information om aktuell patientförening finns på regionens hemsida.

Det går också att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummen i regionens olika mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

7 Kvalitetsindikatorer

Processmått:

- antalet patienter som röntgas före artrosskola (målnivå enligt BOA-registret)
- medelålder för patienter som deltagit i artrosskola (målnivå enligt BOA-registret)
- andel tillräckligt fysiskt aktiva efter artrosskola (målnivå enligt BOA-registret)
- andel patienter som har tagits om hand i artrosskola av alla som har opererats med höft- eller knäprotes (målnivå enligt BOA-registret)

8 Referenser

Årsrapport BOA-registret 2014

Grundbehandling av artros – en sammanställning av evidens för behandling av lätt till måttlig artros. Carina Thorstensson och Ewa Roos, utgiven av reumatikerförbundet 2008

Guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. OARSI (Osteoarthritis Research Society International), 2014

Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen 2012

Osteoarthritis: care and management, clinical guidelines. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), 2014

Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January. OARSI (Osteoarthritis Research Society International), 2009

Recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. EULAR (European League Against Rheumatism), 2013

Recommendations for the use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee. ACR (American Collage of Rheumatology), 2012

Vårdprogram för artros. Region Skåne, 2015

VA/DoD clinical practice guideline for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis. VA/DoD (Department of Veteran Affairs/Department of Defence), 2014

9 Länkar

www.lakemedelsverket.se

www.boaregistret.se

www.reumatikerforbundet.org

www.socialstyrelsen.se/

www.nice.org.uk/

www.oarsi.org

www.eular.org/

www.rheumatology.org/

www.vardgivare.skane.se/varriktlinjer/

www.healthquality.va.gov/guidelines/

www.fyss.se/

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.