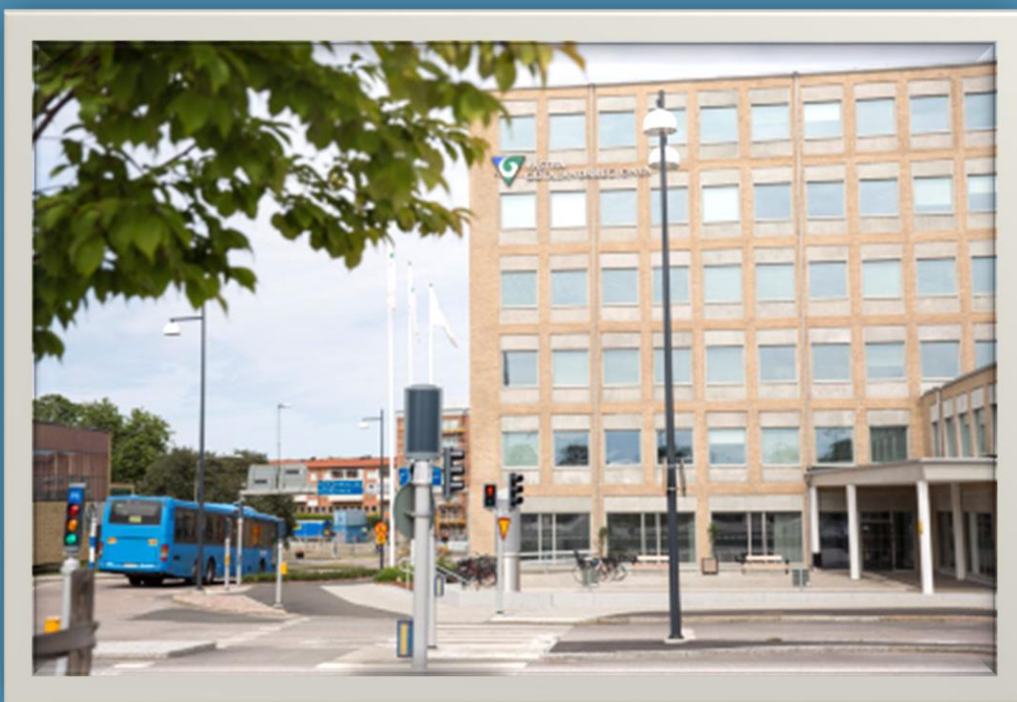


# Behandling av patienter med knäledsartros

En journalstudie av patienter på Närhälsan Gullspång vårdcentral under år 2022



Författare:

Koussay Akkad, ST-läkare allmänmedicin  
Närhälsan Gullspång vårdcentral

Rapport 2024:9

## FoUUI-centrum Skaraborg

**Rapport 2024:9**

Projektdatabasen FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/is/vgr/project/283630>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

**Handledare:**

Chan-Mei Ho-Henriksson, leg. sjukgymnast, Med Dr.

Närhälsan Lidköping rehabmottagning

# Sammanfattning

## Bakgrund

Artros är en åldersrelaterad degenerativ sjukdom som kan drabba alla leder i kroppen. Omkring 263 miljoner människor i världen har höft- eller knäledsartros. I Sverige får cirka 25 % av människor över 45 års ålder artros. Andra riskfaktorer förutom åldern är kvinnligt kön, vissa yrken (tungt arbete) och tidigare knäskada.

Behandling av knäledsartros kan indelas i icke kirurgisk och kirurgisk behandling, där den icke kirurgiska behandlingen oftast ges av fysioterapeuter med artrosskola och träning. För att veta om vi följer rekommendationerna från Socialstyrelsen eller om vi behöver förbättra vårt arbetssätt utvärderas i detta arbete hur de icke kirurgiska behandlingarna fördelas mellan läkare och fysioterapeuter på Närhälsan Gullspång vårdcentral.

## Metod

Studien är en retrospektiv journalgranskning via AsynjaVisph av vårdförlopp på Närhälsan Gullspång vårdcentral. Data från patienter med knäledsartros under tidsperioden januari 2019 till december 2022 identifierades med hjälp av Medrave M4, Medrave Software AB.

Data var ålder, kön, diagnos (M170-75, M179), tidpunkt för diagnos, antalet besök hos fysioterapeut, första besök (hos läkare eller fysioterapeut), läkemedel, uppgift om åtgärder (röntgen) och eventuell remiss till ortoped.

## Resultat

Sextiosju patienter varav 28 män och 39 kvinnor med knäledsartros, vars medelålder var 77 år, inkluderades. Tre patienter hade sökt fysioterapeut först, medan 64 patienter sökte läkare först. Fyrtio patienter hade fått icke-kirurgisk behandling på Närhälsan Gullspång rehabmottagning medan 27 remitterats till ortoped, 18 patienter av de som remitterats till ortoped skickade tillbaka till vårdcentralen för att fortsätta med icke-kirurgisk behandling, och nio patienter fick knäplastik.

## Konklusion

De flesta patienterna blev hänvisade till icke kirurgisk behandling från läkare till fysioterapeut och merparten (2/3) av dem som remitterades till ortoped återremitterades till vårdcentral för icke kirurgisk behandling. Detta indikerar att läkarresurser kan frigöras och onödiga remisser till ortoped kan undvikas vid direkt hänvisning till fysioterapeut för initial bedömning och behandling.

## Nyckelord

Fysioterapeut, knäledsartros, primärvård.

# Innehåll

Bakgrund .....	1
Introduktion .....	1
Diagnoskriterier: .....	1
Behandling .....	2
Syfte .....	2
Frågeställningar .....	2
Metod .....	3
Studiedesign .....	3
Urval .....	3
Datainsamling och analys .....	3
Etiska överväganden .....	3
Resultat .....	4
Diskussion.....	5
Resultatdiskussion .....	5
Metoddiskussion .....	6
Slutsats .....	7
Referenslista.....	8
Granskningsprotokoll: .....	10

# Bakgrund

## **Introduktion**

Artros är en åldersrelaterad ledsjukdom som kan drabba alla leder i kroppen. En av de vanligaste lederna som kan drabbas av artros är knäleden. Vävnaderna i leden bryts ner över tiden och orsakar med ökad ålder strukturella förändringar på brosk, ligament, ledkapsel, skelett och musklerna nära leden [1,3]. Tidigare kallades det för "ledförslitning" på grund av att man trodde att sjukdomen var ett slitage av leden, men nu använder man artros eller ledsvikt i stället då det rör sig om en sjuklig förändring som även kan drabba leder utan ledförslitning.

Artros är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna i världen, cirka 263 miljoner människor i världen har höft- eller knäledsartros [2], i Sverige får cirka 25 % av människor över 45 års ålder artros [3].

Artrosbehandling kräver olika resurser inom hälso- och sjukvården, bland annat läkare, sjuksköterskor och fysioterapeutpersonal. Knäledsartros står för cirka 2 % av alla sjukskrivningsdagar i Sverige [6].

Artrosförekomsten ökar i världen, sannolikt relaterat till befolkningens åldrande och ökande fetma vilka båda räknas som riskfaktorer. En stigande ålder, kvinnligt kön, vissa yrken (till exempel arbete med tunga lyft), och tidigare knäskada ökar risken för sjukdomen [5,6,7].

I primärvården är ledbesvär en av de vanligaste orsakerna att man söker vård. Kliniskt avgör symtom, förekomst av riskfaktorer och undersökningsfynd om en patient får diagnosen artros eller inte. Symtomen kan dock variera över tid, vilket gör att det ibland kan vara svårt att avgöra om artros föreligger eller inte [3]. Röntgenundersökning är inte nödvändig för att ställa diagnos utan används för att utesluta andra mer ovanliga diagnoser som bennekros eller tumör. Ofta finns en diskrepans mellan patientens symtom och de strukturella artrosfynden [12].

Socialstyrelsen rekommenderar att alla patienter med knäledssmärta ska hänvisas först till fysioterapeut för en första bedömning, samt att patienten ska börja med icke kirurgisk behandling hos fysioterapeuten. Om det inte räcker bör man hänvisa patienterna till läkare för vidare bedömning och åtgärd [6].

## **Diagnoskriterier**

De vanligaste symtom som kan leda till en klinisk diagnos av knäledsartros är [4]: Smärta vid belastning, kortvarig morgonstelhet (<30 minuter) och funktionsnedsättning.

De vanligaste kliniska fynden är [5]:

1. Ofta lokal palpationsömhet (palpation av osteofyter, benpålagringar).
2. Ledsvullnad kan förekomma.

3. Krepitationer (knaster från leden) kan kännas ibland eventuellt också höras.
4. Inskränkt rörelseomfång, sträckdefekt är vanlig.

Enligt internationella riktlinjer och Socialstyrelsen i Sverige [11] ställs diagnosen knäledsartros kliniskt, via anamnes och klinisk undersökning. Röntgenundersökning behövs bara vid misstanke om allvarlig patologi.

## **Behandling**

Behandling av knäledsartros kan delas in i kirurgisk och icke kirurgisk behandling. Icke kirurgisk behandling utgörs av information om artros, individuellt anpassad träning och viktminskning vid behov samt läkemedelsbehandling [6],[8]. Sedan 2008 är icke kirurgisk behandling i Sverige standardiserad i den så kallade artrosskolan [9]. Patienter ska börja behandlas så snart som möjligt efter att diagnosen ställts, vissa patienter som har inte möjlighet att dela med fysisk artrosskolan kan erbjudas till digital artroskula.

Kirurgisk behandling erbjuds vid fortsatta besvär trots adekvat icke kirurgisk behandling och tilläggsbehandling såsom läkemedel och hjälpmedel, och då skall en belastad slätröntgen göras innan remiss till ortoped skickas [10].

Då det blivit allt vanligare att fysioterapeuter bedömer patienter med knäledsartros först, skulle det vara intressant att utvärdera hur arbetet fördelas mellan läkare och fysioterapeuter på Närhälsan Gullspång vårdcentral och rehabmottagning.

## **Syfte**

Att kartlägga icke-kirurgisk behandling hos fysioterapeut och läkare av patienter med knäledsartros under år 2022 på Närhälsan Gullspång vårdcentral och rehabmottagning.

## **Frågeställningar**

- Hur många patienter med knäledsartros söker fysioterapeut respektive läkare vid ett första besök?
- Hur många patienter med knäledsartros får icke kirurgisk behandling av fysioterapeut?
- Hur lång tid tar det mellan första besök hos läkare/fysioterapeut och eventuell remiss till ortoped för att genomgå kirurgisk behandling?
- Hur många patienter går vidare till kirurgisk behandling?

# Metod

## ***Studiedesign***

Studien genomfördes som en verksamhetsuppföljning på Närhälsan Gullspång vårdcentral med hjälp av retrospektiv granskning av journaler.

Studiepopulationen är alla patienter oavsett ålder och kön som fick diagnosen knäledsartros under den angivna tidsperioden. Både läkar- och fysioterapeutbesök inkluderades i studien. Studien genomfördes inom ramen för vetenskapligt arbete under ST-utbildning i allmänmedicin.

## ***Urval***

I Gullspång kommun bor 5119 invånare, det finns två vårdcentraler i kommunen, en som är privat och den andra som är Närhälsan vilken studien utfärdades på. På Närhälsan är 2 764 patienter listade. Vårdcentralen har tre distriktsläkare, en ST-läkare och en legitimerad läkare. Det finns en rehabmottagning i primärvård som tar emot patienter med rehabiliteringsbehov från båda vårdcentralerna, där jobbar tre fysioterapeuter. Kommunal rehabilitering har två fysioterapeuter.

Studien baseras på alla patienter som mellan 1 januari 2019 till 31 december 2022, på Närhälsan Gullspång vårdcentral, sökte för knäledsbesvär och fick knäledsartrosdiagnos med diagnoskod enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) M170 Primär gonartros, dubbelsidig, M171 Primär gonartros, ensidig eller UNS, M172 Posttraumatisk gonartros, dubbelsidig, M173 Posttraumatisk gonartros, ensidig eller UNS, M174 Annan sekundär gonartros, dubbelsidig, M175 Annan sekundär gonartros, ensidig eller UNS och M179 Gonartros, ospecificerad.

## ***Datainsamling och analys***

Data insamlades med hjälp av utdataverktyget Medrave M4, Medrave Software AB, vilket genererade en patientlista över dem som fått knäledsartrosdiagnos. Utifrån patientlistan extraherades patientjournaler från journalsystemet AsynjaVisph. Journalerna granskades efter ett protokoll med patientens personnummer, ålder, kön, diagnos, tidpunkt för diagnos, antalet besök hos fysioterapeut, första besök (hos läkare eller fysioterapeut), läkemedel, uppgift om åtgärder (röntgen) och eventuell remiss till ortoped (se granskningsprotokoll, bilaga 1, sida 10).

## ***Etiska överväganden***

Projektet är en retrospektiv journalgranskning på Närhälsan Gullspång vårdcentral på uppdrag av vårdcentralchefen. Data för denna studie har samlats in genom analys av patienternas journaler med hjälp av patienters

personnummer. Inga patienter kontaktas och någon intervention var inte aktuell. Verksamhetschefen har gett sitt samtycke till journalåtkomst. Kollegorna på Närhälsan Gullspång vårdcentral har informerats om studien eftersom de kan känna sig granskade. Dessutom redovisas resultatet bara på gruppnivå utan att hänvisas till patientens personnummer och därför anses risken för integritetskränkning vara minimal.

## Resultat

Totalt identifierades 125 patienter med knäledsartros listade på Närhälsan Gullspång vårdcentral mellan 2019–2022. Av dessa var 47 män (38%) och 78 kvinnor (62%). De hade tillsammans 174 besök hos läkaren och 508 besök hos fysioterapeut.

De som fick ny diagnos inom tidsramen enligt ovan var 80 patienter, 13 patienter var avlidna, 67 patienter gick vidare till analys. Av dessa var 28 män (42%) och 39 kvinnor (58%). Medelåldern för hela gruppen var 76,5 år, för männen 77,9 år och för kvinnorna 73,5 år. Tre patienter (4%) på Närhälsan Gullspång vårdcentralen sökte till fysioterapeut först, medan 64 patienter (96%) sökte läkaren först, Tabell 1.

**Tabell 1.** Sök mönster hos patienter som fick knäledartros diagnos i Närhälsan Gullspång vårdcentral mellan 2019–2022.

	Män	Kvinnor	Totalt
<b>Patienter som sökt läkare först</b>			
Antal	27	37	64
Medelålder, år	80,3	74,9	77,2
Lägst ålder, år	62	50	
Högst ålder, år	100	92	
<b>Patienter som sökt fysioterapeut först</b>			
Antal	1	2	3
Medelålder	63	63,5	63,3
Lägst ålder	63	59	
Högst ålder	63	68	

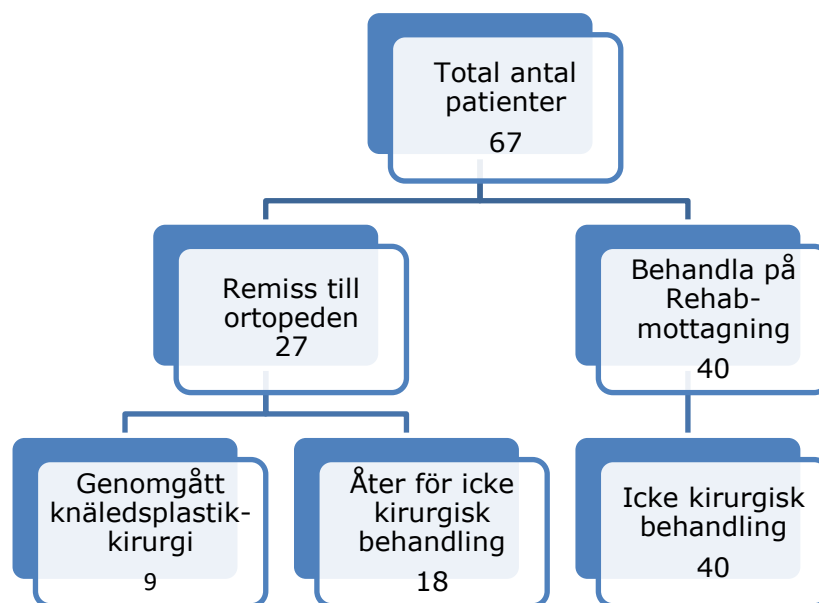
Totalt hänvisades 27 patienter (40 %) på Närhälsan Gullspång vårdcentral till ortoped, medan 40 patienter (60 %) hade enbart icke kirurgisk behandling. Alla 67 patienterna (100 %) fick Alvedon någon gång under behandlingsperioden, 45 patienter (67 %) fick Non-Steroid Anti-inflammatory Drug (NSAID), medan 23 patienter (34 %) fick morfinliknande preparat. Tjugo patienter (30 %) fick kortisoninjektion på Närhälsan Gullspång vårdcentral minst en gång, tabell 2.

**Tabell 2.** Läkemedelsbehandling vid icke kirurgisk behandling av knäartros på Närhälsan Gullspång vårdcentral mellan 2019–2022.

Läkemedel	Alvedon	NSAID	Morfin	Kortisoninjektion
Antal som tagit läkemedlet	67	45	23	20
Procentsats	100 %	67 %	34 %	30 %

Fyrtiotre patienter (64%) deltog inte i artrosskola då de inte erbjudits eller tackade nej.

Totalt 27 patienter blev remitterade till ortopederna, varav nio patienter (33 %) genomgick en knäplastikoperation. Arton patienter (67 %) skickades tillbaka till vårdcentralen för att fortsätta med icke kirurgisk behandling. Det betyder att 87 % fick icke kirurgisk behandling, figur 3.



**Figur 3.** Flödesschema över behandling av patienter med knäartros på Närhälsan Gullspång vårdcentral 2019–2022.

Perioden mellan första besök (vid diagnos) och remiss till ortopederna varierade från 0 till 48 månader, medelvärdet var 11,7 månader.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

I studien från Närhälsan Gullspång vårdcentral rapporterades 125 patienter med knäledsartros under 4 år, från 2019 till 2022. Antalet patienter som listades på Närhälsan Gullspång vårdcentral var 2 764 vilket ger en incidens på cirka 11 patienter per 1 000 invånare per år och en prevalens på cirka 4,5 %. Det är lägre incidens än i många andra studier

som visade incidens mellan 50–100 per 1 000 personer per år, särskilt bland äldre individer [13]. Prevalensen i denna studie är också lägre jämfört med en tidigare studie [14]. Dock är urvalet litet i denna studie och det svårbedömt om det representerar Gullspångs befolkning. Knäledsartros skulle kunna vara underdiagnostiserad på vårdcentralen, men det kräver djupare analys med annan frågeställning än det vi haft i detta arbete.

Socialstyrelsen rekommenderar att alla patienter med misstänkt knäledsartros ska hänvisas först till fysioterapeut för en första bedömning, samt att patienten ska börja med icke kirurgisk behandling hos fysioterapeuten. Om det inte räcker bör man hänvisa patienter till läkare för vidare bedömning och åtgärd [15].

Studien visade att vi har en förbättringspotential vad gäller knäartrosbehandling på Närhälsan Gullspång vårdcentral för att kunna följa rekommendationen från Socialstyrelsen och hänvisa fler patienter till rehabiliteringsmottagning för en första bedömning, icke kirurgisk behandling och uppföljning.

Vad gäller kortisoninjektion och morfin avslöjar studien att antalet fall är något högt om man jämför med förväntad användning av andra läkemedel. Vilket kan bero på att multisjuka patienter med flera läkemedel där några har kontraindikation mot NSAID har kortisoninjektion och morfin varit ett alternativ för att lindra patienternas besvär.

Studien avspeglar att det var få patienter som anmälts till artrosskolan, dels på grund av att de avböjt att vara med på artrosskolan, dels för att de inte har erbjudits artrosskola. Många av patienterna bor långt från vårdcentralen och vill inte åka för ofta till rehabiliteringsmottagningen för att gå på artrosskolan och en del är äldre, har därför inte kunnat anmälas till den digitala artrosskolan.

Anledningen till att de patienter som inte var lämpliga för kirurgi blev remitterade tillbaka från ortopedavdelning var dels på grund av att de var multisjuka med stor operationsrisk, dels på grund av att patienterna inte var intresserade av en operation. Här skulle vårdförloppet kunna effektiviseras om man såg över vilka patienter som är lämpade att remitteras till ortoped, till exempel multisjuka och patienter som inte önskar kirurgi ska inte remitteras till ortoped då de inte är aktuella för kirurgi utan de bör i stället få icke kirurgisk behandling.

## ***Metoddiskussion***

Styrkan med denna studie är att det är en retrospektiv studie vilket är en fördel då den speglar verkligheten och kräver mindre resurser då åtgärder och utredningar redan har registrerats samt resultatet baseras på material från vårdcentralens egen verksamhet. Det visar på hur arbetssättet på vårdcentralen är och kan vara underlag till förbättringsarbete.

Bristen med studien är att det var få patienter på en liten vårdcentral med få antal listade patienter. Det gör att vissa resultat blir osäkra.

## **Slutsats**

De flesta patienterna blev hänvisade till icke kirurgisk behandling från läkare till fysioterapeut och merparten (2/3) av dem som remitterades till ortoped återremitterades till vårdcentral för icke kirurgisk behandling. Detta indikerar att läkarresurser kan frigöras och onödiga remisser till ortoped kan undvikas vid direkt hänvisning till fysioterapeut för initial bedömning och behandling.

## Referenslista

1. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019;393(10182):1745-1759.
2. Ghouri A, Quicke JG, Conaghan PG. New developments in osteoarthritis pharmacological therapies. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60(Suppl 6):vi1-vi11.
3. Englund M, Turkiewicz A. Artros allt vanligare folksjukdom [Osteoarthritis increasingly common public disease]. *Lakartidningen*. 2014;111(21):930-931.
4. Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. *Epidemiology*. 2021; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1063458421008864#bib1>
5. Doherty M, Abhishek A. Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis. UpToDate.
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf>
7. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2013;39(1):1-19.
8. Skou ST, Roos EM. Physical therapy for patients with knee and hip osteoarthritis: supervised, active treatment is current best practice [published correction appears in *Clin Exp Rheumatol*. 2020 Sep-Oct;38(5):1036.]. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37 Suppl 120(5):112-117.
9. Nationellt kvalitetsregister BOA (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros). <https://boa.registercentrum.se/>
10. Regional medicinsk riktlinje. Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård. [Ansvarsfördelning mellan primärvård och ortopedisk specialistvård \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/ansvarsfordelning-mellan-primarvard-och-ortopedisk-specialistvard)
11. Socialstyrelsen. Nationella medicinska riktlinjer – Rörelseorganens sjukdomar. Utvärdering av vården vid artros. [Utvärdering av vården vid artros \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/utvardering-av-varden-vid-artros)

12. BMC Musculoskeletal Disorders. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: A systematic search and summary of the literature.  
<https://bmc-musculoskeletal-disorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-9-116>
13. Davis MA, et al. Prevalence and incidence of knee osteoarthritis: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(8):1067-1074.
14. Felson DT, et al. Osteoarthritis: prevalence in the elderly. The Framingham Study. *Arthritis Rheum*. 1988;31(8):1100-1106.
15. Vårdprogram för knäledsartros. Vårdprogram. VISS; 2021.  
<https://www.viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/knaledsartros>

## Granskningsprotokoll:

Patient personnummer: löpnummer.

Ålder vid första diagnos (år)

Kön: Man = 1, kvinna = 2

Första besök: läkare = 1, Fysioterapeut = 2

Tid för diagnos: (datum)

Antal besök till fysioterapeut: siffra

Läkemedel:

- ✓ Tagit Alvedon: Ja = 1, nej = 2, uppgift saknas = 3
- ✓ Tagit NSAID: Ja = 1, nej = 2, uppgift saknas = 3
- ✓ Tagit Morfin: Ja = 1, nej = 2, uppgift saknas = 3

Artrosskolan: anmält = 1, inte anmält = 2, uppgift saknas = 3

Åtgärder:

- ✓ Röntgen: Genomfört = 1, inte genomfört = 2, uppgift saknas = 3
- ✓ Kortison injektion: Genomfört = 1, inte genomfört = 2, uppgift saknas = 3

Remiss till ortoped: Fått remiss = 1, inte fått remiss = 2, uppgift saknas = 3



FoU-centrum Skaraborg  
Regionens hus  
Stationsgatan 3  
541 30 Skövde

Hemsida: [www.vgregion.se/fou-skaraborg](http://www.vgregion.se/fou-skaraborg)