

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 till ortopedisk bedömning för ställningstagande till kirurgi.

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-02-24	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

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.

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

Huvudsyftet är att patienter i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet ska få diagnos och grundbehandling. Diagnosen ställs efter en samlad bedömning av anamnes och klinisk undersökning. En röntgenundersökning riskerar att fördröja diagnos och behandling, eftersom artros i ett tidigt stadium sällan syns vid sådan undersökning. Tidig grundbehandling (patientutbildning, individuellt anpassad träning och vid behov stöd för viktnedgång, Figur 2) kan bidra till att minska smärta, öka/bibehålla patientens fysiska funktion, motverka samsjuklighet och troligen senarelägga och i vissa fall helt utesluta operation. Om operation ändå behövs kan tidigt insatt grundbehandling bättre förbereda patienten.

Vårdförloppet syftar också till att öka individens möjligheter till att vara delaktig i vård och behandling, samt till att ta eget ansvar för träning och för att motverka ohälsosamma levnadsvanor.

Vårdförloppet förväntas medföra att fler patienter initialt handläggs inom primärvården och färre inom den specialiserade vården. Investeringar i riktade utbildningsinsatser kan behövas för att primärvården ska kunna diagnostisera och behandla patienter med knäledsartros. På längre sikt bedöms denna investering bli kostnadseffektiv då undersökningar och remisser på fel indikation kan minska och artrosbehandling kan påbörjas tidigare.

För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till smärta, livskvalitet, fysisk aktivitet, 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	- 8 -
1.6 Vårdförloppets åtgärder	- 9 -
1.7 Personcentrering och patientkontrakt.....	- 18 -
2 Uppföljning av vårdförlopp	- 19 -
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter	- 19 -
2.2 Indikatorer för uppföljning	- 20 -
3 Bakgrund till vårdförlopp	- 22 -
3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter	- 22 -
3.2 Kompletterande kunskapsunderlag	- 23 -
3.3 Arbetsprocess	- 23 -
4 Referenser.....	- 24 -

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 vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv.

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 cirka 14 procent av befolkningen över 45 år [2]. Sjukdomen förväntas bli allt vanligare de kommande åren, då befolkningen blir äldre, fler blir överviktiga och mindre fysiskt aktiv än tidigare. Knäledsartros är en degenerativ sjukdom som drabbar hela leden inklusive ledens brosk, menisker, senor, ligament, ledkapsel, lednära ben och muskulatur [3]. Riskfaktorer associerade med utveckling av knäledsartros är kvinnligt kön, övervikt, knäbelastande arbeten, fysisk inaktivitet, tidigare knäledsskada och ärftlighet [3, 4]. Sjukdomen ökar i förekomst med stigande ålder, men även yngre personer kan diagnostiseras med knäledsartros efter till exempel tidigare ledskador [5]. Tiden från symtomdebut till artrosdiagnos kan vara lång, ofta många år [4, 6].

Knäledsartros ger symtom i form av belastningssmärta, igångsättningsvärigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet eller instabilitet [3]. Besvären kommer ofta gradvis, men kan vara akuta i samband med knäledstrauma eller överbelastning. Sjukdomen är en av de främsta orsakerna till långvarig muskuloskeletal smärta [7] och funktionsnedsättning hos personer i både arbetsför ålder och i äldre åldrar [8]. Symtomen kan ofta förbättras med ökad fysisk aktivitet och vid behov med viktnedgång.

Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet [9] och personer med artros har ökad samsjuklighet jämfört med den övriga befolkningen [10]. En vanlig missuppfattning bland både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal är att

en röntgenundersökning behövs för att ställa diagnosen knäledsartros. Vare sig slätröntgen eller MR-undersökning med frågeställning artros bör föregå grundbehandling. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för knäledsartros beskriver hur diagnosen ställs och vilken behandling som är aktuell utifrån patientens symtombild [11]. 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 till ortopedisk bedömning för ställningstagande till kirurgi.

Det planeras en förlängning av vårdförloppet för de patienter som är aktuella för ortopedisk bedömning inför kirurgi med åtgärder fram till postoperativ rehabilitering

1.3 Vårdförloppets mål

Målen med vårdförloppet 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 individanpassat sätt i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer
- patienter med knäledsartros ska uppnå ökad funktionsnivå och livskvalitet samt minskad smärta
- 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) eller stelhet efter inaktivitet som går över vid rörelse
- smärta - belastningsrelaterad smärta, ibland vilosmärta eller nattlig värk
- ledpåverkan - intermittent ledsvullnad, känsla av låsningar eller upphakningar
- nedsatt funktion - till exempel svårigheter att gå
- känsla av ledinstabilitet kan upplevas i ett senare skede av sjukdomen.

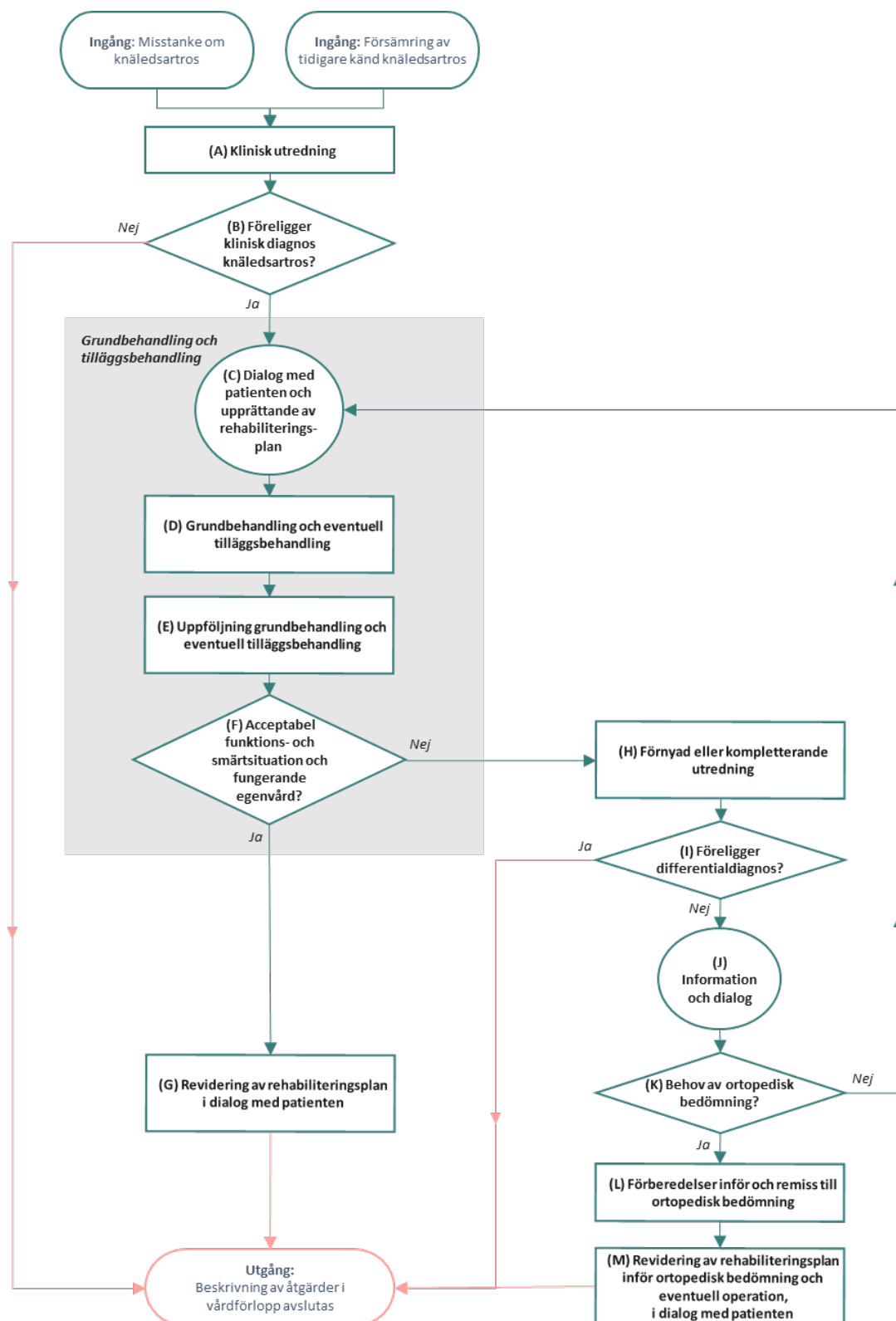
Besvären utvecklas ofta gradvis med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall.

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 för ställningstagande till kirurgi och rehabiliteringsplanen revideras.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärderna i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för vårdförlopp Knäledsartros

1.6 Vårdförloppets åtgärder

Åtgärderna i vårdförloppet är baserade på Socialstyrelsens nationella riktlinjer [11] 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).

Ställa diagnos

Diagnosen knäledsartros ställs efter en samlad bedömning av anamnes och klinisk undersökning [11]. 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 [12]. En fördröjd diagnos är ofördelaktig eftersom grundbehandling har bäst effekt tidigt i sjukdomsförloppet. Majoriteten av personer med artros når en acceptabel funktionsnivå med hjälp av grundbehandling utan att behöva artroskirurgi. Röntgenundersökning kan bli aktuell vid övervägande om differentialdiagnos och vid atypiska besvär. Röntgenundersökning sker inför remiss till ortopedisk bedömning.

Behandling

Grundbehandlingen vid knäledsartros utgörs av patientutbildning, fysisk träning (se [FYSS](#) och [FYSS Fysisk aktivitet vid artros](#)) och vid behov viktnedgång. Patientutbildning innefattar information om diagnosen, behandlingspyramiden och om egenvård. Träningen bör vara individuellt anpassad och handledd av en fysioterapeut [11]. Träningen kan exempelvis innebära styrketräning, konditionsträning och balansträning [13]. Väl genomförd grundbehandling kan ge fördelar för den enskilde individen i form av minskad smärta, ökad hälsorelaterad livskvalitet och minskat intag av smärtstillande läkemedel, samt samhällsekonomiska vinster som till exempel minskad sjukskrivning [14].

Vid behov kan grundbehandlingen kompletteras med tilläggsbehandling såsom smärtlindrande läkemedel, annan smärtlindrande behandling och hjälpmedel [11]. 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 exempelvis knäprotes bli aktuell [3]. 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. Patientens delaktighet i hela vårdförloppet är central vid både planering och genomförande av de olika delarna i behandlingspyramiden. Patienten är även med och utformar ett patientkontrakt [15].



Figur 2. Behandlingspyramid vid knäledsartros. Källa: Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Knäledsartros

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(A) Klinisk utredning</p> <p>Vid misstanke om knäledsartros triageras patienten i första hand till en fysioterapeut för vidare utredning och bedömning.</p> <p>Ställ diagnosen knäledsartros kliniskt genom en sammanvägd bedömning av anamnes (riskfaktorer och symtom) och status enligt nedan.</p> <p>Riskfaktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidigare ledskada • Ålder över 45 år • Kvinnligt kön • Övervikt • Hereditet • Ensidig långvarig ledbelastning, exempelvis knästående arbete • Muskelsvaghet <p>Symtom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igångsättningsbesvär – morgonstelhet (< 30 minuter) eller stelhet efter inaktivitet som går över vid rörelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakta primärvården. • Berätta om symtom, farhågor och förväntningar.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<ul style="list-style-type: none"> • Smärta - belastningsrelaterad smärta, ibland vilosmärta eller nattlig värk • Ledpåverkan - intermittent ledsvullnad, känsla av låsningar eller upphakningar • Nedsatt funktion - till exempel svårigheter att gå • Känsla av ledinstabilitet kan upplevas i ett senare skede av sjukdomen. <p>Besvären kommer ofta gradvis med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall.</p> <p>Status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inskränkt rörelseomfång • Ledsvullnad, eventuell Bakercysta • Palpationsömhet över ledspringa • Breddökning av leden • Krepitationer • Beräkna BMI. • Varusfelställning eller valgusfelställning och ibland instabilitet förekommer i senare skede. <p>Bedöm behov av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kompletterande undersökningar för att utesluta differentialdiagnoser (se NKK Knäledsartros) • Kartläggning av patientens levnadsvanor med hjälp av Socialstyrelsens indikatorfrågor avseende tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat (se Frågor om dina levnadsvanor A, Socialstyrelsen) [16]. • hjälpmedel • försäkringsmedicinsk utredning (se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Knäartros) 	
<p>(B) Beslut: Föreligger klinisk diagnos knäledsartros?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja: Dokumentera diagnos Knäledsartros och fortsätt till (C) • Nej: Fortsätt till Utgång. Beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. 	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(C) Dialog med patienten och upprättande av rehabiliteringsplan</p> <p>Säkerställ att patienten har förstått information om diagnosen. Ha dialog med patienten kring förlopp, prognos, behandlingsalternativ och levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, matvanor, rökning och alkoholbruk. Erbjud stöd inom vården om risk för ohälsosamma levnadsvanor föreligger.</p> <p>Diskutera vid behov hur övervikt/obesitas påverkar diagnosens förlopp.</p> <p>Utforma tillsammans med patienten och vid behov med anhöriga och/eller andra aktörer/professioner mål och plan för fortsatt vård med hänsyn till:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patientens förväntningar • symtom inklusive smärta och funktion • sociala och psykosociala faktorer • kunskap kring artros • arbetssituation • sömnkvalitet • motivation • attityder till träning • samsjuklighet • behov av stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor • behov av viktning. <p>Säkerställ att patienten känner till kontaktvägar och när det är viktigt att patienten tar kontakt.</p> <p>Vid behov, samverka med och säkerställ att annan behandlingspersonal är införstådd med rehabiliteringsplanen.</p> <p>Ställningstagande till försäkringsmedicinsk bedömning och utfärdande av aktuella intyg och utlåtande, eventuell förebyggande sjukskrivning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i dialog kring diagnos och behandlingsalternativ. • Delta i diskussion om förväntningar och mål med behandling samt behandlingsalternativ. • Kontakta arbetsgivare för eventuell anpassning av arbetsplats eller arbetsuppgifter. • Delta vid behov i diskussion om förebyggande sjukskrivning. • Delta vid upprättande av rehabiliteringsplan.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(D) Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling</p> <p>Grundbehandling ska vara individuellt anpassad och kan ske individuellt eller i grupp, exempelvis via en artrosskola.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erbjud patientutbildning som innefattar information om diagnosen, behandlingspyramiden och om egenvård. • Erbjud handledd och individuellt anpassad träning av fysioterapeut . • Om lämpligt erbjuda fysisk aktivitet på recept (FaR). • Vid ohälsosamma matvanor ge enkla råd, vid behov remittera för kvalificerat rådgivande samtal. <p>Följ regelbundet upp behandlingseffekt och revidera träningsupplägg utifrån patientens symtom och individuella behov. Erbjud tilläggsbehandling vid behov i samverkan mellan olika professioner i form av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkemedel • smärtlindrande behandling • hjälpmedelsutprovning • samtalsstöd eller -terapi • anpassning av arbetsplats och/eller arbetsuppgifter. <p>Tilläggsbehandlingen kan variera bland annat beroende på symtom och behandlingseffekt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i behandling utifrån upprättad rehabiliteringsplan. • Applicera och integrera egenvård i vardagen. • Söka stöd i att förbättra sina levnadsvanor och arbeta med viktneidgång vid behov. • Fullfölja överenskommelsen i FaR och ta hjälp och stöd av vården vid behov. • Kontakta primärvården vid utebliven effekt av grundbehandlingen, vid behov av att komma framåt i behandlingen eller vid försämring.
<p>(E) Uppföljning grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha en dialog med patienten och följ upp rehabiliteringsplanen. • Säkerställ att målen med rehabiliteringsplanen har uppnåtts. • Följ upp och utvärdera funktionsnivå, smärtsituation, fysisk aktivitetsnivå och hälsorelaterad livskvalitet enligt patientens individuella rehabiliteringsplan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i uppföljning av rehabiliteringsplan. • Delta i diskussion om förväntningar på livsstilsförändringar och hur dessa bör vidmakthållas.

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<ul style="list-style-type: none"> • Ha en dialog med patienten och säkerställ att hen har kunskap om fortsatt egenvård. • Följ upp insatt stöd för levnadsvanor med hjälp av Socialstyrelsens indikatorfrågor avseende tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat (se Frågor om dina levnadsvanor A, Socialstyrelsen) [16]. • Följ upp viktning om detta uppmärksammas i mål och plan i åtgärd (C). 	
<p>(F) Beslut: Acceptabel funktions- och smärtsituation och fungerande egenvård?</p> <p>Upplever patienten en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård enligt uppföljning i (E)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja: Fortsätt till (G) • Nej: Fortsätt till (H) för förnyad utredning 	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i diskussion om funktions- och smärtsituation. • Delta i diskussion kring rehabiliteringsplan och fortsatt egenvård.
<p>(G) Revidering av rehabiliteringsplan i dialog med patienten</p> <p>Skapa en långsiktig rehabiliteringsplan för</p> <ul style="list-style-type: none"> • förebyggande, symtomlindrande och underhållande egenvård • åtgärder vid eventuell försämring såsom kontaktvägar och kontaktperson vid behov av förnyad kontakt med vården • uppföljning av insatt stöd för förändring av levnadsvanor med hjälp av Socialstyrelsens indikatorfrågor (se Frågor om dina levnadsvanor A, Socialstyrelsen) [16]. • uppföljning av viktning om detta uppmärksammas i mål och plan i åtgärd (C). • förskrivning eller uppföljning FaR, om FaR tidigare har förskrivits • eventuell uppföljning av symtom eller levnadsvanor som sker utanför vårdförloppet [14]. <p>Vid behov remittera till lämplig instans för respektive levnadsvana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i planering av fortsatt egenvård genom träning, viktkontroll vid behov och hantering av besvär. • Ta ansvar för fortsatt egenvård och hälsosamma levnadsvanor och ta stöd av vården vid behov. • Ta ansvar för att kontakta primärvården vid kraftigt ökad smärta eller funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas	
<p>(H) Förnyad eller kompletterande utredning</p> <ul style="list-style-type: none"> Förnya utredning av patientens funktions- och smärtsituation. Överväg differentialdiagnoser (se NKK Knäledsartros) Genomför i första hand belastad slätröntgen vid oklar diagnos. Annan undersökning eller konsultation med annan profession kan övervägas efter behov 	<ul style="list-style-type: none"> Fortsätt med egenvård inklusive träning och vid behov viktning och/eller kontroll.
<p>(I) Beslut: Föreligger differentialdiagnos?</p> <p>Föreligger differentialdiagnos som orsak till symtom?</p> <ul style="list-style-type: none"> Ja: fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas Nej: fortsätt till (J). 	
<p>(J) Information och dialog</p> <p>Ge information och ha dialog med patienten angående</p> <ul style="list-style-type: none"> fortsatt grund-, tilläggsbehandling samt egenvård möjligheter för vidare utredning och ortopedisk bedömning levnadsvanor såsom rökning och alkoholbruk vilka är riskfaktorer vid kirurgi, samt stöd vid behandling av dessa [16] patientens kontaktperson i vården och kontaktvägar vid behov av förnyad kontakt med vården. 	<ul style="list-style-type: none"> Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning och inställning till operation.
<p>(K) Beslut: Behov av ortopedisk bedömning?</p> <p>Ta ställning till om patienten behöver remitteras till ortopedisk bedömning. Indikationer för remiss är:</p> <ul style="list-style-type: none"> icke acceptabel smärta eller funktionsinskränkning trots adekvat grund- och tilläggsbehandling enligt behandlingspyramiden (Figur 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Delta i beslut om eventuell ortopedisk bedömning. Ta ansvar för att sätta dig in i vad en operation innebär bland annat vad gäller risker, smärta och tidig träning direkt efter operationen.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<ul style="list-style-type: none"> • röntgenverifierad knäartros • att patienten är intresserad av att genomgå operation och är motiverad till träning före och efter operation. <p>Individanpassad bedömning och avsteg kan göras från kriterierna ovan inför ortopedisk bedömning om nyttan bedöms överskrida riskerna med operation.</p> <p>Ja; patienten är aktuell för ortopedisk bedömning: Fortsätt till (L).</p> <p>Nej; patienten är inte aktuell för ortopedisk bedömning: Återgå till (C).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta ansvar för träning inför operation med stöd av vården vid behov. • Vara införstådd med att rehabiliteringstiden efter operation är sex till tolv månader. • Vara införstådd inför eventuell operation om vikten av förberedelse i form av rökstopp, avstå alkohol, hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet samt viktnedgång.
<p>(L) Förberedelser inför och remiss till ortopedisk bedömning</p> <p>Följande förberedelser ska göras inför remiss till ortopedisk bedömning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifiera riskfyllda levnadsvanor med hjälp av Socialstyrelsens indikatorfrågor, till exempel rökning, riskkonsumtion av alkohol och opioider, fetma eller malnutrition. Inled åtgärder vid behov (se Frågor om dina levnadsvanor A, Socialstyrelsen) [16]. • 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. • Identifiera läkemedel som kan ha oönskade effekter i samband med proteskirurgi och om möjligt justera dessa. • Säkerställ att patienten är förberedd på vad en operation innebär bland annat vad gäller risker, smärta och tidig träning direkt efter operation. • Informera patienten om att rök- och alkoholfri operation kraftfullt minskar komplikationsrisken [17]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsätt med egenvård och träning. • Ta ansvar för viktkontroll och förändring av levnadsvanor, vid behov med stöd från vården.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<ul style="list-style-type: none"> • Genomför belastad slätröntgen ifall detta inte har gjorts tidigare. <p>Följande information ska ingå i remissen eller vara lätt tillgänglig enligt överenskomna rutiner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ålder och kön • symtom och funktionsproblem, gångförmåga, duration av besvär • behandling som provats mot artrosbesvären • information om att patienten vill bli opererad • andra relevanta tillstånd eller sjukdomar samt hur dessa är optimerade • blodtryck • hjärt- och lungstatus • tidigare operationer • riskfyllda levnadsvanor samt eventuella åtgärder som erbjudits/påbörjats • aktuell läkemedelslista • aktuell röntgen - information om datum och utförande enhet. <p>När förberedelserna inför ortopedisk bedömning är genomförda och ovanstående uppgifter till remissen är kända, skicka remiss till ortoped.</p>	
<p>(M) Revidering av rehabiliteringsplan inför ortopedisk bedömning och eventuell operation i dialog med patienten</p> <p>Skapa rehabiliteringsplan för behandling i väntan på ortopedisk bedömning och optimering inför kirurgi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fortsatt egenvård • eventuell förskrivning av FaR • fortsatt grund- och tilläggsbehandling • plan vid eventuell försämring • uppföljning och behandling av levnadsvanor <p>Under väntetiden till ortopedisk bedömning ansvarar primärvården för patientens fortsatta smärtlindring och eventuell sjukskrivning.</p> <p>Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delta i upprättande av rehabiliteringsplan • Ta ansvar för fortsatt egenvård inklusive träning och viktkontroll vid behov. • Ta ansvar för levnadsvanor till exempel att aktivt behandla övervikt, rökning och överkonsumtion av alkohol och ta stöd av vården vid behov.

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som tillämpas i vårdförloppen. (Mer information om patientkontrakt finns på [SKR:s hemsida](#)). Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården tas tillvara, att beslut om vård tas gemensamt, att det utses fast vårdkontakt samt att det framgår vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv. För den aktuella patientgruppen är det dessutom viktigt att lyfta nedanstående.

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. Men det är också viktigt att patienter med svaga hälsoresurser ges anpassat stöd. 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 och att patienten upplever en acceptabel funktions- och smärtsituation.

Det är av största vikt att patienten i ett tidigt skede får in träning och fysisk aktivitet som en naturlig del av vardagen. Målet är att öka motivationen till lämplig träning vilket dessutom kan minska risken för annan ohälsa.

För patienter i arbetsför ålder är det angeläget att beakta patientens möjlighet att bibehålla sin arbetsförmåga och vid behov av stöd för att bibehålla arbetsförmågan genomförs Försäkringsmedicinska bedömningar utförs i enlighet med de övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och diagnosspecifika rekommendationer (se [Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Knäartros](#)).

I enlighet med innehållet i patientkontraktet är det också viktigt att patienten vet vart hen kan vända sig vid ökade besvär och att det så långt som möjligt finns en fast vårdkontakt. Om patienten trots genomgången och adekvat grund- samt tilläggsbehandling har oacceptabel smärta, funktionsnedsättning och eventuellt värk vid vila bör patienten uppmuntras att kontakta vården för förnyad utredning.

Då protesoperation övervägs är det 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 dessutom medveten om hur levnadsvanor påverkar symtomen både inför och efter den eventuella operationen. Patienten bör erbjudas individanpassat stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

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 helt representativa.

En stor del av vårdförloppet sker troligtvis inom primärvårdsrehabilitering, med låg grad av strukturerad vårddokumentation. Det blir därför svårt att i dagsläget använda sig av regionala vårddatabaser med koppling till journalsystem, även om detta ska undersökas. Uppföljningssystemet PrimärvårdsKvalitet är under implementering nationellt och kommer med tiden att underlätta inhämtande av data, men är även det beroende av strukturerad vårddokumentation. I takt med att nya vårdinformationssystem införs i regionerna kan indikatorerna behöva revideras för att fånga en mer heltäckande bild. Möjligheten att inhämta data kommer då också att förbättras.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i tabell 2 och 3 visar vilka områden som avses följas i detta vårdförlopp. För detaljerad information om hur indikatorerna ska beräknas hänvisas till webbplatsen 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 nydebuterad knäledsartros och genomgången grundbehandling som är nöjda med den hjälp de fått att hantera sin diagnos	≥ 80 %	Kvartal, år	BOA-registret
Andel patienter med nydebuterad knäledsartros och genomgången grundbehandling som uppnår smärtreduktion enligt Numeric Rating Scale (NRS) med minst en enhet	≥ 70 %	Kvartal, år	BOA-registret första besök och tre månader
Andel patienter med nydebuterad knäledsartros som efter genomgången grundbehandling är fysiskt aktiva >150 minuter/vecka	≥ 80 %	Kvartal, år	BOA-registret tre månader

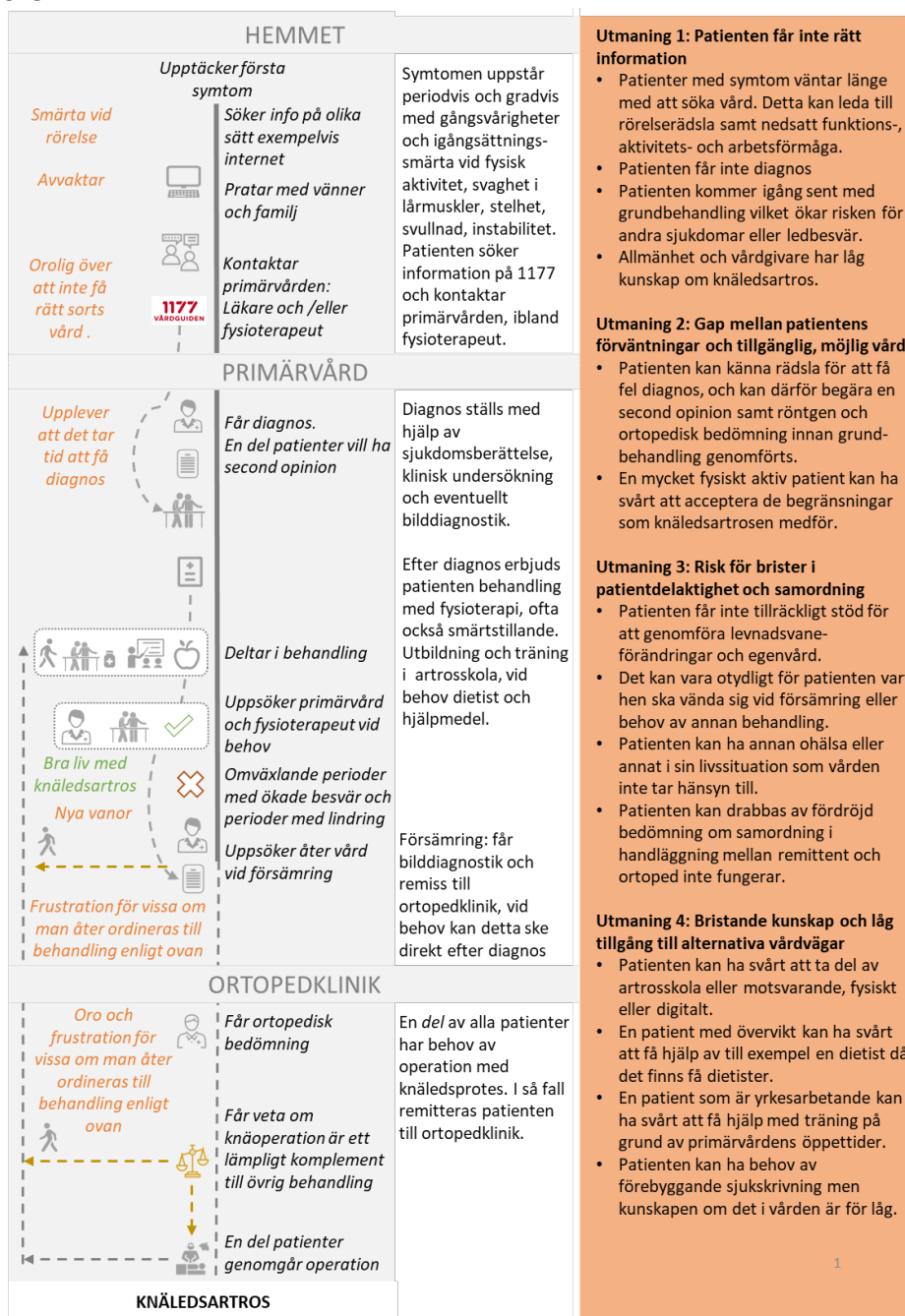
Tabell 3. Processmått.

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter med knäledsartros där BMI har beräknats någon gång de senaste fem åren	Högt värde eftersträvas	År	Regionala vårddatabaser
Medelålder vid första knäledsartrosdiagnos	Lågt värde eftersträvas	År	Regionala vårddatabaser
Andel patienter med nydebuterad knäledsartros som genomgått grundbehandling	≥ 80 %	Kvartal	BOA-registret
Andel patienter med nydebuterad knäledsartros som genomgått röntgenundersökning som del av utredningen före diagnos	Lågt värde eftersträvas	År	BOA-registret
Andel patienter med knäledsartros som genomgått grundbehandling före proteskirurgi	≥ 80 %	År	Svenska Ledprotesregistret, BOA-registret

3 Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 3) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med knäledsartros. I kolumn 1 beskrivs identifierade positiva och negativa patientupplevelser. I kolumn 2 anges för patienten vanliga aktiviteter och åtgärder medan kolumn 3 beskriver vårdens aktiviteter och åtgärder. I kolumn 4 anges de huvudsakliga utmaningar som patienterna möter. Vårdförloppet är utformat för att adressera dessa utmaningar, som även avspeglas i vårdförloppets mål och indikatorer.



Figur 3. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med knäledsartros

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

- Sveriges kommuner och Regioner. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Rörelseorganen. Knäledsartros. 2019 <https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se>
- 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. <https://www.nhs.uk/conditions/osteoarthritis/>
- Sveriges Kommuner och Regioner. [Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#). Levnadsvanor. 2021.
- FYSS. <https://www.fyss.se/> och <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Artros.pdf>

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för knäledsartros har pågått under perioden november 2020 till januari 2022. En workshop med tre patienter som inte var patientrepresentanter i nationell arbetsgrupp (NAG) knäledsartros samt fyra medlemmar i NAG knäledsartros, varav två patientrepresentanter hölls i februari 2021 för att skapa nulägesbeskrivningen ur ett patientperspektiv. 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 samt styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) som även rekommenderar regionerna att besluta om det och därefter påbörja införandet.

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		Specialist i allmänmedicin	Capio vårdcentral Slussen	Region Stockholm	
Ritva Elg		Patientrepresentant		Region Stockholm	
Roger Johansson		Patientrepresentant		Västra Götalandsregionen	
Thérèse Jönsson	Med Dr	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Ortopedkliniken, Skånes Universitetssjukhus	Södra sjukvårds- regionen	

4 Referenser

1. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(9):1659-64.
2. Turkiewicz A, Petersson IF, Bjork J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthritis and cartilage*. 2014;22(11):1826-32.
3. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S: Osteoarthritis. *Lancet* 2019, 393(10182):1745-1759.
4. Roos EM, Arden NK: Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nature reviews Rheumatology* 2016, 12(2):92-101.
5. [Poulsen E, Goncalves GH, Bricca A, Roos EM, Thorlund JB, Juhl CB: Knee osteoarthritis risk is increased 4-6 fold after knee injury - a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine* 2019, 53\(23\):1454-1463.](#)
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *British medical bulletin*. 2013,105:185-99.
10. [Swain S, Sarmanova A, Coupland C, Doherty M, Zhang W: Comorbidities in Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Arthritis Care Res \(Hoboken\)* 2020, 72\(7\):991-1000.](#)
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Artikelnr 2021-1-7137. 2021.
12. 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
13. [Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, Kraus VB, Lohmander LS, Abbott JH, Bhandari M et al: OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage* 2019, 27\(11\):1578-1589.](#)
14. 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.

15. [Caneiro JP, O'Sullivan PB, Roos EM, Smith AJ, Choong P, Dowsey M, Hunter DJ, Kemp J, Rodriguez J, Lohmander S et al: Three steps to changing the narrative about knee osteoarthritis care: a call to action. *British journal of sports medicine* 2019.](#)
16. Socialstyrelsen, Frågor om dina levnadsvanor
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/levnadsvanor-fragor-om-levnadsvanor.pdf>
17. PRISS ProtesRelaterade Infektioner Ska Stoppas <https://lof.se/filer/Riskfaktorer-samt-optimering.pdf>