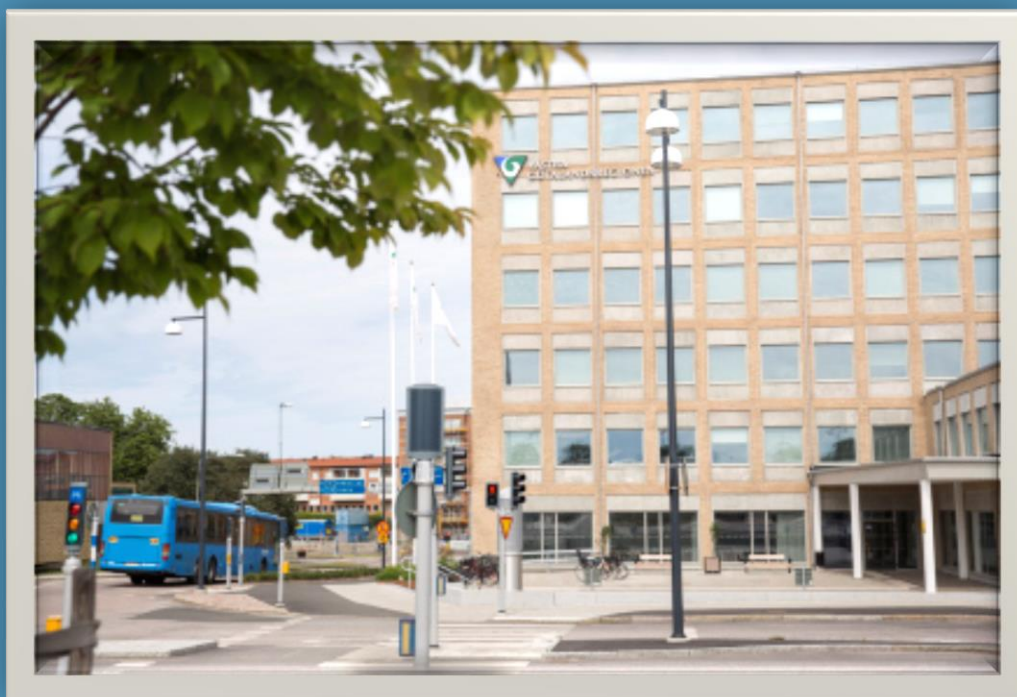


Handläggning av patienter med knäledsartros på Närhälsan Normalm vårdcentral



Författare:

Mohamad Daa Altabakh, ST-läkare i allmänmedicin
Närhälsan Normalm vårdcentral, Skövde

Rapport 2021:9

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2021:9

FoU i VGR: [Handläggning av patienter med knäledsartros på ... | FoU i Västra Götalandsregionen \(researchweb.org\)](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Tobias Andersson, med. dr. specialistläkare i allmänmedicin

Närhälsan Norrmalm vårdcentral, Skövde,

FoU-handledare, FoU primärvård, FoU-centrum Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Artros är en av de vanligaste diagnoserna i primärvården och är den främsta orsaken till funktionsnedsättning i nedre extremiteter hos äldre vuxna. Cirka 242 miljoner människor världen över är drabbade av höft-eller knäledsartros. I Sverige har cirka var fjärde person som är 45 år och äldre diagnostiserad artros. Syftet med studien var att vid Närhälsan Norrmalm vårdcentral undersöka om handläggningen av knäledsartros, inför remittering till ortopedklinik, följer Västra Götalandsregionens regionala medicinska riktlinje. Syftet var även att undersöka vilken åtgärd remissen resulterat i på ortopedkliniken.

Metod

Studien är en retrospektiv journalstudie av patienter på Närhälsan Norrmalm vårdcentral som under perioden 1 januari 2017 till 31 december 2018 fått diagnoskod knäledsartros (gonartros) och som remitterats via Närhälsan Norrmalm vårdcentral till ortopedklinik för bedömning. Patienter med knäledsartros under den aktuella tidsperioden söktes fram med analysverktyget MedRave.

Resultat

Totalt hade 190 patienter fått diagnos knäledsartros under perioden. Sextiosex av dessa patienter remitterades till ortopedkliniken, varav 59% kvinnor och 41% män. Inför remittering fanns journaluppgift om deltagande i artrosskola hos 66,6%, smärtlindring hos 62,1%, utförd slätröntgen av knäleden hos 92,4% (67,1% av dessa med belastning), provad intraartikulär kortisoninjektion hos 34,8%, och råd om viktminskning hos 4,7% av de som var överviktiga. Remissen returnerades till vårdcentralen i 10,6% av fallen. Vid en helhetsbedömning bedömdes handläggningen av knäledsartros följa den regionala medicinska riktlinjen helt hos 23 av de 66 patienter (34,8%) som remitterades till ortopedklinik. Hälften av patienterna som remitterades bedömdes aktuella för operation.

Konklusion

Handläggningen av patienter med knäledsartros på Närhälsan Norrmalm vårdcentral inför remittering till ortopedkliniken överensstämde helt med Västra Götalandsregionens riktlinje i cirka en tredjedel av fallen. Hälften av patienterna som remitterades bedömdes vara aktuella för operation.

Nyckelord

Knäledsartros, remiss, artrosskola, primärvård.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Introduktion.....	1
Orsaker och riskfaktorer	1
Symtom och kliniska fynd	1
Utredning.....	1
Behandling	1
Syfte	2
Frågeställningar	3
Metod	3
Studiedesign	3
Urval	3
Datainsamling och analys.....	3
Etiska överväganden.....	4
Resultat.....	4
Diskussion.....	7
Resultatdiskussion.....	7
Metoddiskussion	9
Slutsats	9
Referenslista.....	10

Bilaga 1

Bilaga 2

Bakgrund

Introduktion

Artros är en av de vanligaste diagnoserna i primärvården och är den främsta orsaken till funktionsnedsättning i nedre extremiteter hos äldre vuxna (1). Cirka 242 miljoner människor världen över är drabbade av höft-eller knäledsartros (2). I Sverige har cirka var fjärde person som är 45 år och äldre diagnostiserad artros (3). Livstidsrisken för att utveckla symtomatisk knäledsartros har uppskattats till 40% hos män och 47% hos kvinnor, med högre risk bland överviktiga (1).

Orsaker och riskfaktorer

Artros brukar delas in i primär artros (utan känd orsak) och sekundär artros (med identifierade orsaker). Patogenesen till knäledsartros involverar en komplex interaktion mellan olika genetiska, mekaniska, metabola och inflammatoriska mekanismer (2). Viktiga riskfaktorer utöver hög ålder och kvinnligt kön är fetma, tidigare knäskada och vissa yrken (till exempel tunga lyft och professionell idrott) (1,4,5).

Symtom och kliniska fynd

Det föreslås att en säker klinisk diagnos av knäledsartros kan ställas baserat på tre symtom (smärta vid belastning, kortvarig morgonstelhet och funktionsnedsättning) och tre kliniska fynd (krepitationer, inskränkt rörelseomfång och palpabla benpålagringar utan radiologisk undersökning) (5). Medial knäledsartros, där smärtan förläggs till insidan av knät är vanligast (90%). Ofta finns palpationsömheter lokalt över den angripna ledspringan och man kan ibland palpera benpålagringar (osteofyter) och ledsvullnad (hydrops) (4).

Utredning

Diagnosen artros ska enligt internationella riktlinjer och Socialstyrelsen i Sverige ställas kliniskt, det vill säga med hjälp av anamnes och en klinisk undersökning. Endast i oklara fall eller där man överväger remiss till ortopedkliniken behövs röntgen för diagnos (3,8). Vid radiologisk diagnostik är belastade bilder med slätröntgen förstahandsval. De klassiska radiologiska fynden är sänkt ledspringa, osteofytära pålagringar, ökad sklerosering och cystbildning. Magnetresonansavbildning (MR) är en väletablerad bildteknik för strukturell bedömning som främst används på ortopedkliniken vid specifika situationer (9). Artroskopi kan behövas om det föreligger osäkerhet om artrosutbredning inför till exempel osteotomi, och kan användas till att åtgärda meniskskador (4).

Behandling

Knäledsartros rekommenderas initialt behandlas med så kallad grundbehandling i form av information, individuellt anpassad träning och vid behov viktnedgång (8,10). I Sverige bedrivs sedan 2008 grundbehandling standardiserat i så kallade artrosskolor (7). Träning kan hjälpa till att förebygga knäledsartros då fysisk aktivitet sannolikt främjar tillväxt och underhåll av knä-brosk, ligament och ben, och stärker muskler för att fördela belastning över leden (11). Grundbehandling

ska erbjudas alla med knäledsartros så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet eftersom möjligheten då är störst att förebygga funktionshinder och försämrad hälsa. Medelåldern för patienter som börjar grundbehandling av artros enligt BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) är 66,1 år (7). I vissa fall krävs smärtstillande läkemedel för att patienten ska kunna fortsätta vara aktiv och få tillräckligt med sömn. Om det föreligger tydliga tecken på inflammatorisk reaktion i knät (svullnad, värmeökning, hydrops) kan man försöksvis ge intraartikulär kortisoninjektion vilket kan ge tillfällig symtomlindring. Det finns dock inga säkra belegg för att intraartikulär givet kortison skulle ha effekt på artros smärta på längre sikt, däremot kan möjligtvis kortison påverka broskets reparationsförmåga negativt och bör därför användas restriktivt (4,6). Akupunktur, glukosamin, chondroitin och hyaluronsyra är icke rekommenderade behandlingar för knäledsartros (8,12,13,15). Intraartikulär platelet-rik plasma (PRP) injektion i leden är ofullständigt utvärderat vetenskapligt (4,14).

Enligt den regionala medicinska riktlinjen (RMR) i Västra Götalandsregionen kan patienter med symptomgivande röntgenverifierad knäledsartros som inte förbättras efter läkemedelsbehandling, viktminskning och artrosskola med regelbunden träning i minst tre månader, dvs med fortsatt belastnings och rörelsesmärta eller värk med begränsad gångförmåga, remitteras till ortopedklinik om de är positiva till eventuell operation av knäledsartros (Bilaga 1) (15). Inför operation är rökstopp viktigt. Medelåldern 2018 för patienter som opereras med knäprotes är 68,8 år enligt svenska knäprotesregistret (16). Eftersom livstidsrisken att drabbas av knäledsartros är hög, och då prevalensen förväntas öka de kommande decennierna till följd av åldrande befolkning (17), kan samhällsekonomiska, och negativa effekter på patienters dagliga aktiviteter och livskvalitet förväntas. Med bakgrund av detta är det angeläget att undersöka om handläggningen av individer med knäledsartros vid Närhälsan Norrmalm vårdcentral följer den regionala medicinska riktlinjen inför remittering till ortopedklinik, vilket skulle kunna minska risken att patienten hamnar i funktionsnedsättning med alla dess negativa konsekvenser för individ och samhälle.

Syfte

Syftet med studien är att vid Närhälsan Norrmalm vårdcentral undersöka om handläggningen av knäledsartros, inför remittering till ortopedklinik, följer Västra Götalandsregionens regionala medicinska riktlinje. Syftet är även att undersöka vilken åtgärd remissen resulterat i på ortopedkliniken.

Frågeställningar

- Hur många patienter med diagnosen knäledsartros sökte på Närhälsan Norrmalm vårdcentral från 1 januari 2017 till 31 december 2018?
- Hur såg ålders och könsfördelningen ut på de som sökte?
- Hur många av dessa remitterades till ortopediklinik via Närhälsan Norrmalm vårdcentral?
- Ålder, kön, body mass index (BMI) och rökvanor hos de som remitterades?
- Hur många remisser returnerades p.g.a. avsaknad av remissuppgifter, till exempel röntgen eller rökning?
- Hur många patienter handlades enligt den regionala medicinska riktlinjen för knäledsartros i Västra Götalandsregionen?
- Hur många av de som remitterades genomgick operativ eller annan åtgärd?
- Fanns det skillnader mellan män och kvinnor i ovanstående frågeställningar?

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en verksamhetsuppföljning på Närhälsan Norrmalm vårdcentral i Skövde, med hjälp av retrospektiv journalgenomgång av den datoriserade patientjournalen AsynjaVisph.

Urval

Urvalet bestod av patienter på Närhälsan Norrmalm vårdcentral som under perioden 1 januari 2017 till 31 december 2018 fått diagnoskod gonartros (knäledsartros) (ICD-10 diagnoser: M170, M171, M172, M173, M174, M175 OCH M179), och som remitterades via Närhälsan Norrmalm vårdcentral till ortopediklinik. Patienter med de aktuella diagnoserna under den aktuella tidsperioden söktes fram med analysverktyget MedRave.

Datinsamling och analys

För varje patient som inkluderades i studien antecknades följande variabler i ett studieprotokoll (se bilaga 2): ålder, kön, remiss till ortopedikliniken, smärtlindring, BMI, råd om viktminskning, rökning, deltagande i artrosskola eller motsvarande, längd på deltagande i artrosskola eller motsvarande, utförd röntgen av knäled med eller utan belastade bilder, erhållit kortisoninjektion innan remiss, genomgången operation, remiss i retur och i så fall bakomliggande orsak.

Vid gemensam genomgång med handledare gjordes en helhetsbedömning för respektive patient som remitterats till ortopedkliniken om handläggningen följt den regionala medicinska riktlinjen.

Deskriptiv statistik användes för patientkaraktäristik med medianvärden eller medelvärden (t.ex. ålder och BMI) och fördelningar (t.ex. kön och andel som remitteras).

Etiska överväganden

Projektet är ett lokalt kvalitetsarbete vid Närhälsan Norrmalm vårdcentral och gjordes på uppdrag av verksamhetschefen som godkänt journalåtkomst. Etiska risker med projektet är i första hand integritetskränkning av patienter och vårdgivare. Alla personuppgifter pseudonymiserades där personnummer ersattes av löpnummer. Enskilda patienter kommer inte kunna identifieras utifrån resultaten och risken för integritetskränkning anses vara minimal för patienter. Då projektet är en verksamhetsuppföljning i form av ett lokalt kvalitetsarbete och inte kommer att publiceras i vetenskaplig tidskrift bedömdes etikprövning inte nödvändig. Kollegorna vid vårdcentralen kan dock känna sig granskade och läkargruppen ska därför informeras om studien.

Resultat

Mellan 1 januari 2017 till 31 december 2018 fick 190 unika patienter diagnos knäledsartros vid läkarbesök på Närhälsan Norrmalm vårdcentral. Av dessa var 115 kvinnor (60,5%) och 75 män (39,5%).

Av de 190 patienterna remitterades 66 patienter (34,7%) till ortopedklinik, av dessa var 39 (59,1%) kvinnor och 27 (40,9%) män. Av de 124 patienter som inte remitterades var 76 kvinnor (61,3%) och 48 män (38,7%). Uppgifter om ålder för kvinnor och män presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Ålder hos kvinnor och män som sökt för och remitterats till ortopedklinik på grund av knäledsartros.

	Kvinnor	Män	Samtliga
Samtliga patienter som sökt för knäledsartros			
Antal	115	75	190
Medelålder (SD)	73,6 (10,6)	71,6 (10,1)	72,9 (10,4)
Lägst ålder	45	47	45
Högst ålder	91	95	95
Patienter som remitterats till ortopedklinik			
Antal	39	27	66
Medelålder (SD)	72,4 (9,4)	70,3 (10,1)	71,5 (9,7)
Lägst ålder	53	47	47
Högst ålder	89	90	90

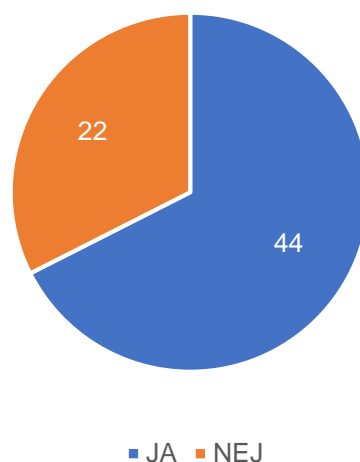
Ålder anges i år. SD: standarddeviation.

Uppgifter om rökvanor, BMI, råd om viktnedgång och smärtlindring hos de patienter som remitterades till ortopedklinik presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Rökning, BMI, råd om viktnedgång och smärtlindring hos kvinnor och män som remitterades till ortopedkliniken på grund av knäledsartros

	Kvinnor (n=39)	Män (n=27)	Samtliga (n=66)
Rökning			
Pågående rökare	3 (7,7%)	0 (0%)	3 (4,5%)
Tidigare rökt	6 (15,4%)	11 (40,8%)	17 (25,8%)
Aldrig rökt	28 (71,8%)	16 (59,2%)	44 (66,7%)
Okänt	2 (5,1%)	0 (0%)	2 (3,0%)
BMI			
<25	8 (20,5%)	3 (11,1%)	11 (16,6%)
25–30	14 (36,0%)	11 (40,8%)	25 (37,9%)
>30	8 (20,5%)	9 (33,3%)	17 (25,8%)
Okänt	9 (23,0%)	4 (14,8%)	13 (19,7%)
Råd om viktnedgång			
Ja	2 (5,1%)	0 (0%)	2 (3,0%)
Nej	29 (74,4%)	23 (85,2%)	52 (78,8%)
Okänt	8 (20,5%)	4 (14,8%)	12 (18,2%)
Smärtlindring			
Provat	25 (64,1%)	16 (59,2%)	41 (62,1%)
Ej provat	13 (33,3%)	11 (40,8%)	24 (36,4%)
Okänt	1 (2,6%)	0 (0%)	1 (1,5%)

Totalt hade 44 patienter (66,6%) deltagit i artrosskola eller motsvarande innan remiss skickats till ortopedkliniken, se figur 1. Av dessa var 27 kvinnor (61,4%) och 17 män (38,6%).



Figur 1. Antal patienter som deltagit i artroskola innan remiss till ortopedkliniken.

Tid för deltagande i artrosskola innan remiss skickades till ortopedkliniken var längre än 3 månader hos 22 patienter (50,0%), kortare än tre månader hos en patient (2,3%) och okänt hos 21 patienter (47,7%). Totalt hade 61 patienter (92,4%) genomgått slätröntgen av knäleden innan remittering, 41 (67,1%) av dessa hade gjort röntgen med belastning. Totalt fick 23 patienter (34,8%) prova kortisonspruta innan remittering.

Remissen returnerades från ortopedkliniken för sju patienter (10,6%) och för två patienter inkom inget remissvar. Av remisserna som returnerades fattades uppgift om artrosskola i tre fall (i ett fall gavs kortisonspruta och kompletterande remiss skickades ej, i två fall skickades komplettering där operation planerades i ett fall och konservativ behandling i ett fall). Fyra remisser returnerades då uppgift saknades om en eller mer av följande: hjärtlungstatus, vikt, smärtlindring, rökvanor och patientens åsikt om operation. Komplettering skickades för två remisser och de bedömdes inte aktuella för operation, i en remiss inkom inget remissvar trots att komplettering skickades och i en remiss skickades ingen komplettering och då blev det inget remissvar. Medräknat de kompletterande remisserna inkom sammantaget inget remissvar för fyra patienter av de 66 som remitterades.

Resultatet av den gemensamma helhetsbedömningen av handläggningen av de 66 patienter med knäledsartros som remitterats till ortopedklinik presenteras i tabell 3. Sammantaget bedömdes handläggningen följa den regionala medicinska riktlinjen helt i 23 fall (34,8%).

Tabell 3. Resultatet av den gemensamma bedömningen av handläggning av patienterna som remitterades till ortopedkliniken

Handläggning enligt regional medicinsk riktlinje	Kvinnor (n=39)	Män (n=27)	Samtliga (n=66)
Överensstämmer	12 (30,8%)	11 (40,8%)	23 (34,8%)
Överensstämmer ej	27 (69,2%)	16 (59,2%)	43 (65,2%)

Av de totalt sett 62 patienter med remissvar efter bedömning på ortopedkliniken bedömdes 31 (50,0%) aktuella för operation med totalprotes. Av dessa var 16 (51,6%) kvinnor och 15 (48,4%) män.

Diskussion

Resultatdiskussion

Huvudfyndet i studien var att handläggning av patienter med knäledsartros inför remittering till ortopedkliniken helt överensstämde med Västra Götalandsregionens medicinska riktlinje i cirka 35% av fallen. Ungefär hälften av patienterna som remitterades till ortopedkliniken bedömdes vara aktuella för operation.

Med en listad befolkning på 11 450 patienter på Norrmalm VC år 2017 fick 190 patienter diagnosen knäledsartros vid läkarbesök under perioden 1 januari 2017 till 31 december 2018. Av de 190 patienterna remitterades 66 patienter (34,7%) till ortopedklinik för bedömning av knäledsartros. Medelåldern bland de som remitterades var 71,5 år vilket var ungefär samma som medelåldern bland samtliga som sökt på grund av knäledsartros. Ingen av patienterna som sökt på grund av knäledsartros var yngre än 45 år. Könsfördelningen var snarlik bland de som remitterades jämfört med samtliga som sökt, cirka 60% kvinnor och 40% män och det stämmer med olika referenser att knäledsartros är vanligare hos kvinnor (4).

Cirka 2/3 av patienterna hade deltagit i artroskola innan remittering till ortopedklinik vilket innebär utrymme för förbättring. Endast två av 42 patienter med BMI \geq 25 fick råd om viktminskning, vilket kan behöva diskuteras med tanke på vikten av viktminskning för att minska smärta, försämring av sjukdomen och att själva operationen blir säkrare och lättare att genomföra.

Röntgen av knäled hade utförts hos 92,4% av patienterna innan remittering till ortopedklinik, men bara 67,1% av undersökningarna hade utförts med belastning, vilket innebär lägre kvalitet vad gäller diagnostik av artros. Vid obelastad undersökning kan ortoped behöva göra om undersökningen vilket förlänger handläggningstiden. Vid journalgenomgången noterades dock att radiologimottagningen ofta utfört undersökningarna med belastning om det finns klar frågeställning om knäledsartros, även om belastad undersökning inte hade beställts primärt.

Enligt journal hade bara drygt 60% av patienterna provat smärtlindring på något sätt innan remiss. Denna siffra återspeglar om läkaren har dokumenterat information om smärtlindring i journalen, men det kan även vara möjligt att patienten har provat detta utan att prata om det eller att läkaren inte har dokumenterat det i journalen.

Cirka 1/3 av patienterna hade provat intraartikulär kortisoninjektion vilket inte är obligatorisk innan remiss till ortopedkliniken, men som kan provas vid synovit om patienten är intresserad. Endast tre av patienterna som remitterades till ortopedklinik var rökare, två av dem fick inte råd om rökstopp vilket är viktigt innan eventuell operation då rökstopp minskar risken för komplikationer såsom sårläkningsproblem och lungkomplikationer.

Remissen returnerades från ortopedkliniken till vårdcentralen i cirka 10% av fallen, men denna siffra bedöms inte helt representera remiss- eller handläggningens kvalitet eftersom det är mycket individuellt hur de inkommande remisserna bedömts på ortopedkliniken.

Hälften av patienterna med gonatros som remitterades till ortopedklinik bedömdes aktuella för operation med knäprotes. Ungefär hälften av patienterna som opererades var kvinnor och hälften män. Enligt det svenska knäprotesregistret (16) utfördes i början av 1980-talet 70% av operationerna på kvinnor och 30% på män. År 2018 var könsfördelningen 56% kvinnor och 44% män, vilket är liknande som i den aktuella studien.

I tabell 4 jämförs resultat i den aktuella studien med resultat från en studie från 2015 i fyra europeiska länder (Danmark, Norge, Portugal och Storbritannien) angående handläggning av totalt 354 patienter med knäledsartros i primärvård (18). Här noteras att medelåldern för patienterna var högre på Närhälsan Norrmalm vårdcentral, och att handläggningen på vårdcentralen inkluderat artrosskola och kortisoninjektion i högre grad, men att betydligt färre fått råd om viktminskning. Andelen patienter som fått råd om smärtlindring var snarlik.

Tabell 4. Jämförelse av resultatet i den aktuella studien med resultat från en studie i fyra europeiska länder.

	Europiska studien	Norrmalm studien
Artrosskola eller motsvarande	48,6%	66,6%
Viktreduktion	46,2%	4,7%
Smärtlindring	59,4%	62,1%
Kortisonspruta	24,6%	34,8%
Medelålder	67,7	71,5

Det var ibland svårbedömt om patienter handlagts och remitterats helt enligt den regionala medicinska riktlinjen utifrån själva remissen, då det till exempel ibland framgick i journal att läkaren hade gett råd om viktminskning men inte angett det i remissen, eller att läkaren inte angett hur länge patienten deltagit i artroskola trots att det fanns uppgift om det i journalen. Sammantaget utifrån journal- och remissuppgifter bedöms dock handläggningen av patienter med knäledsartros inför remittering till ortopedklinik överensstämma med den regionala medicinska riktlinjen i cirka 35% av fallen vilket betyder ett stort utrymme för förbättring. Detta resultat kommer ligga till grund för ett multiprofessionellt PM för handläggning av patienter med misstänkt knäledsartros på Närhälsan Norrmalm vårdcentral i syfte att förbättra handläggningen enligt den regionala medicinska riktlinjen.

Metoddiskussion

Studien innefattar en relativt kort tidsperiod på två år och relativt få patienter ingår i studien. Resultaten kan inte räknas som representativt för hela befolkningen då studien endast gäller patienter från en enskild vårdcentral och är således svårt att generalisera. Patienter kan ha fått fel diagnos. Studien utgår från uppgifter i journal och det är möjligt att remitterande läkare hade tillgång till mer information inför remittering än vad som framgår ur journalanteckningar och remiss. En fördel med studien är att den är retrospektiv och därför kräver mindre resurser då all data redan fanns i journalen.

Slutsats

Handläggningen av patienter med knäledsartros på Närhälsan Norrmalm vårdcentral inför remittering till ortopedklinik överensstämde helt med Västra Götalandsregionens medicinska riktlinje i cirka 35% av fallen. Hälften av patienterna som remitterades till ortopedklinik bedömdes vara aktuella för protesoperation. Resultatet av studien kan användas i kvalitetsförbättringsarbete på Närhälsan Norrmalm vårdcentral för att förbättra omhändertagande av patienter med knäledsartros.

Referenslista

1. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2013 Feb;39(1):1-19. doi: 10.1016/j.rdc.2012.10.004.
2. Ghouri A, Conaghan PG. Treating osteoarthritis pain: recent approaches using pharmacological therapies. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):124-129.
3. England M. Artros allt vanligare folksjukdom. *Läkartidningen.* 2014;111.
4. Internetmedicin. Knäledsartros, Gonartros. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=216> (åtkomst 2021-10-14)
5. Zhang W. The powerful placebo effect in osteoarthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):118-123.
6. Praktisk medicin. Knäledsartros. Gonartros. <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/knaledsartros-gonartros> (åtkomst 2021-10-14)
7. Nationellt kvalitetsregister BOA (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros). <https://boa.registercentrum.se/> (åtkomst 2021-10-14)
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf> (åtkomst 2021-10-14)
9. Hayashi D, Roemer FW, Guermazi A. Magnetic resonance imaging assessment of knee osteoarthritis: current and developing new concepts and techniques. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):88-95.
10. Skou ST, Roos EM. Physical therapy for patients with knee and hip osteoarthritis: supervised, active treatment is current best practice. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):112-117. Erratum in: *Clin Exp Rheumatol.* 2020 Sep-Oct;38(5):1036.
11. Abbasi J. Can Exercise Prevent Knee Osteoarthritis? *JAMA.* 2017 Dec 12;318(22):2169-2171. doi: 10.1001/jama.2017.16144.
12. Hauk L. Treatment of knee osteoarthritis: a clinical practice guideline from the AAOS. *Am Fam Physician.* 2014 Jun 1;89(11):918-20.
13. Cooper C, Rannou F, Richette P, et al. Use of Intraarticular Hyaluronic Acid in the Management of Knee Osteoarthritis in Clinical Practice. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017 Sep;69(9):1287-1296. doi: 10.1002/acr.23204.
14. Taniguchi Y, Yoshioka T, Kanamori A, et al. Intra-articular platelet-rich plasma (PRP) injections for treating knee pain associated with osteoarthritis of the knee in the Japanese population: a phase I and IIa clinical trial. *Nagoya J Med Sci.* 2018 Feb;80(1):39-51. doi: 10.18999/nagjms.80.1.39.

15. Regional medicinsk riktlinje. Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/10382/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20mellan%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20ortopedisk%20specialistv%C3%A5rd.pdf?a=false&guest=true>.
(åtkomst 2021-10-14)
16. Svenska knäprotesregistret.
https://www.myknee.se/pdf/SVK_2018_1.1.pdf. (åtkomst 2021-10-14)
17. Sezgin EA, Robertsson O, W-Dahl A, et al. Nonagenarians qualify for total knee arthroplasty: a report on 329 patients from the Swedish Knee Arthroplasty Register 2000–2016. *Acta Orthop*. 2019 Feb;90(1):53-59. doi: 10.1080/17453674.2018.1530173.
18. Østerås N, Jordan KP, Clausen B, et al. Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open*. 2015 Oct 20;1(1):e000136. doi: 10.1136/rmdopen-2015-000136.

Regional medicinsk riktlinje-Knäledsartros

Naturalförloppet kan innebära perioder med mer uttalade besvär. Sett över lång tid har många patienter emellertid oförändrade eller mildare symtom. En mindre grupp kan ha snabb progress.

Handläggning i primärvården

- Artrosskola eller motsvarande (information, fysioterapi) med regelbunden träning i minst 3 månader, därefter utvärdering.
- Viktreduktion.
- Smärt- och inflammationsstillande behandling.
- Slätröntgen med belastade bilder.
- Eventuellt kortisoninjektion vid synovit.
- Om belastnings- och rörelsesmärta eller värk med begränsad gångförmåga och om patienten är positiv till operation - remiss till ortopedklinik. Bör dessförinnan genomgått artrosskola. Rökstopp om man funderar på operation.

OBS! Glukosamin och hyaluronsyra är inte längre rekommenderade behandlingsmetoder.

Källa:

[https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/10382/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20mellan%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20ortopedisk%20specialistv%C3%A5rd%20\(mars%202019\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/10382/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20mellan%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20ortopedisk%20specialistv%C3%A5rd%20(mars%202019).pdf?a=false&guest=true)

Studieprotokoll

Patient id (Löpnnummer):

Ålder:

Kön: kvinna=1 Man=2

Remitterad till ortopedklinik p.g.a. knäledsartros? Ja=1 Nej=2

Om Ja, fyll i nedanstående uppgifter:

- | | | | | |
|-------------------------------------------|----------|------------|-----------------|-----------|
| 1. Provat smärtlindring: | Ja=1 | Nej=2 | Okänt=3 | |
| 2. BMI: | Okänt=99 | | | |
| 3. Råd om viktminskning: | Ja=1 | Nej=2 | Okänt=3 | |
| 4. Rökning: | Ja = 1 | Nej = 2 | Tidigare rökt=3 | Okänt = 4 |
| 5. Artrosskola/motsvarande: | Ja = 1 | Nej = 2 | Okänt = 3 | |
| 6. Artrosskola/motsvarande tid: | <3mån =1 | > 3mån = 2 | Okänt = 3 | |
| 7. Slätröntgen innan remiss till ortoped: | Ja= 1 | Nej = 2 | | |
| 8. Slätröntgen med belastning: | Ja = 1 | Nej = 2 | | |
| 9. Kortisoninjektion: | Ja = 1 | Nej = 2 | Okänd=3 | |
| 10. Operation efter remiss: | Ja = 1 | Nej = 2 | Okänt=3 | Annat=4 |
| Kommentar: | | | | |
| 11. Remiss returnerades: | Ja = 1 | Nej = 2 | | |
| Orsak: | | | | |



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fouskaraborg