

Umeå Universitet  
Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering  
Sjukgymnastik

## **Hur efterföljs rekommenderade behandlingsriktlinjer för höft- och knäledsartros i Landstinget Gävleborg?**

**Författare:**

**Christina K-Söderqvist**

Leg.sjukgymnast

PV Verksamhetsområde Rehabilitering Sjukgymnastiken Västra Gästrikland

C-uppsats, 15hp

SG / Fristående kurs, VT 2009-01-14

Handledare: Gunnevi Sundelin

Professor, Leg.sjukgymnast Umeå Universitet

FoU stöd: Dag Rissén

Fil.dr., Leg.sjukgymnast FoU-forum

Landstinget Gävleborg/Uppsala Universitet

### Sjukgymnastutbildningen 180 hp

<b>Titel</b>		<b>År 2010</b>
Hur efterföljs rekommenderade behandlingsriktlinjer för höft- och knäledsartros i Landstinget Gävleborg?		
<b>Författare</b> Christina K-Söderqvist Leg sjukgymnast Rehabenheten PV Landstinget Gävleborg	<b>Handledare</b> Gunnevi Sundelin Professor Leg sjukgymnast Umeå Universitet Fou-stöd: Dag Rissén Fil. Dr. Leg sjukgymnast FoU-forum Landstinget Gävleborg/Uppsala U.	
<b>Nyckelord</b> Höftartros, knäartros, fysioterapi, fysisk träning, evidensbaserade riktlinjer/rekommendationer, implementering evidensbaserad vård, ortopedisk väntelista, kostnadseffektivitet.		
<b>Sammanfattning</b> Enligt internationella och nationella riktlinjer skall evidensbaserad, kvalitetssäkrad och rekommenderad grundbehandling ges till alla artrospatienter så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Studier visar på svårigheter att implementera evidensbaserad behandling i vården. Klinisk erfarenhet verifierar ovanstående studier. <b>Syftet:</b> Syftet med denna studie var att undersöka hur nationella och Läkemedelsverkets rekommenderade riktlinjer för grundbehandling av artros efterföljs i vården för patienter med diagnosen höft- och knäledsartros. Vilka av de rekommenderade behandlingsalternativ som dessa patienter har erbjudits i primärvården innan remittering till ortopedkirurg för operationsbedömning, samt hur och vem som har givit behandlingen. <b>Metod:</b> Studien omfattade 103 patienter med diagnosen höft-/knäledsartros, remitterade från primärvården i Gävleborg under augusti-september 2009 till ortopedkliniken för operationsbedömning. Via telefonintervju och strukturerad intervjuguide, undersöktes vad patienterna uppfattat att de fått ta del av ur Läkemedelsverkets rekommenderade "Grundbehandling av artros" innan remittering till ortopedkirurg. <b>Resultat:</b> Endast 52% av patienterna träffade sjukgymnast innan ortopedbedömningen. Av dessa 52% hade enbart 2% gått artrosskola och 3% fått fullständig "Grundbehandling av artros" via sjukgymnastkontakten. Vid enskild kontakt med sjukgymnast gavs ofullständig grundbehandling. Patienterna fick ostrukturerade delar ur grundbehandlingen antingen som enskilda insatser eller i olika kombinationer, även ur bas- och kompletteringsdelarna. Vad gäller läkarinsatser hade 22% fått information om artrossjukdomen och endast 16% information om behandlingsalternativ till läkemedel/operation. Aktuell läkemedelskonsumtion fanns i 87% av fallen och 92% hade tidigare erfarenheter av farmaka mot ledbesvären. <b>Konklusion:</b> Med enhetliga och kvalitetssäkrade vårdprogram i primärvården, borde remissflödet ändras så att patienten först träffar sjukgymnast och arbetsterapeut. Behovet att träffa ortopedkirurg skulle därmed minska, väntetiden till operation förkortas och vårdgarantier hållas. Åtgärden skulle ge positiva hälsoekonomiska effekter både för patienten och samhället enligt tidigare och pågående studier.		

# **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>INTRODUKTION</b>	<b>4</b>
Artros	4
Förekomst	
Diagnos och röntgen	5
Behandling	
Evidensbaserad vård och rekommenderade riktlinjer	
Artrosskola	6
BOA registret	
Implementering av evidensbaserad behandling i sjukvården	7
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
Frågeställningar	8
<b>MATERIAL OCH METOD</b>	<b>9</b>
Design	9
Procedur och urval	
Intervjuguide	11
Etik	
Statistisk analys	12
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>KONKLUSION</b>	<b>20</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>22</b>
<b>BILAGA 1</b>	
<b>BILAGA 2</b>	
<b>BILAGA 3</b>	

## INTRODUKTION

### Artros

Artros är en kronisk ledsjukdom och den främsta orsaken till inaktivitet och funktionsnedsättning hos äldre. Artrossjukdomen kan förekomma i alla leder, men de vanligaste lokalisationerna är fingerleder, därefter kommer knä- och höftleder. De viktigaste symtomen är ledsmärta, ledstelhet och inskränkt ledrörlighet. Sjukdomen har ett fluktuerande förlopp, oftast med en långsam utveckling och godartad prognos. I senare stadier, kan ledens samtliga vävnader påverkas så som; brosk, ledband, ledhinna, ledvätska och ben (1,2,3). Orsaken är inte helt känd, men ett antal riskfaktorer har definierats; övervikt, ärftlighet, ålder, tidigare ledskada, ledbelastande arbete, elitidrott och muskelsvaghet (3-9).

Artros kännetecknas av en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av brosksubstans, som leder till sviktande funktion i leden; *ledsvikt*. Tidigare har artros betecknats som en förslitningsåkomma, men är idag klassat som en icke-inflammatorisk reumatisk ledsjukdom. Begreppet ”förslitning” är missvisande och kan leda tankarna till ett irreversibelt tillstånd, som skall skyddas från ytterligare belastning. Det är olyckligt, eftersom brosket är beroende av måttlig, dynamisk belastning för att upprätthålla balansen mellan uppbyggnad och nedbrytning. Inom forskningen pekar nu allt fler studier på att artros inte orsakas av ”slitage” av leden och att måttligt fysiskt aktiva personer inte löper större risk att försämras (10-12). Det finns ingen bot för artros, men idag finns flera sätt att lindra besvären och fördröja progressen (1).

### Förekomst

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och tillhör en av de tio mest ekonomiskt belastande sjukdomarna i världen (13). Alla typer av artros sammantaget, har en högre sjukpenningkostnad i Sverige än bröstcancer, diabetes och hjärt- kärlsjukdomarna tillsammans (14). Större delen av befolkningen över 50 år och äldre får artrosbesvär. Då antalet äldre ökar i samhället och övervikt är ett stigande folkhälsoproblem i västvärlden, förväntas även en ökning av artros i framtiden (13). Beräkningar visar att 10% av män och 18% av kvinnor över 60 år har besvär relaterade till artros (1).

## **Diagnos och röntgen**

Diagnosen har tidigare krävt typiska röntgenologiska förändringar, som framförallt visat på broskreduktion. Numera vet man att den långsamma progressen av artrossjukdomen gör att det kan ta 10-15 år innan dessa förändringar är påvisbara på röntgen (15). Diagnosen kan idag fastställas kliniskt med hjälp av anamnes och typiska undersökningsfynd om andra differentialdiagnoser till patientens besvär kan uteslutas (1).

## **Behandling**

Behandlingen av artros har fram till idag oftast fokuserats på smärtlindring med hjälp av läkemedel. I de fall farmakologisk behandling inte fungerat tillfredställande, har patienten remitteras till röntgen och ortopedkirurg för operationsbedömning. Överensstämmelsen mellan röntgenfynd och upplevd smärta är dessutom dålig, så operationsindikationen är ofta inte tillräcklig. Artros uppfattas då av många som en sjukdom som inte går att göra något åt (16-18). Endast ca 10% av alla som söker sjukvård för knä- och höftledsartros opereras (19,20). Långa väntetider utan aktiva åtgärder ökar risken för symptomökning och försämring av fysiska och sociala funktioner för denna patientgrupp (21). Med detta följer en ökning av samhällsekonomiska kostnader så som sjukvårdskonsumtion, sjukskrivning och produktionsbortfall (22,23).

## **Evidensbaserad vård och rekommenderade riktlinjer**

Evidensbaserad global forskning visar på att en fysiskt aktiv livsstil, konditionsträning och dynamisk styrketräning har effekt på både smärta och fysisk funktion vid artros (24-26). Därför har dessa rekommendationer och behandlingsriktlinjer givits ut både internationellt och nationellt för denna diagnosgrupp. I Sverige rekommenderar Läkemedelsverket ett kvalitetssäkrat koncept; grundbehandling av artros, som presenterats i form av en pyramid där basbehandlingen utgör grunden i konceptet (bilaga 1). Först när basbehandlingen inte är tillräcklig, ska kompletterande behandling provas och först därefter skall operation erbjudas vid behov. *Basbehandling* innehåller specifik träning, kunskapsinformation om artrossjukdomen och viktens betydelse dvs. viktreduktion (27-32). Den *kompletterande behandlingen* ges i form av ortopedtekniska hjälpmedel och gånghjälpmedel, smärtlindrande behandling och läkemedel. Stark evidens finns för att detta hjälper vid lätt till måttlig artros och skall erbjudas alla med artros så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet enligt

rekommendationerna. Sjukgymnastisk smärtlindrande behandling så som TENS och akupunktur har dock en måttlig evidensgrad vad gäller artros (33). Socialstyrelsen arbetar i nuläget fram nationella riktlinjer kring artros, som beräknas vara klara 2010 (34). I dagsläget finns inga formella riktlinjer och rutiner kring artrosdiagnosen i Landstinget Gävleborg angående remittering eller hänvisning till sjukgymnast innan ortopedremiss utfärdas, detta trots hög evidens, nationell rekommendation och enhetlighet med lika vård på samma villkor.

### **Artrosskola**

Grundbehandlingen och information om artros kan ges i en patientskola eller enskilt hos sjukgymnast. Vid en evidensbaserad och kvalitetssäkrad Artrosskola, garanteras patienten fullständig behandling enligt de av LäkeMedelsverket rekommenderade behandlingsriktlinjerna. Där träffar patienten sjukgymnast både enskilt och i en strukturerad patientskola. Träningen kan bedrivas enskilt eller i grupp, som handledd träning hos sjukgymnast och/eller i form av ett individuellt utformat hemträningsprogram. Behandlingsinsatserna följs upp och utvärderas (1,2,23,25). I Gästrikland bedrivs Artrosskola för höft och knä enligt ovanstående kriterier sedan år 2005. I Hälsingland finns ingen sådan verksamhet än, men intresse finns att starta upp.

### **BOA- projektet**

**BOA:** Bättre Omhändertagande av patienter med Artros, är ett projekt som startades 2008. Det är ett treårigt samverkansprojekt mellan regionerna Västra Götaland, Skåne, Värmland och Västerbotten, finansierat av Försäkringskassan och Landstingsmiljarden.

Syftet med BOA är att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning i enlighet med gällande behandlingsriktlinjer, och att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredsställande resultat.

Målet är att minska sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros, samt att öka livskvalitet och aktivitetsnivå hos patienter med artros i främst höft och knä. Patienter med artros ska få ett likvärdigt omhändertagande vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var den sker.

Man utvärderar också om Artrosskola, uppbyggt enligt Spenshultkonceptet, har någon effekt på upplevd hälsa, livskvalitet och fysisk aktivitetsförmåga. Resultatet kommer att kunna

matchas med relevanta nationella kvalitetsregister. Landsting som bedriver Artrosskola enligt BOA-konceptet, kommer successivt att erbjudas medverkan i BOA-registret och målet är nationalisering (23).

### **Implementering av evidensbaserad behandling i sjukvården**

Implementering av evidensbaserad vård tycks gå långsamt i sjukvården. En rapport baserad på data från USA och Holland, visar att 30-40% av alla patienter inte får hälso- och sjukvårdande behandling utifrån gällande evidens samt att så många som 20-25% till och med får skadlig eller onödig behandling (35).

Flera internationella studier pekar på att sjukgymnaster och arbetsterapeuter utgör en underutnyttjad resurs (36,6,18,23,26,30). Vid en nationell studie av drygt 1200 patienter i Västra Götalandsregionen, som opererats med höftledsartroplastik till följd av artros under ett år (2004), visade att endast 11% fått den fullständiga artrosbehandlingen via Artrosskola och bara 45% hade träffat en sjukgymnast före operation (37). Denna studie visade också att de som genomgått icke-kirurgisk behandling före operation upplevde bättre livskvalitet ett år efter operation jämfört med gruppen som inte träffat sjukgymnast och totalt sett resulterade detta i en hälsoekonomisk vinst.

Genom att som första åtgärd rekommendera patienterna att börja träna, eventuellt gå ner i vikt och informera hur det kan påverka symptomen, kan man bespara patienten både lidande och frustration. Utbildning och information krävs för att detta synsätt ska användas av beslutsfattare, sjukvårdspersonal och patienter (38,39,28). Mer proaktiva landsting och regioner i Sverige, bland annat Värmland, Väster- och Östergötland, har följt riktlinjerna och rekommendationerna och påbörjat implementeringen av ”grundbehandling av artros” i sjukvården. Primärvårdsläkarna instruerades att *alla* artrospatienter *först* skulle erbjudas grundbehandling och sjukgymnastkontakt *innan* remiss utfärdas till en ortopedklinik. Vinsterna visar på kortare operationsköer till ortoped, logisk vårdkedja, evidensbaserad rehabilitering samt ekonomiska besparingar (22).

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att undersöka hur nationella och rekommenderade behandlingsriktlinjer efterföljs för patienter med diagnosen höft- och knäledsartros. Vilka av de rekommenderade behandlingsalternativ som dessa patienter har erbjudits i primärvården *innan* remittering till ortopedkirurg för operationsbedömning, samt hur och vem som har givit behandlingen.

Hypotesen var att Landstinget Gävleborg i likhet med övriga landsting i nationen, har låg följsamhet och svårighet att implementera rekommenderade och evidensbaserade riktlinjer för diagnosen artros i vården.

Målet med studien är att kvalitetssäkra vården och skapa enhetliga riktlinjer och likvärdigt omhändertagande/vårdprogram för diagnosgruppen knä- och höftledsartros i Gävleborgs Län.

## **Frågeställningar**

Hur stor andel av diagnosgruppen höft- och knäledsartros i Landstinget Gävleborg på ortopedklinikens oselektade väntelista, fick ta del av de evidensbaserade, nationella och av Läkemedelsverket rekommenderade behandlingsriktlinjerna för artros, innan de remitterades till ortopedkirurg för operationsbedömning?

- 1) Hur stor andel fick hänvisning/remiss av läkaren till sjukgymnast?
- 2) Hur stor andel fick den rekommenderade behandlingen via Artrosskola?
- 3) Hur stor andel fick fullständig eller delar av den rekommenderade behandlingen av dem som träffat sjukgymnast?
- 4) Fanns skillnad mellan kön och ålder på dem som träffat sjukgymnast och dem som inte haft någon sjukgymnastkontakt?
- 5) Hur stor andel fick information av läkaren angående behandlingsalternativ till läkemedel och operation?
- 6) Hur stor andel hade på läkarordination provat farmaka enligt de nationella rekommendationerna?
- 7) Hur länge hade patienterna haft besvär innan de remitterats till ortopedspecialist?



## **MATERIAL OCH METOD**

### **Design**

Studien har en deskriptiv, kvantitativ design med datainsamling genom en strukturerad telefonintervju. Deltagarna besvarade retrospektiva enkätfrågor enligt framtagen intervjuguide. Intentionen var att kartlägga hur nationella riktlinjer och rekommendationer enligt Läkemedelsverket för artros efterföljs i Gävleborgs Län.

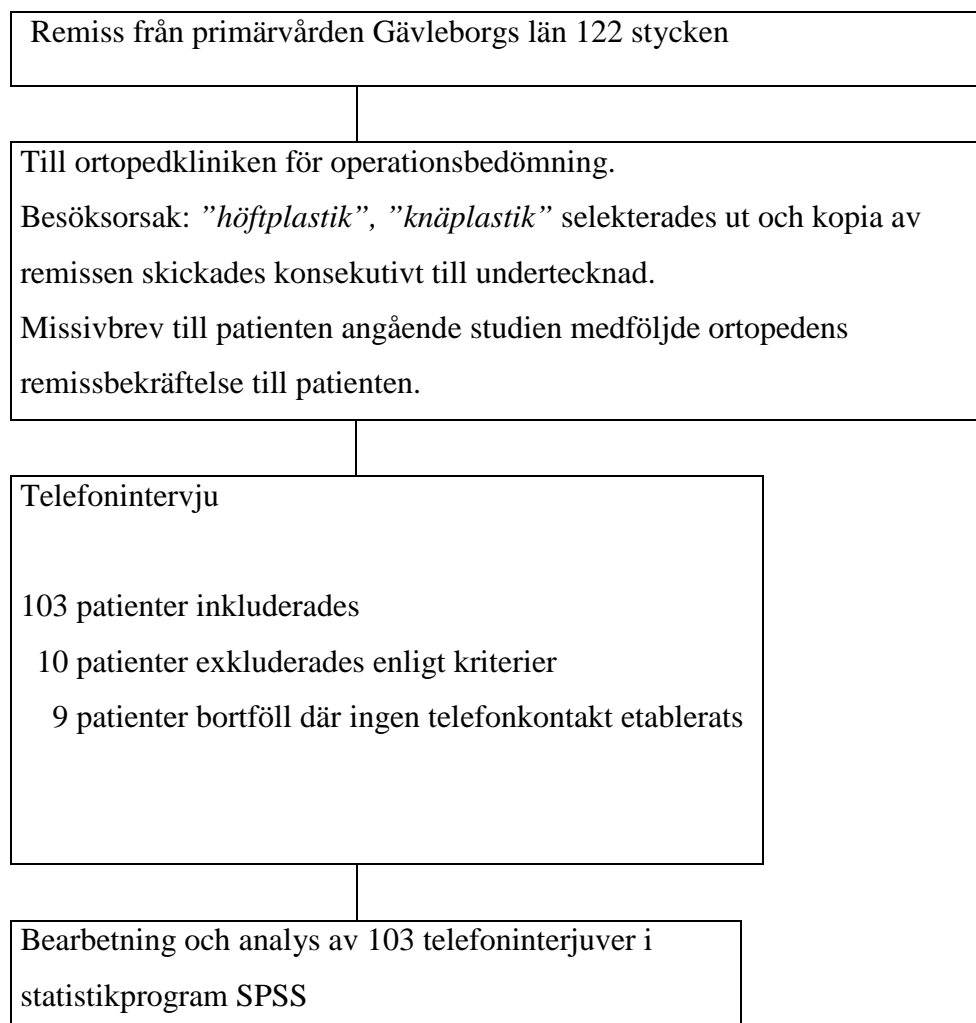
### **Procedur och urval**

Studien lades upp som en konsekutiv urvalsundersökning som inkluderade patienter med diagnosen höft- och/eller knäledsartros remitterade från primärvårdsläkare i Gävleborgs Län, dvs Gästrikland och Hälsingland till ortopedklinikens oselektade väntelista för operationsbedömning. Remissurvalet begränsades via sökorden; ”besöksorsak” och ”höft- och knäplastik” från slutenvårdens journalsystem ”Elvis” under tidsperioden 4 augusti till och med 17 september 2009. Kopior skickades löpande till undertecknad från ortopedmottagningarna i hela länet. I samband med Ortopedmottagningens utskick av remissbekräftelse, medföljde framtaget missivbrev (bilaga 2), som informerade om studien och kommande telefonsamtal. Telefonintervjuerna påbörjades 14-08-2009 och avslutades 14-01-2010. Samtliga remitterade patienter innefattades och kontaktades konsekutivt för telefonintervju enligt upprättad interjuvguide (bilaga 3). Efter telefonsamtalet bedömdes om patienten inkluderades eller exkluderas i studien (figur 1).

Följande *exklusionskriterier* uppställdes:

- Inflammatoriska led- eller andra allvarliga systemsjukdomar som dominerar symptombilden.
- Sjukdom eller annan orsak som förhindrar eller kontraindicerar fysisk aktivitet.
- Misstänkt meniskskada, fraktur eller havererad collumfraktur.
- Personer som av olika skäl inte kan tillgodogöra sig den skriftliga och muntliga informationen från Artrosskolan eller kan ha svårigheter att genomföra den planerade telefon intervjun.

Sammanlagt inkom 122 remisskopior från 38 olika remissinstanser i primärvården, Gävleborgs Län med fördelningen 53 (44%) remisser från Gästrikland och 69 (56%) från Hälsingland. Av dessa exkluderades 10 (8%) på grund av inflammatoriska ledsjukdomar, systemsjukdom, restriktioner av fysisk aktivitet samt språksvårigheter. Trots flera försök under en tidsperiod på flera månader, kunde inte telefonkontakt etableras med 9 deltagare (7%). Resterande 103 (85%) patienter tackade ja till att delta i studien och samtliga svarade på enkäten via telefonintervjun (bilaga 3).



Figur 1. Flödesschema över procedur och urval till telefonintervju och deltagande i studien.

## **Intervjuguide**

Intervjuguiden som användes vid telefonsamtalen, sammanställdes i samarbete med ortopedkliniken i Gävle. Frågor från BOA registrets studie (23) och en tidigare uppsats vid Lunds Universitet (37) samt befintliga rekommenderade riktlinjer från Läkemedelsverket för artrossjukdomen, låg till grund för frågorna i enkätguiden (28).

Frågeformuläret innehöll förutom vedertagna bakgrundsvariabler, frågor angående; aktuella ledbesvär, duration, eventuellt tidigare ledbesvär och durationstid, genomsnittligt skattad smärta från den aktuella leden senaste månaden, där patienten skattade sina besvär utifrån VAS skalan. Vidare frågor angående deltagande i Artrosskola och utvärderingsfrågor kring den, individuell kontakt med sjukgymnast innan remittering till ortopedspecialist, vilken typ av bas- och/eller kompletterande grundbehandling som erhållits från Läkemedelsverkets rekommenderade riktlinjer. Läkarfrågorna kartlade vilka läkaråtgärder ur grundbehandlingen som givits innan remittering till ortopedspecialist så som information om artrossjukdomen, information om andra behandlingsalternativ än läkemedel och operation, hänvisning eller remittering till sjukgymnast, om farmaka enligt riktlinjerna prövats, om röntgenundersökning gjorts, vilka läkemedel som patienten använde i nuläget samt vilka läkemedel de provat tidigare (bilaga 3).

## **Etik**

Studien var en intervjuundersökning och genomfördes som en kvalitetssäkring av vården i syftet att skapa enhetliga riktlinjer och få likvärdigt omhändertagande/vårdprogram för diagnosgruppen knä- och höftledsartros i Gävleborgs Län. Studien genomfördes inom ramen för en C-uppsats vid Umeå Universitet och ska därmed enligt de regler som gäller, inte behöva genomgå etikprövning vid Etikprövningsnämnd. Etiska regler följdes dock i samband med telefonintervjun såtillvida att telefonsamtalet till patienten föregicks av ett missivbrev (bilaga 2) om studiens syfte och målsättning, samt upplysning angående frivillighet och rättighet att avbryta deltagandet. Gällande sekretessregler praktiserades i samband med personliga uppgifter, PuL och varifrån patientens namn och personuppgifter har inhämtats. All data behandlades konfidentiellt och inga enskilda uppgifter lämnades ut. Studien godkändes av verksamhetscheferna för rehabilitering och ortopedi.

## Statistisk analys

Svarsresultaten från telefonintervjuerna analyserades med statistikprogrammet SPSS (version 18.0) och omfattade såväl beskrivande statistik som inferensstatistik. Den deskriptiva statistiken har framställts i löpande text och figurer. För inferensstatistik användes korstabell och "Pearson Chi- två test" för att undersöka skillnader i ålder eller kön i gruppen som träffat sjukgymnast. P-värden (two-tailed)  $\leq 0.05$  har angetts som signifikant. För analys om normalfördelningen var symmetrisk, undersöktes skevheten (skewness) med hjälp av Kolmogorov-Smirnov test.

## RESULTAT

Medelåldern på de 103 deltagarna i studien som svarade på telefonintervjun var 67 år ( $r= 41-89$  år  $SD\pm 9.1$ ), varav 58 (56%) kvinnor och 45 (44%) män. Fyrtionio (48%; 28 kvinnor, 21 män) sökte för höftbesvär och 54 (52%, 30 kvinnor, 24 män) för knäbesvär. Besvärsdurationen för de aktuella ledbesvären varierade från två månader upp till 50 år ( $m= 6,8$  år,  $SD\pm 7,9$ ) (figur 2). Genomsnittlig skattad smärta från aktuell led den senaste månaden mätt enligt VAS, uppvisade 7,0 ( $r= 0-10$ ,  $m= 6,7 \pm SD 1,9$ ) (figur 3). Drygt hälften (61%) angav att de haft artrosbesvär från annan led sedan tidigare.

Av de 103 i deltagarna hade hälften (52%) haft sjukgymnastkontakt antingen innan eller samtidigt som remiss utfärdats till ortopedspecialist. Av dessa hade 47% hänvisats/remitterats från läkare i primärvården och 5% uppsökte sjukgymnast på eget initiativ. Det var ingen signifikant skillnad i könsfördelningen mellan de som hade haft kontakt och de som inte haft sjukgymnastkontakt ( $p>0.15$ ). Gruppen  $\leq 65$  år hade i större utsträckning haft kontakt med sjukgymnast jämfört med gruppen som var äldre än 65 år ( $p<0.03$ ).

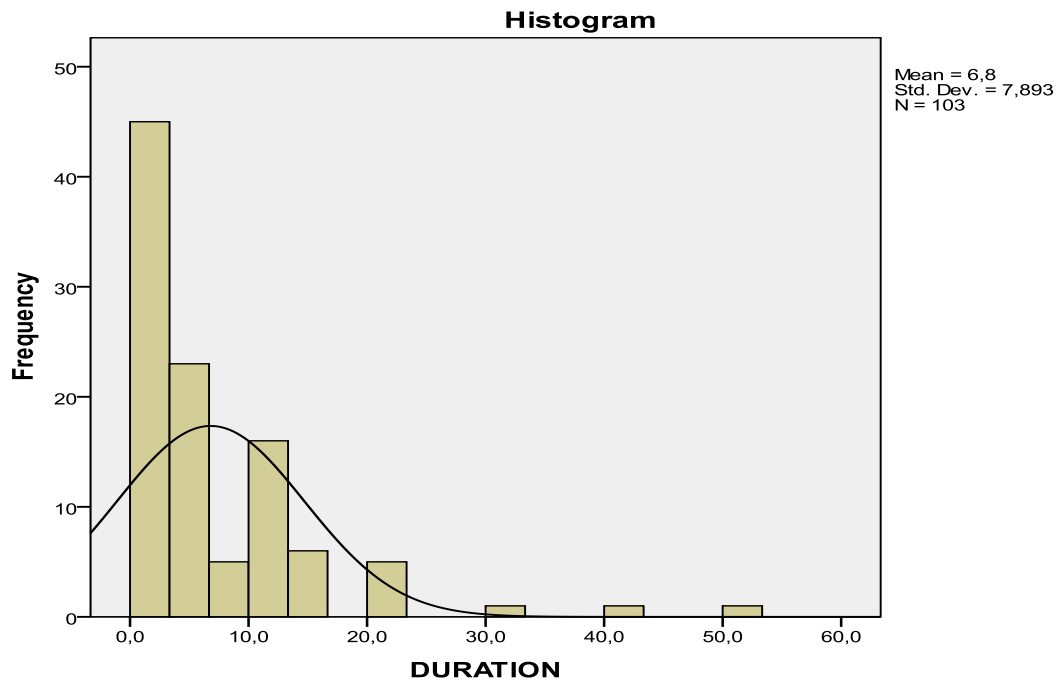
Endast 2% av de patienter som haft sjukgymnastkontakt hade fått den fullständiga och av Läkemedelsverket rekommenderade Grundbehandling av artros via Artrosskola i kombination med enskild sjukgymnastkontakt och 3% genom att enbart träffa sjukgymnast. Resterande patienter som träffat sjukgymnast men inte gått Artrosskola, hade inte fått behandling enligt de riktlinjer som Läkemedelsverket rekommenderar utan erhållit en mer ostrukturerad och ofullständig grundbehandling. Dessa patienter hade fått ofullständig basbehandlingen, enskilt eller i kombination med enbart vissa delar ur den kompletterande behandlingen, samt några

hade endast fått ofullständig och delar ur kompletteringsbehandlingen, utan att först prova den basdel, som rekommenderas.

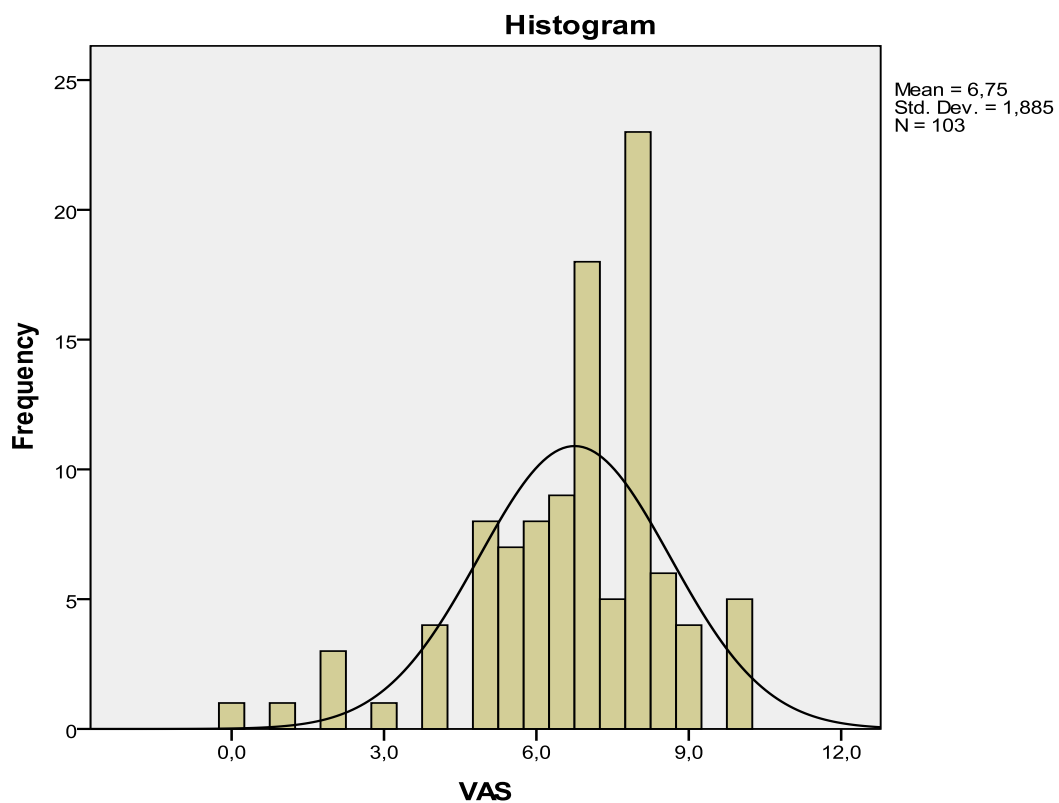
Från basbehandlingsdelen hade 2% enbart fått information om artrossjukdomen, 15% fick information och träning och 35% enbart träning (figur 4). Fyra procent hade fått ofullständiga behandlingsinsatser från både bas- och kompletteringsbehandlingen enskilt eller i kombination i form av information och behandling, 8% enbart behandling samt 26% kombinationen träning och behandling (figur 5). Ytterligare 5% hade haft sjukgymnastkontakt, men ingen åtgärdsinsats. Det visar att 95% av patienterna som haft sjukgymnastkontakt, hade fått ofullständig och enbart delar ur den rekommenderade grundbehandling av artros.

Av de läkarinsatser som gjorts innan remiss skickats till ortopedkirurg, ansåg 22% av patienterna att de fått information om artrossjukdomen, 6% kom inte ihåg.

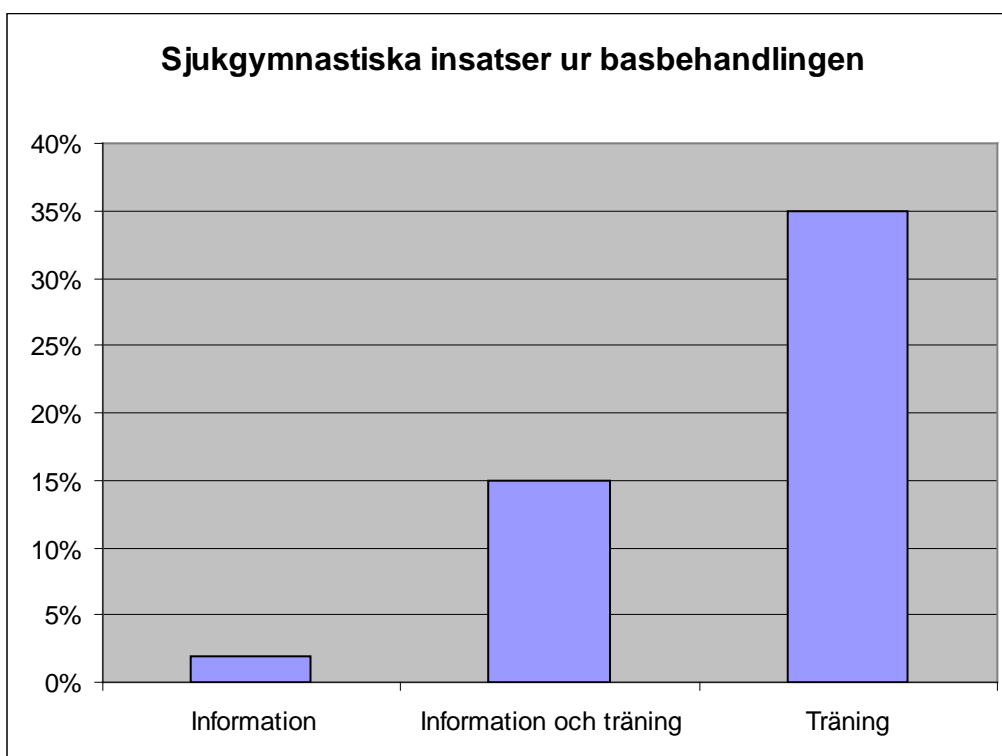
Endast 16% uppgav att de fått information om andra behandlingsalternativ än läkemedel och operation. Hänvisning eller remittering till sjukgymnast hade skett i 47% av fallen och till röntgen har 99% skickats (figur 6). Vad gäller läkemedel, svarade 74% att de fått läkemedel utskrivet för de aktuella ledbesvären innan remiss utfärdats till ortoped och 87% medicinerade i nuläget, varav 58% med Paracetamol och 53% med NSAID (Non-Steroid Antiinflammatory Drugs), 34% hade fått kortisoninjektion och 11% använt Glukosamin. Tidigare provad läkemedelskonsumtion fanns i 92% av fallen varav 75% med Paracetamol, 66% NSAID, 41% hade fått kortisoninjektion och 34% konsumerat Glukosamin (figur 7).



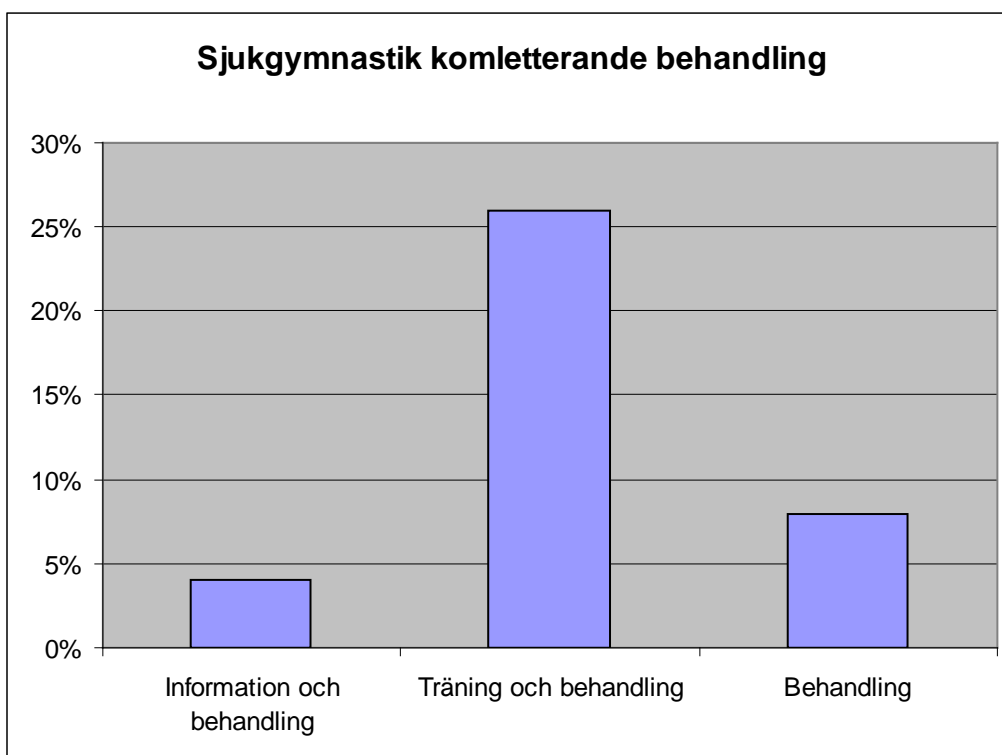
Figur 2. Duration av höft-och knäbesvär i antal år (r= 2månader- 50år) innan remittering till ortoped.



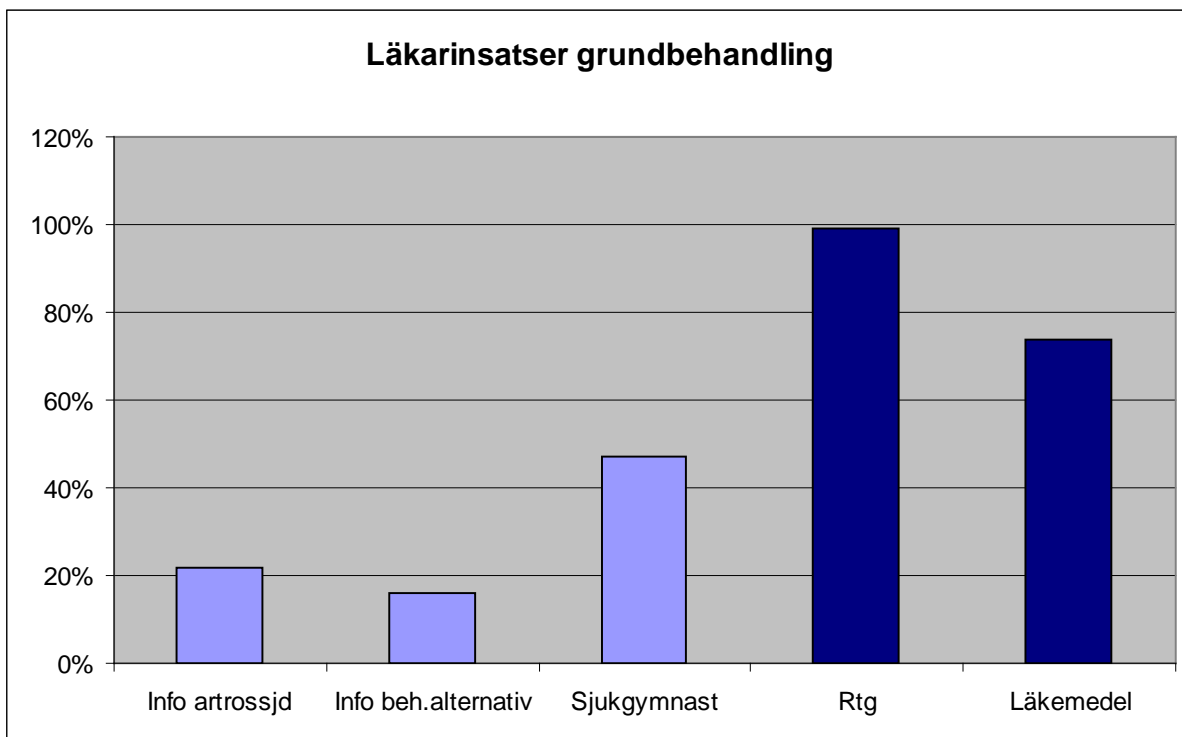
Figur 3. Genomsnittligt skattad smärta från den aktuella leden senaste månaden, mätt med VAS-skalan 0-10.



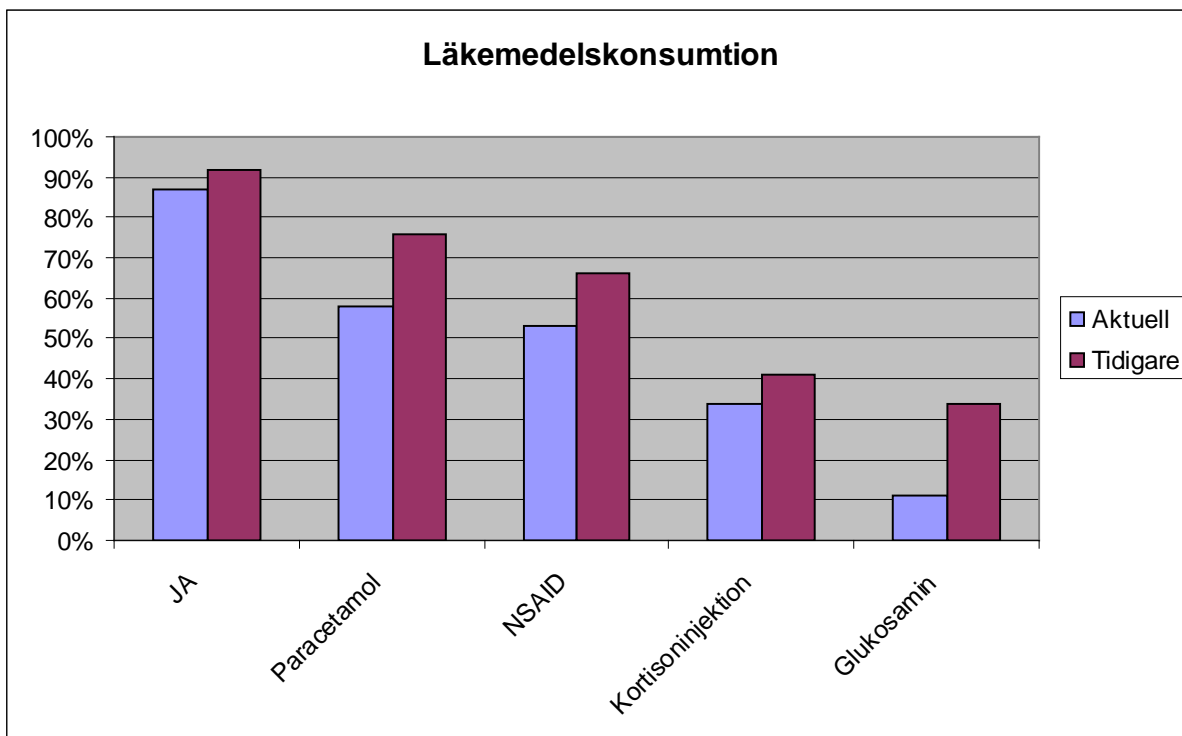
Figur 4. Sjukgymnastiska insatser ur basbehandlingsdelen från Läkemedelsverkets rekommenderade grundbehandling av artros.



Figur 5. Sjukgymnastiska behandlingsinsatser från den kompletterande delen enbart eller i kombination med vissa behandlingsdelar ur basbehandlingen.



Figur 6. Läkarinsatser från basbehandlingen (ljus), kompletterande behandlingen (mörkt) enligt Läkemedelsverkets rekommendationer; grundbehandling av artros.



Figur 7. Läkemedelskonsumtion innan remittering till ortopedkonsult. Aktuell medicinering och vad som provats tidigare.



## DISKUSSION

Studien visar att endast hälften (52%) av patienterna hade fått möjlighet till sjukgymnastkontakt och icke-farmakologiska behandlingsalternativ, innan remittering och ställningstagande till operativ bedömning. I jämförelse med internationella och en nationell studie (13,37,39) där 45% träffat sjukgymnast innan höftoperation, överensstämmer detta ganska väl med resultatet i denna studie. Dessvärre hade ytterst få (5%) av de som träffat sjukgymnast, fått den fullständiga, evidensbaserade och av Läkemedelsverket rekommenderade grundbehandling av artros. Detta är endast hälften av de 11% i jämförelse med den nationella studien (37). Resultaten är tämligen jämförbara siffermässigt, varför slutsatsen kan vara att sjukgymnasten och arbetsterapeuten även i Gävleborgs län, utgör en underutnyttjad resurs (6,18,26,27,29,30-32). Om riktlinjerna följdes bättre, skulle remisserna till ortopedkonsult selekteras så att väntetiden för bedömning och operation minskade och vårdgarantin kunde hållas (19,22). Detta skulle kunna ge positiva kvalitetshöjande och hälsoekonomiska effekter för både patient och samhälle (21-23).

Läkarens insatser från basbehandlingsdelen indikerar låga siffror. Information från läkaren om artrossjukdomen, viktens betydelse och att det finns behandlingsalternativ till läkemedel och operation, är mycket viktig och kan öka motivationen hos patienten att först prova grundbehandlingen av artros. Läkemedel däremot, ser ut att ha ordinerats och provats i hög frekvens. Hur väl nationella och aktuella läkemedelsrekommendationer följs för denna diagnosgrupp i primärvården, verkar det finnas skäl till att se över om målet är att patienten ska få vård på lika villkor i länet. Likaså att läkemedelsbehandling för artros- och ledbesvär är individuellt anpassad och optimalt utprovad, före remittering till ortopedkirurg för operationsbedömning (1,28,33).

Studieresultaten visar på att Läkemedelsverkets riktlinjer för grundbehandling av artros, följs dåligt både av sjukgymnaster och läkare i primärvården. Nödvändiga insatser med utbildning, implementering och förändringsarbete måste tillkomma, innan patienterna kan få samma vård på lika villkor i Gävleborgs Län (1,2,22,27,28,33,35). Att arbeta evidensbaserat är att med belägg hjälpa/behandla patienten på rätt sätt och att resurser används effektivt. Vårdarbetet kräver inte bara evidens, utan olika sorters kunskaper som klinisk och beprövad erfarenhet samt helhetstänkande (40). Det kan därför hos vissa patienter vara befogat med ett individuellt anpassat behandlingsprogram. Optimerad smärtlindring initialt kan ibland vara nödvändigt för

att kunna påbörja träning och fysisk aktivitet. Liknande ställningstagande och andra orsaker kan därför förklara andra val av smärtmedicinering än de rekommenderade.

Rekommendationerna från Läkemedelsverket, som denna studie bygger på, riktar sig i första hand till patienter med graderingsmässigt "lätt till måttlig artros" därför att evidensgraden är starkast för denna grupp i dagsläget (28,33). Hur stor del av de intervjuade patienterna som tillhörde kategorin "lätt till måttlig artros" eller hade en "svår till grav artros", framgår inte i studien. Det fanns heller inget kriterium eller någon rutin där detta framkommer på remissen från primärvård till ortopedspecialist. Graden av artros är intressant för valet av aktuell behandlingsinsats, både konservativ och kirurgisk. För studiens del är resultatet mer alarmerande om de flesta klassificerades som "lätt till måttlig" artros, än om större delen av gruppen tillhörde kategorin "svår till grav artros".

Retrospektiva studier har svagheten att patienten kan ha glömt information och behandling som dom fått. Styrkan med en telefonintervju är att eventuella oklarheter kring frågorna kan förklaras och på så sätt få ett mer säkert svar (37). Den höga svarsfrekvensen hos de som deltog och den konsekutiva insamlingen, gjorde att situationen för de flesta kunde kartläggas och bredden på urvalet blev mer verklighetsrelaterat. Initialt var tanken att fokusera studien på att utvärdera hur informationen från artrosskolan upplevdes och följdes i patientens vardag. När det visade sig att så få genomgått artrosskolan, koncentrerades utvärderingen mer på hur Läkemedelsverkets rekommenderade grundbehandlingen av artros implementerats och praktiserats av sjukgymnaster och läkare inom primärvården i Gävleborgs Län. Med denna justering i studien under arbetes gång, uppstod behovet av att precisera frågorna kring vissa sjukgymnastinsatser. Detta för att få en så heltäckande och specifik bild av hur rekommendationerna från Läkemedelsverket följs (bilaga 1). I denna studie är det svårt att få information specifikt och enskilt om patienten erhållit information angående viktkontroll från basbehandlingsdelen. Det går heller inte att särskilja om patienten fått gånghjälpmedel och/eller ortoshjälpmedel vid den kompletterande behandlingen. De smärtlindrande sjukgymnastinsatserna skulle ha kunnat preciseras så att de lättare gick att bearbeta i statistikprogrammen, samt vilken evidensgrad enligt SBU, som de valda sjukgymnastiska behandlingsmetoderna tillhörde (28). Intressant såtillvida hur kvalitetssäkrat och evidensbaserat sjukgymnasten i primärvården arbetar. Om frågorna i studien skall användas i utvärderings- och uppföljningssyfte, bör frågorna förslagsvis omarbetas så att denna information går att utvärdera. Detta skulle kunna förbättra omhändertagandet av

diagnosgruppen ytterligare, om det visade sig att insatserna inom dessa områden är för låga. Enkätfrågorna, även om BOA projektets (23) och Sjödahls frågor användes (37), visade sig inte vara heltäckande för denna studie, vilket var en erfarenhet och bekräftelse på svårigheten att konstruera enkät/intervjuguide.

Syftet med remittering till ortopedkirurg är i första hand operationsbedömning. I samband med telefonintervjuerna framkom även mer informella frågor, funderingar och information från en del av patienterna. Detta sammantaget med resultaten från studien med hänseende till kort besvärduration och lågt skattad smärta, väcker funderingar om det kan ha skett en viss indikationsglidning vid remittering till ortopedklinik. De sista telefonintervjuerna gjordes i december -09 och under januari -10. Några av patienterna hade då redan hunnit träffa ortopedkonsult och någon enstaka var redan opererad. Tack vare telefonsamtalet, gick det att styra vilken information och behandling som givits i primärvården, särskilt då familjeläkaren oftast var känd av patienten sedan tidigare. I flera fall konstaterades att patienten fått den elementära grundbehandlingen först när de träffat ortopedkirurg, vilket borde ha varit åtgärdat innan i primärvården (28). Några remisser hade också återsänts direkt till remittenten utan åtgärd, då sjukgymnastik inte provats.

Arbetet med denna studie, resulterade i en tillfrågan om att delta i en länsövergripande arbetsgrupp, vars uppdrag var att arbeta fram ett evidensbaserat vårdprogram för patienter med höft- och knäledsartros inom primärvården i Landstinget Gävleborg. Syftet var att kvalitetssäkra vården och skapa enhetliga riktlinjer och likvärdigt omhändertagande/vårdprogram för diagnosgruppen knä- och höftledsartros, vilket överensstämde väl med denna studies målsättning. Arbetsgruppen samarbetade med två andra grupper inom slutenvården för att få ett vårdprogram som täckte hela vårdkedjan. Arbetet beräknas vara klart i april 2010. I den länsövergripande primärvårdsgruppen, har material och resultat från denna studie kommit väl till nytta i och under arbetes gång. Intervjuguiden och resultatet är planerat att användas som grund vid en uppföljning och utvärdering hur vårdprogrammet implementerats.

Riktlinjerna för höft- och knäledsartros har en låg följsamhet i Primärvården Landstinget Gävleborg. Enligt studien har endast 52% av patienterna haft sjukgymnastkontakt innan remittering till ortopedkirurg. Av denna grupp fick 95% ofullständig och enbart delar ur den rekommenderade grundbehandling av artros. En utbildningsinsats för rehabenheten inom

området artros i Spenshults Artrosskola för arbetsterapeuter och sjukgymnaster kommer att äga rum i Gävleborg under oktober 2010 till följd av studiens resultat. Utbildningsinsatsen möjliggör deltagande i BOA projektet, vilket skulle kunna fortsätta att utveckla och utvärdera artrosbehandlingen i vårt län.

## **KONKLUSION**

Studieresultaten indikerar att Läkemedelsverkets rekommenderade riktlinjer för grundbehandling av artros, efterföljs dåligt både av sjukgymnaster och läkare i primärvården Landstinget och i Gävleborgs Län. Enligt studien har endast 52% av patienterna haft sjukgymnastkontakt innan remittering till ortopedkirurg. Av denna grupp fick 95% ofullständig och enbart delar ur den rekommenderade grundbehandling av artros. Bara 2% av de patienter som haft sjukgymnastkontakt fick den fullständiga och av Läkemedelsverket rekommenderade grundbehandling av artros via Artrosskola i kombination med enskild sjukgymnastkontakt och 3% genom att enbart träffa sjukgymnast.

Med enhetliga och kvalitetssäkrade vårdprogram skulle remissflödet ändras så att patienten först träffar sjukgymnast och arbetsterapeut i primärvården. Behovet att träffa ortopedkirurg skulle minska, väntetiden till operation förkortas och vårdgarantier hållas. Åtgärden skulle ge positiva hälsoekonomiska effekter både för patient och samhälle enligt tidigare och pågående studier. En uppföljning planeras under samma tidsperiod 2011, med förslagsvis viss korrigering av frågorna i intervjuguiden, till att mer detaljerat följa Läkemedelsverkets rekommenderade grundbehandling av artros. Detta för att undersöka om utbildningsinsatser och implementeringen av vårdprogrammen gör att de rekommenderade riktlinjerna efterföljs bättre i Landstinget och Gävleborgs Län, än vad som sker i nuläget.

## **TACK**

Jag vill rikta ett stort och varmt tack till min handledare Gunnevi Sundelin, som på distans lyckats dela med sig av sin gedigna kunskap i form av värdefulla reflektioner och råd i forskningsvärlden. Ett lika stort och varmt tack riktar jag även till Dag Rissén, som varit min geografiskt närliggande stödperson på FoU i Gävle. Ni har båda givit mig ovärderliga erfarenheter och inspirerat mig till fortsatt forskningsarbete.

Tack till alla kollegor inom primärvård och specialistvård som med sitt medgivande och stöd gjorde så att min studie kunde påbörjas och fullföljas, speciellt tack till Sven-Erik Keisu, Margreth Rosenberg och Börje Svensson. Ortopedklinikens mottagningspersonal som underlättade mitt arbete genom att hjälpa mig med de administrativa insatserna initialt, tusen tack! Tack även till mina sjukgymnastkollegor, särskilt på Hälsocentralen Centrum/Torget, som i praktiken möjliggjorde arbetet med studien. Till deltagarna i arbetsgruppen ”Länsövergripande vårdprogram för handläggning av höft- och knäartros inom Primärvård i Landtinget Gävleborg”, sänder jag ett extra tack för gott samarbete, värdefulla synpunkter och professionella råd.

Tack till familj och vänner som uppmuntrade mig och gav mig tänkvärda infallsvinklar och idéer under studiearbetets gång. Sist men inte minst skickar jag givetvis ett varmt tack till alla deltagarna i min studie.

## Referenser

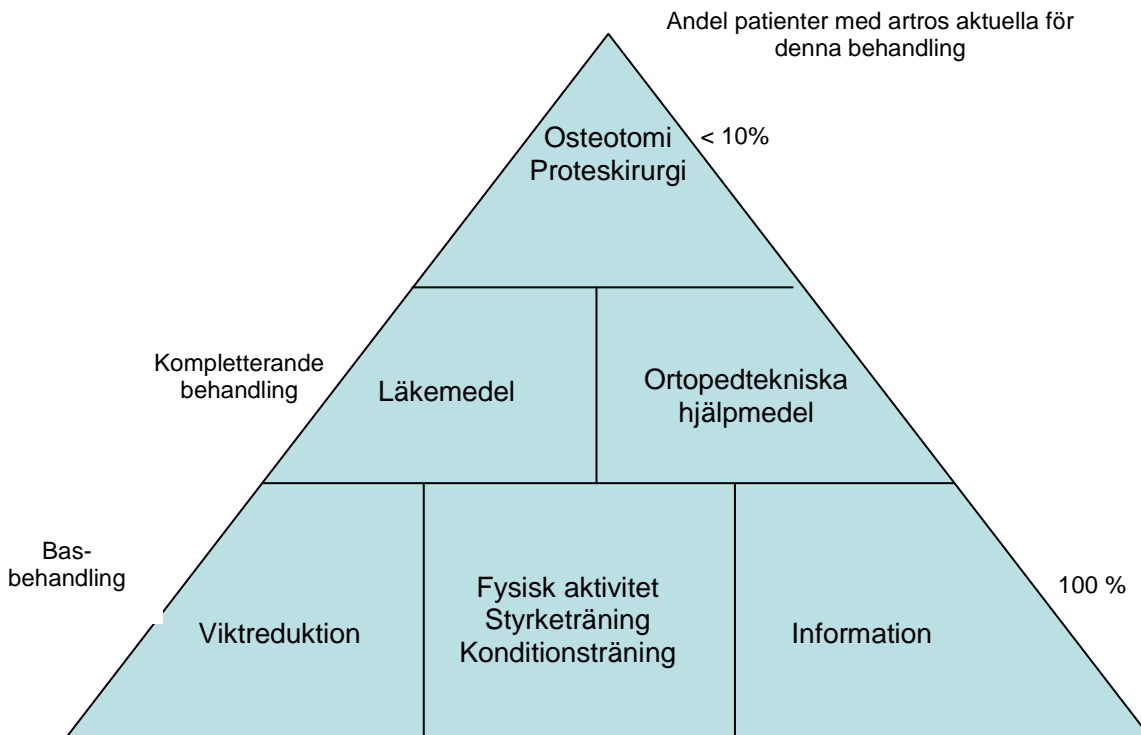
1. Thorstensson C, Roos E. Grundbehandling av artros. Reumatikerförbundet 2008
2. Reumatikerförbundet Artros 20100902  
<http://www.reumatikerforbundet.org/start.asp?sida=9847>
3. Lohmander S. Etiologi och patofysiologi vid artros – terapeutiska konsekvenser. Läkemedelsverket 3:2004
4. Cooper C, Snow S, McAlindon TE, Kellingray S, Stuart B, Coggon D, et al. Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2000;43:995-1000.
5. Sandmark H, Hogstedt C, Vingard E. Primary osteoarthrosis of the knee in men and women as a result of lifelong physical load from work. *Scand J Work Environ Health*.
6. Coggon D, Croft P, Kellingray S, Barrett D, McLaren M, Cooper C. Occupational physical activities and osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 2000;43:1443-1449.
7. Roos H, Adalberth T, Dahlberg L, Lohmander LS. Osteoarthritis of the knee after injury to the anterior cruciate ligament or meniscus: the influence of time and age. *Osteoarthritis Cartilage* 1995;3:261-267.
8. Spector TD, Cicuttini F, Baker J, Loughlin J, Hart D. Genetic influences on osteoarthritis in women: a twin study. *BMJ* 1996;312:940-943.
9. Slemenda C, Heilman DK, Brandt KD, Katz BP, Mazucca SA, Braunstein EM, et al. Reduced quadriceps strength relative to body weight: a risk factor for knee osteoarthritis in women? *Arthritis Rheum*. 1998;41:1951-1959.
10. Thorstensson CA, Petersson IF, Jacobsson LT, Boegard TL, Roos EM. Reduced functional performance in the lower extremity predicted radiographic knee osteoarthritis five years later. *Ann Rheum Dis* 2004;63:402-407.
11. Shrier I. Muscle dysfunction versus wear and tear as a cause of exercise related osteoarthritis: an epidemiological update. *Br J Sports Med* 2004;38:526-535.
12. Felson DT, Niu J, Clancy M, Sack B, Aliabadi P, Zhang Y. Effect of recreational physical activities on the development of knee osteoarthritis in older adults of different weights: the Framingham Study. *Arthritis Rheum*. 2007;57:6-12.
13. Brooks P. Inflammation as an important feature of osteoarthritis. *Public Health Classics. Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81 (9).
14. RFV 2002:2

15. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 2000;27:1513-1517.
16. Campbell R, Evans M, Tucker M, Quilty B, Dieppe P, Donovan JL. Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *J. Epidemiol. Community Health* 2001;55:132-138.
17. Jinks C, Ong BN, Richardson J. A mixed methods study to investigate needs assessment for knee pain and disability. Population and individual perspectives. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:59.
18. Fontaine KR, Heo M, Bathon J. Are US adults with arthritis meeting public health recommendations for physical activity? *Arthritis Rheum.* 2004;50:624-628.
19. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis* 2001;60:91-97.
20. Klässbo M. Funktionshinder i höftleden. In: Holmstöm E, Moritz U. Rörelseorganens funktionsstörningar. Lund: Studentlitteratur, 2007.
21. McHugh G, Luker K, Campbell M et al. Pain, physical functioning and quality of life of individuals awaiting total joint replacement: a longitudinal study. *J Eval Clin Pract* 2008;14:19-26
22. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar. CMT Rapport 2003:5 Linköpings Universitet 20100906 <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:295417>
23. BOA registret 20100906 <http://www.boaregistret.se/sv/default.aspx>
24. Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA, et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000;133:726-737.
25. Klässbo M, Larsson G, Harms-Ringdahl K. Promising outcome of a hip school for patients with hip dysfunction. *Arthritis Reum* 2003;49:321-7.
26. Jordan KM, Sawyer S, Coakley P, Smith HE, Cooper C, Arden NK. The use of conventional and complementary treatments for knee osteoarthritis in the community. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43:381-384.
27. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW, et al. Eular evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis - report of a task force of the Eular Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics(ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2006.

28. Läkemedelsverket; Behandlingsrekommendationer av artros. 20100906 <http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/RekArtros.pdf>
29. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16:137-162.
30. Fransen M, McConnell S, Bell M. Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. Review. *The Cochrane Library* 2007; Issue 4.
31. Brandt KD. Non-surgical treatment of osteoarthritis: a half century of "advances". *Ann Rheum Dis* 2004;63:117-122.
32. Jamtvedt G, Dahm KT, Christie A. Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Physical therapy* 2008;88:123-36.
33. SBU evidensbaserad vård för artros 20100916. <http://www.sbu.se/sv/Sok-siteseeker/?quicksearchquery=artros&defl=5&deff=1>
34. Nationella riktlinjer höft och knäartros, Socialstyrelsen 20100906. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/rorelseorganenssjukdomar>
35. Dedering Å, Wallin L. Från kunskap till handling. *Fysioterapi Forskning* 2008;11;38-43.
36. Hsieh JB, Dominick KL. Use of non-pharmacological therapies among patients with osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:419-425.
37. Sjö Dahl K. 2006. Icke-farmakologisk behandling vid höftledsartros – används den? D-uppsats Lunds Universitet.
38. Shrier I, Feldman DE, Gaudet MC, Rossignol M, Zukor D, Tanzer M, et al. Conservative non-pharmacological treatment options are not frequently used in the management of hip osteoarthritis. *J Sci Med Sport*. 2006;9:81-86.
39. Chang R, Roubenoff R, Mayer J, Brandt KD, Schanberg LE. Work Group recommendations: 2002 Exercise and Physical Activity Conference, St Louis, Missouri. *Arthritis Rheum* 2003;49:280.
40. Levi R, Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården. Nordstedts 2009 april



## Bilaga 1



### **Läkemedelverkets rekommenderade riktlinjer** **Grundbehandling av *lätt till måttlig* artros**

#### **Basbehandling:**

- **INFORMATION OM SJUKDOMEN**
- **TRÄNING OCH FYSISK AKTIVITET**
- **VIKTKONTROLL**

#### **Kompletterande behandling:**

- **LÄKEMEDEL**
- **ORTOPEDTEKNISKA HJÄLPMEDEL**  
**GÅNG- HJÄLPMEDEL**
- **SMÄRTLINDRANDE BEHANDLING**

## Förfrågan angående deltagande i en studie om vård vid Artrossjukdom

Jag vänder mig till Dig som står på Ortopedklinikens väntelista i Gävleborg med anledning av att vi kommer att göra en kartläggning vilka behandlingar som erbjuds patienter med Artros innan operationsbedömning. Studien är ett led i **kvalitetsarbetet** av patienter med höft- och knäledsartros med målet att förbättra behandlingen av dessa patienter. Studien syftar till att *beskriva vilken information och vilka behandlingsalternativ som ges till patienter med höft- och knäledsartros, innan remiss skickas till Ortopedklinik.*

Detta brev kommer att **följas av ett telefonsamtal** till Dig med några få frågor att besvara. Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande. De uppgifter Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och enligt gällande sekretessregler. Personuppgiftsansvarig är Landstinget Gävleborg. Dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och resultaten kommer att presenteras i en examensstudie på gruppnivå, där ingen enskild person kan identifieras.

Enligt personuppgiftslagen (PuL) har Du rätt att gratis en gång per år få ta del av de uppgifter som berör Dig och vid behov få eventuella fel rättade.

Det uppföljande telefonsamtalet kommer företrädesvis att äga rum de närmaste veckorna efter att Du fått detta brev.

Vid frågor angående studien, tag gärna kontakt med

Christina K-Söderqvist

Sjukgymnast Primärvården på nedanstående telefonnummer eller adresser:

*Adress:* Lasarettsleden 4

811 89 Sandviken

*Telefon:* 026/278423

*E-mail adress:* [christina.korssell-soderqvist@lg.se](mailto:christina.korssell-soderqvist@lg.se)

Studien är godkänd av:

**Sven-Erik Keisu**

Verksamhetschef Division Operation, Verksamhetsområde Ortopedi

**Margreth Rosenberg**

Verksamhetschef Division Primärvård, Verksamhetsområde Rehabilitering

**Börje Svensson**

Chefsläkare Division Primärvård

Datum: \_\_\_\_\_ Tidsåtgång: \_\_\_\_\_

### **Bakgrundsfrågor**

1) **Kön:**                                      Kvinna                                       Man

2) **Ålder:** \_\_\_\_\_

**Remitterad från:** \_\_\_\_\_

3) **Aktuellt ledbesvär från:**

Höft       höger       vänster       båda

Knä       höger       vänster       båda

4) **Hur länge har Du haft besvären från den aktuella leden?**

\_\_\_\_\_

5) **Ledbesvär sedan tidigare?** Nej  Ja

6) **Tidigare ledbesvär från:**

Höft       höger       vänster       båda

Knä       höger       vänster       båda

Annan led: \_\_\_\_\_

7) **Hur länge har Du haft Dina tidigare ledbesvär?**

\_\_\_\_\_

8) **Genomsnittlig skattad smärta från den aktuella leden senaste månaden?**

**VAS 0-10**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Lätt      Måttlig      Medelsvår      Svår      Outhärdlig**

**9) Har Du deltagit i en sjukgymnastledd Artrosundervisning i grupp  
INNAN Du remitterades till Ortopeden?**

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

**om JA:**

**10) Hur upplevde Du Artrosundervisningen?**

Mycket dålig  Dålig  Bra  Mycket bra  Ingen åsikt

**11) Hur ofta tillämpar Du det Du lärt Dig på Artrosskolan i Din vardag?**

Aldrig  Varje månad  Varje vecka  Varje dag   
Flera gånger dagligen  Kan ej bedöma

Vad tillämpas? \_\_\_\_\_

**12) Har Du varit individuellt hos sjukgymnast för Dina aktuella  
höft-/knäledsbesvär INNAN Du remitterades till Ortopeden?**

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

**om JA:**

**13) Vilken typ av beh. fick Du hos den sjukgymnasten för Dina  
artrosbesvär från höft-och knä?**

INFORMATION OM ARTROSSJUKDOMEN?

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

SJUKGYMNASTISKT TRÄNINGSPROGRAM/HEMTRÄNINGSPROGRAM

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

TRÄNING I GYMNASTIKSAL

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

BASSÄNGTRÄNING

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

SMÄRTLINDRING (akup/ TENS/el-terapi, traktion, gånghjälpmedel)

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

ANNAT? Vad: \_\_\_\_\_

**14) Har Du sökt alternativ vård för Dina ledbesvär? (naprapat,  
kiropraktor, massör...)**

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

**om JA, vad:** \_\_\_\_\_

**15) Vilka LÄKARÅTGÄRDER har Du fått för dina aktuella ledbesvär INNAN remittering till Ortopeden?**

INFORMATION OM ARTROSSJUKDOMEN?

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

INFORMATION OM ANDRA BEHANDLINGSSALTERNATIV ÄN OPERATION OCH LÄKEMEDEL? (träning, vikt, gånghjälpmedel, ortoser, konservativ smärtbehandling)

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

REMISS/HÄNVISNING TILL SJUKGYMNAST?

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

KORTISONINJEKTION?

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

RÖNTGEN?

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

LÄKEMEDEL?

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

ANNAT? Vad: \_\_\_\_\_

**om JA:**

**16) Vilka läkemedel tar Du NU för Dina aktuella ledbesvär?**

PARACETAMOL/ANALGETIKA

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

NSAID/ACETYLIKA

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

KORTISONINJEKTION

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

HYALURONSYRA (tuppkammsinjektion)

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

GLUKOSAMIN

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

NATURLÄKEMEDEL

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

**om JA, vad:** \_\_\_\_\_

ANNAT? Vad: \_\_\_\_\_

**17) Vilka läkemedel har Du tagit TIDIGARE för Dina ledbesvär?**

PARACETAMOL/ANALGETIKA

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

NSAID/ACETYLIKA

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

KORTISONINJEKTION

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

HYALURONSYRA (tuppkammsinjektion)

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

GLUKOSAMIN

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

NATURLÄKEMEDEL

Ja  Nej  Kommer inte ihåg

**om JA, vad:** \_\_\_\_\_

ANNAT? Vad: \_\_\_\_\_