

Höft- och knäledsartros - kliniska riktlinjer

Innehåll

Kontaktpersoner	2
Syfte och omfattning	2
Vårdprogramgruppens sammansättning	2
Bakgrund	2
Socialstyrelsens rekommendationer vid artros	2
Basal artrosutredning	3
Omhändertagande i primärvården	4
Sjuksköterska	4
Sjukgymnast/Fysioterapeut	4
Artrosskola	5
Sjukgymnastiska tilläggsbehandlingar	5
Distriktsläkare	5
Smärtlindring med läkemedel	5
Sjukskrivning	5
Röntgen	6
Remiss till ortoped	6
Remissen ska innehålla	6
Fritt vårdval	7
Omhändertagande i slutenvården	8
Remisshantering	8
Prioriteringsgrupper för ledplastik	8
Rökning	9
Alkoholstopp	9
Patientutbildning	9
Besök på specialistmottagning	9
Kirurgisk behandling	9
Postoperativt/rehabilitering	9
Referenser	10

Kontaktpersoner

Anna Karin Lindblom, distriktsläkare, Capio Vårdcentral Sävja

Kerstin Ahlqvist, leg.sjukgymnast, processledare för artros höft och knä, Akademiskt primärvårdscentrum, Primärvård, hälsa och habilitering

Hans Mallmin, Professor överläkare, Ortopeden, Akademiska sjukhuset

Zoran Strbac, överläkare, sektionschef ortopedi, Lasarettet i Enköping

Stergios Lazarinis, överläkare, sektionschef ortopedi, Akademiska sjukhuset

Syfte och omfattning

Syftet med vårdprogrammet är att ha gemensamma evidensbaserade och väl kända riktlinjer för personer med artros i höft- eller knäleder. Vårdprogrammet ska vara ett stöd för alla medarbetare samt bidra till att utveckla, utvärdera och säkra kvaliteten avseende interventioner för artros.

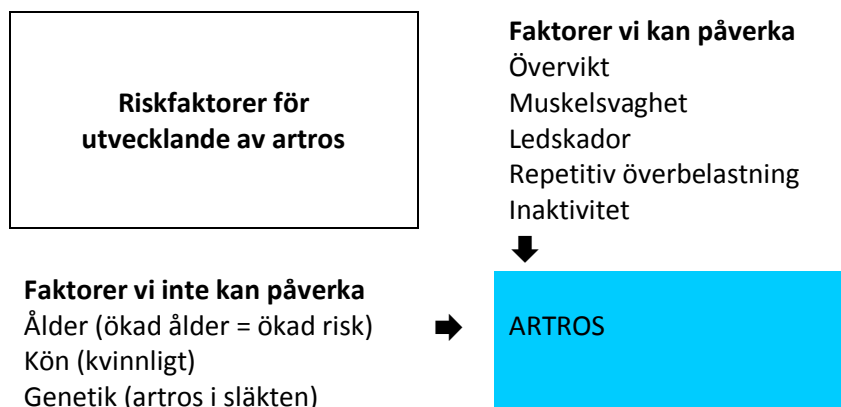
Vårdprogramgruppens sammansättning

Vårdprogrammet har författats av en vårdprogramgrupp som består av representanter från olika professioner och olika vårdnivåer. Uppdraget har varit att utarbeta ett vårdprogram för hela vårdprocessen för patienter med artros i höfter och knän.

Bakgrund

Socialstyrelsens rekommendationer vid artros

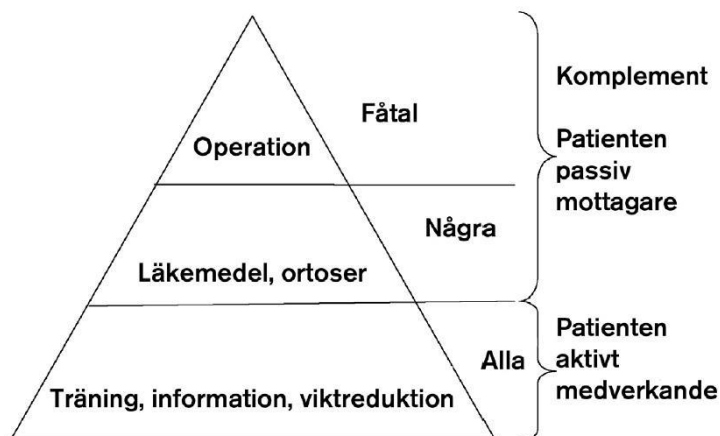
Höft- och knäsmärta är en vanlig orsak till att man söker vård. Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Sjukdomen är ett symtomgivande stadium av en oftast långsamt fortskridande sjukdomsprocess. Vanliga symtom är smärta, funktionsinskränkning och nedsatt livskvalitet. De viktigaste riskfaktorerna för artros är ålder (kan förekomma även hos yngre), kön, övervikt, tidigare ledskada, överbelastning och ärftlighet (se figur 1).



Figur 1: Riskfaktorer

Sambandet mellan graden av ledförändringar och symtom är ofta svagt, vilket understryker vikten av att låta sjukdomens symtom styra diagnostik och åtgärder. Det är alltså patientens symtom och inte röntgenbilden som avgör vilken behandling som är lämpligast.

Omhändertagandet är multidisciplinärt. Det är viktigt att initiera behandling så tidigt som möjligt i sjukdomsprocessen. Grundbehandling av artros, enligt internationella och nationella riktlinjer, innebär information, träning och viktkontroll. Som komplement kan vissa patienter behöva olika typer av smärtlindrande behandling eller hjälpmedel. Kirurgiska ingrepp kommer endast ifråga för en liten del av alla patienter med artros. Resultatet av kirurgi blir bättre om patienten har fått optimal behandling och omhändertagande dessförinnan (se figur 2).



Figur 2: Behandling av artros (Socialstyrelsen, nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar)

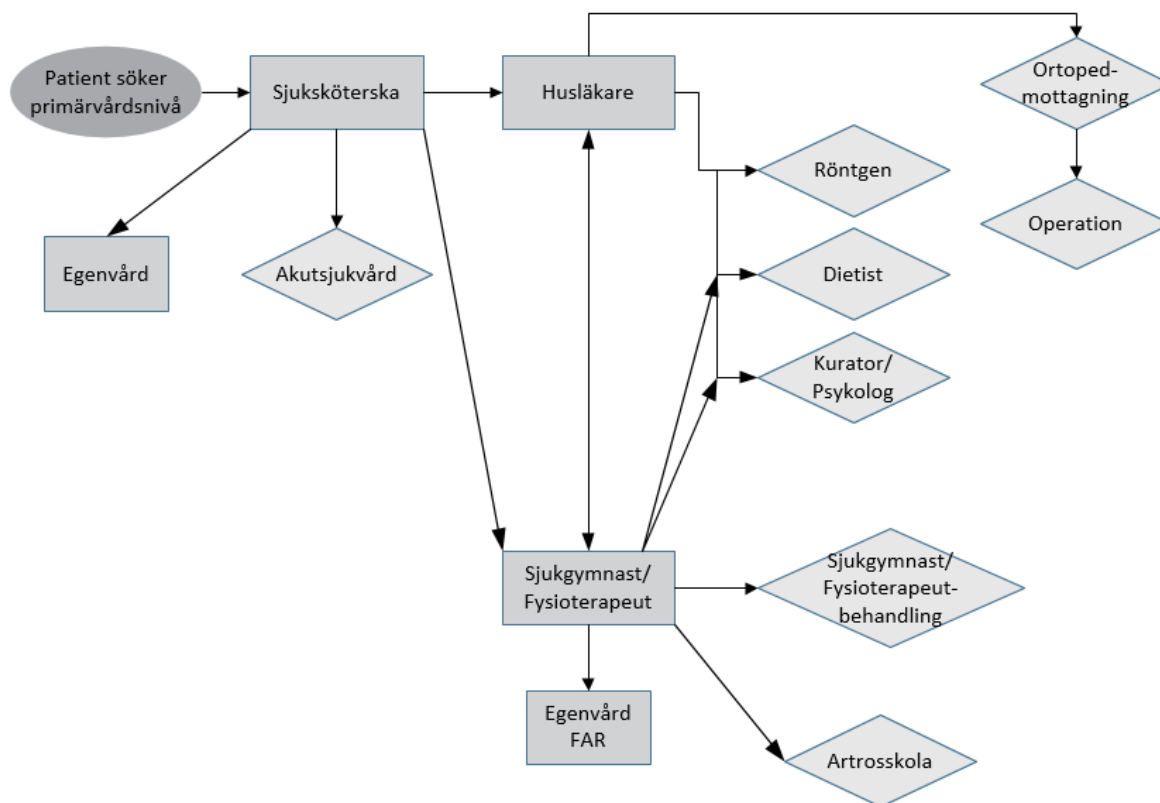
Basal artrosutredning

Diagnosen är klinisk

- Anamnes (levnadsvanor, belastningsrelaterad smärta, morgonstelhet, igångsättningssvårigheter, tidigare skador, ärftlighet).
- Kliniskt status (felställning, rörelseinskränkning, stelhet, höftrotation ger smärta i lumsken, krepitationer vid rörelse).
- Kartläggning av riskfaktorer (ålder, kön och ärftlighet, övervikt och ev. tidigare ledskada)
- Röntgen ska inte utföras regelmässigt för att ställa diagnosen artros på grund av korrelationen mellan symtom och eventuella röntgenfynd är dålig. Däremot röntgen kan behövas för att utesluta alternativ diagnos till artros.

Omhändertagande i primärvården

Det optimala flödet för patienter som söker för smärta i höft eller knä i primärvården illustreras i figur 3. Varje steg i flödesschemat beskrivs utförligt under respektive rubrik i texten nedan.



Figur 3: Flöde för samtliga patienter som söker för smärta i höft och knä.

Sjuksköterska

Första kontakten sker oftast via telefon eller drop-in. Där görs en triagering/sortering med stöd av det beslutsstöd som används inom respektive vårdenhet. Samtliga patienter hänvisas i första hand till sjukgymnast/fysioterapeut.

Sjukgymnast/Fysioterapeut

Sjukgymnasten/Fysioterapeuten gör en individuell bedömning och erbjuder deltagande i artrosskola. Om artrosskola av något skäl inte är lämplig för patient bör individuell behandling erbjudas med samma innehåll.

Sjukgymnasten/Fysioterapeuten har uppföljningsansvar individuellt för varje patient efter avslutad behandling.

Utvärderingsinstrument rekommenderas för bedömning av behandlingsresultat. Validerade och reliabla tester ska användas.

Artrosskola

är ett evidensbaserat strukturerat sätt att behandla patienter med ledvärk och artros enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Undervisningen sker i grupp och omfattar både teori och praktik. Deltagarna bör registreras i BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

I artrosskolan ingår

- Information om artrossjukdomen och betydelsen av fysisk aktivitet/träning samt viktreduktion.
- Egenvårdsråd, individuellt anpassat träningsprogram, efter 3 och 12 månader.
- Fortsatt träning där patienten väljer att träna på sjukgymnastikmottagning eller på egen hand. Efter avslutad behandling rekommenderas fortsatt träning inom friskvården, företrädesvis med förskrivning av Fysisk aktivitet på recept (FaR®).

Sjukgymnastiska tilläggsbehandlingar

som exempelvis TENS och akupunktur, kan vid behov användas som komplement för smärtlindring men inte som enda alternativ.

Ortopedtekniska hjälpmedel och/eller gånghjälpmedel används för avlastning vid rörelse- och belastningssmärta samt vid övervikt.

Distriktsläkare

Basal artrosutredning görs enligt ovan. I de fall då patienten kommer till läkare för första bedömning så ska patienten hänvisas/bokas till sjukgymnast för bedömning och eventuellt deltagande i artrosskola enligt ovan.

Om det blir aktuellt med operation är det särskilt viktigt att uppmärksamma rökvanor eftersom det kan påverka operationsresultatet (se *Flödesschema rökfri operation* i *Kvalitetshandboken*). Tänk på att även psykisk ohälsa kan påverka operationsresultatet, hänvisa till kurator/psykolog vid behov.

Smärtlindring med läkemedel

Läkemedelsbehandling vid artros har endast symtomlindrande effekt. Utvärdering av effekt ska göras regelbundet. och principen "lägsta effektiva dos under kortast möjliga tid" bör eftersträvas.

1. Paracetamol är förstahandsval.
2. NSAID-preparat bör användas med viss försiktighet, på grund av biverkningar och relativa kontraindikationer som ökar med patientens ålder. Lokalt NSAID kan användas som alternativ.
3. Svaga opioider, läkemedel som innehåller kodein och tramadol vid måttlig till svår smärta.
4. Morfinpreparat kan användas i svåra fall.

Patienten bör som regel inte erbjudas behandling med glukosamin eller med hyaluron-syra som injektion i knä- eller höftleden (icke-göra enligt Socialstyrelsens riktlinjer).

Sjukskrivning

vid behov enligt gällande riktlinjer och samtidigt ska behandling ske enligt vårdprogrammet.

Röntgen

behövs inte för diagnos, se basal artrosutredning ovan.

Remiss till ortoped

Om grundbehandling via sjukgymnast/fysioterapeut inklusive smärtlindrande läkemedel provats i minst 3 månader men inte gett tillräckligt resultat, remitteras vidare till ortoped.

Inför remiss till ortoped är konventionell röntgen, inte äldre än 6 månader, obligatorisk.

- För knäledsartros ska det vara undersökning knä med tilläggsinformation "belastningsbild"
- För höftledsartros ska det vara undersökning höft med tilläggsinformation "protesbäcken med referenskula med angiven diameter"

Undersökning med MR ska inte beställas av läkare på vårdcentralen utan får vid behov initieras av ortoped.

Remissen ska innehålla

- Symtombeskrivning, exempelvis duration, intensitet och gångsträcka
- Utförd behandling i primärvården, till exempel sjukgymnastik/fysioterapi och eventuellt analgetika
- Tobaksvanor (rökavvänjning bör inledas inom primärvården)
- Alkoholvanor (information om alkoholstopp pre- och postoperativt från primärvården)
- Kortfattat status
- Röntgensvar
- Patienten kan tänka sig operation om nödvändigt
- Vid kraftig övervikt ange BMI
- Välreglerade kroniska sjukdomar t.ex. hypertoni, diabetes, cor incomp

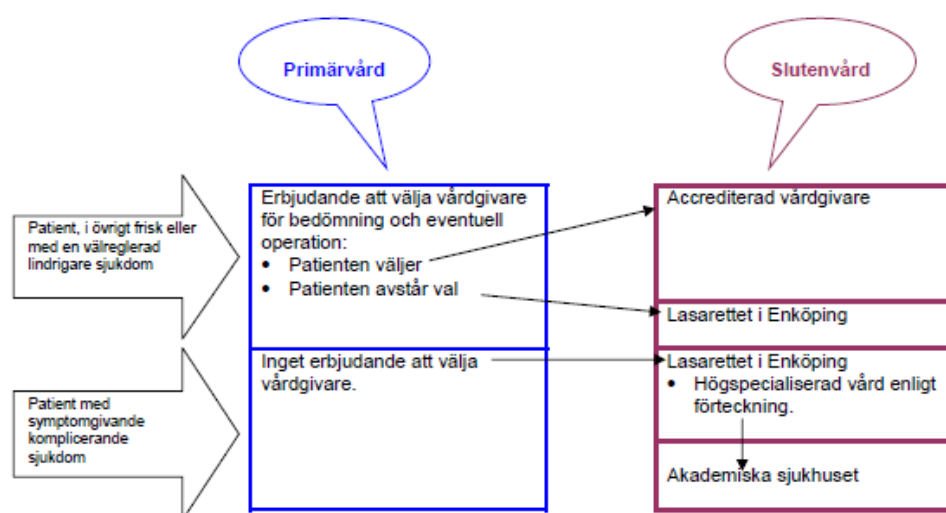
Vid remittering är det viktigt att alla tvingande fält på remissen är adekvat ifyllda.

Fritt vårdval

2013-07-01 infördes fritt vårdval för patienter med höft- och knäledsartros. Det innebär att patienter utan svårare oreglerad systemsjukdom i samband med remiss från sin husläkare fritt kan välja bland de av Uppsala läns landsting godkända vårdgivare för både besök och eventuell operation.

Inför erbjudandet till patienten att välja vårdgivare ska en bedömning av hälsotillståndet göras. En patient som bedöms i övrigt vara frisk eller ha en lindrig välreglerad sjukdom som t.ex. hypertoni, diabetes mellitus eller lindrig astma omfattas av det fria vårdvalet. Remissen skickas då enligt patientens önskemål till någon av de aktuella vårdgivarna. Föredrar patienten att inte välja någon vårdgivare sänds remissen till Lasarettet i Enköping.

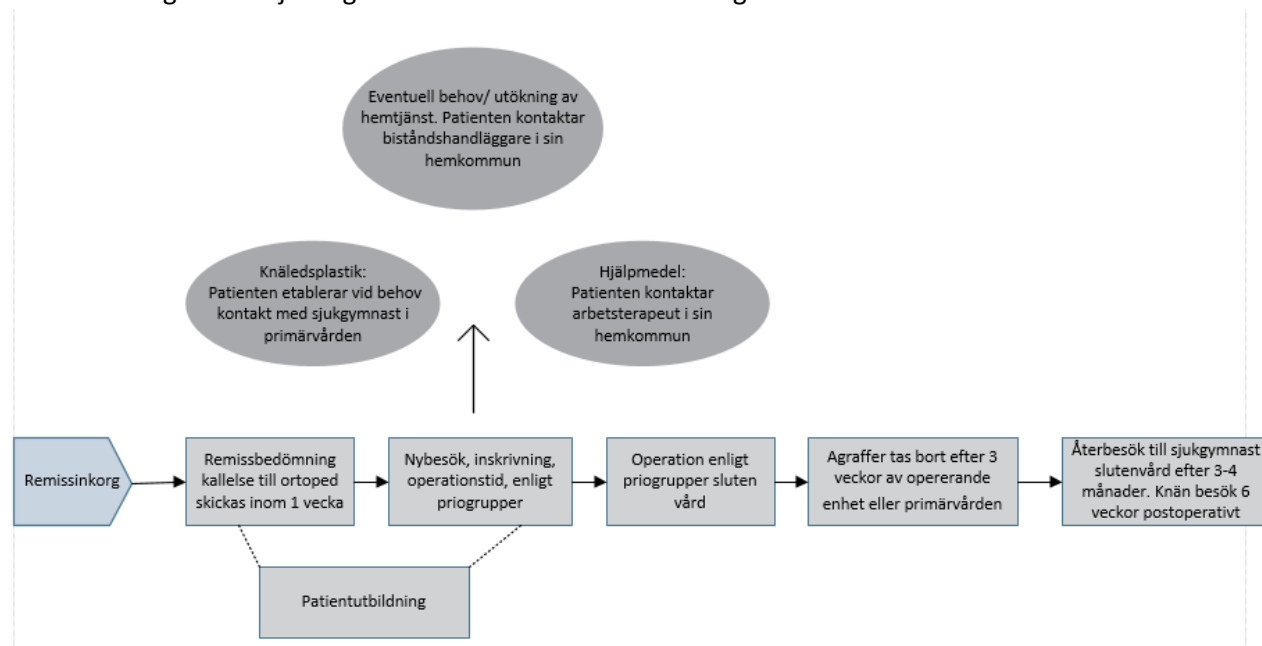
Patienter med symptomgivande komplicerande sjukdomar omfattas inte av det fria vårdvalet och remissen sänds alltid till Lasarettet i Enköping. Vissa remisser kommer, baserat på en särskild förteckning, att omriktas från lasarettet till Akademiska sjukhuset som t.ex. högspecialiserad vård, forsknings- och vissa undervisningspatienter.



Figur 4: Flöde för remittering av patienter som söker för smärta i höft och knä inom ramen för "Fritt vårdval proteskirurgi"

Omhändertagande i slutenvården

Det optimala flödet från remiss till återbesök för patienter med smärta i höft eller knä i slutenvården illustreras i figur 5. Varje steg i flödesschemat beskrivs utförligt i texten nedan.



Figur 5: Flöde för omhändertagande inom slutenvården för samtliga patienter med artros i höfter och knän.

Remisshantering

Remissen ska bedömas och prioriteras av ortoped inom 5 arbetsdagar enligt prioriteringsgrupperna.

Prioriteringsgrupper för ledplastik

Dubbel förtur 2 veckor	Enkel förtur 6 veckor	Oprioriterat
I allmänhet bör denna patientgrupp opereras inom 2 veckor från nybesöket. Patienter med svår och invalidiserande smärta/värk och kraftigt nedsatt rörlighet. Snabbt progredierande led-destruktion där förlängd väntetid medför starkt ökat hjälpbehov och försvårad rehabilitering.	Denna patientgrupp bör opereras inom 6 veckor från nybesöket Patienter som upplever besvären som oacceptabla och livskvaliteten som starkt försämrad med påverkan på arbetsförmåga eller förmåga till självständigt liv.	Denna patientgrupp får som regel vänta 3 månader Som grupp 2, men där smärtorna kan tolereras och lindras med analgetika samt där arbetsförmåga och ADL-funktion inte är nämnvärt påverkade.

Rökning

Rökavvänjning bör inledas inom primärvården, eftersom detta är en del i den allmänna sjukdomspreventionen. Om patienten fortfarande röker vid besöket hos ortoped, ska remiss skickas för rökavvänjning.

Alkoholstopp

Information om alkoholstopp 4-8v innan operation och 4-8 v efter operation bör inledas inom primärvården (ref Svenska Läkaresällskapets riktlinjer, se Ortopediskt magasin).

Patientutbildning

Inbjudan till patientutbildning skickas tillsammans med remissbekaftelsen/kallelsen av undersköterska/läkarsekreterare. Utbildningen ges två gånger per månad med uppehåll för sommarmånaderna, varannan gång på Akademiska sjukhuset/Lasarettet i Enköping. I utbildningen ingår information om ickekirurgisk och kirurgisk behandling. Sjukgymnast och läkare informerar tillsammans och man betonar vikten av träning och egen behandling.

Besök på specialistmottagning

Ett besök ska ske från remissdatum enligt de tidsintervaller som gäller för de olika prioriteringsgrupperna. På mottagningen träffar patienten en ortoped som gör en bedömning av ASA-klass och planerar för eventuell operation enligt ovanstående prioriteringsgrupper för ledplastik.

Kirurgisk behandling

Den kirurgiska behandlingen vid artros är ledplastik. Såväl funktion som välbefinnande återställs till nivåer nära det normala för patientens ålder. Komplikationer till protes-kirurgi är ovanliga men infektion, tromboemboli, lossning, luxation och periprotetisk fraktur förekommer.

Postoperativt/rehabilitering

Postoperativt efter 3 veckor: Sjuksköterska/distriktssköterska/undersköterska på opererande enhet eller i primärvården tar aggraffer och gör sårkontroll. För knäleds-plastiker säkerställs att patienten har etablerat kontakt med sjukgymnast i primärvården vid behov. Vid avvikelser från normalförlopp eller annan komplikation kontaktas operatör.

Postoperativt efter 4 månader: Klinisk kontroll av sjukgymnast som är knuten till ortopedmottagning. Vid avvikelser från normalförlopp eller annan komplikation kontaktas operatör.

Referenser

Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA). Adress: <http://www.boaregistret.se> 2013-05-30

Skadekompassen, "Artros – artrosbehandling". Adress: <http://skadekompassen.se/> 2013-05-30.

Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012-5-1."

Svensk förening för anesthesi och intensivvård (SFAI). "ASA klassifikation", (2012). Svensk översättning av "ASA Physical Status Classification System".

Adress: www.sfai.se 2013-08-15.