

Nationella riktlinjer – Rörelseorganens sjukdomar

Utvärdering av vården vid artros

2023

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-600-0
Artikelnummer	2023-2-8351
Omslagsfoto	Paul Bradbury, Folio bildbyrå AB;
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , februari 2023

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården vid artros. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar från 2021. Osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar som också ingår i de nationella riktlinjerna kommer att utvärderas separat. Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledning på olika nivåer inom regionerna och kommunerna, men den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar, berörda yrkesgrupper samt media.

Projektledare för utvärderingen har varit Anastasia Simi. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Natalja Balliu, Ann-Sofie Bertilsson, Christina Broman, Erika Budh och Mikael Nyman. Externa experter har varit Thérèse Jönsson, Lillemor Nyberg, Stefan Lohmander (med avgränsat uppdrag), Ewa Roos och Ingemar Petersson. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Identifierade förbättringsområden	8
Strukturerat omhändertagande	8
Fler till fysioterapeut – färre till bilddiagnostik	9
Fler behöver träna under handledning av fysioterapeut och följas upp	9
Aktivt arbeta för utmönstring av artroskopisk kirurgi	9
Förutsättningar för nationella utvärderingar av vården vid artros	10
Inledning	11
Syfte och avgränsning	11
Intressenter	11
Samverkan och kommunikation	12
Metod	12
Indikatorer	12
Enkäter och intervjuer	13
Redovisning av resultat	13
Vad är artros?	14
Behandling vid artros	15
Förutsättningar för nationella utvärderingar av artrosområdet	16
Förekomst av diagnosen artros	16
Datakvalitet och tolkningssvårigheter	16
Analys av resultat	18
Diagnostik och utredning	19
Handläggning av ny patient med artros på vårdcentral	20
Tillgång till fysioterapeut	21
Tillgång till allmänläkare	24
Bilddiagnostik	25
Fortbildning av vårdpersonal inom primärvården	26
Analys av resultat	27
Strukturerat omhändertagande	29
Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning	30
Patientutbildning och träning före ledprotesoperation	31
Analys av resultat	33
Patientutbildning och fysisk träning	35

Handledd fysisk träning	36
Uppföljning av fysisk träning och dess resultat	41
Analys av resultat	43
Följsamhet till träning som behandling för artros	44
Följsamhet till träningen – ett gott exempel från Danmark	44
Följsamhet till träningen – ett gott exempel från Dalarna	45
Framgångsfaktorer för följsamhet till träningen – sammanfattning och analys	46
Patientrapporterat resultat efter handledd fysisk träning	47
Artros, en kronisk sjukdom i primärvård	48
Fast artroskontakt	48
Analys av resultat	49
Kirurgi	51
Artroskopisk kirurgi	52
Analys av resultat	55
Påverkan av covid-19-pandemin på vården vid artros	57
Implementering av nationella riktlinjer och vårdförlopp i regionerna	61
Kostnader för vården vid artros	63
Totalkostnad för vården vid artros	64
Insatser och möjliga besparingar	65
Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros	65
Handledd fysisk träning vid artros	66
Kirurgi vid artros	67
Totalkostnad för en artrosvård som uppnår målnivåerna i nationella riktlinjer	67
Sammanfattning kostnadsanalys	70
Sjukskrivning vid artros	71
Projektorganisation	74
Projektledning	74
Expertstöd	74
Projektägare	74
Projektmedarbetare	74
Medverkande	75
Kvalitetsregister – kontaktpersoner	75
Referenser	76
Tillhörande dokument som publiceras på webben	78

Sammanfattning

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Förekomsten ökar tydligt efter 50-årsåldern men sjukdomen förekommer även hos yngre personer, ofta då i samband med övervikt, obesitas eller en tidigare ledskada. Var tredje person över 65 år har artros, och i den åldersgrupp är sjukdomen den vanligaste orsaken till en fysisk funktionsnedsättning. Prevalensen av artros ökar i befolkningen, delvis på grund av att riskfaktorer som övervikt och fysisk inaktivitet ökar.

Grundbehandling för artros är patientutbildning och fysisk träning. För att träna en smärtande artrosled rätt behövs stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen. Därför rekommenderas träning handled av fysioterapeut i kombination med patientutbildning, i både nationella och internationella riktlinjer. Enligt de nationella riktlinjerna behöver vården stödja personer med artros med handledd träning under tillräckligt lång tid för att på bästa sätt öka personens förmåga att starta och genomföra träning som behandling av artros. Socialstyrelsens utvärdering visar att antalet som tränar minst 10 tillfällen under handledning av fysioterapeut idag är mycket under den nationella målnivån på minst 80 procent. Samtidigt finns det stora databrister och utmaningen att tillförlitligt mäta om personer med artros får rätt stöd med träningen är stor. Covid-19-pandemin har också i stor utsträckning påverkat möjligheten att ge handledd fysisk träning på plats och i grupp.

Av utvärderingen framgår att många personer med misstänkt artros eller ledsmärta idag först kommer till fysioterapeut, men ofta kommer personen till primärvårdsläkare för att fastställa diagnosen. Bilddiagnostiska undersökningar som sällan behövs för att ställa diagnos minskar, men andelen som får dessa innan patientutbildning och fysisk träning ligger fortfarande mycket högre än den nationella målnivån på ≤ 25 procent. Riktlinjerna rekommenderar att behandling vid artros ges enligt en behandlingspyramid. Det innebär att smärtlindrande läkemedel ges som tilläggsbehandling i de fall grundbehandlingen inte har tillräcklig effekt, och att ledproteskirurgi är aktuell för en mindre andel patienter när grund- och tilläggsbehandling inte ger tillräcklig besvärslindring. Utvärderingen visar att personer med artros använder smärtstillande läkemedel i hög utsträckning och att flera kommer till ortoped för ställningstagande till ledprotesoperation innan de får grundbehandling.

En annan åtgärd är artroskopisk kirurgi, en form av titthålsoperation. Enligt nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården inte utföra artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä (icke-göra), eftersom åtgärden inte har bättre effekt på smärta, funktion och hälsorelaterad livskvalitet än placebobehandling. Dessutom är åtgärden dyr och medför en viss risk för komplikationer. Utvärderingen visar att användning av artroskopisk kirurgi minskar långsamt, och att det i vissa regioner fortfarande görs ett högt antal knäartroskopier. År 2021 utfördes drygt 11 000 artroskopier i riket vid artros och degenerativa ledförändringar i knä, till en uppskattad total kostnad som överstiger 260 miljoner kronor.

Data i denna utvärdering bör tolkas med försiktighet. Åtgärder som utförs vid grundbehandling för artros inom primärvården är kraftigt underrapporterade. Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret) är det enda nationella kvalitetsregister som enbart följer insatser som görs inom primärvårdsrehabilitering, men har en låg täckningsgrad jämfört med nationella kvalitetsregister som följer kirurgiska interventioner.

Trots osäkerheten i tillgängliga data är det tydligt att andelen som idag erhåller handledd fysisk träning enligt riktlinjernas rekommendation eller grundbehandling före ledproteskirurgi är långt under de nationella målnivåerna på minst 80 procent. Baserat på 2019 års patientvolym i Svenska Artrosregistret skulle en måluppfyllelse för andelen som tränar under handledning av fysioterapeut enligt riktlinjernas rekommendation öka kostnaden från strax under 19 till 82 miljoner kronor. Samtidigt medför grundbehandlingen en låg kostnad jämfört med kirurgiska åtgärder vid artros. Möjliga besparingar från utmönstring av artroskopier och ett lägre antal bildiagnostiska undersökningar som inte tillför större nytta kan användas för att öka andelen som behandlas med handledd fysisk träning vid behandlingspyramidens grundnivå. Följsamhet till riktlinjernas rekommendationer och måluppfyllelse kan medföra en lägre total kostnad för vården vid artros.

Identifierade förbättringsområden

Strukturerat omhändertagande

Socialstyrelsen konstaterar att artros idag handläggs som ett akut snarare än ett kroniskt tillstånd. En struktur som kan säkerställa kontinuitet i patientens återkommande kontakter med vården behövs, bl.a. för att kunna möjliggöra en bedömning av patientens förflyttning mellan behandlingspyramidens olika delar. Detta kan också leda till en mer effektiv användning av vårdresurser när en patient med artros återkommer till vården med nytt skov av artrossymtom.

Ett första steg till ett mer strukturerat omhändertagande har varit framtagandet av nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för knä- och höftartros inom den nationella strukturen för Kunskapsstyrning. Det är angeläget att regionerna prioriterar implementering av dessa vårdförlopp. Detta innebär att mer resurser kan behövas inom rehabilitering.

Hälso- och sjukvården kan öka andelen personer med artros som får strukturerat omhändertagande enligt behandlingspyramiden genom att

- ge strukturerad information om artros och dess behandlingsmöjligheter och i högre utsträckning erbjuda fysisk träning som behandling för artros
- utveckla system där utförda insatser och resultaten av grundbehandlingen kommuniceras mellan vårdinstanser. Detta för att möjliggöra en bedömning av behov av förflyttning mellan behandlingspyramidens olika nivåer
- minska användningen av smärtstillande läkemedel genom att mer aktivt informera allmänheten om den begränsade smärtstillande effekten samt riskerna.

Regionerna behöver skapa förutsättningar för en ökad samverkan mellan specialiteterna som diagnostiserar och behandlar artros i olika delar av

behandlingspyramiden, dvs. fysioterapi, allmänmedicin och ortopedi. I linje med omställningen till God och nära vård behöver samverkan mellan primärvård och specialiserad vård också öka.

Fler till fysioterapeut – färre till bilddiagnostik

Processerna för diagnostik och utredning vid artros behöver optimeras genom att

- optimera vårdflödet för personer med artros genom en effektiv triagering till fysioterapeut
- minska bilddiagnostiska undersökningar för att fastställa diagnosen artros
- öka kunskap om artros hos primärvårdspersonal genom att ge möjlighet till fortbildning och genom tillgång till kliniska kunskapsstöd som är i enighet med riktlinjernas rekommendationer
- mer aktivt stödda personer med artros i sina kontakter med rehabiliteringsverksamhet.

Fler behöver träna under handledning av fysioterapeut och följas upp

Det finns stora ojämlikheter i hur mycket stöd personer med artros får vad gäller fysisk träning. Hur mycket stöd en person med artros behöver tills man självständigt kan utföra träningen varierar. Vårdens insats utifrån den enskildes förutsättningar behöver dock vara adekvat, så att en person med artros ökar sin förmåga att på egen hand kunna fortsätta med träning i tillräcklig dos för att uppnå smärtlindring. Därför är det avgörande att patienten får handledd träning under en längre period med uppföljning och återkoppling från fysioterapeut, för att träningen blir genomförd i tillräcklig omfattning.

Hälso- och sjukvården kan förbättra patientutbildning och fysisk träning som behandling vid artros genom att

- aktivt arbeta för att fler personer med artros får en första insats som består av träning handledd av fysioterapeut i tillräcklig omfattning och under tillräckligt lång tid för att ge förutsättningar till patienten att fortsätta på egen hand med behandlingen
- erbjuda fortsatt stöd för egen träningsinsats efter en första träningsperiod av handledd träning, för de som behöver det
- erbjuda uppföljning som en integrerad del i grundbehandlingen.

Effekten av grundbehandlingen behöver i högre utsträckning följas upp och utvärderas.

Aktivt arbeta för utmönstring av artroskopisk kirurgi

Hälso- och sjukvården behöver mer aktivt arbeta för utmönstring av artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä.

Trots att knäartroskopier minskar stadigt bedömer Socialstyrelsen att trenden minskar långsammare än det är eftersträvanvärt, med tanke på att rekommendationen i nationella riktlinjer för åtgärden har varit icke-göra sedan 2012. I vissa regioner görs det fortfarande ett högt antal artroskopier i denna

patientgrupp. Riktade insatser behövs i dessa regioner, såsom att aktivt ge information till både utföraren, beställaren och remittenten om att åtgärden inte har en kliniskt relevant bättre effekt på smärta i knä än annan behandling med färre biverkningar och lägre kostnader.

Förutsättningar för nationella utvärderingar av vården vid artros

Väl fungerande register är en avgörande förutsättning för att få en god datakvalitet för utvärdering och uppföljning av hur riktlinjernas rekommendationer efterlevs. Förutsättningarna för att nationella utvärderingar och uppföljningar av vården vid artros ska kunna göras behöver förbättras. Regionerna behöver arbeta för att

- öka registreringsgraden till Svenska Artrosregistret. Regionernas anslutning till Svenska Artrosregistret är en angelägen insats för att kunna bedriva utvecklingsarbete, nationella utvärderingar och uppföljningar samt forskning.
- etablera processer och system för sina egna strukturerade individdata inom primärvården som ger möjlighet att göra dem tillgängliga för nationella utvärderingar och uppföljningar. Detta kan ske genom registreringar i vård-databaser samt anslutning till Primärvårdskvalitet.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, analyserar, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården samt i socialtjänsten. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva vilka egenskaper som en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. God vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Det innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer (NR), indikatorer och målnivåer samt genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

Den här rapporten utvärderar vården vid artros. Rapportens utgångspunkt är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar från 2021 [1]. För närvarande pågår det utvärderingar för osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar som också ingår i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Utvärderingarna kommer att publiceras i två kommande, separata, rapporter.

Socialstyrelsen genomförde 2014 en utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar, där vården vid artros ingick som en del [2].

Syfte och avgränsning

Rapporten är en utvärdering av regionernas strukturer, processer och resultat för vården vid artros. Syftet med rapporten är att utvärdera hälso- och sjukvården utifrån följsamheten till de nationella riktlinjerna samt om vården och omsorgen bedrivs i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg – det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Utvärderingen omfattar i första hand de områden som ingår i de nationella riktlinjerna. Det innebär att riktlinjernas avgränsningar även påverkar avgränsningarna av utvärderingen. Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna inte tagit ställning till ledproteskirurgi med indikation artros, därför har denna fråga inte inkluderats i utvärderingen. Däremot berör utvärderingens resultat även ledproteskirurgi som en del i behandlingspyramiden.

Intressenter

Utvärderingen riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom regioner och kommuner samt beslutsfattare på nationell nivå. Den kan även vara till nytta för andra intressenter såsom vårdprofessioner, patient- och brukarorganisationer, och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara en källa för att öppet redovisa resultat för kvalitetsutveckling samt ett stöd för den offentliga debatten om vården vid artros.

Socialstyrelsen vill uppmärksamma att vissa delar av rapportens slutsatser och bedömningar är baserade på ett begränsat underlag och därför kan i dessa fall inte långtgående slutsatser dras. När regionerna får större täckningsgrad vad gäller insatser inom primärvården så bidrar detta till bättre och mer värdefulla analyser för verksamhetsplanering och kvalitetsutveckling.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp som består av utredare på Socialstyrelsen och externa experter. Vi har även bjudit in nationella programområden NPO rörelseorganens sjukdomar, NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, Primärvårdsrådet samt patientorganisationen Reumatikerförbundet för information och dialog. Ett stort antal personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Projektorganisationen presenteras i sista avsnittet av rapporten.

Metod

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor:

- Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret, Bättre Omhändertagande av patienter med Artros)
- Svenska Ledprotesregistret (SLR)
- Socialstyrelsens patientregister (PAR)
- Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP)
- Statistikmyndighetens SCB-register
- Försäkringskassans statistikdatabas
- Enkätundersökningar till landets vårdcentraler och primärvårdsrehabiliteringsenheter
- Enkätundersökning till regionledningar
- Regionernas patientadministrativa system, via enkät till regionerna
- Regionernas Kostnad Per Patient (KPP)-databasen
- Primärvårdskvalitet

En mer utförlig beskrivning av datakällorna och metod för datainsamlingen finns i bilaga 1.

Indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård vid artros som en del i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar från 2021 [3]. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i de nationella riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård. Varje indikator har i namnet en bokstav och en siffra. I bilaga 2 finns en förteckning över indikatorerna för artros som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Under utvärderingens gång har Socialstyrelsen reviderat befintliga indikatorer för artros utifrån vårdens utveckling och förändringar i datakällornas inrapporterade variabler. En teknisk beskrivning av indikatorerna finns i en separat indikatorrapport som kan hämtas från Socialstyrelsens webbplats.

- ➔ Läs mer om indikatorerna för artros på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Enkäter och intervjuer

Inom ramen för denna utvärdering har Socialstyrelsen gjort fyra enkätundersökningar. En kartläggning av primärvårdens insatser till personer med artros har gjorts via två enkätundersökningar, en till landets vårdcentraler/hälsocentraler och en till primärvårdrehabiliteringsenheter. Ytterligare en enkät har skickats till regionledningar med syfte att kartlägga regionernas arbete med implementering av nationella riktlinjer och vårdförlopp. Socialstyrelsen har även hämtat uppgifter vad gäller diagnos och handledd fysisk träning vid artros ur regionernas patientadministrativa system, via enkät till regionernas IT-enheter. Metod och deltagare i enkätundersökningarna beskrivs utförligt i bilaga 1. Enkäterna finns att tillgå i bilaga 3. Definitioner och en beskrivning av begrepp vad gäller patientutbildning och fysisk träning som har använts i enkätfrågorna och genom hela rapporten i redovisningen av resultat finns att tillgå i bilaga 4.

Socialstyrelsen har även genomfört två intervjuer med enhets- eller programansvariga fysioterapeuter för att bättre förstå arbetssättet kring fysisk träning vid artros. Intervjuguiden för dessa intervjuer finns att tillgå i bilaga 5.

Redovisning av resultat

I rapporten presenteras resultaten för indikatorerna med Svenska Artrosregistret som datakälla oftast enbart för riket. Resultaten från regionala jämförelser är svårt att tolka eftersom täckningsgraden i Svenska Artrosregistret är låg, och varierar stort mellan regionerna. Resultaten för indikatorerna på regionnivå presenteras för varje region i jämförelse till rikets genomsnitt i bilaga 6 – regionprofiler.

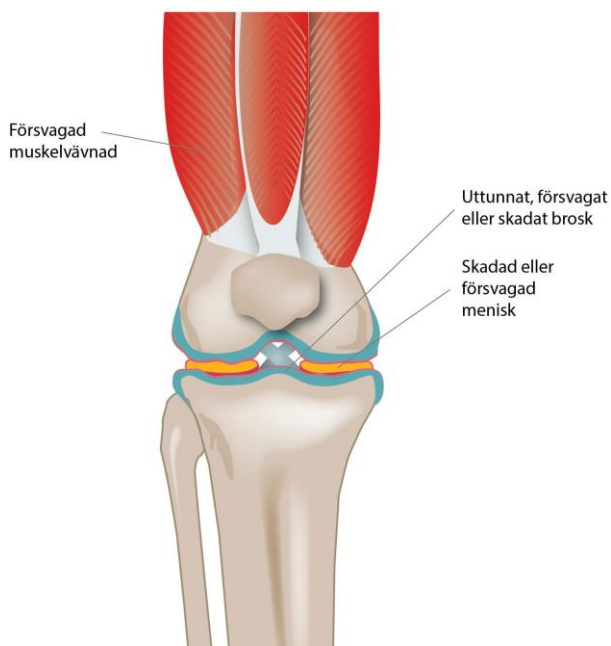
Vad är artros?

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Den innebär bland annat att brosket och andra vävnader bryts ner i en eller flera leder och att musklerna försvagas (figur 1). Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Artros förvärras oftast långsamt, över flera årtionden, men processen kan också gå snabbare.

Sjukdomen förekommer i alla leder. Knä- och höftartros kräver särskilt stora resurser i hälso- och sjukvården. Vid knäartros är till exempel risken för sjukskrivning nästan dubbelt så stor som hos befolkningen i allmänhet [4]. Enligt Försäkringskassans statistik står diagnoserna knä- och höftartros för 2–3 procent av alla sjukskrivningsdagar i Sverige [5].

Artros är starkt åldersrelaterat och förekomsten ökar tydligt efter 50-årsåldern. Var tredje person över 65 år har artros och i den åldersgrupp är sjukdomen den vanligaste orsaken till en fysisk funktionsnedsättning [6]. Men sjukdomen förekommer även hos yngre personer, ofta då i samband med övervikt, obesitas eller en tidigare lefskada på grund av idrott. Risken för artros ökar också med graden av övervikt, och fysisk inaktivitet förekommer ofta i denna patientgrupp. Prevalensen av artros ökar i befolkningen, delvis på grund av att riskfaktorer som högt BMI¹ och fysisk inaktivitet ökar. Dessutom har två av tre personer med artros minst en till kronisk sjukdom, såsom en hjärt-kärlsjukdom eller diabetes [6]. Personer med artros löper också högre risk att dö jämfört med den allmänna befolkningen [7].

Figur 1. Exempel på artros i knäleden (leden sedd framifrån)



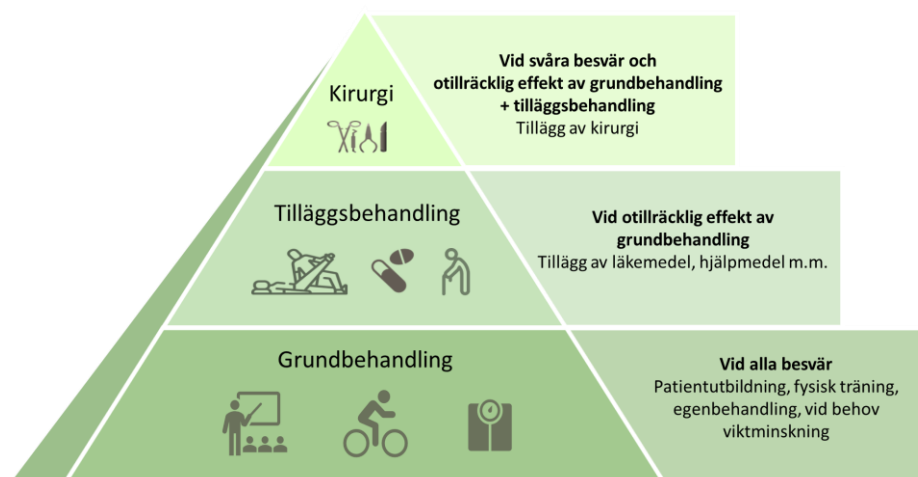
¹ BMI står för Body Mass Index och är en formel för att räkna ut förhållandet mellan vikt och längd.

Behandling vid artros

De allra flesta personer med artros omhändertas inom primärvården. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör vården erbjuda ett strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid till personer med artros i knä eller höft (figur 2) [1].

Förstahandsbehandlingen är fysisk träning handled av fysioterapeut, i kombination med patientutbildning och viktnedgång vid behov. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros vilket ska bidra till ökad motivation för egeninsats vid behandling och ett förbättrat hälsotillstånd. Således är det primärt fysioterapeuter som handlägger personer med artros i primärvården. I vissa fall, när grundbehandlingen inte ger tillfredställande resultat kan en tilläggsbehandling med t.ex. smärtstillande läkemedel vara aktuell. En mindre andel av personer med artros som ses i primärvården har så svåra symtom att varken grund- eller tilläggsbehandling bedöms ha tillräcklig effekt. I dessa fall remitteras patienten till ortoped för ställningstagande till eventuell ledprotesoperation.

Figur 2. Behandlingspyramid för artros



Förutsättningar för nationella utvärderingar av artrosområdet

Förbättringsområden

Förutsättningarna för att nationella utvärderingar och uppföljningar av artrosområdet ska kunna göras behöver förbättras.

- Hälso- och sjukvården behöver öka registreringsgraden till Svenska Artrosregistret.
- Regionerna behöver etablera processer och system för sina egna strukturerade individdata inom primärvården som ger möjlighet att göra den tillgänglig för nationella utvärderingar och uppföljningar. Detta kan ske genom registreringar i vårddatabaser samt anslutning till Primärvårdskvalitet.

Förekomst av diagnosen artros

Socialstyrelsens patientregister omfattar inte diagnoser inom primärvården. Primärvårdskvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, omfattar indikatorer för uppföljning och andra kvalitetsmått för flera av sjukdomarna som handläggs inom primärvården [8]. Sju indikatorer har tagits fram av Primärvårdskvalitet inom området artros. Socialstyrelsen har, med regionernas godkännande, hämtat ut data för indikator Förekomst av diagnos artros, på vårdcentral (Indikator Ar02). Indikatorn visar andelen bland befolkningen listad på vårdcentral som har fått diagnosen artros någon gång de senaste fem åren.

Resultaten visar att 6 procent av befolkningen som är listad på vårdcentral har fått diagnosen artros någon gång under de senaste fem åren. Dessa uppgifter gäller alla artrosdiagnoser och har hämtats ut från vårdcentraler från 13 av 17 regioner som är anslutna till Primärvårdskvalitet. I urvalet ingår alla vårdcentraler inom en region, med undantag för Region Kalmar och Region Stockholm där privata vårdgivare exkluderats. Den regionala variationen i förekomsten av diagnosen var från 3,5 till 8,8 procent, vilket tyder på en underdiagnostisering, särskilt i vissa regioner.

Baserat på dessa uppgifter uppskattas att minst 630 000 personer bland hela Sveriges befolkning har fått diagnosen artros någon gång de senaste fem åren. I forskningsstudier uppskattas att prevalensen av sjukdomen artros i Sverige är ännu högre [9].

Datakvalitet och tolkningssvårigheter

Data för flera av indikatorerna som presenteras i denna rapport har brister och bör tolkas med försiktighet. Huvuddatakälla för indikatorerna är Svenska

Artrosregistret (tidigare BOA-registret) som omfattar cirka 200 000 personer med artros i knä, höft eller hand². Under de senaste fem åren har ca 56 000 personer med knä- eller höftartros haft ett första besök hos fysioterapeut, enligt Svenska Artrosregistret. Under samma period har drygt 600 000 personer bland hela Sveriges befolkning fått diagnosen artros, enligt beräkningen i tidigare avsnitt.

Svenska Artrosregistret ingår inte i Socialstyrelsens täckningsgradjämförelser eftersom Socialstyrelsens patientregister inte innehåller uppgifter från primärvården. Enligt Svenska Artrosregistrets beräkning år 2019 var anslutningsgraden till registret bland primärvårdsenheter ca 60 procent [10]. En jämförelse mellan Svenska Artrosregistret och Svenska Ledprotesregistret visar att enbart 20 procent av personer med knä- eller höftartros bland ledprotesopererade också haft en registrering i Svenska Artrosregistret. Sannolikt är det också ett selektivt urval av vårdgivare som ingår i Svenska Artrosregistret. Efter framtagande av de första kliniska riktlinjerna för artros har Svenska Artrosregistret initierat utbildningar för landets fysioterapeuter kring evidensbaserade insatser till personer med artros, dvs. handledd fysisk träning och patientutbildning genom artroskola. Enheter som bedriver denna typ av vård är sannolikt mer måna om att registrera i Svenska Artrosregistret.

Diagram 1 visar antalet personer med artros i knä eller höft som registrerades i Svenska Artrosregistret under åren 2018–2021, per 100 000 invånare. Registreringsgraden i Svenska Artrosregistret varierar stort mellan regionerna, vilket försvårar regionala jämförelser. Av den anledningen redovisas resultaten för indikatorer med Svenska Artrosregistret som datakälla i de flesta av fallen enbart för riket. Regionernas resultat för indikatorerna redovisas i förhållande till rikets genomsnitt i Bilaga 6 – regionprofiler. Resultaten visar också en stor effekt av covid-19-pandemin på vården vid artros, som speglas av bl.a. antalet registreringar. I vissa regioner har antalet registreringar för åren 2020–2021 varit få (diagram 1).

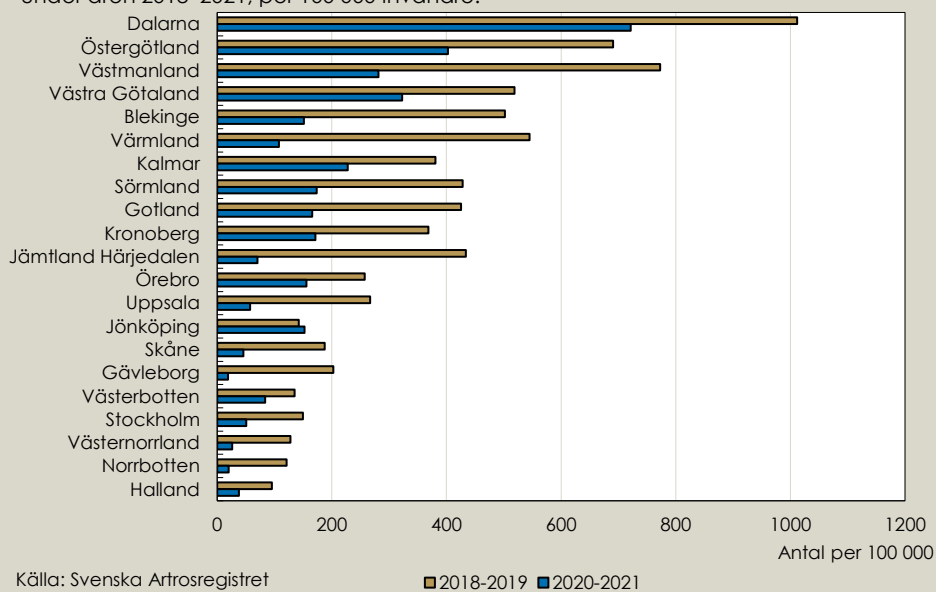
Socialstyrelsens har i enkät till regionerna efterfrågat uppgifter om diagnos och primärvårdens insatser till personer med artros som regionerna erhåller i deras patientadministrativa system. Inrapporterade uppgifter till regionernas patientadministrativa system varierade stort. Andelen med diagnosen knä- eller höftartros bland listad befolkning på vårdcentral varierade mellan 1 och 12 procent. Uppgift om handledd fysisk träning för diagnosgruppen artros saknades i flera regioner. Denna typ av variation är inte specifik för artros.

Sammanfattningsvis baseras bedömningen av resultaten i denna rapport i vissa fall på ett begränsat underlag p.g.a. brister på inrapportering av både uppgift om diagnosen artros och uppgifter om primärvårdens insatser till personer med artros.

² Enligt Svenska Artrosregistret har majoriteten av personer med artrosbesvär i knä- eller höft, både knä och höft eller flera leder

Diagram 1. Antal registreringar i Svenska Artrosregistret

Antal personer med artros i knä eller höft som registrerades i Svenska Artrosregistret under åren 2018–2021, per 100 000 invånare.



Analys av resultat

Denna utvärdering har inneburit ett omfattande arbete med datainsamling som inte är rimligt att genomföra regelbundet. Dessutom är täckningsgraden av insamlade data låg och därmed är resultaten svårtolkade, framför allt vad gäller generaliserbarhet. Utvärderingen visar att insatser till personer med artros som ges i primärvårdens regi långt ifrån alltid registreras. Regionerna behöver ha bättre processer för tillgång till sina egna strukturerade individdata och möjlighet att göra dem tillgängliga för nationella utvärderingar och uppföljningar samt egna uppföljningar.

För att kunna utvärdera och följa upp hur riktlinjernas rekommendationer efterlevs är det en förutsättning att det finns nationella datakällor. Valfungerande register är ett måste för att få en god datakvalitet för utvärdering och uppföljning. Regionernas anslutning till Svenska Artrosregistret är en angelägen insats för att kunna bedriva utvecklingsarbete, nationella utvärderingar och uppföljningar samt forskning. I utvärderingen framkom att Västra Götalandsregionen infört en ersättning vid registrering som ökat registreringsgraden i Svenska Artrosregistret avsevärt. En samordnarfunktion i regionen kan också vara en åtgärd som kan öka registreringsgraden. I Region Örebro pågår ett projekt där regionsamordnare besöker alla vårdcentraler i regionen för att öka kunskap om evidensbaserade åtgärder vad gäller grundbehandling vid artros samt registreringsgraden i Svenska Artrosregistret.

I februari 2021 lämnade Socialstyrelsen förslag på ändringar av förordningen till patientregistret, så att det även kan innehålla uppgifter från primärvården [11]. Nuvarande patientregister innehåller endast uppgifter från slutenvård och öppen specialiserad vård. I och med utredningen om ett utvidgat patientregister ger myndigheten förslag på uppgifter och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän i primärvården.

Diagnostik och utredning

En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har tydliga skador som kan ses t.ex. i röntgen, och tvärtom. Patientens symtom och egen sjukdomsberättelse är därför avgörande för en korrekt och tidig diagnos, tillsammans med en klinisk undersökning.

Bilddiagnostik med röntgen eller ultraljud behövs däremot mycket sällan för att ställa diagnos. Bilddiagnostik med röntgen är ett viktigt komplement i utredningen om det finns misstankar om andra allvarliga sjukdomar, till exempel cancer. Enligt riktlinjernas rekommendation bör bilddiagnostik med magnetkamera inte användas i artrosutredningar. Att påbörja en artrosutredning med remiss till bilddiagnostisk undersökning ökar kostnaden utan större nytta och kan fördröja start av behandling. Istället är det en bedömning av fysioterapeut som behövs i första hand när patient med misstänkt artros eller ledsmärta söker till vårdcentral.

Socialstyrelsens indikator mäter följsamhet till riktlinjernas rekommendation om att undgå bilddiagnostik innan man fastställt den kliniska diagnosen artros (tabell 1). Den nationella målnivån för andelen personer med artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning är ≤ 25 procent [12].

Tabell 1. Indikatorer i nationella riktlinjer som följer rekommendationer om bilddiagnostik.

Nr	Indikator	Rekommendation	Nationell målnivå
A6	Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros	A1:2, A1:3	≤ 25 %

Förbättringsområden

Hälso- och sjukvården kan förbättra och optimera processerna för diagnostik och utredning vid artros genom att

- optimera vårdflödet för personer med artros genom en effektiv triagering till fysioterapeut
- minska bilddiagnostiska undersökningar för att fastställa diagnosen artros
- öka kunskap om artros hos primärvårdspersonal genom att ge möjlighet till fortbildning och genom tillgång till kliniska kunskapsstöd som är i enlighet med riktlinjernas rekommendationer
- mer aktivt stödja personer med artros i sina kontakter med rehabiliteringsverksamhet.

Handläggning av ny patient med artros på vårdcentral

Vid misstänkt artros behövs en bedömning av fysioterapeut för att ställa diagnos. Enligt de personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för knä- och höftartros triageras ny patient med misstänkt artros eller försämring av tidigare artros i första hand till en fysioterapeut för klinisk utredning och bedömning [13,14]. Socialstyrelsen har i en enkätundersökning frågat vårdcentralerna hur ingången till vården ser ut för ny patient med misstänkt artros eller ledsmärta. Av 878 vårdcentraler/hälsocentraler som tillfrågades har 325 stycken svarat på enkäten (38 procent svarsfrekvens).

Enkätresultaten visar att merparten av nya patienter med misstänkt artros eller ledsmärta bedöms av fysioterapeut. Fyra av fem vårdcentraler anger att de har rutin för hur en ny patient med misstänkt artros eller ledsmärta tas om hand. För merparten av dessa ingår det i rutinen att patienten har ett fysiskt besök för undersökning hos fysioterapeut innan man inleder behandling. Var fjärde vårdcentral anger att fysioterapeut med kunskap om artros inte finns tillgänglig på vårdcentral, och då blir det ofta ett första besök till primärvårdsläkare eller att patienten hänvisas till rehabiliteringsverksamhet (se även nästa stycke om tillgång till fysioterapeut). I vissa fall är en sjuksköterska en första instans som triagerar vidare.

Av enkäten framkom att i många fall träffar fysioterapeuten patienten först, men mer ofta än sällan är primärvårdsläkaren den första instansen (diagram E1). Det framkom också att fysioterapeuter kan ställa diagnosen artros, dock i de allra flesta fall träffar patienten primärvårdsläkaren också innan diagnosen fastställs och förs in i journalen. I ca 10 procent av fallen är det en ortoped som ställer diagnosen artros i tidigt skede, och det finns vårdcentraler särskilt i vissa regioner där detta är mer regel än undantag (diagram E2). Flera respondenter kommenterar också att många patienter själva söker sig till ortoped, och att i brist på fysioterapeut blir det ett läkarbesök istället. I de fall det finns brist på erfaren personal med kunskap om artros på vårdcentral är ett första besök till primärvårdsläkaren oftare förknippat med en ”onödig” röntgenundersökning, säger respondenterna.

Diagram E1. Vem träffar ny patient först?

När en ny patient med misstänkt artros eller ledsmärta söker vård på din vårdcentral/hälsocentral, vem träffar patienten först?

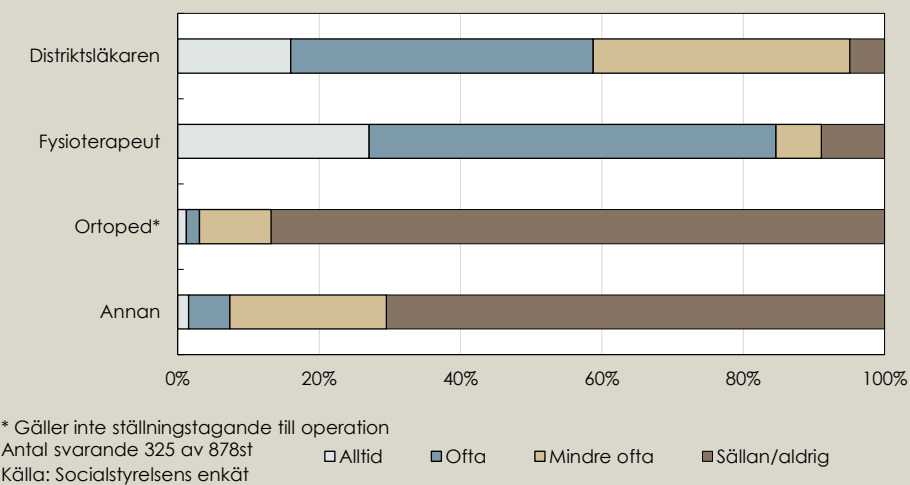
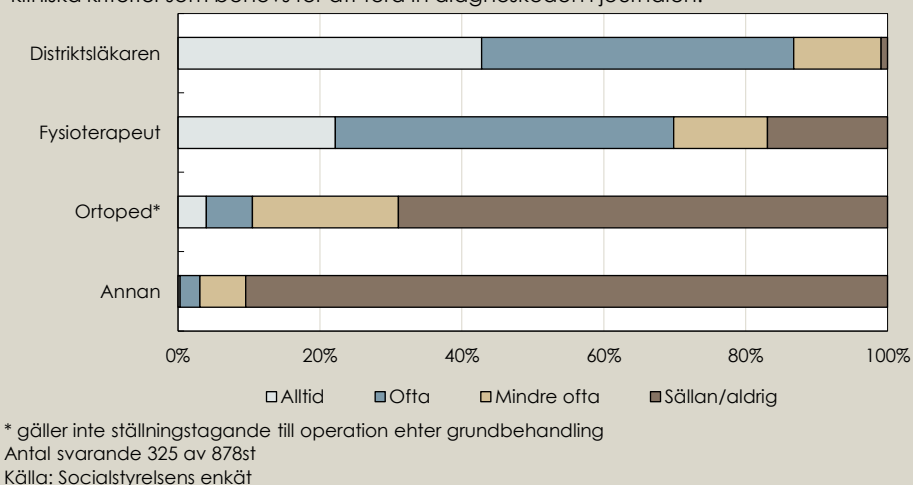


Diagram E2. Vem ställer diagnosen artros?

Vem ställer diagnosen artros? Med att ställa diagnos avses att patienten uppfyller de kliniska kriterier som behövs för att föra in diagnoskoden i journalen.



Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att kunskapen hos respondenterna finns om att vid misstänkt artros bör en bedömning av fysioterapeut ske vid diagnosställning. Emellertid visar resultaten att begränsad tillgång eller erfarenhet hos vårdpersonal kan resultera i flera besök i primärvården innan diagnosen fastställs. Brist på kunskap om artros och dess diagnostik och behandling kan leda till en större kostnad, inte minst p.g.a. bilddiagnostiska undersökningar som inte tillför större nytta (se vidare avsnitt om bilddiagnostik och avsnitt om kostnader för artrosvården).

Tillgång till fysioterapeut

I de flesta regioner är artrosvården organiserad på så sätt att grundbehandlingen för artros ges på vårdcentralen. För dessa regioner innebär detta att fysioterapeut med kunskap om artros behöver finnas på vårdcentralen eller att

flera vårdcentraler t.ex. kan dela på en fysioterapeut som har kunskap om grundbehandling vid artros. I minst sju av 21 regioner finns fysioterapeuter som behandlar artros även på offentliga eller privata rehabiliteringsenheter som har avtal med regionen för primärvårdsrehabilitering (se tabell i metodbilaga 1). Det finns även fristående privata fysioterapeuter som har avtal med regionen för primärvårdsrehabilitering eller enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF³, som också behandlar artrospatienter. Andelen personer med artros som behandlas inom dessa olika vårdinstanser varierar stort från region till region. I Västra Götalandsregionen till exempel, och till viss del i Region Stockholm, ges grundbehandlingen i högre utsträckning på rehabiliteringsenhet än på vårdcentral (se tabell i bilaga 1).

Socialstyrelsens enkätundersökning till vårdcentraler visar att det finns fysioterapeut med kunskap om artros tillgänglig på vårdcentral på tre av fyra vårdcentraler. Ungefär en femte del av respondenterna anger att de samverkar med andra vårdcentraler, primärvårdsrehabiliteringsenheter eller privata fysioterapeuter när de själva har begränsad tillgång till fysioterapeut. Var tolfte vårdcentral anger att de inte har tillgång till fysioterapeut alls, och inte heller samverkar med annan enhet. Diagram E3 visar tillgång till fysioterapeut per region, på vårdcentral eller via annan enhet.

Enligt Socialstyrelsens nationella planeringsstöd som analyserar tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal bedömer 15 av 21 regioner att de har brist på fysioterapeuter, särskilt de med yrkeserfarenhet [15]. År 2022 var cirka 13 800 fysioterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården i riket, varav 64 procent i offentlig sektor och 36 procent i privat sektor [15]. Diagram 2 visar antal fysioterapeuter per region och 100 000 invånare, uppdelat på offentlig och privat regi.

³ Fysioterapeuter som bedriver privat verksamhet enligt Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF har inte inkluderats i datainsamlingen.

Diagram E3. Tillgång till fysioterapeut med kunskap om artros på vårdcentral

Andel vårdcentraler/hälsocentraler där det finns tillgång till fysioterapeut som tar hand om artrospatienter.

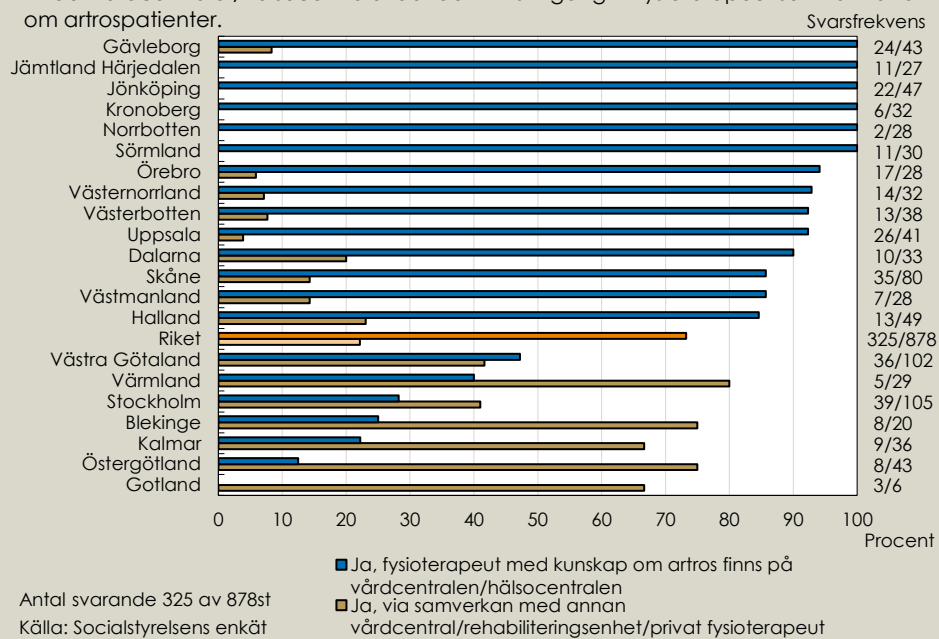
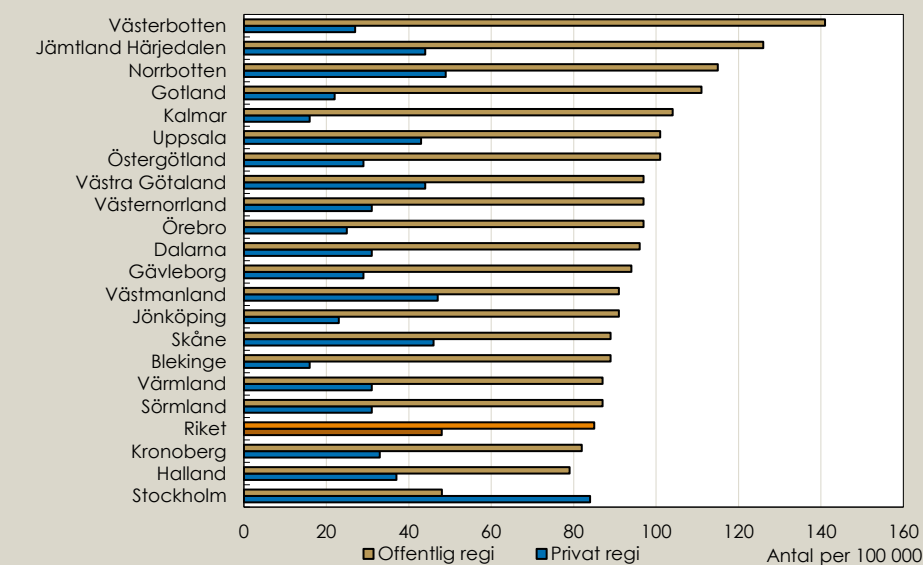


Diagram 2. Fysioterapeuter per region

Fysioterapeuter per 100 000 invånare, år 2019.



Källa: HOSP-registret, Socialstyrelsen.

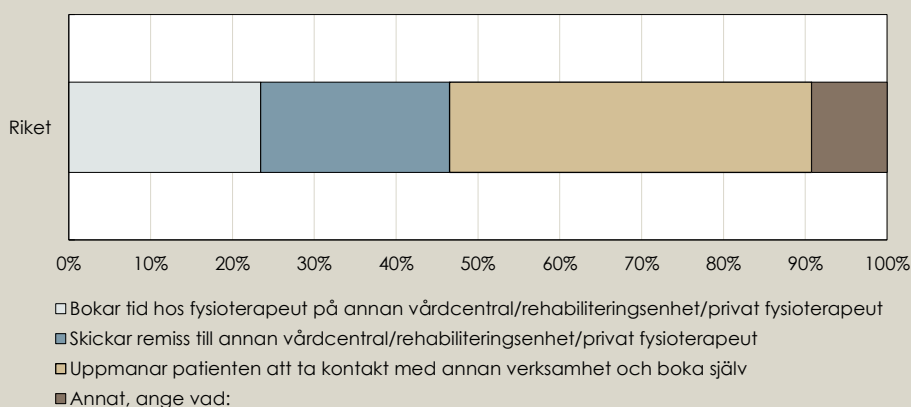
I enkätundersökningen till vårdcentraler har Socialstyrelsen också kartlagt hur vården stödjer en person med misstänkt artros eller ledsmärta att komma rätt i vården när fysioterapeut med kunskap om artros inte finns på vårdcentralen. Nästan hälften av respondenterna anger att de stödjer nya patienter genom att boka tid hos en annan enhet eller skickar remiss till en vårdinstans där fysioterapeut finns. Nästan varannan patient uppmanas dock att själv kontakta en rehabiliteringsmottagning och boka tid (diagram E4).

Socialstyrelsen har också gjort en enkätundersökning till primärvårdsrehabiliteringsenheter (beskrivs mer utförligt i nästa avsnitt). I denna undersökning framkom att när rehabiliteringsverksamheten är skild från vårdcentralen får rehabiliteringsverksamheten inte alltid kännedom om patienten.

Enligt Reumatikerförbundets patientenkät år 2022 anger hälften av personer med artros som svarat på enkäten att de inte har fått någon rehabilitering under de senaste fem åren. Merparten av dessa har svarat att de antingen inte har fått information eller inte har bett om rehabilitering [16].

Diagram E4. Stöd till patienten vad gäller kontakt med rehabiliteringsverksamhet

När fysioterapeut med kunskap om artros inte finns tillgänglig på vårdcentralen / hälsocentralen så hanterar vårdcentralen / hälsocentralen det på följande sätt.



Antal svarande 260st

Källa: Socialstyrelsens enkät

Tillgång till allmänläkare

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2023 visar en brist på allmänläkare i 16 av 21 regioner. År 2022 var det knapp 6 305 allmänläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården, varav 61 procent i offentlig sektor och 39 procent i privat sektor [15]. Diagram 3 visar fördelningen av allmänläkare per 100 000 invånare och region år 2019, uppdelat på offentlig och privat regi.

Allmänläkare är dock inte den professionen som primärt handlägger artros. Traditionellt är primärvårdsläkaren på vårdcentral patientens ingång till vården, men vad gäller artros är fysioterapeutens roll central. När tillgång till fysioterapeut med kunskap om artros och en effektiv triagering finns minskar behovet av ett ingångsbesök till primärvårdsläkare.

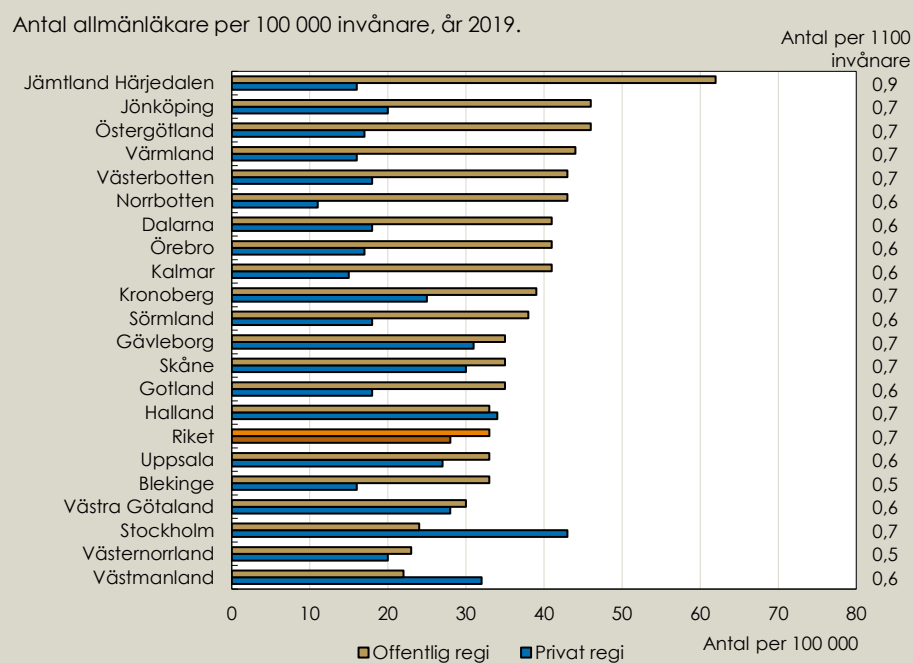
Efter en första insats av grundbehandling, och i de fall det konstateras att insatsen varit adekvat men effekten av fysisk träning på smärtlindring inte varit den förväntade, behövs det en bedömning av primärvårdsläkare om patienten behöver flytta till nästa nivå i behandlingspyramiden, t.ex. tillägg av läkemedelsbehandling för att lindra smärtan. P.g.a. samsjuklighet kan det också finnas behov av behandling för t.ex. depressiva besvär och sömnstörning innan beslut tas att patienten inte får tillräcklig besvärslindring för sin artros av grundbehandlingen.

Ofta återkommer dock personer med artros till vårdcentralen med smärtproblem för att de inte har fått en adekvat första insats, dvs. handledd fysisk

träning i den omfattning som behövs för att uppnå en smärtlindrande effekt (diskuteras ingående i avsnittet om patientutbildning och fysisk träning och avsnittet om behandlingspyramid). Av enkätundersökningen framkom att brist på kunskap hos primärvårdsläkare vad gäller artros och dess behandlingsmöjligheter gör att tekniska undersökningar såsom bilddiagnostik för att ställa diagnos fortfarande används i hög utsträckning, och att remiss till ortoped förekommer i tidigt skede. Därutöver leder avsaknaden av adekvat uppföljning av grundbehandlingen till fler besök hos primärvårdsläkare och att personer med artros flyttas till nästa nivå i behandlingspyramiden för tidigt.

Sammanfattningsvis visar resultaten att det snarare är brist på kunskap, än brist på tillgång som leder till en suboptimal handläggning av personer med artros som besöker läkare inom primärvården.

Diagram 3. Allmänläkare per region



Bilddiagnostik

Indikatorn mäter andelen personer med symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning. En låg andel eftersträvas. I jämförelsen inkluderas alla som enligt Svenska Artrosregistret haft ett första besök till fysioterapeut innan de inleder behandling.

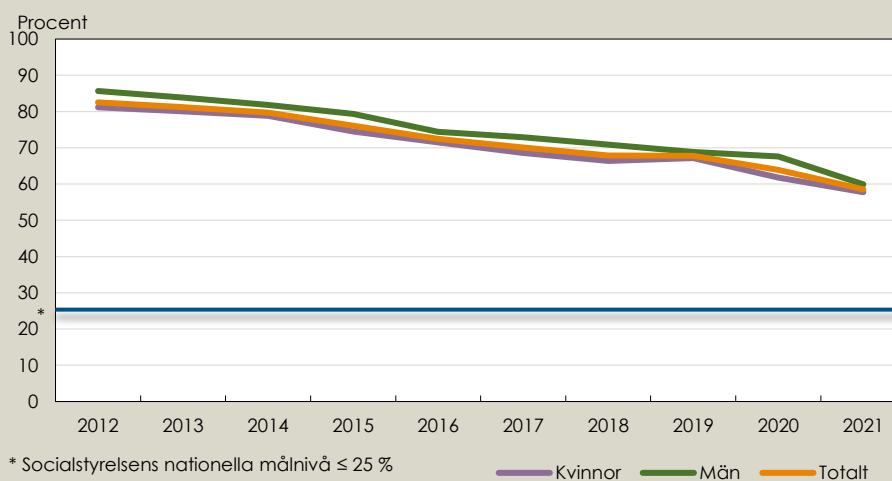
Resultaten visar att användning av bilddiagnostik för att fastställa diagnosen artros minskar långsamt (diagram A6). Framförallt är det röntgenundersökningar som minskar. Även om magnetkamera används mer sällan ligger rikets genomsnitt för andelen med misstänkt artros som får en magnetkameraundersökning stabilt på ca 10 procent de senaste åren [12]. Fler bilddiagnostiska undersökningar görs på män än kvinnor (diagram A6). Skillnaden

mellan könen i andelen som får en bilddiagnostik undersökning har varit mellan 2 och 5 procentenheter de senaste fyra åren.

Även om användning av bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning minskar ligger rikets genomsnitt år 2021 på 59 procent, mycket över den nationella målnivån på ≤ 25 procent. Den regionala variationen är också stor, mellan 38–83 procent (se regionernas resultat i bilaga 6 – regionprofiler).

Diagram A6. Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros

Andel personer med symptom som ger misstanke om artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning. Med bilddiagnostik avses röntgen och magnetkamera.



Fortbildning av vårdpersonal inom primärvården

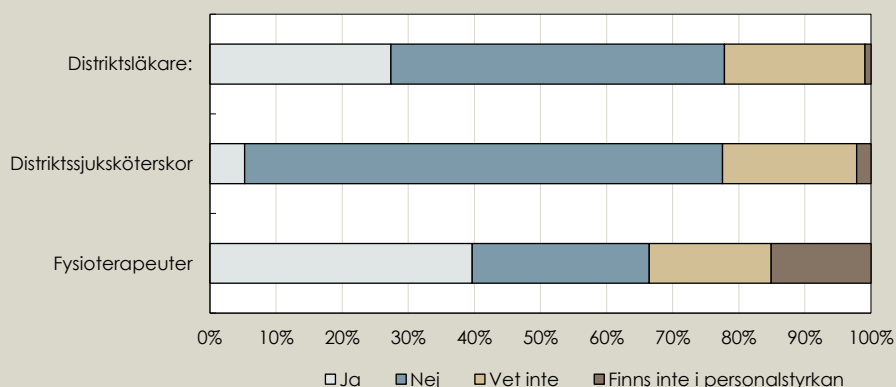
Socialstyrelsen har i enkäten till vårdcentraler och primärvårdsrehabiliteringsenheter frågat om hälso- och sjukvårdspersonal i relevanta yrkeskategorier fått fortbildning i artrosvård under åren 2019–2021. För de 325 (av 878) vårdcentraler som svarat på enkäten visar resultaten att cirka 40 procent av fysioterapeuter som arbetar på vårdcentral har fått fortbildning i artrosvård under perioden (diagram E5). För primärvårdsrehabiliteringsenheter var motsvarande siffra lika med 45 procent. I de allra flesta fall omfattade fortbildningen viktiga budskap som utgör rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer t.ex. om bilddiagnostik och handledd fysisk träning. Att mindre än en fjärdedel av patienterna med artros tränar i den form och omfattning som enligt vetenskaplig evidens ger effekt var däremot mindre känd.

Var fjärde läkare inom primärvården har fått fortbildning i artrosvård under samma period. För sjuksköterskor var andelen vårdcentraler som angivit att denna personalkategori har fått fortbildning mycket lägre, närmare bestämt 5 procent. Flera respondenter har kommenterat att väldigt få utbildningar erbjöds under covid-19-pandemin. Respondenterna har också lyft att bristen på tillgängligheten till dessa personalkategorier begränsar möjligheten till fortbildning.

Att det är primärt fysioterapeuter som får fortbildning i artrosvård är något förväntat. Samtidigt bedömer Socialstyrelsen att kunskap om artros behöver förbättras hos övriga personalkategorier inom primärvården för att kunna effektivisera vårdflödet, och för att öka följsamheten till riktlinjernas rekommendationer.

Diagram E5. Fortbildning av primärvårdspersonal i artrosvård

Andel av personalen i följande yrkeskategorier som fått fortbildning i artrosvård under perioden 1/1 2019 till 31/12 2021.



Antal svarande 325 av 878st

Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys av resultat

Handläggningen av ny patient med misstänkt artros eller ledsmärta på vårdcentral behöver optimeras. Bilddiagnostiska undersökningar som inte tillför nytta behöver minska, både för att de ökar kostnaden med också för att frigöra resurser som är bristvara för patienter med större behov av dessa. Tillgång till vårdpersonal med kunskap om artros behöver öka. Resultaten visar att var fjärde vårdcentral inte har fysioterapeut med kunskap om artros tillgänglig på vårdcentral. Vårdcentraler som inte har tillgång till fysioterapeut eller samverkar med annan primärvårdsrehabiliteringsenhet för fysioterapirens behov mer aktivt stödja patienten i sin första kontakt med rehabiliteringsverksamheten.

En effektiv triagering och flera fysioterapeuter med kunskap om artros som kan ställa diagnos kan minska besöksstrycket hos primärvårdsläkare. En förbättrad kunskap hos primärvårdsläkare behövs också för att fler ska kunna starta grundbehandlingen utan att de först remitteras till röntgen eller ortoped. Patienterna behöver bli upplysta vid första kontakt med vården att en bedömning av fysioterapeut behövs för artrosdiagnos, och att handledd fysisk träning och patientutbildning är förstahandsbehandlingen för artros. Detta oavsett profession som möter patienten vid första besök. Att höja kunskapen om artros hos primärvårdspersonal kommer att bidra till en mer effektiv användning av vårdresurser men också till en tydlighet och struktur som ger personer med artros en bra och trygg start i sina kontakter med vården. Det är också viktigt att nationella kliniska kunskapsstöd för primärvården är uppdaterade och innehåller information som överensstämmer med nationella riktlinjer.

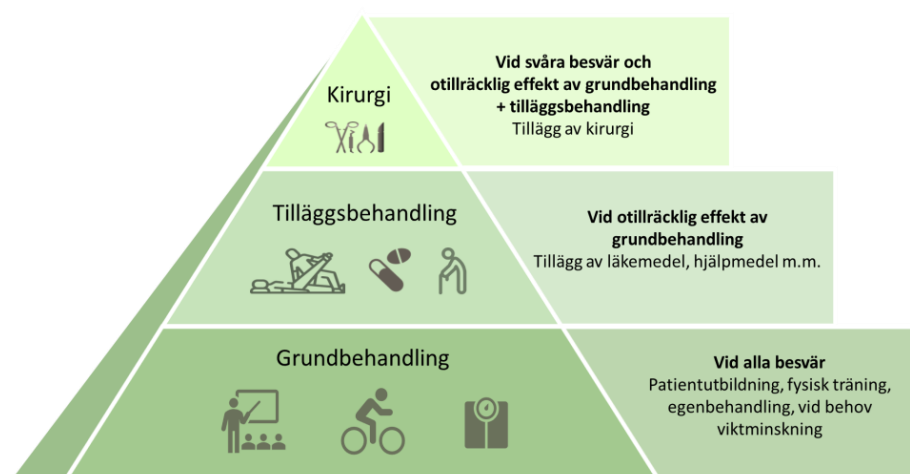


I enlighet med omställningen till God och nära vård behöver regionerna mer aktivt arbeta med att ge professionen de organisatoriska förutsättningarna de behöver för en optimal handläggning av personer med artros på vårdcentral. Främst handlar dessa om bemanning, möjlighet till fortbildning och kompetensförsörjning. De allra flesta personer med artros handläggs inom primärvården, och det är primärvården där grundbehandlingen ges. Om artrosvården lyckas effektivisera vårdflödet vid nyinsjuknande kommer tekniska undersökningar som inte tillför nytta på sikt att minska, och en högre andel kommer få grundbehandling.

Strukturerat omhändertagande

Ett strukturerat omhändertagande och behandling vid artros syftar till att personer med artros ska få rätt vård i rätt tid. Vårdinsatserna ges på tre nivåer (behandlingspyramid) där patienterna börjar med grundbehandling. Viktiga delar i grundbehandlingen är patientutbildning om sjukdomen artros, handledad strukturerad och individanpassad fysisk träning, samt viktreduktion vid behov. De patienter som inte får tillfredsställande resultat av grundbehandlingen får en tilläggsbehandling med smärtlindrande läkemedel, hjälpmedel för avlastning eller annan passiv behandling. För en mindre andel patienter ger grund- och tilläggsbehandling inte tillräcklig besvärslindring. De remitteras därför till ortopedkirurg för ställningstagande till eventuell operation (figur 3). Strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid vid artros i knä eller höft har fått prioritet 2 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer [1].

Figur 3. Behandlingspyramid för artros



Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för att mäta följsamhet till riktlinjernas rekommendation om behandlingspyramid (tabell 2).

Tabell 2. Indikatorer i nationella riktlinjer som följer rekommendationen om behandlingspyramid.

Nr	Indikator	Rekommendation	Nationell målnivå
A5	Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning	A1:0	-
A4	Patientutbildning och träning före ledprotesoperation	A1:0	≥ 80 %

Förbättringsområden

Hälso- och sjukvården kan öka följsamheten till rekommendationen om behandlingspyramid genom att

- ge strukturerad information om artros och dess behandlingsmöjligheter och i högre utsträckning erbjuda fysisk träning som behandling för artros
- minska användning av smärtstillande läkemedel genom att mer aktivt informera allmänheten om den begränsade smärtstillande effekten samt riskerna.

Regionerna behöver skapa förutsättningar för en ökad samverkan mellan specialiteter inom fysioterapi, allmänmedicin och ortopedi. Det behöver också finnas system där utförda insatser och resultaten av grundbehandlingen kommuniceras mellan vårdinstanser. Detta för att möjliggöra en bedömning om behov av förflyttning mellan behandlingspyramidens olika nivåer.

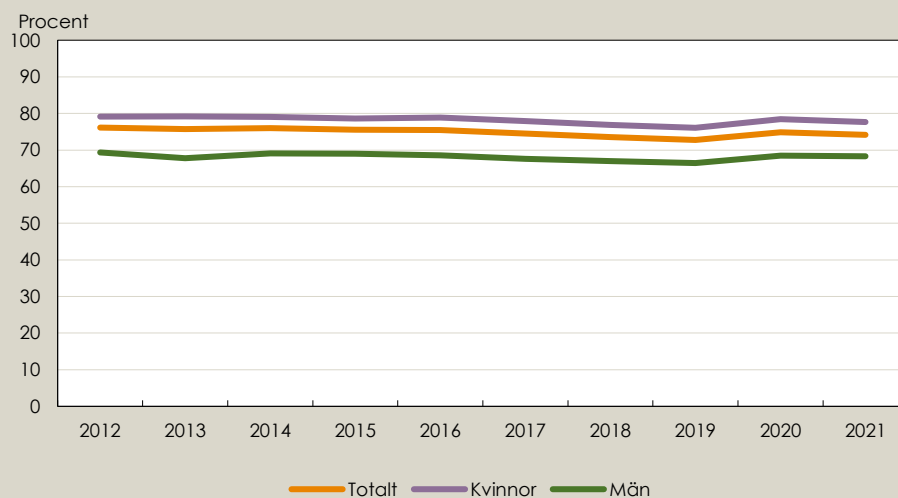
Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning

Indikatorn visar andelen personer med artros i knä eller höft som fått smärtlindrande läkemedel p.g.a. sin artros före patientutbildning och fysisk träning. En låg andel eftersträvas. I dagsläget är det inte möjligt att följa upp ordinerade läkemedel, dvs. i vilken omfattning vården förskriver smärtstillande läkemedel till personer med artros före grundbehandling. Samtidigt kan man konstatera att det även finns en konsumtion av receptfria smärtlindrande läkemedel bland personer med artros. Indikatorn baseras på en fråga i Svenska Artrosregistret till personer med artros i knä eller höft bland de som haft ett första besök till fysioterapeut, om de har fått smärtlindrande läkemedel de senaste tre månaderna p.g.a. sin artros. Frågan avser att uppskatta konsumtionen av läkemedel som patienterna med artros äter när de startar grundbehandling.

En viss nivå av läkemedelsanvändning före grundbehandling kan motiveras av att patienten kan behöva smärtlindring kortsiktigt, för att kunna komma igång med träningen. Resultaten visar dock att en hög andel får smärtstillande läkemedel före grundbehandling. Andelen har varit i stort sett oförändrad sedan 2012, och ligger på drygt 70 procent (diagram A5). Kvinnor får smärtlindrande läkemedel i högre utsträckning än män. Skillnaden mellan könen i självrapporterad konsumtion av smärtstillande läkemedel är nästan 10 procentenheter (diagram A5).

Diagram A5. Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning

Andel personer med artros i knä eller höft som fått smärtlindrande läkemedel p.g.a. sin artros före patientutbildning och fysisk träning.



Patientutbildning och träning före ledprotosoperation

Indikatorn visar andelen personer med artros i knä eller höft som fått patientutbildning och handledd fysisk träning före ledprotosoperation. En hög andel eftersträvas. Indikatorn har reviderats från tidigare publicerad version av nationella riktlinjer. I nuvarande version hämtas indikatorn ut via samkörning av uppgifter från det Svenska Ledprotosregistret och Svenska Artrosregistret. Mätpopulationen är personer med artros som fått den i riktlinjerna rekommenderade insatsen av handledd fysisk träning kombinerad med patientutbildning (alla de som tränat minst en gång handledt ingår i mätningen). På grund av skillnaden i täckningsgrad mellan Svenska Ledprotosregistret och Svenska Artrosregistret har ytterligare två mått tagits fram:

- andelen personer med artros i knä eller höft som fått patientutbildning och fysisk träning (all träning, ej bara handledd) före ledprotosoperation
- andelen ledprotosopererade som har en registrering i Svenska Artrosregistret.

Diagram A4a visar att andelen som fått patientutbildning och handledd fysisk träning före ledprotosoperation var som högst år 2019 på drygt 8 procent. Andelen som fått patientutbildning och fysisk träning (ej nödvändigtvis handledd) var 13 procent. Andelen ligger mycket under Socialstyrelsens nationella målnivå på ≥ 80 procent (diagram A4a).

Socialstyrelsen konstaterar att resultaten för indikatorn är svårtolkade. I tidigare redovisning av indikatorn när nationell målnivå togs fram låg rikets genomsnitt för år 2019 på 47 procent, vad gäller andelen personer med höftartros som fått patientutbildning och fysisk träning före höftprotosoperation [12]. Resultaten för indikatorn som redovisades i målnivårapporten har dock tagits fram enligt tidigare indikatorbeskrivning, baserad på en fråga i Svenska

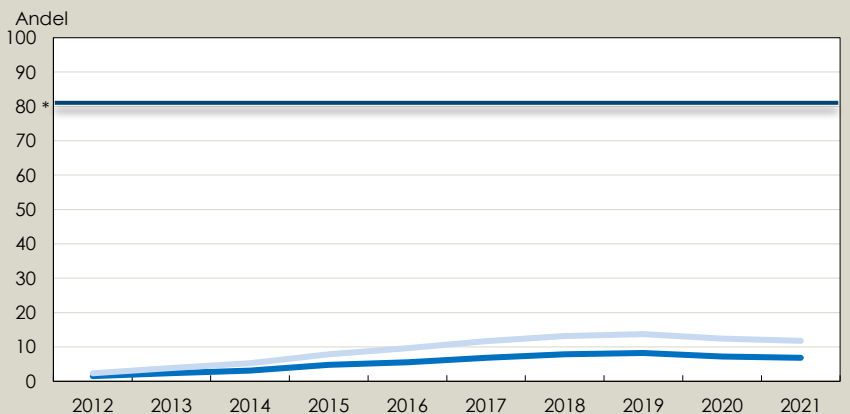
Höftprotesregistret till personer som skulle genomgå höftprotesoperation om de har deltagit i ”artrosskola”. Den stora diskrepansen mellan de två sätt att ta fram resultaten kan delvis bero på en underrapportering av insatsen patientutbildning och fysisk träning i befintliga register. En annan orsak kan vara att fysioterapeutens bedömning av utförd insats skiljer sig från patientens egen bedömning.

Det finns en stor skillnad i täckningsgraden mellan Ledprotesregistret och Artrosregistret. Enligt Socialstyrelsens täckningsgrad jämförelse år 2020 hade Svenska Höftprotesregistret en täckningsgrad på drygt 97 procent [17]. Svenska Knäprotesregistret och Svenska Höftprotesregistret, båda med hög täckningsgrad vad gäller ledproteskirurgi, har sedan 2021 bildat Svenska Ledprotesregistret. Andelen ledprotesopererade som har en registrering i Svenska Artrosregistret var dock enbart 20 procent (diagram A4b), vilket också talar för att resultaten för indikatorn sannolikt inte stämmer helt överens med verkligheten. Begränsat till de 20 procent som finns med i båda register är rikets genomsnitt år 2019 för andelen som får patientutbildning och handledd fysisk träning 38 procent, och för all träning 63 procent. Dessa siffror är inte heller representativa eftersom stor del av artrospopulationen som finns i Ledprotesregistret saknas i Svenska Artrosregistret. Enligt Reumatikerförbundets patientenkät år 2022 anger hälften av artrospatienter som svarat på enkäten att de inte har fått någon rehabilitering under de senaste fem åren.

Sammanfattningsvis och trots osäkerheten i tillgängliga data är det tydligt att dagens nivå som erhållit grundbehandling före ledprotesoperation ligger långt under den nationella målnivån på minst 80 procent.

Diagram A4a. Patientutbildning och träning före ledprotesoperation

Andel personer med artros i knä eller höft som fått patientutbildning och fysisk träning före höftledprotesoperation.

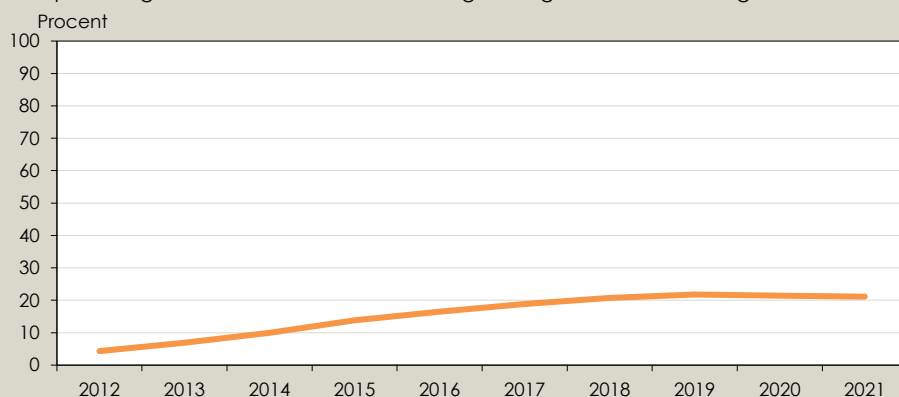


* Socialstyrelsens nationella målnivå \geq 80 procent

Källa: Ledprotesregistret och Svenska Artrosregistret

Diagram A4b. Andel ledprotosopererade som har en registrering i Svenska Artrosregistret

Andel personer med knä- eller höftartros som fått en ledprotosoperation enligt Ledprotosregistret och som också har en registrering i Svenska Artrosregistret.



Källa: Ledprotosregistret och Svenska Artrosregistret

Analys av resultat

Vad gäller läkemedelsbehandling före patientutbildning och fysisk träning konstaterar Socialstyrelsen att det till viss del finns svårigheter med tolkningen av resultaten eftersom indikatorn baseras på en fråga till patienten och inte förskrivna läkemedel p.g.a. artros som registreras i Svenska Artrosregistret eller Socialstyrelsens läkemedelsregister. När uppgift om ordinationsorsak är tillgänglig i läkemedelsregistret kan man ta fram data för indikatorn på ett mer tillförlitligt sätt, för att kunna bedöma om vården följer riktlinjernas rekommendation om behandlingspyramiden.

Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att det är bekymmersamt att så många personer med artros får smärtlindrande läkemedel. Dessutom har dessa läkemedel biverkningar vid kronisk användning. Även om inte alla smärtstillande läkemedel är ordinerade behöver vården mer aktivt arbeta med information till personer med artros vad gäller riskerna. Rekommendationer i nationella riktlinjer behöver kommuniceras bredare genom t.ex. apotek och 1177 och andra informationskanaler till allmänheten. Fysisk träning och dess smärtlindrande effekt vid artros behöver lyftas fram ytterligare som en riskfri behandling med minst likvärdig smärtlindring.

Vad gäller patientutbildning och fysisk träning före ledprotosoperation konstaterar Socialstyrelsen att vidare utveckling i befintliga datakällor behövs för att kunna ta fram data för indikatorn på ett tillförlitligt sätt. Med det sagt är det uppenbart att samtliga specialiteter inom fysioterapi, allmänmedicin och ortopedi behöver samverka för att kunna nå den nationella målnivån på ≥ 80 procent för andelen som får patientutbildning och fysisk träning före ledprotosoperation. Personer med artros behöver bli upplysta oavsett profession man träffar om att fysisk träning är en effektiv och riskfri behandling för artros. Det behöver också finnas ett system där utförda insatser och resultaten av grundbehandlingen kommuniceras mellan vårdinstanser för att överhuvudtaget kunna göra en bedömning om lämplig nästa insats. En adekvat första insats av handledd fysisk träning behövs innan en bedömning kan göras om patientens eventuella förflyttning till nästa nivå i



behandlingspyramiden. I kommunikation med NPO rörelseorganens sjukdomar lyftes att det i vissa regioner kan vara mer än hälften av personer med artros som efter en första bedömning inom ortopedin återremitteras till primärvården för grundbehandling.

Därutöver finns det stora vinster med att senarelägga eller t.o.m. helt undvika en ledprotesoperation genom en adekvat grundbehandling, om det kan ske på ett sätt där patienten får lindring i sin smärta och upplever förbättring av sin funktion. Forskningen visar att man kan förvänta sig samma effekt av träning oavsett svårighetsgrad av sjukdomen, och att fysisk träning som behandling ger en tydlig smärtlindring även hos de med svår artros i knä som väntar på en ledprotesoperation [18].

Patientutbildning och fysisk träning

Patientutbildning och fysisk träning utgör grundbehandlingen för personer med artros. Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros och dess behandlingsmöjligheter vilket ska bidra till ökad motivation för egeninsats vid behandling och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Träningen behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan. Detta är också viktigt för att förbättra den generella hälsan hos personer med artros som ofta har samsjuklighet och låg fysisk aktivitetsnivå.

För att uppnå smärtlindring och funktionsförbättring vid artros har forskning visat att träning minst två, gärna tre, gånger i veckan behövs för optimal effekt. Träningen ska vara individuellt utprovad och handledd av fysioterapeut, eftersom smärtan kan vara en barriär både för att komma igång med träningen och för att fortsätta med träningen. Därför, och för en bättre följsamhet till behandlingen, är fysioterapeutledd träning att rekommendera för personer med artros. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har fysisk träning prioritet 2, och patientutbildning som tillägg till fysisk träning prioritet 3.

I klinisk praxis önskar personer med artros inte alltid fysisk träning som behandling eftersom det inte ses som ”riktig” behandling, kräver en egen insats och kan vara tidskrävande. Ofta har personer med artros en bristande kunskap om vad träning vid artros innebär och att effekten kan vara förvånansvärt god. Idag rekommenderas därför kombinationen av utbildning (minst 2 tillfällen om 60 minuter) och handledd träning under tillräckligt lång tid (minst 6 veckor) för att uppleva både medgång och motgång för att på bästa sätt öka personers motivation och kapacitet att starta och genomföra träning som behandling av artros. Internationella resultat från t.ex. GLA:D-programmet i Danmark visar att med rätt stöd kan man uppnå bra följsamhet till behandlingen; 80 procent av artrospatienter inom GLA:D-programmet deltar i två undervisningstillfällen i grupp och i minst 10 handledda träningspass i grupp [19].

Baserat på internationella resultat har Socialstyrelsen fastställt en nationell målnivå på minst 80 procent för andelen personer med artros som får patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 gånger eller fler. En målnivå på 80 procent kan motiveras av att alternativa träningsformer behöver finnas, bland annat för multisjuka, psykiskt sjuka och de som har långt till vården.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för att följa upp området (tabell 3).

Tabell 3. Indikatorer i nationella riktlinjer inom området patientutbildning och fysisk träning.

Nr	Indikator	Rekommendation	Nationell målnivå
A1	Patientutbildning och fysisk träning vid artros	A2:2, A2:4	≥ 80 %
A8	Uppföljning 3 månader efter första besök hos fysioterapeut	-	-

Förbättringsområden

Hälso- och sjukvården kan förbättra patientutbildning och fysisk träning vid artros genom att

- aktivt arbeta för att fler personer med artros får en första insats som består av träning handled av fysioterapeut i tillräcklig omfattning och under tillräckligt lång tid för att ge förutsättningar till patienten att på egen hand fortsätta med behandlingen.

För att uppnå detta behövs det en struktur och förhållningssätt så att det är tydlig för patienten att enligt rekommendation i befintliga riktlinjer behöver fysisk träning som behandling vid artros vara handled av fysioterapeut och genomföras i tillräcklig omfattning för att ha en smärtlindrande effekt.

- erbjuda fortsatt stöd för egen träningsinsats efter en första träningsperiod av handled träning, för dem som behöver det
- erbjuda uppföljning som en integrerad del i grundbehandlingen

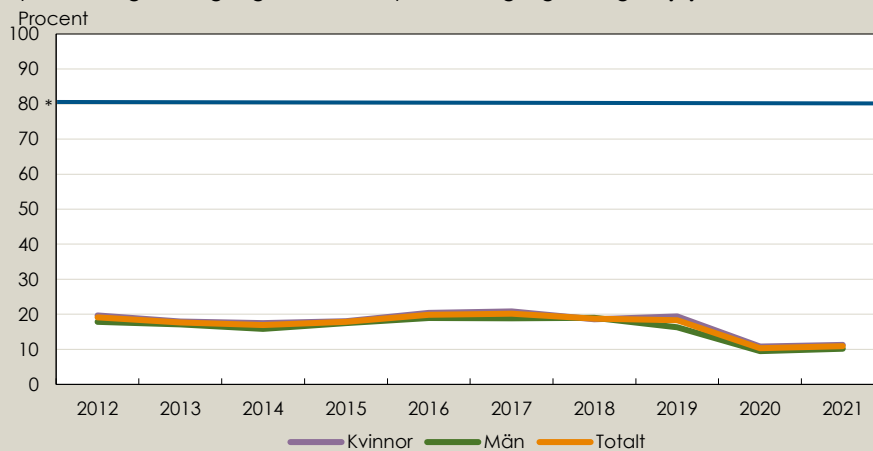
Handledd fysisk träning

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör vården erbjuda personer med artros fysisk träning handled av fysioterapeut i tillräcklig omfattning, för att uppnå en smärtlindrande effekt och för att ge förutsättningar till patienten att kunna fortsätta på egen hand med behandlingen. Indikator mäter andelen personer med artros i knä eller höft bland alla som haft ett första besök till fysioterapeut som får patientutbildning och minst 10 tillfällen av handledd fysisk träning, från första besöket till uppföljningen tre månader efter. En hög andel eftersträvas. Socialstyrelsen har valt att följa andelen som får handledd träning vid 10 tillfällen eller fler eftersom det är denna insats som har utvärderats i vetenskapliga studier, enligt underlaget till rekommendationen om fysisk träning i nationella riktlinjer.

Resultaten visar att andelen som får patientutbildning och tränar handlett för 10 gånger eller fler har legat mellan 15 och 20 procent sedan de tidigare riktlinjerna för artros publicerades år 2012. Covid-19-pandemin orsakade en kraftig minskning från 2019 till 2020, så idag ligger andelen som tränar handlett 10 gånger eller fler på 10 procent (diagram A1). Andelen skiljer sig marginellt mellan könen. Digitala alternativ för fysisk träning har exkluderats från jämförelsen eftersom fysisk träning som ges digitalt inte är handledd (i den form den ges idag), och dess effekt ännu inte har utvärderats eller jämförts med handledd träning i tillräcklig omfattning i vetenskapliga studier. Det är väldigt tydligt i Svenska Artrosregistret att sjukvården ställt om till digital vård under pandemin och att antal personer som deltagit i patientutbildning och fysisk träning digitalt har ökat [20, 21].

Diagram A1. Patientutbildning och fysisk träning vid artros

Andel personer med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 gånger eller fler. Fysisk träning digitalt ingår ej i jämförelsen.



* Socialstyrelsens nationella målnivå \geq 80 procent

Källa: Svenska Artrosregistret

I en enkätundersökning till vårdcentraler och primärvårdsrehabiliteringsenheter har Socialstyrelsen kartlagt organisatoriska faktorer och arbetssätt, för att belysa varför handledd fysisk träning vid artros enligt riktlinjernas rekommendation ges i så begränsad omfattning.

Av de 325 (av 878) vårdcentraler som besvarat enkäten framgår att lite drygt hälften erbjuder fysisk träning på vårdcentral. Ca en tredje del av vårdcentralerna i landet skickar personer med artros till en annan enhet för behandling. Denna enhet kan vara en annan vårdcentral, men ofta är det till en rehabiliteringsmottagning som personer med artros hänvisas, dvs. en fristående rehabiliteringsenhet eller privat fysioterapeut som har avtal med regionen för primärvårdsrehabilitering. Nästan 200 (av 286) rehabiliteringsenheter har svarat på Socialstyrelsens enkät. Var nionde vårdcentral har i enkäten svarat att de även använder sig av en leverantör av så kallad ”digital artrosskola”⁴ dvs. patienten genomför sin utbildning och ett anpassat träningsprogram på egen hand, med hjälp av digitala verktyg.

Fysisk träning vid artros behöver vara anpassat till individens förmåga och vilken svårighetsgrad symtomen har. Därför är det viktigt med ett fysiskt besök hos fysioterapeut för att individualisera behandlingen så väl som feedback från fysioterapeut under hela träningsperioden. Merparten av vårdcentralerna och nästan alla primärvårdsrehabiliteringsenheter anger att en ny patient med artros eller ledsmärta får ett fysiskt besök hos fysioterapeut innan start av behandling (diagram E6). Emellertid konstaterar Socialstyrelsen att det som erbjuds som första insats vad gäller fysisk träning varierar stort över landet.

Respondenterna använder ofta begreppet ”artrosskola” för insatsen patientutbildning och fysisk träning. Definitionen av artrosskola är dock i dagsläget oklar. Artrosskola innehåller alltid en teoridel och en träningsdel. Men på olika delar i landet utförs artrosskola på olika sätt, vissa får teori i grupp

⁴ I bilaga 4 finns det en beskrivning av den digitala artrosskolan på stöd och behandlingsplattformen (SoB) för att underlätta för läsaren att förstå vad fysisk träning som ges digitalt innebär.

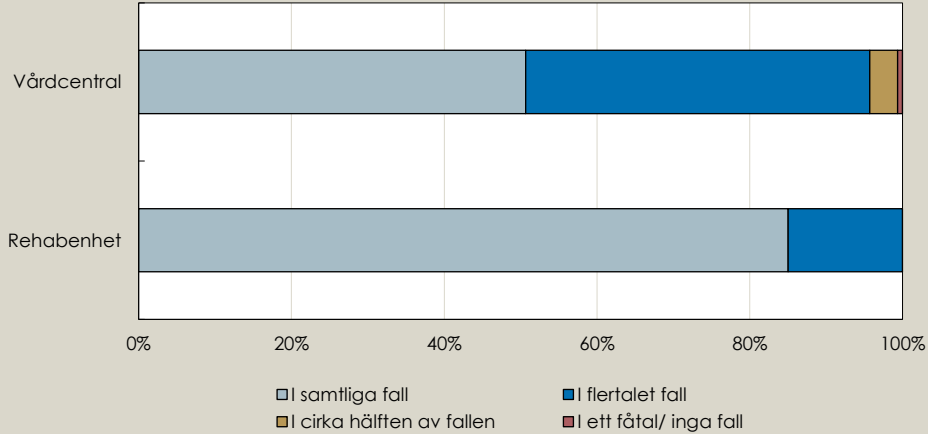
andra individuellt alternativt digitalt. Även träningsdelen varierar stort. Personer med artros kan erbjudas enbart hemträning, handledd träning i grupp eller individuellt eller enbart träning digitalt. Respondenterna beskriver att de har erbjudit artrosskola med träning handledd av fysioterapeut när patienten fått t.ex. flera handledda tillfällen i grupp, men också när patienten fått ett handlett introduktionstillfälle och instruktion för hemträning. Det finns respondenter som kommenterar att fysisk träning på plats erbjuds när digitala alternativ inte fungerar, och det finns även de som tycker att ”digital artrosskola” inte innebär fysisk träning (för en beskrivning av vad digital artrosskola innebär se bilaga 4).

Vad gäller vårdcentraler visar resultaten att efter ett första besök till fysioterapeut erbjuds personer med artros oftast fysisk träning individuellt, och att gruppträning erbjuds mindre ofta (diagram E7a). Bland primärvårdsrehabiliteringsenheter erbjuds gruppträning i högre utsträckning. Många kommenterar dock att covid-19-pandemin till stor del har bidragit till att gruppträning genomförts i betydligt mindre utsträckning under de senaste två åren (diagram E7b). I många fall får patienten enbart en genomgång med fysioterapeut av ett individanpassat träningsprogram för att fortsätta träna på egen hand (diagram E7a och b). Återkommande i enkätsvaren är att hur behandlingen ges präglas av patientens egen vilja och vilken träningsform patienten föredrar.

En osäkerhet finns i resultaten vad gäller vårdcentraler p.g.a. låg svarsfrekvens och p.g.a. att inte alla på chefsnivå som besvarat enkäten har kunskap om detaljerna kring behandlingen som erbjuds. Särskilt vad gäller svaren från vårdcentraler har flera respondenter kommenterat att de inte har tillräckligt bra kunskap om vad fysioterapiverksamhet erbjuder. Flera har dock konsulterat dem som arbetar patientnära och bidragit med värdefulla kommentarer. Det som är återkommande i respondenternas kommentarer är att även om vården erbjuder tider och stöd för fysisk träning har patienterna ofta svårt att förstå vikten av träning i behandlingen och tackar nej till t.ex. gruppträning. Samtidigt är det tydligt att träningsdelen i behandlingen avses som frivillig, vilket kan påverka patienternas inställning till träningen.

Diagram E6. Inledande fysiskt besök hos fysioterapeut för att individualisera behandlingen

Andel vårdcentraler/rehabiliteringsenheter där patienten får ett inledande fysiskt besök hos fysioterapeut för att individualisera behandlingen.

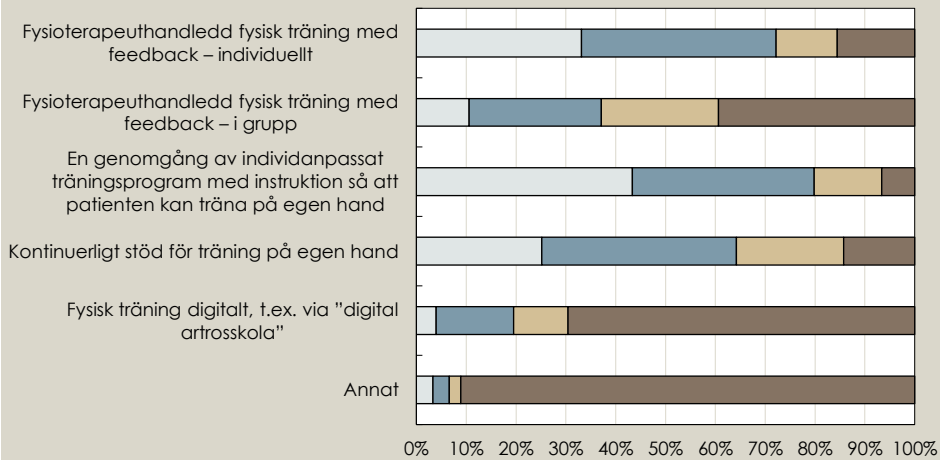


Antal svarande 302 av 878st vårdcentraler och 187 av 286st rehabiliteringsenheter

Källa: Socialstyrelsens enkät.

Diagram E7a. Fysisk träning vid artros på vårdcentral

Första gången en patient med artros erbjuds fysisk träning i er verksamhet, erbjuder ni...



Antal svarande 302 av 878st

Källa: Socialstyrelsensenkät

I samtliga fall

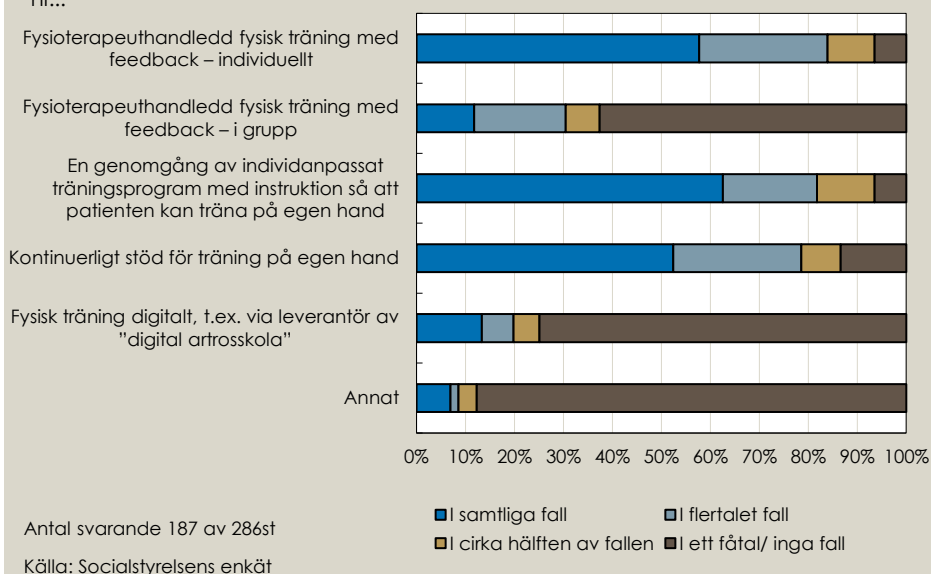
I cirka hälften av fallen

I flertalet fall

I ett fåtal/ inga fall

Fråga E7b. Fysisk träning vid artros på rehabiliteringsenhet

Första gången en patient med artros erbjuds fysisk träning i er verksamhet, erbjuder ni...



Sammanfattningsvis finns det en väldigt stor variation över landet i vad som erbjuds som första insats av fysisk träning som behandling vid artros. Befintliga kunskapsstöd lyfter vikten av att träningen behöver vara individanpassad, med tanke på individens egen förmåga utifrån sjukdomens svårighetsgrad och allmänt hälsotillstånd. Från kommentarerna till Socialstyrelsens enkät konstaterar myndigheten att vården främjar individanpassning även vad gäller träningsformen. Det innebär att i praktiken ger man ingen rekommendation vad gäller träningsformen utan låter patienten välja vilken träningsform som passar utifrån ett utbud som omfattas i "artrosskola" – handledd träning, hemträning eller träning digitalt. Samtidigt, av alla ovanstående alternativ, är det handledd fysisk träning som rekommenderas i nationella riktlinjer, och enligt underlaget i riktlinjerna bör träningen vara handledd av fysioterapeut under en träningsperiod som består av minst 10 tillfällen.

Samtidigt är det viktigt att förstå utmaningarna med att mäta fysisk träning som behandling vid artros. Syftet med behandlingen är att ge en adekvat första insats så att en person med artros ökar sin förmåga att på egen hand fortsätta med träning i tillräcklig dos för att uppnå smärtlindring och funktionsförbättring. Indikatorn mäter andelen personer med artros som efter ett första besök till fysioterapeut har tränat handledt minst 10 gånger fram till uppföljningen tre månader efter. Att ett första besök hos fysioterapeut registrerats i Svenska Artrosregistret innebär dock inte nödvändigtvis att detta är första gången personen får stöd med träning som behandling för sin artros. Dvs. personen kan ha fått insatsen vid tidigare tillfälle utan att den registrerats, och återkommit p.g.a. att artrossymtom har försämrats.

Det kan också finnas stor variation på hur mycket stöd personer med artros behöver för att fortsätta träna på egen hand, vilket delvis kan förklara varför en första insats varierar stort. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att den vård som ges anpassas till individens behov, förutsättningar och önskemål. Det kan finnas personer bland dessa med 1–9 handledda

träningstillfällen registrerade i Svenska Artrosregistret som fått tillräckligt stöd för att kunna fortsätta med egen träningsinsats. Ett exempel på dessa är personer som efter en eller få handledda tillfällen fortsatt träna på egen hand på gym med möjlighet till feedback från fysioterapeut (se exempel från Dalarna i senare avsnitt). Ovanstående exemplet utgör en god artrosvård, men ingår inte i mätningen. Likaså kan det finnas personer bland dessa med 10 registrerade handledda träningstillfällen som behöver mer stöd för att kunna fortsätta att träna på egen hand.

Ett av målen med grundbehandlingen är att öka personens förmåga att förstå och hantera sin sjukdom. Enligt Svenska Artrosregistret förbättras en stor del av patienterna direkt efter grundbehandlingen vid tremånadersuppföljningen, men effekten tycks avta över tid fram till 12-månadersuppföljningen [22, 23]. Detta tyder på att målen med behandlingen inte har uppnåtts, något som behöver utvärderas mer systematiskt. En utveckling av datakällan och indikatorn behövs för att kunna mäta om en första insats av handledd fysisk träning har varit tillräcklig för att uppnå behandlingens mål. Mer forskning behövs för att kunna dra slutsatser om andra träningsformer utgör en effektiv behandling och för vilka patienter.

Uppföljning av fysisk träning och dess resultat

Fysisk träning som behandling vid artros omfattar inte bara den första insats som är fokus i kliniska riktlinjer, utan är en livslång behandling. Artrossmärta ofta kommer i skov, vilket gör att det är lätt att falla tillbaka i gamla mönster dvs. ökat stillasittande och känna osäkerhet som leder till att man inte vågar träna. Fysisk inaktivitet är vanligt förekommande hos personer med artros. Därför kan personer med artros behöva mer stöd, även efter en första insats om minst 10 tillfällen av handledd fysisk träning, för att fortsätta träna på egen hand.

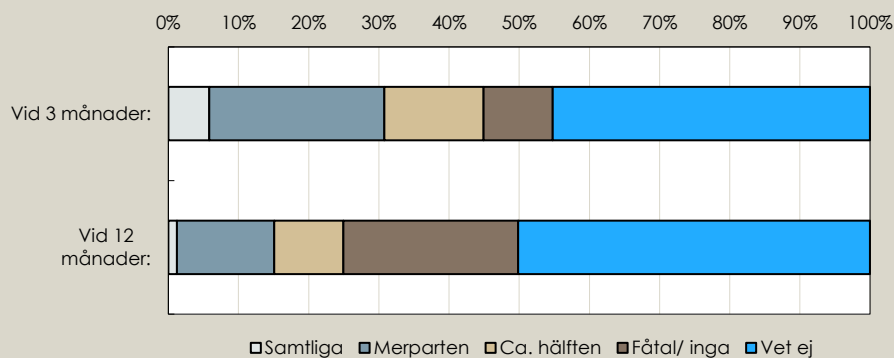
Socialstyrelsen har frågat verksamheterna hur de följer upp patienterna och om de erbjuder fortsatt stöd för träning på egen hand till personer med artros efter en första träningsperiod. Merparten av respondenterna anger att de erbjuder olika insatser såsom flera träningstillfällen, fysisk aktivitet på recept (FAR) för fortsatt egen träning på gym, återbesök eller telefonuppföljning. Bland dessa fanns även goda exempel på arbetssätt som t.ex. att fysioterapeut följde patienten på gym tills de kände sig trygga att fortsätta träna själva. De flesta av dem som kommenterat sitt svar uppger att fortsatt stöd eller uppföljning styrs av patienten själv och dess behov och önskemål. Flera kommenterar också att en första träningsperiod sällan består av 10 tillfällen utan färre.

Uppföljning med bedömning av insatsernas effekt förekommer i lägre utsträckning. Vad gäller vårdcentraler, och till viss del rehabiliteringsenheter, var det återkommande kommentarer från respondenterna att uppföljningen anses till stor del vara frivillig för patienten, dvs. det är upp till patienten att återuppta kontakten vid behov. Vissa vårdcentraler anser även att uppföljningen faller utanför deras uppdrag när behandlingen har erbjudits av annan instans dvs. inom fysioterapiverksamhet. Primärvårdsrehabiliteringsenheter verkar erbjuda uppföljning i högre utsträckning, oftast vid 1–2 månader efter behandlingsstart. I frågan om hur stor andel patienter med artros som har följts upp vid tre månader efter grundbehandlingen är det enbart en tredjedel

av vårdcentraler och tre av fem rehabiliteringsenheter som svarat att merparten av personer med artros följts upp efter en första träningsperiod. Uppföljning vid 12 månader sker mer sällan (diagram E8 a och b).

Diagram E8a. Uppföljning av fysisk träning på vårdcentral

Andel vårdcentraler/hälsocentraler som svarat på hur stor andel patienter med artros som har följts upp efter grundbehandlingen, under perioden 1/1 2019 till 31/12 2021.

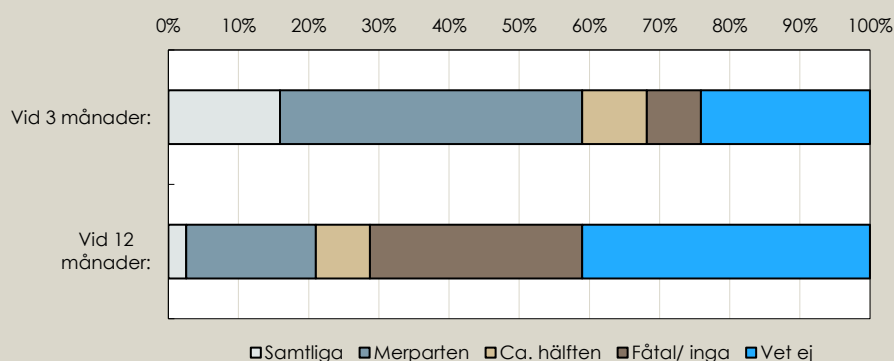


Antal svarande 325 av 878st

Källa: Socialstyrelsens enkät

Diagram E8b. Uppföljning av fysisk träning på rehabiliteringsenhet

Andel rehabiliteringsenheter som svarat på hur stor andel patienter med artros som har följts upp efter grundbehandlingen, under perioden 1/1 2019 till 31/12 2021.



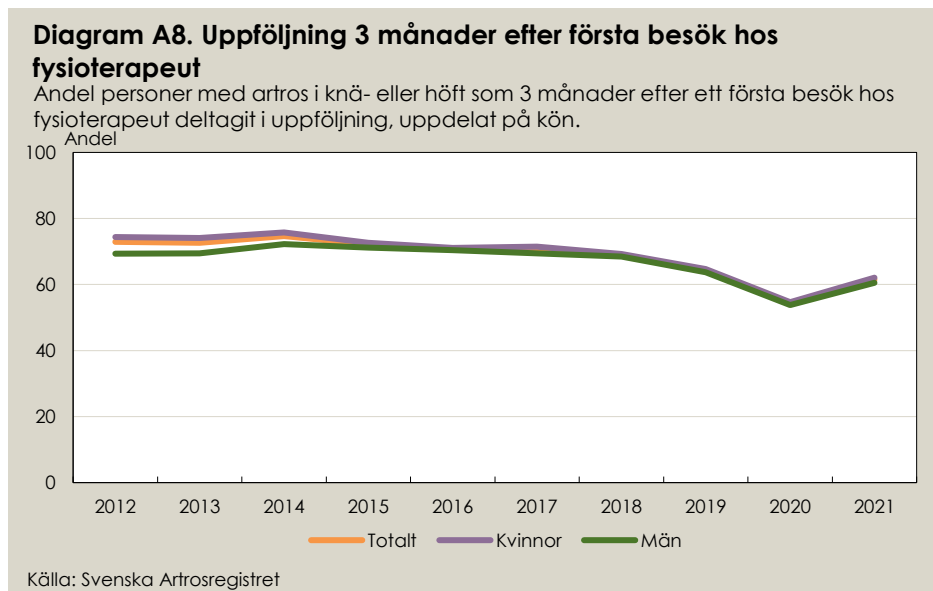
Antal svarande 195 av 286st

Källa: Socialstyrelsens enkät

I Svenska Artrosregistret följs resultaten av grundbehandlingen upp vid 3 och 12 månader. Fysioterapeut rapporterar vilken behandling patienterna deltagit i: teori, individuell träningsgenomgång, om personen tränat handlett och under hur många tillfällen samt träningsform för utförd träning (individuellt, grupp, fysisk, digitalt eller kombination fysiskt/digitalt). Patienterna svarar på frågor om smärtintensitet/frekvens, hälsorelaterad livskvalitet, fysisk aktivitet, rörelserädsla och önskemål om operation.

Indikatorn visar andelen personer med artros i knä- eller höft som tre månader efter ett första besök hos fysioterapeut deltagit i uppföljning. Resultaten visar att ca två tredjedelar av alla första besök följs upp tre månader efter (diagram A8). Andelen uppföljda skiljer sig marginellt mellan könen. Covid-19-pandemin har kraftigt påverkat antalet uppföljda men också antalet nya besök (se kapitlet om påverkan av pandemin).

Resultaten för indikator visar en bättre bild vad gäller andelen uppföljda jämfört med enkätresultaten. Detta beror sannolikt på ett selektivt urval i registret dvs. enheter som registrerar i Svenska Artrosregistret är mer måna om att följa kliniska riktlinjer och erbjuda uppföljningar efter 3 och 12 månader.



Analys av resultat

Resultaten visar att det finns en väldigt stor variation över landet i vad som erbjuds som första insats av fysisk träning som behandling vid artros. Det är också tydligt att trots riktlinjernas rekommendation om handledd fysisk träning sedan 2012 rekommenderar inte behandlaren den evidensbaserade insatsen, utan låter patienten välja vilken träningsform som de föredrar: handledd träning, hemträning eller digital träning. Av de patienter som väljer handledd fysisk träning är det få som tränar 10 gånger eller fler. Utvärderingens resultat visar också att fysisk träning anses vara en frivillig del av grundbehandlingen, vilket också kan påverka följsamheten till riktlinjernas rekommendation.



Handledd träning blir genomförd i högre grad än hemträning, vilket är en viktig anledning till rekommendationen. Ett personcentrerat förhållningssätt där patient och terapeut kommer överens om hur träningen ska genomföras utifrån individens behov, förutsättningar och önskemål kan också vara viktigt för att få goda resultat av behandlingen [24]. Samtidigt är det avgörande att patienten får stöd under en längre period med uppföljning och återkoppling från fysioterapeut, för att träningen ska genomföras i tillräcklig omfattning. Myndigheten har inte analyserat och tar inte ställning till andra träningsformer i utvärderingen. Nedan presenteras dock exempel på en god artrosvård och stöd vid träning, varav vissa inte går att mäta med befintliga indikatorer.

En adekvat första insats av fysisk träning och patientutbildning behövs för att kunna bedöma om insatsen haft den önskade effekten, om inte kan patienten behöva förflyttas till nästa nivå i behandlingspyramiden. Utan en adekvat första insats och uppföljning av dess resultat har personer med artros sämre förutsättningar för att fortsätta med egen insats vid träning och uppnå en långvarig smärtlindrande effekt. Detta kan medföra att de återkommer till

vården på grund av smärtproblem, och eventuellt flyttas till nästa nivå i behandlingspyramiden för tidigt.

Följsamhet till träning som behandling för artros

Följsamhet till träningen – ett gott exempel från Danmark

Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D) är ett initiativ vid Syddansk Universitet med det övergripande syftet att implementera nuvarande kliniska riktlinjer för artros, vad gäller ett kombinerat tillvägagångssätt med patientutbildning och handledd fysisk träning, i klinisk praxis. GLA:D består av tre delar: en tvådagars teoretisk och praktisk utbildning av fysioterapeuter i att utbilda och träna artrospatienter i enlighet med kliniska riktlinjer, patientutbildning och handledd fysisk träning för personer med artrossymtom i knä eller höft, och ett nationellt register (GLA:D-registret) för datainsamling och utvärdering av resultat. GLA:D har nu, förutom Danmark, framgångsrikt implementerats i 9 länder runt om i världen.

Inom GLA:D-programmet erbjuds två tillfällen av patientutbildning och 6–8 veckor av handledd fysisk träning i grupp à två gånger i veckan. Följsamheten till träningen är väldigt bra, mer än 80 procent deltar i minst 10 fysioterapeutledda träningspass. Vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet visar att patienterna inte alltid vill ha träning och i vissa fall hjälper det att få dem välmotiverade genom utbildning. I vissa fall måste de börja i en träningsgrupp för att bättre förstå vad artrosträning är, och hur man anpassar den till smärta och funktionsnivå. Gruppträning ger också möjligheten att få stöd av andra i samma situation. Socialstyrelsen har intervjuat processansvarig och utbildningsledaren i GLA:D-programmet för att förstå framgångsfaktorer som ligger bakom en bra följsamhet till behandlingen.

I Danmark träffar personer med misstänkt artros/ledsmärta ofta en primärvårdsläkare först. Läkaren informerar och rekommenderar GLA:D som behandling för artros. Detta gör att patienten ofta redan är motiverad vid behandlingens start och har förstått vikten av träningen. I flera regioner i Danmark kan ortopederna returnera en remiss från primärvården om inte grundbehandlingen genomförts. GLA:D-programmet erbjuder en struktur och tydlighet som underlättar för patienten att förstå vikten av behandlingen, vad som ingår i den och vilket stöd man kan förväntas sig få. Fysioterapeuterna i GLA:D erbjuder även möjlighet till hemträning med anpassat träningsprogram, men betonar att den rekommenderade insatsen är regelbunden gruppträning handledd av fysioterapeut eftersom denna träningsform visat sig bli genomförd oftare och ha bättre effekt. Patienten uppmuntras att fatta beslut om träningsform efter att ha deltagit i utbildningen och i ett tillfälle av gruppträning. I de flesta fall har deltagandet i ett första träningspass positivt påverkat motivationen att delta i gruppträning. Den sociala aspekten med gruppträning ökar också träningsglädjen, och patienten väljer oftast därefter att fortsätta träna i grupp.

Programmet omfattar även ett uppföljningstillfälle tre månader efter behandlingsstart. I detta ingår funktionstester, smärtskattning etc som patienten också gjort i början av programmet så att patienten kan se sin förbättring. I uppföljningsbesöket diskuteras även nästa steg t.ex. om patienten känner sig trygg att fortsätta träna på egen hand på gym eller hemma, eller om en förlängning av programmet behövs. En viss andel vill förlänga programmet. Det långsiktiga målet med programmet som presenteras till patienten är att få både kunskap och trygghet för att fortsätta träna själv. Resultaten från GLA:D visar att den förbättring i smärtnivå, funktion och livskvalitet som nåddes efter den första insatsen kvarstår eller till och med har förbättrats ytterligare ett år senare. Parallellt med smärtminskningen ses en minskad förbrukning av smärstillande läkemedel [25] och vid ett år är GLA:D kostnads-effektivt, framförallt för de som tränat minst 10 gånger eftersom de har färre besök i sjukvården under året efter GLA:D [26].

Följsamhet till träningen – ett gott exempel från Dalarna

Den svenska modellen av grundbehandling vid artros inleddes med Bättre Omhändertagande för patienter med Artros (BOA)-programmet år 2008. Detta omfattade utbildning av fysioterapeuter i kliniska riktlinjer för artros, med fokus på ett kombinerat tillvägagångssätt med patientutbildning och handledd fysisk träning. Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret) har fortsatt att registrera alla former av fysisk träning oavsett om fysioterapeuten genomgått BOA-utbildningen eller inte, och oberoende av vilken träningsform som använts eller hur träningen genomförts; handlett eller inte, i grupp, individuellt, eller digitalt. I modellen ingår även en uppföljning av insatsens resultat vid 3 och 12 månader efter behandlingsstart, dvs. efter ett första besök till fysioterapeut. Enligt Svenska Artrosregistret ligger andelen som får patientutbildning och handledd fysisk träning för minst 10 tillfällen mellan 15 och 20 procent, oförändrat mellan 2012–2019.

Av en nationell enkätundersökning i samband med Socialstyrelsens utvärdering framgår att flera kliniker ser träning som en frivillig del av behandlingen. Detta kan bidra till att patienten inte förstår vikten med träning som behandling för sin sjukdom, vilket är viktigt för följsamheten. För att bättre förstå framgångsfaktorer kring följsamheten till träningen i svenska förhållanden har Socialstyrelsen intervjuat ansvarig chef på en primärvårdsrehabiliteringsenhet som har en bra följsamhet till handledd fysisk träning.

Av intervjun framgår att en stor del av personer med misstänkt artros eller ledsmärta kommer idag först till fysioterapeut. I bästa fall träffar man inte alls primärvårdsläkaren, utan patienten triageras till fysioterapeut från telefonsköterska på vårdcentral eller söker sig själv direkt till fysioterapeut. En ökad uppmärksamhet i media under de senaste åren och tillgänglig information via t.ex. 1177 har resulterat i ett ökat antal som accepterat fysisk träning som grundbehandling för artros och är motiverade att träna vid behandlingsstart, jämfört med för 10 år sedan. Det finns dock fortfarande personer som ser en ledprotesoperation som den enda behandlingen för sin artrossjukdom, oftare män i övre medelåldern. Det finns också personer som vid ett första besök till primärvårdsläkare remitterats till röntgen eller ortoped, och inte

direkt till fysioterapeut. När dessa patienter senare kommer till fysioterapeut efter att de t.ex. blivit nekade att få en operation är de ofta besvikna och svårare att motivera till att träna. Region Dalarna har nu genomförd grundbehandling som ”skall-krav” innan remiss skickas till ortoped för ställningstagande till ledprotesoperation.

Från intervjun och enkätundersökningen framgår att i den svenska modellen ger man inte någon rekommendation vad gäller träningsform utan erbjuder allt från träning handled av fysioterapeut, träning på egen hand på gym eller hemma, eller fysisk träning digitalt och låter patienten välja. Valfrihet anses som en viktig faktor för att träningen blir gjord, även om patienten från början väljer att träna på egen hand utan handledning. Utan handledning är risken dock att patienter som inte känner sig trygga p.g.a. att de har smärta eller inte är träningsvana inte tränar i den omfattning som behövs för att träningen ska ge effekt.

Primärvårdsrehabiliteringsenheten i Borlänge stödjer patienterna i att komma över dessa barriärer på två bra sätt. Först har enheten egna gymlokaler där även de som inte väljer gruppträning kan träna på egen hand. Detta är bra eftersom det alltid finns fysioterapeuter tillgängliga som kan ge råd och feedback. Dessutom erbjuder enheten ett subventionerat gymkort på tre månader efter en avslutad första träningsperiod. Detta är oerhört viktigt tycker fysioterapeuterna på enheten för att patienten ska känna sig trygg med att fortsätta träna; för vissa räcker det inte med 10 handledda tillfällen för att fortsätta på egen hand. Ytterligare framgångsfaktorer är struktur, att patienter vet från början vad som gäller och vilket stöd man kan få, och uppföljning. Borlänges primärvårdsrehabiliteringsenhet följer upp alla patienter oavsett om de valt att träna handledt i grupp eller på egen hand. De som får ett träningsprogram för egen träning rings upp exempelvis efter tre och sex veckor för att kontrollera om programmet funkade och för att erbjuda stegrade övningar. Kontrollerna bokas redan vid första besöket, så att patienten vet vad som förväntas ske och när.

Enheten anger att 59 procent av alla deras patienter under 2019 tränat handledt. En utav tre har tränat i grupp 10 gånger eller fler, och resterande som tränat 1–9 gånger i grupp har tränat ytterligare gånger på egen hand i enhetens gymlokaler, där möjlighet till feedback från fysioterapeut finns. Enhetens patienter uppnår målvärdena i Svenska Artrosregistrets indikatorer på smärtreduktion och förbättrad livskvalitet både vid 3 och 12 månader. Andelen som följs upp är 82 procent vid 3 månader och 74 procent vid 12 månader.



Framgångsfaktorer för följsamhet till träningen – sammanfattning och analys

Dessa två intervjuer samt enkätresultaten visar att det finns en systemskillnad mellan Sverige och Danmark i hur handledd fysisk träning ges till personer med artros. Danmark har anammat kliniska riktlinjer genom att införa en grundmodell med en strukturerad första insats av gruppträning för 12 tillfällen kombinerat med patientutbildning. Fysioterapeuter som handleder träningen för artrospatienter har utbildats av GLA:D i genomförandet av träningsprogrammet. Sverige har samma evidensbas som utgångspunkt, men har anammat kliniska riktlinjer genom att införa en grundmodell med en

strukturerad första insats av patientutbildning kombinerat med en frivillig träningsdel som bygger på att man vill att patienten gör ett aktivt val om de vill delta i träning. Den svenska modellen bygger på ett personcentrerat omhändertagande och kan sättas samman på olika sätt utifrån patientens behov och önskemål.

Utbildning i detta koncept har genomförts i Svenska Artrosregistrets regi mellan 2008–2018, men numera saknas nationell täckande utbildning. Reumatikerförbundet som i dagsläget bedriver denna utbildning har kapacitet att utbilda ett begränsat antal kliniker årligen. Alla fysioterapeuter som behandlar patienter med artros har därför inte genomgått vidare utbildning i artrosbehandling och det är inte heller något krav för att rapportera till Svenska Artrosregistret. I Västra Götalandsregionen pågår det för närvarande arbete med att ta fram en digital utbildning för vårdpersonal i artrosvård som kommer att göras tillgänglig för övriga regioner.

Framgångsfaktorer i båda exemplen är interaktionen mellan patient och fysioterapeut under hela träningsperioden, som ger möjlighet till en kontinuerlig utvärdering och anpassning av träningsprogrammet. Detta skapar trygghet hos patienten och ökar följsamheten till behandlingen. En utvärdering av behandlingens resultat vid uppföljning är viktigt, liksom möjligheten till fortsatt stöd med träningen efter en första träningsperiod. Stor roll spelar också att hela paketet presenteras från början på ett tydligt och strukturerat sätt, så att patienten vet vad som gäller, och vad som förväntas ske.

Båda intervjuade lyfte också vikten av att patienten redan vid första kontakten med vården, oavsett vårdinstans eller profession, har fått rätt information. Dvs. att behandlingen för artros är fysisk träning, och att om operation blir aktuell (vilket inte är aktuellt i majoriteten av fallen) görs detta ställningstagande efter genomförd grundbehandling. Alla behandlare oavsett vårdnivå, och patienten själv, behöver vara medvetna om flödet.

Patientrapporterat resultat efter handledd fysisk träning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer ingår även indikatorer som följer upp resultat av grundbehandling (tabell 4). Dessa mäter patientrapporterad förändring i smärtnivå och patientrapporterad livskvalitet för de som fått den rekommenderade insatsen i riktlinjerna dvs. handledd fysisk träning under minst 10 tillfällen kombinerat med patientutbildning. Dessa är väletablerade utfallsmått som utvärderats i vetenskapliga studier där personer med artros i knä eller höft fått denna insats. Studierna utgör underlaget för riktlinjernas rekommendationer för handledd fysisk träning och patientutbildning.

Resultaten för indikatorerna visar den förväntade förändringen i smärtnivå och livskvalitet i enlighet med vetenskapliga studier, dvs. en klinisk relevant bättre effekt på smärta och hälsorelaterad livskvalitet efter en första insats av patientutbildning och handledd fysisk träning. Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att det inte är meningsfullt att redovisa dessa resultat i rapporten, eftersom en väldigt liten andel av artrospopulationen, enligt det begränsade

dataunderlaget från Svenska Artrosregistret vi har i dagsläget, får den evidensbaserade insatsen av patientutbildning och handledd fysisk träning.

Tabell 4. Resultatindikatorer för artros

Nr	Indikator	Rekommendation	Nationell målnivå
A2	Patientrapporterat resultat efter patientutbildning och träning vid artros	-	-
A3	Smärta efter patientutbildning och träning vid artros	-	-

Källa: Svenska Artrosregistret

Artros, en kronisk sjukdom i primärvård

Enligt nationella riktlinjer bör vården ge behandling vid artros enligt behandlingspyramiden dvs. alltid börja med grundbehandling. Riktlinjerna fokuserar på en första insats av grundbehandling efter diagnosen fastställts. Artros är dock en kronisk sjukdom och artrosbesvär återkommer i skov. Det innebär att grundbehandlingen kan behöva upprepas, dvs. att personer med artros som söker med nytt skov av artros får en ny grundbehandlingsomgång även om de fått insatsen i ett tidigare skede.

När personer med artros återkommer till vården med smärta och besvär p.g.a. nedsatt funktion är vårdcentralen oftast deras ingång. Personer som tidigare fått patientutbildning och fysisk träning som behandling för sin artros kan också kontakta den instans som ansvarat för behandlingen. Andra söker sig direkt till ortoped, mest sannolikt för att traditionellt har det varit ortopedin som behandlat artros med ledproteskirurgi. Många tror felaktigt att, förr eller senare, kommer de att behöva opereras.

Socialstyrelsen konstaterar att en helhetssyn på patientens behov och medicinska mål saknas inom artrosvården. I dagsläget finns det inte heller ett gemensamt system där professionen vid olika vårdinstanser kan följa t.ex. om och när patienten har fått grundbehandling, i vilken form, om insatsen varit adekvat eller om tidigare behandling haft den önskade effekten. Avsaknad av struktur och brist på kunskap om artros inom primärvården resulterar i att personer med artros återkommer till vården i enstaka besök, som inte heller tar hänsyn till personens övriga hälsotillstånd och samsjuklighet.

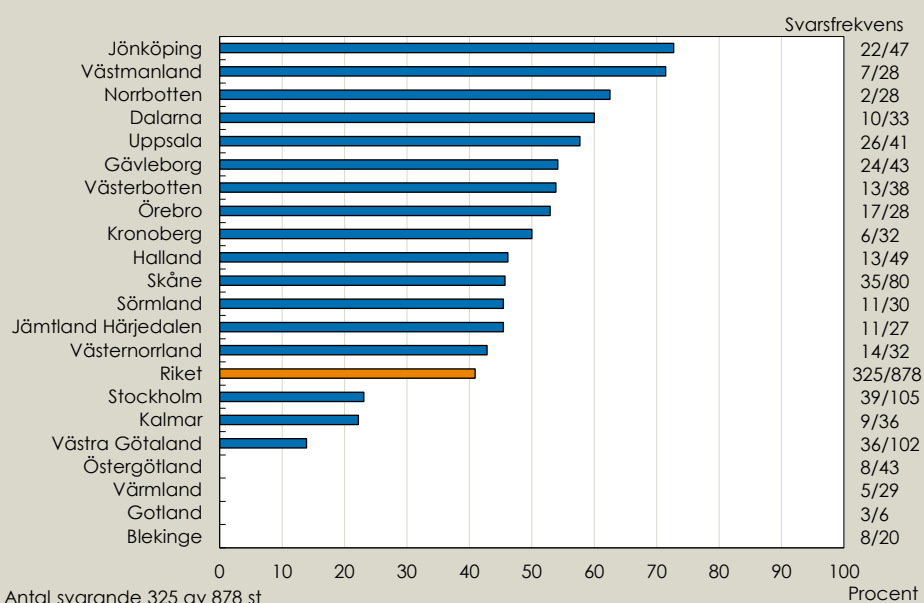
Fast artroskontakt

Socialstyrelsen har i en enkätundersökning frågat vårdcentraler och primärvårdsrehabiliteringsenheter om deras patienter med artros har en fast artroskontakt. Myndigheten menar att en fast artroskontakt som funktion innebär kontinuitet i vården och därmed säkerställer att patienten kommer in i vården på rätt nivå och till rätt instans. En fast artroskontakt kan också innebära trygghet och stöd för patienten i sina återkommande kontakter med vården. En fast artroskontakt kan t.ex. vara en fysioterapeut eftersom den professionen primärt handlägger artros i behandlingspyramidens grundnivå. Men det kan också vara en sjuksköterska eller läkare inom primärvården med kunskap om artros. En fast artroskontakt behöver inte nödvändigtvis vara specifikt för artros.

Från enkätsvaren framkom att primärvårdsrehabiliteringsenheter erbjuder kontinuitet vad gäller själva behandlingen dvs. de strävar efter att patienten kommer tillbaka till samma fysioterapeut. I vissa fall finns det även en eller fler personer inom verksamheten, oftast fysioterapeuter, som har ett uttalat övergripande ansvar för artrosgruppen. Ca 40 procent av vårdcentraler bland de som svarat på Socialstyrelsens enkät anger att de har en fast artroskontakt. Den regionala variationen är mellan 0 och 73 procent (diagram E9). De som kommenterat anger att när personer med artros åter kontaktar vårdcentralen kommer de oftast till fysioterapeut. Respondenterna kommenterar också att en fast artroskontakt för personer med artros kan vara en fast vårdkontakt, läkare eller sjuksköterska inom primärvården, även om denna kontakt inte är specifik för artros.

Diagram E9. Fast artroskontakt på vårdcentral

Andel vårdcentraler/hälsocentraler som svarat att de har en fast artroskontakt.



Analys av resultat

Socialstyrelsen konstaterar att artros handläggs idag mer som ett akut tillstånd än det kroniska tillstånd som artros är, och därmed utan strukturerad uppföljning. En struktur som säkerställer kontinuitet i patientens återkommande kontakter med vården behövs, bl.a. för att kunna möjliggöra en bedömning av patientens förflyttning mellan behandlingspyramidens olika delar.



Regionerna behöver arbeta med att tydliggöra arbetsflödet vid handläggning av artros och skapa de organisatoriska förutsättningar som behövs för att professionen vid olika vårdinstanser ska kunna bedöma rätt behandlingsnivå. Ett första steg i detta arbete har varit framtagandet av nationella personcenterade och sammanhållna vårdförlopp för knä- och höftartros inom det nationella systemet för Kunskapsstyrning [13,14]. För närvarande pågår det även arbete i vissa regioner med att utveckla mer avancerade elektroniska journalsystem av olika typ som kommer underlätta för professionen att dela

information kring insatser utförda av andra vårdinstanser. Det är viktigt att regionerna ger incitament för att insatser som ingår i grundbehandlingen för artros registreras i dessa system och i Svenska Artrosregistret, förslagsvis genom direktöverföring av journaldata. Detta kommer vara ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och vårdförlopp för knä- och höftartros.

Incitament från regionerna för att uppföljning utgör en väsentlig del i artrosvården behövs. Om vården arbetar aktivt med uppföljning vid artros kan vårdkonsumtion p.g.a. återkommande smärtproblem minska. Personer med artros har ofta andra sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdom och diabetes och återkommer därmed till primärvården regelbundet för uppföljningar av dessa sjukdomar. Därför kan en modell med t.ex. samordnad uppföljning hos sjuksköterska i primärvårdsmottagning för dessa patienter eller hos allmänläkare kunna fungera utan att kräva för mycket extra resurser. Många åtgärder för artros såsom fysisk aktivitet, strukturerad träning samt viktminskning är också grundläggande för ett antal andra kroniska sjukdomar och tillstånd. Därför kan dessa åtgärder ses som gemensamma sätt att hantera livsstilsrelaterade sjukdomar och tillstånd. Enligt nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor är det särskilt angeläget att hälso- och sjukvården stöder dessa personer att förändra sina levnadsvanor till det bättre, för att minska riskerna för ytterligare ohälsa och förtida död [27]. Det är viktigt att kommunikationssinsatser som riktar sig till både vården och allmänheten lyfter fram att en stor andel av personer med artros också har andra samtidiga sjukdomar.

För en bättre artrosvård behöver regionerna skapa bättre förutsättningar för att stödja och främja samverkan mellan specialiteterna inom fysioterapi, allmänmedicin och ortopedi. Detta kan exempelvis omfatta överenskommelser mellan regionen och privat vård med avtal avseende remisser och remissvar, vårdplaner och konkreta mål för den enskilde patienten. En ökad samverkan mellan discipliner och mellan primärvård och specialiserad vård samt ökad samordning mellan sjukdomsområden ligger i linje med primärvårdens grunduppdrag som tillkommit som en del i statens styrning mot en god och nära vård [28].

Kirurgi

Kirurgi kan vara aktuellt för patienter med mycket svåra artrosbesvär, som inte fått tillräcklig effekt av grundbehandlingen och tilläggsbehandlingen. Vanligast är ledproteskirurgi, då patienterna får nya leddelar av metall och plast i knäna eller höfterna. Socialstyrelsen har inte tagit ställning till ledproteskirurgi med indikation artros i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar.

En annan åtgärd är artroskopisk kirurgi, en form av titthålsoperation. Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning och att lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. Likaså avser artroskopisk behandling i höftled att återskapa en normal form på höft och lårben samt laga skadade mjukdelar i höftleden. Operationen syftar till att minska smärtan och förbättra funktionen i knän eller höften. En genomgång av forskningsläget visar dock att artroskopisk kirurgi vid artros (där degenerativa förändringar i menisken utgör en del i artrossjukdomen) inte har bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Dessutom ger artroskopisk kirurgi en viss risk för komplikationer, till exempel en infektion eller blodpropp i benets djupt lig-gande vener (ventrombos). I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör utföra artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä (icke-göra). Artrosko-pisk kirurgi vid misstänkt degenerativt tillstånd i höft (till exempel labrumskada) med eller utan artros i höft har fått prioritet 10 [1].

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp icke-göra re-kommendationen om artroskopier i knä vid artros eller degenerativa tillstånd i knä (tabell 5). Trots att artroskopier i höft görs i mycket lägre utsträckning än knäartroskopier har Socialstyrelsen i denna utvärdering även följt upp artroskopiska ingrepp i höft.

Tabell 5. Indikatorer i nationella riktlinjer som följer upp artroskopisk ki-rurgi.

Nr	Indikator	Rekommendation	Nationell målnivå
A7	Artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä	A4:0	Ej aktuell*

*icke-göra rekommendation. Målnivå ej aktuell.

Förbättringsområden

Hälso- och sjukvården behöver mer aktivt arbeta för utmönstring av artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä.

Riktade insatser behövs i vissa regioner såsom att aktivt ge information till både utföraren, beställaren och remittenten om att åtgärden inte har en kliniskt relevant bättre effekt på smärta i knä än annan behandling med färre biverkningar och lägre kostnader.

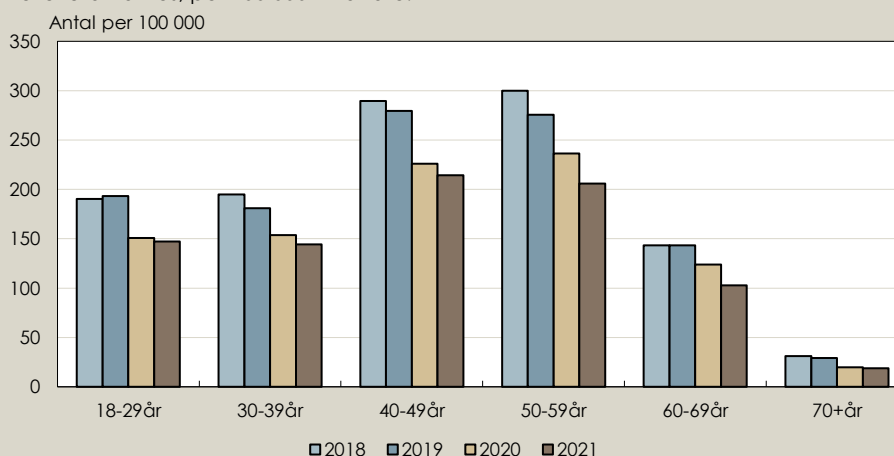
Artroskopisk kirurgi

Indikatorn avser att mäta artroskopier som görs vid smärta i knä vid artros eller andra misstänka degenerativa förändringar i menisk. Resultaten för indikatorn redovisas som antal ingrepp per 100 000 invånare. Ett så lågt antal som möjligt eftersträvas. Artroskopiska ingrepp p.g.a. trauma i knäled har exkluderats från jämförelsen.

Resultaten visar att dessa ingrepp är vanligare i åldersgruppen 35–65 år. De allra flesta görs i åldersgruppen 40–59 år. Knäartroskopier minskar för varje år. De senaste fyra åren har den största procentuella minskningen skett i åldersgrupperna 50–59 år och 70 år och över (diagram A7a.1). År 2021 genomfördes i genomsnitt ca 136 knäartroskopier per 100 000 invånare i riket. Knäartroskopier är vanligare hos män än hos kvinnor (diagram A7a.2). Skillnaden mellan könen minskar, men fortfarande kvarstår. Regionala skillnader är stora, antalet ingrepp per 100 000 invånare och år för perioden 2019–2021 varierar mellan 62 ingrepp i Västernorrland och 277 i Halland (diagram A7a.3). Nästan 40 procent av det totala antalet ingrepp i riket görs i region Stockholm (diagram A7a.4). Diagram 4 visar tillgången till specialister inom ortopedi per region, uppdelat i offentlig och privat regi.

Diagram A7a.1. Artroskopisk kirurgi vid artros , knä

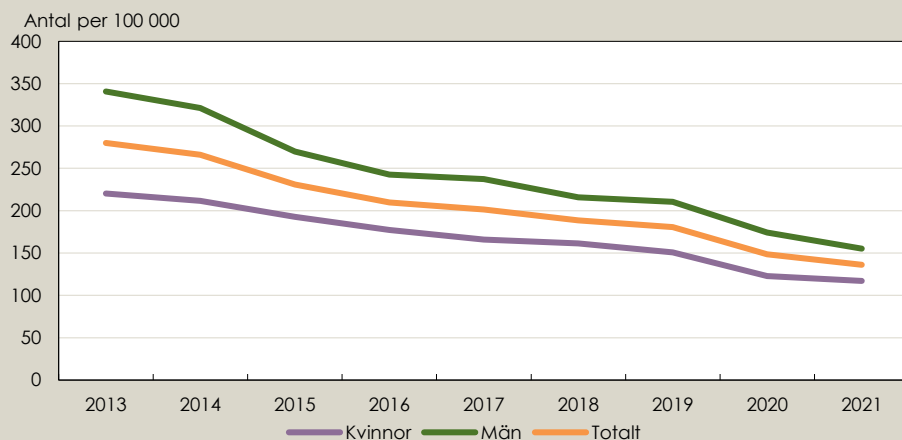
Antal artroskopier i knäled vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada med eller utan artros, per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram A7a.2. Artroskopisk kirurgi i knä

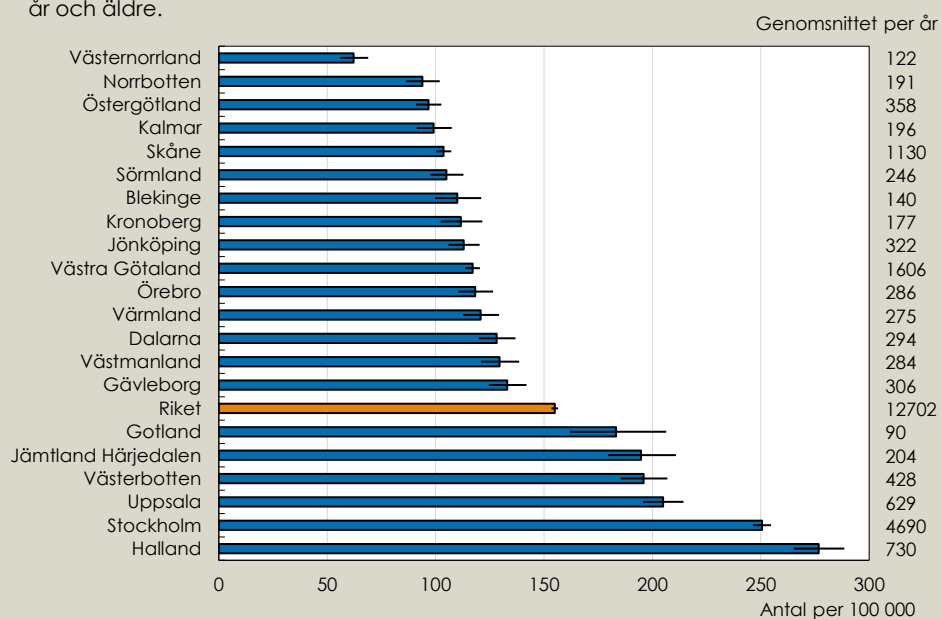
Antal artroskopier i knäled vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada med eller utan artros, per 100 000 invånare. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram A7a.3. Artroskopisk kirurgi vid artros, knä

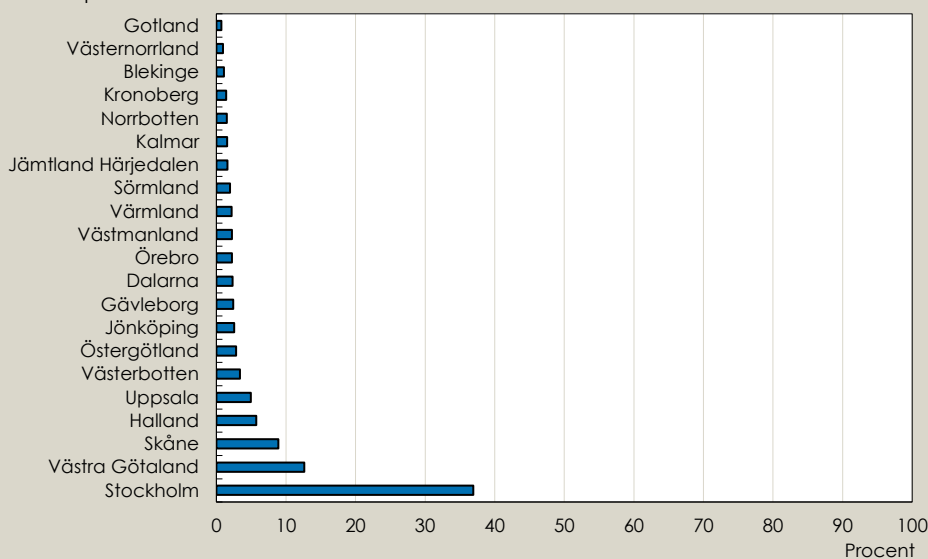
Antal artroskopier i knäled vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada med eller utan artros, per 100 000 invånare och år, för åren 2019-2021. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A7a.4. Artroskopisk kirurgi vid artros, knä

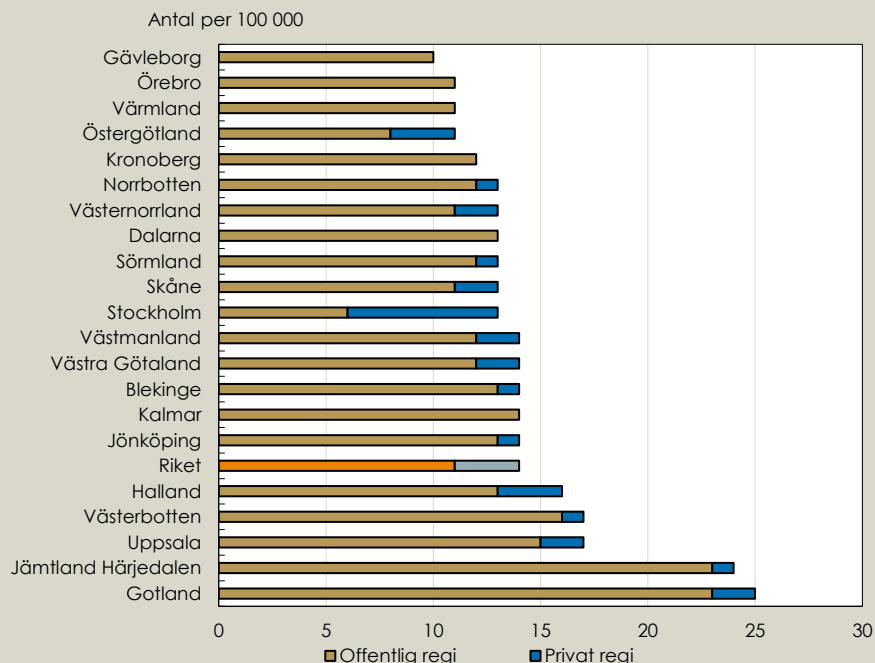
Andel artroskopier i knäled vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada med eller utan artros, utav alla som genomförts i riket, genomsnitt för åren 2019-2021. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 4. Ortopeder per region

Antal specialitälkare i ortopedi per 100 000 invånare, år 2019.

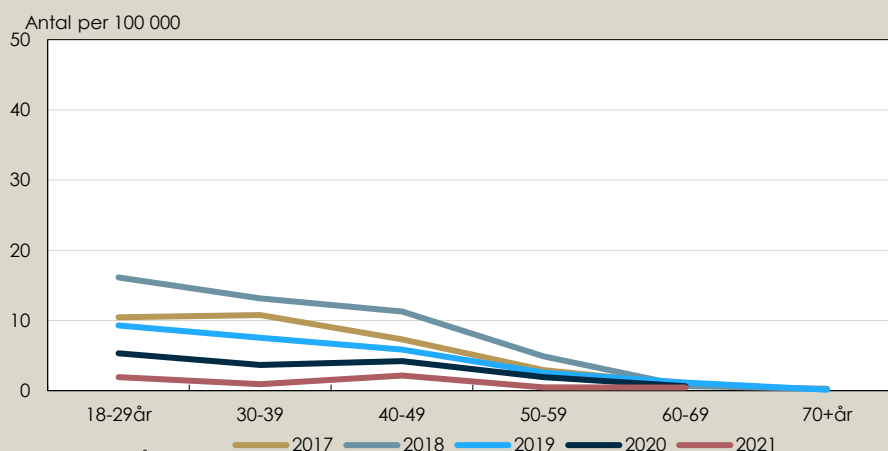


Källa: HOSP-registret, Socialstyrelsen

Vad gäller artroskopier i höft visar resultaten att dessa ingrepp görs i mycket lägre utsträckning jämfört med knäartroskopier. Årsgenomsnittet för riket under perioden 2019–2021 var 2,7 höftartroskopier per 100 000 invånare (diagram A7b).

Diagram A7b. Artroskopisk kirurgi, höft*

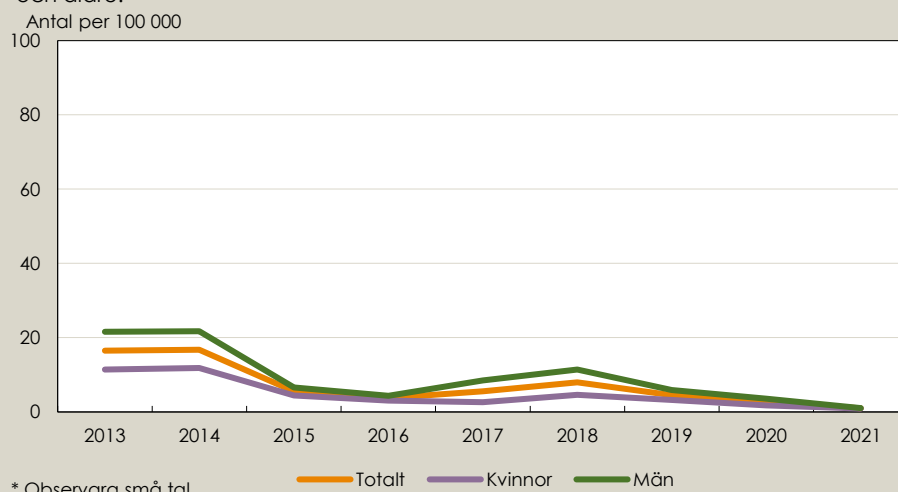
Antal artroskopier i höftled vid misstänkt artros eller degenerativa tillstånd i höft per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram A7b. Artroskopisk kirurgi, höft*

Antal artroskopier i höftled vid misstänkt degenerativt tillstånd i höft (till exempel labrumskada) med eller utan artros i höft, per 100 000 invånare. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Analys av resultat

Resultaten visar att artroskopier i knä vid artros och degenerativa tillstånd i knä minskar stadigt. Emellertid bedömer Socialstyrelsen att trenden minskar långsammare än vad som är eftersträvarvärt, med tanke på att rekommendationen i nationella riktlinjer för åtgärden har varit icke-göra sedan 2012 och det har tagit 10 år att halvera frekvensen. Artroskopisk kirurgi har inte en kliniskt relevant bättre effekt på smärta i knä än annan behandling med färre biverkningar, dessutom är åtgärden dyr. Besparingarna från ett minskat antal artroskopier vid artros kan frigöra medel för mer effektiva åtgärder för patientgruppen (se avsnittet om kostnader för artrosvården).



Följsamheten till rekommendationen varierar stort mellan regionerna. Det finns också ett samband mellan hög tillgänglighet och antalet artroskopier. Riktade insatser behövs i vissa regioner för att utmönstra artroskopisk kirurgi vid artros. Regioner där artroskopier fortfarande används i hög utsträckning i denna patientgrupp behöver vidta åtgärder såsom att ge aktiv information till beställarna, exempelvis sjukhus- och klinikledning, att åtgärden inte tillför en effektiv behandling för tillståndet. Informationen behöver även riktas till remittenterna (främst de privata). Avsaknad av ekonomiska incitament kan också resultera i utmönstring av artroskopier.

Det är inte ovanligt att införandet av evidensbaserade åtgärder lyckas bättre än utmönstring, eftersom det inte finns en utarbetad metodik för de-implementation. Det vore viktigt att även utarbeta ett tydligare system för de-implementation motsvarande det som finns för implementation av nya metoder. Till skillnad från 2012 finns det idag en nationell organisation för mottagandet av nationella riktlinjer, det nationella systemet för Kunskapsstyrning, som har en viktig roll i implementeringen. Framtagande och implementation av nationella vårdförlopp i regionerna skapar också bättre förutsättningar för riktlinjernas rekommendationer att slå igenom.

Påverkan av covid-19-pandemin på vården vid artros

Under pandemiåren 2020–2021 har antalet som fått patientutbildning och handledd fysisk träning minskat avsevärt i hela landet (diagram A1a). Andelen som fått insatsen enligt riktlinjernas rekommendation har dock varit mycket under Socialstyrelsens nationella målnivå på ≥ 80 procent även före pandemin (diagram A1b). Eftersom handledd fysisk träning oftast ges på plats och även i grupp var det svårt för vården att erbjuda detta med avseende på restriktionerna under pandemin. Respondenterna till Socialstyrelsens enkät har angivit att arbetssättet vad gäller fysisk träning har förändrats stort, med mer fokus på individuell träning, egen träning på hemmiljö (ej handledd) och digitala alternativ för träning (i dagsläget ej handledd träning) (diagram E10). Omprioriteringar har också bidragit till att verksamheterna ute i landet dragit ner på artrosvården mellan 20–50 procent under 2021 [20]. Samtidigt har digitala alternativ för fysisk träning ökat alltmer, inte minst p.g.a. pandemin [21]. Trots att det anses som positivt att vården erbjudit det som var möjligt under pandemin är det viktigt att tydliggöra att effekten av fysisk träning som ges digitalt ännu inte har utvärderats i vetenskapliga studier i tillräckligt stor omfattning. Reumatikerförbundet lyfter att även idag nekas artrospatienterna rehabilitering för att rehabiliteringsverksamheten inte har kommit fullt igång efter pandemin.

Pandemin har också orsakat att färre har kommit till vården. Antalet första besök till fysioterapeut har halverats under 2020 jämfört med 2019 och ett fortsatt lågt antal första besök inrapporterades även under 2021. Detta gäller även uppföljningar vid tre månader efter första besök (diagram A8b). Registreringsgraden av utförda insatser i Svenska Artrosregistret har påverkats negativt (se diagram 1 i avsnittet om datakvalitet och tolkningssvårigheter).

Att färre har kommit till vården och att grundbehandlingen nedprioriterats under pandemin kan leda till undanträngningseffekter i olika delar av behandlingspyramiden och vården. Verksamheterna har nu sämre förutsättningar än före pandemin för att erbjuda handledd fysisk träning enligt riktlinjernas rekommendationer. Ju lägre andel som kommer till fysioterapeut för fysisk träning desto högre blir belastningen hos allmänläkare eftersom personer med artros återkommer till primärvården p.g.a. smärtproblem. Detta orsakar undanträngningseffekter inom primärvården för andra patientgrupper.

För en del artrospatienter som inte fick grundbehandling under 2020–2021 kan sjukdomen ha fortskridit till den nivå där ledproteskirurgi är oundviklig. Samtidigt kunde färre ledprotesoperationer genomföras under pandemiåren 2020–2021 (diagram 5), vilket innebär att vården redan nu har ett mer pressat läge vad gäller kö till operation än innan pandemin. Enligt väntetidsdatabasen (Sveriges Kommuner och Regioner, SKR) väntade december 2022 drygt 28 600 personer på operation inom ortopedi, vara 41 procent längre än 90 dagar. Motsvarande siffror för december 2019 var ca 22 000 väntande varav 26 procent längre än 90 dagar [29].

Diagram A1a. Patientutbildning och handledd fysisk träning vid artros

Antal personer med artros i knä eller höft som vid 3-månadersuppföljning har fått patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 ggr eller fler. Fysisk träning digitalt ingår ej i jämförelsen.

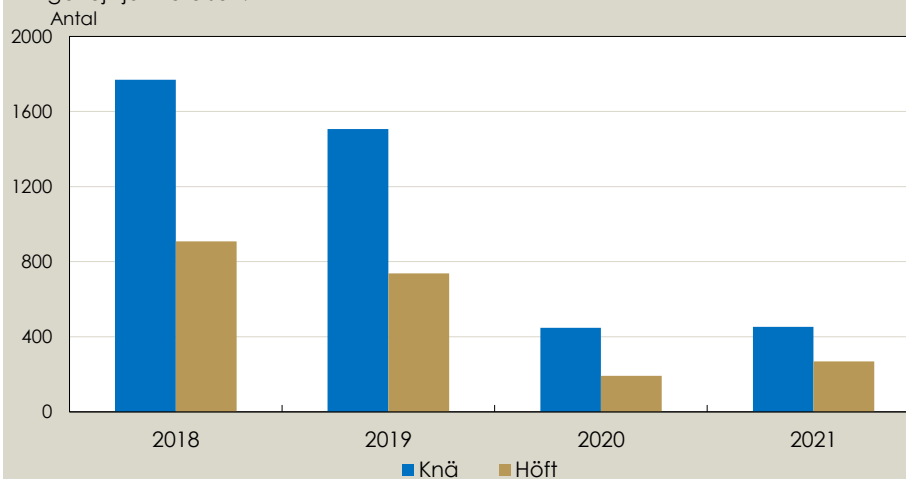


Diagram A1b. Patientutbildning och handledd fysisk träning vid artros

Antal personer med artros i knä eller höft som vid 3-månadersuppföljning har fått patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 ggr eller fler. Fysisk träning digitalt ingår ej i jämförelsen.

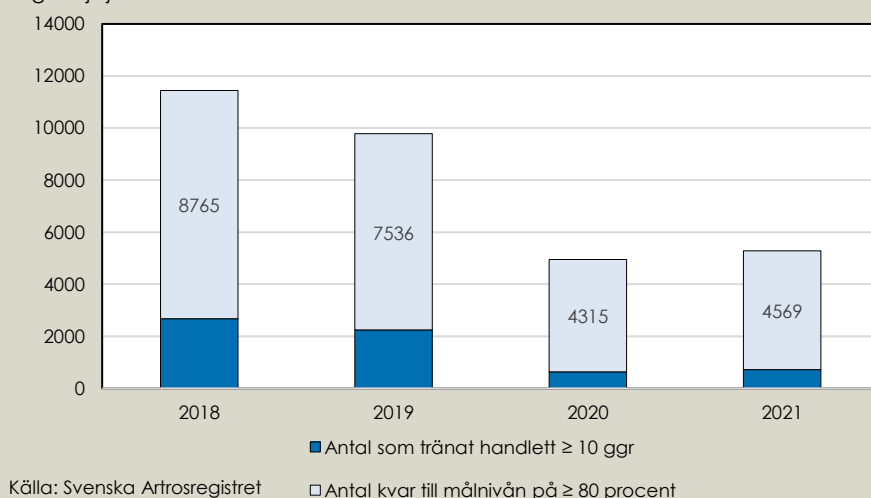
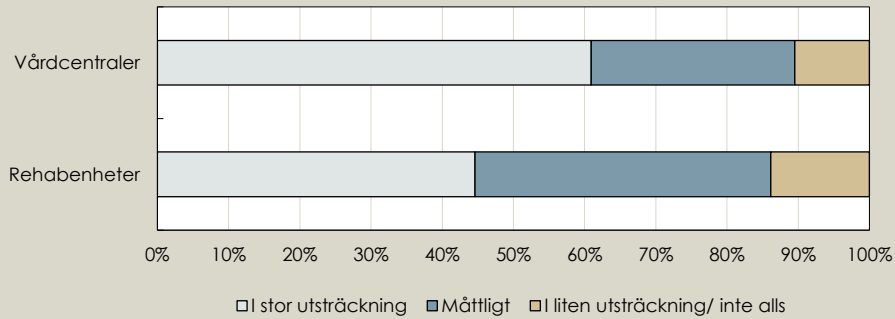


Diagram E10. Påverkan av pandemin på arbetssätt vad gäller handledd fysisk träning vid artros

Verksamheterna svarat på frågan i vilken utsträckning har arbetssättet vad gäller handledd fysisk träning på plats och i grupp för personer med artros påverkats av covid-19-pandemin.

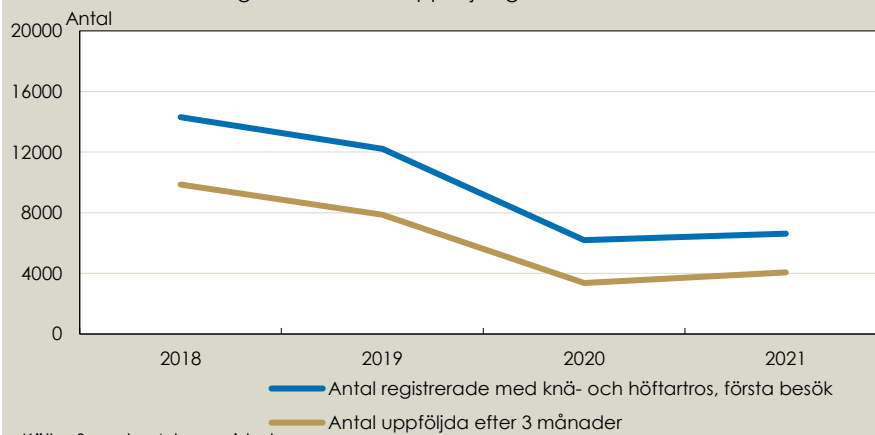


Antal svarande 325 av 878 vårdcentraler, 195 av 286 rehabiliteringsenheter

Källa: Socialstyrelsens enkät

Diagram A8b. Uppföljning 3 månader efter första besök hos fysioterapeut

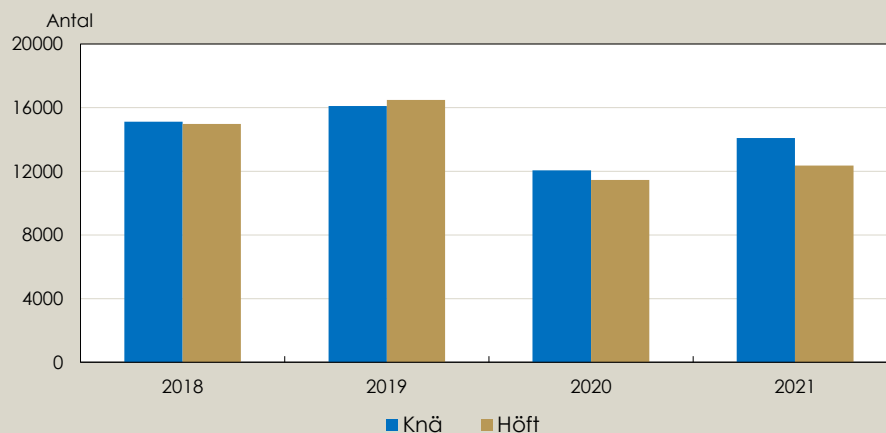
Antal personer med artros i knä- eller höft som haft en första besök till fysioterapeut och antal som deltagit i 3-månadersuppföljning.



Källa: Svenska Artrosregistret

Diagram 5. Ledprotosoperationer vid artros

Totalt antal ledprotosoperationer i knä eller höft på grund av artros.



Källa: Svenska Ledprotosregistret

Den psykiska påfrestande och sociala isoleringen under pandemiåren kan även ha bidragit till att fler med artros upplevt mer smärta och en försämrad livskvalitet. Samtliga ovannämnda faktorer kan ha bidragit till en ökad grad av sjukskrivning under 2021 (se avsnitt om sjukskrivning vid artros).

Regionerna behöver stödja verksamheterna för att återgå till tidigare arbets sätt vad gäller handledd fysisk träning på plats. Det är också viktigt att vården stödjer personer med artros oavsett sjukdomsprogressionsnivå, eftersom fysisk träning är viktig även för dem som står i kö till ledprotosoperation. Detta för att kunna maximera operationens effekt och för en bättre återhämtning efter operation.

Sammanfattningsvis omkullkastade pandemin huvudmetoden för handledd fysisk träning, som vanligen skett på plats eller i grupp. Framtagande av digitala alternativ har rimligtvis prioriterats under omständigheterna, samtidigt har dess effekt ännu inte utvärderats i tillräcklig omfattning i vetenskapliga studier och alla patienter har inte möjlighet att använda digitalt alternativ. Framtida prioriteringar behöver ta detta i beaktande dvs. det är angeläget att regionerna skapar bättre förutsättningar för verksamheterna att bedriva en fysisk artrosvård enligt riktlinjernas rekommendationer.

Implementering av nationella riktlinjer och vårdförlopp i regionerna

I en enkät till regionledningar har Socialstyrelsen kartlagt arbetet med implementering av nationella riktlinjer på området artros efter publicering av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar år 2021. Under utvärderingens gång har även nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för knä- och höftartros tagits fram inom det nationella systemet för Kunskapsstyrning [13,14]. Dessa nationella vårdförlopp och i vissa fall även vårdprogram tas fram som ett kliniskt kunskapsstöd med syfte att strukturera, individanpassa och effektivisera vårdflödet. De nationella vårdförloppen utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Av enkätundersökningen framkom att fram till våren 2022 har 15 av 20 regioner som svarat inlett arbete med gap-analyser som stöd till implementeringen av nationella riktlinjer och vårdförlopp inom området artros. Hälften av regionerna har även kartlagt om resurser inom rehabilitering finns tillgängliga i regionen för att kunna implementera vårdförlopp och nationella riktlinjer. Det är tydligt att sedan publicering av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar år 2021 har flera utvecklingsarbeten pågått på nationell, regional och lokal nivå. Socialstyrelsen konstaterar att i dag finns det bättre förutsättningar för regionerna att ta emot och arbeta vidare med rekommendationerna i nationella riktlinjer, tack vare en nationell mottagare som det nationella systemet för Kunskapsstyrning. I flera regioner finns numera system och struktur för införande av nationella riktlinjer och vårdförlopp.

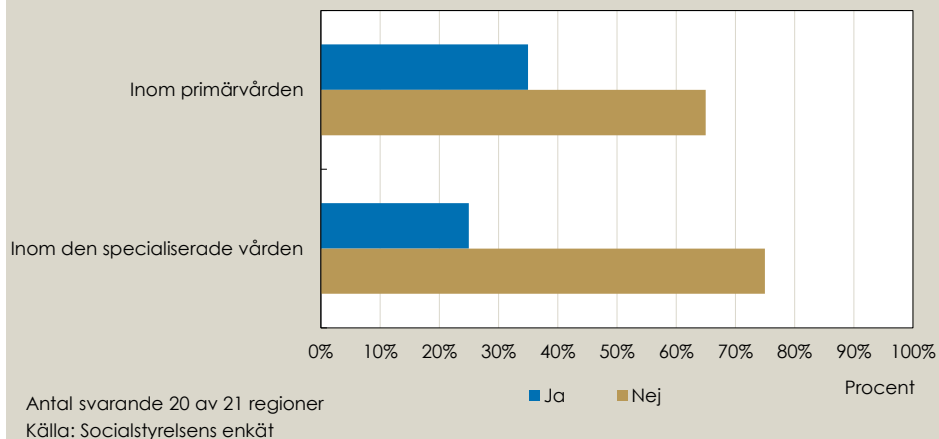
En del i implementeringsarbete är att skapa strukturella och organisatoriska förutsättningar som möjliggör för professionen att arbeta enligt riktlinjernas rekommendationer. Ett exempel på detta är satsningar på utbildning och fortbildning av vårdpersonal. Sedan riktlinjerna publicerades har en tredje del av regionerna gjort satsningar på fortbildning om artros för vårdpersonal inom primärvården. Enbart en av fyra regioner har gjort satsningar på fortbildning om artros för vårdpersonal inom den specialiserade vården (diagram E11). Dessa satsningar i de allra flesta fall handlat om omställning till digital vård och digifysisk vård, vilket sannolikt präglades av behoven som uppstått under covid-19-pandemin.

Från respondenternas kommentarer härleder Socialstyrelsen att ”digital artrosskola” är i fokus i flera regioner (för en beskrivning av vad digital artrosskola innebär se bilaga 4). Samtidigt uppger många verksamheter inom fysioterapi som påverkats av pandemin att de vill återuppta tidigare arbetssätt med fysisk träning på plats och i grupp, som innan pandemin. Denna diskrepans mellan verksamheternas mål och regionernas satsningar behöver uppmärksammas. Det är oroväckande om det i regionernas satsningar på området artros enbart är digital vård som prioriteras. Regionerna behöver också göra satsningar som ger stöd och förbättrar verksamheternas förutsättningar att

erbjuda handledd fysisk träning på plats. Införandet av ”digital artrosskola” kan vara värdefullt för att komplettera, men inte ersätta, fysisk vård.

Diagram E11. Fortbildning om artros

Andel regioner som angivit att de har gjort satsningar på fortbildning om artros till vårdpersonal i relevanta yrkeskategorier, efter att riktlinjerna publicerades.



Kostnader för vården vid artros

Kostnader för artrosvården inkluderar direkta kostnader från vårdinsatser såsom operationer, läkemedel och rehabilitering. Artros medför även indirekta kostnader relaterade till sjukskrivning, förlorad inkomst, minskad produktivitet, behov av hemtjänst mm.

I detta avsnitt gör Socialstyrelsen en beräkning av direkta sjukvårdskostnader för vården vid artros i knä eller höft baserad på uppgifter från KPP-databasen (Sveriges Kommuner och Regioner, SKR) och kvalitetsregistren Svenska Artrosregistret, svenska Ledprotesregistret och Socialstyrelsens patientregister. Kostnader för olika vårdinsatser beräknas med schablonkostnader baserat på KPP och patientvolymerna från de olika registren (för en mer detaljerad beskrivning av metoden se bilaga 1). Socialstyrelsen har använt patientvolymerna från de olika registren i beräkningen eftersom primärvårdskostnader underrapporteras i KPP. Skattningar baserade på patientvolymerna i Svenska Artrosregistret kan också innebära en underskattning av faktiska kostnader p.g.a. låg inrapporteringsgrad i registret. I de allra flesta fall används patientvolymerna för år 2019 som referens för beräkningarna eftersom covid-19-pandemin orsakat en halvering av inrapporterade insatser i Svenska Artrosregistret och ca 25 procent minskning i utförda ledprotesoperationer (se kapitel om påverkan av pandemin). Schablonkostnaderna som använts i beräkningarna redovisas i Faktaruta-1.

I avsnittet presenteras också en beräkning av kostnader eller besparingar vid måluppfyllelse dvs. om vården når de nationella målnivåerna för indikatorerna som är målnivåsatta. Dessa målnivåer är

- ≥ 80 procent för andelen som får patientutbildning och handledd fysisk träning för minst 10 tillfällen
- ≤ 25 procent för andelen som genomgår bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning

Kostnader och möjliga besparingar presenteras också för artroskopier som görs vid smärta i knä vid artros eller andra misstänka degenerativa förändringar i menisk. Enligt nationella riktlinjer har åtgärden inte bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Dessutom är åtgärden dyr och medför en sjukvårdskostnad utan större nytta.

Den allra största kostnaden i artrosvården är ledprotesoperationer (diagram 6). Även om det är en mindre andel bland personer med artros i knä eller höft som har symptom svåra nog för att vara aktuella för en ledprotesoperation, medför en operation stora sjukvårdskostnader. Forskningen visar att det är möjligt att senarelägga en ledprotesoperation genom en adekvat grundbehandling. Längre ner i detta kapitel presenteras en uppskattning av möjliga besparingar från ledprotesoperationer genom en adekvat grundbehandling.

Läkemedelskostnader eller kostnader för annan tilläggsbehandling som t.ex. hjälpmedel ingår inte i kostnadsberäkningen.

Faktaruta 1. Uppskattade schablonkostnader

Bilddiagnostik¹, röntgen: 1 000 kr
Bilddiagnostik¹, (magnetkamera): 3 500 kr
Handledd träning enskilt^{2,3}: 14 400 kr
Handledd träning i grupp^{2,3} (6 personer): 2 400 kr
Ledprotesoperation (knä)²: 74 253 kr
Ledprotesoperation (höft)²: 77 366 kr
Artroskopi (knä)²: 23 515 kr

1 Uppskattning baserad på prislistor i tre regioner

2 Källa: KPP (SKR)

3 12 tillfällen med fysioterapeut á 1200 kr

Totalkostnad för vården vid artros

Totalkostnaden för vården vid artros i knä eller höft för 2019 beräknas till ca 2 850 miljoner kronor. Av tabell 6 framgår att ledprotesoperationer utgör 87 procent av den totalkostnaden och artroskopisk kirurgi ca 12 procent. Kostnaden för insatsen handledd fysisk träning utgör 0,7 procent av totalkostnaden för år 2019 (tabell 6, diagram 6). I kostnadsberäkningen för insatsen handledd fysisk träning ingår 12 besök till fysioterapeut: ett första besök, 10 handledda träningstillfällen och ett uppföljningsbesök.

Andelen personer med artros som får åtgärden handledd fysisk träning enligt riktlinjernas rekommendation är enligt uppgift från Svenska Artrosregistret under 20 procent (se resultat för indikator A1 i tidigare avsnitt). Dessutom underrapporteras åtgärden i befintliga register. Därför konstaterar Socialstyrelsen att faktiska kostnader för fysisk träning vid artros sannolikt är högre än vad beräkningen visar.

Tabell 6. Beräknad totalkostnad för vården vid artros 2019

Kostnader anges i miljoner kronor i 2021-års priser, beräknade på patientvolymerna för år 2019.

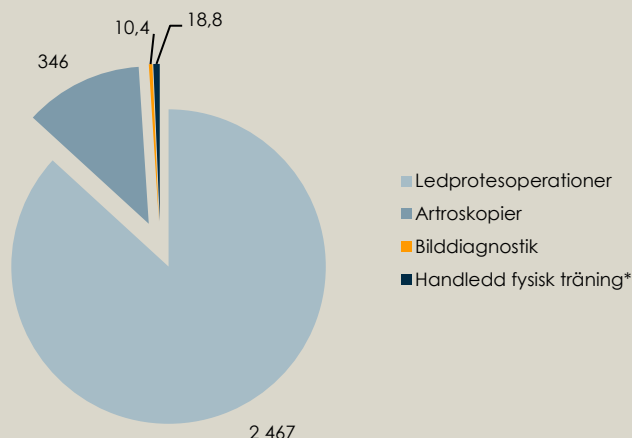
Åtgärd	Faktisk kostnad (andel av totalkostnad)
Bilddiagnostik	10,4 (0,4)
Handledd fysisk träning	18,8 (0,7)*
Ledprotesoperationer	2 467 (86,8)
Knäartroskopier	346 (12,2)
Alla åtgärder	2 842 (100,0)

*Beräknat på att 50 % bland personer registrerade i Svenska Artrosregistret som fått insatsen deltagit i gruppträning (i grupp av 6 personer) och 50 % tränat individuellt. Uppgift underrapporteras i befintliga register.

Källa: KPP (SKR), Svenska Artrosregistret, svenska Ledprotesregistret och patientregistret på Socialstyrelsen.

Diagram 6. Totalkostnad för vård vid artros

Beräkning av den totala kostnaden för år 2019 för åtgärder vid artros i knä eller höft. Beräkningen baseras på schablonkostnader enligt uppgift i KPP-databasen och patientvolymen för år 2019 i respektive register. Kostnader anges i miljoner kronor.



* 12 besök till fysioterapeut. Uppgift underrapporteras i befintliga register.

Källa: Svenska Artrosregistret, KPP-databasen (SKR), Svenska Ledprotesregistret och patientregistret på Socialstyrelsen.

Insatser och möjliga besparingar

Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros

Enligt nationella riktlinjer behövs bilddiagnostik mycket sällan för att ställa diagnosen artros. Enligt uppgift från Svenska Artrosregistret fick år 2019 68 procent av personer med artros som haft ett första besök till fysioterapeut en bilddiagnostisk undersökning före patientutbildning och fysisk träning (indikator A6). Av samtliga bilddiagnostiska undersökningar görs ca 10 procent med magnetkamera och resterande med konventionell röntgen [12]. Med denna fördelning mellan röntgen och magnetkamera blir schablonkostnaden för bilddiagnostik vid artros 1 250 kronor per undersökning⁵. För totalt 8 281 undersökningar år 2019 beräknas kostnaden uppgå till 10,4 miljoner kronor (tabell 7). Den nationella målnivån för andelen personer med artros som får en bilddiagnostisk undersökning före patientutbildning och träning ligger på ≤ 25 procent. Givet att målnivån uppnås borde antalet undersökningar vara färre än 3 056, vilket innebär en möjlig besparing på 6,5 miljoner kronor.

Under 2021 minskade antalet till 3 870 undersökningar. Kostnaden 2021 uppgick till 4,8 miljoner kronor, vid måluppfyllelse hade totalkostnaden blivit 2,1 miljoner kronor med en besparing på 2,8 miljoner kronor (tabell 7).

⁵ Kostnader för bilddiagnostik finns inte i KPP

Tabell 7. Kostnad för bildiagnostisk undersökning

Kostnader anges i miljoner kronor i 2021-års priser, beräknade på patientvolymerna för respektive år.

	2018	2019	2020*	2021*
Antal första besök i Svenska Artrosregistret	14 305	12 224	6 192	6 611
Antal som får insatsen vid målnivån (25%)	3 576	3 056	1 548	1 653
Antal som fått insatsen	9 711	8 281	3 958	3 870
Färre patienter för måluppfyllelse	6 135	5 225	2 410	2 217
Faktisk kostnad	12,1	10,4	4,9	4,8
Kostnad vid målnivån	4,4	3,9	1,9	2,0
Besparing vid måluppfyllelse	7,7	6,5	3,0	2,8

* Lägre patientvolym för åren 2020–2021 p.g.a. covid-19-pandemin.
Källa: KPP (SKR) och Svenska Artrosregistret.

Handledd fysisk träning vid artros

Grundbehandlingen vid artros är patientutbildning och handledd fysisk träning. Den nationella målnivån är 80 procent för andelen personer med artros i knä eller höft som får denna insats, vilket motsvarar 9 779 personer bland alla registrerade första besök i Svenska Artrosregistret år 2019. Samma år fick 2 243 patienter insatsen, till en beräknad totalkostnad på 18,8 miljoner kronor (tabell 8). För måluppfyllelse hade ytterligare drygt 7 500 patienter behövt få insatsen, till en kostnad som beräknas uppgå till 63,3 miljoner kronor. Kostnaden för måluppfyllelse 2019 beräknas till 82,1 miljoner kronor.

År 2021 fick 720 patienter handledd fysisk träning vid artros och kostnaden beräknas uppgå till 6,0 miljoner kronor (tabell 8). För måluppfyllelse 2021 hade ytterligare drygt 4 500 patienter behövt få insatsen, till en kostnad som beräknas uppgå till 38,4 miljoner kronor (2021-års priser). Kostnaden för måluppfyllelse 2021 beräknas till 44,4 miljoner kronor.

Tabell 8. Kostnad för handledd fysisk träning*

Kostnader anges i miljoner kronor i 2021 års priser, beräknade på patientvolymerna för respektive år.

	2018	2019	2020**	2021**
Antal första besök i Svenska Artrosregistret	14 305	12 224	6 192	6 611
Antal som får insatsen vid målnivån (80%)	11 444	9 779	4 954	5 289
Antal som fått insatsen	2 679	2 243	639	720
Antal tillkommande patienter för måluppfyllelse	8 765	7 536	4 315	4 569
Faktisk kostnad	22,5	18,8	5,4	6,0
Kostnad vid målnivån	96,1	82,1	41,6	44,4
Tillkommande kostnad för måluppfyllelse	73,6	63,3	36,2	38,4

* Beräknat på att 50 % bland personer registrerade i Svenska Artrosregistret som fått insatsen deltagit i gruppträning (i grupp av 6 personer) och 50 % tränat individuellt. Uppgift underrapporteras i befintliga register.

** Lägre patientvolym för åren 2020–2021 p.g.a. covid-19-pandemin.

Källa: KPP (SKR) och Svenska Artrosregistret.

Kirurgi vid artros

Enligt behandlingspyramiden har en mindre andel personer med knä- eller höftartros symtom svåra nog för att vara aktuella för en ledprotesoperation. År 2019 gjordes 32 588 ledprotesoperationer i riket, något fler höftledsoperationer (16 491 stycken) än knäledsoperationer (16 097 stycken). Totalkostnaden för ledprotesoperationerna uppgick till drygt 2 450 miljoner kronor (tabell 9). År 2021 gjordes totalt 26 449 ledprotesoperationer och totalkostnaden uppgick till 2 000 miljoner kronor.

Tabell 9. Kostnad för ledprotesoperationer

Kostnader anges i miljoner kronor i 2021 års priser, beräknade på patientvolymerna för respektive år.

	2018	2019	2020*	2021*
Antal	30 079	32 588	23 521	26 449
Kostnad	2 277	2 467	1 781	2 002

* Lägre patientvolym för åren 2020–2021 p.g.a. covid-19-pandemin.
Källa: KPP (SKR) och Svenska Ledprotesregistret.

En annan kirurgisk åtgärd vid artros är artroskopisk kirurgi, en form av tithålsoperation. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården inte bör utföra artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä (icke-göra). Trots att rekommendationen i nationella riktlinjer för åtgärden har varit icke-göra sedan 2012 görs det fortfarande ett högt antal knäartroskopier (se resultaten för indikator A7 i tidigare avsnitt). År 2019 uppgick kostnaden för knäartroskopier vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä till närmare 350 miljoner kronor (2021 års priser). Motsvarande siffra för år 2021 var 264 miljoner kronor (tabell 10).

Tabell 10. Kostnad för knäartroskopier

Kostnader anges i miljoner kronor i 2021-års priser, beräknade på patientvolymerna för respektive år.

	2018	2019	2020	2021
Antal	15 227	14 709	12 162	11 236
Kostnad	358	346	286	264
Besparing	358	346	286	264

Källa: KPP (SKR) och patientregistret på Socialstyrelsen.

Totalkostnad för en artrosvård som uppnår målnivåerna i nationella riktlinjer

Totalkostnaden för vården vid artros i knä eller höft för 2019 beräknas till cirka 2 850 miljoner kronor. Av tabell 11 framgår att ledprotesoperationer utgör 87 procent av den totalkostnaden och artroskopisk kirurgi ca 12 procent. Kostnaden för insatsen handledd fysisk träning utgör 0,7 procent av totalkostnaden för år 2019 (tabell 11). Vid målpuppfyllelse dvs. om 80 procent av patienterna fått insatsen skulle kostnaden för handledd fysisk träning utgöra 3,2 procent av den totala kostnaden (tabell 11), baserad på 2019 års

patientvolymen. Det innebär en ytterligare kostnad på 63,3 miljoner kronor. Samtidigt skulle besparingar från ett minskat antal bilddiagnostiska undersökningar och knäartroskopier leda till en lägre total kostnad för artrosvården (tabell 11).

Vid följsamhet till nationella riktlinjer beräknas totalkostnaden för artrosvården 2019 till 2 557 miljoner istället för den faktiska kostnaden samma år på 2 846 miljoner kronor. Följsamhet till nationella riktlinjer innebär en samhällsekonomisk besparing på ca 300 miljoner kronor eller 11 procent (tabell 11, diagram 7). En adekvat insats av handledd fysisk träning kan leda till ytterligare besparingar i form av lägre läkemedelskostnader och senarelagda ledprotesoperationer (se nedan). Dessutom kan minskade kostnader för sjukskrivning tillkomma liksom nyttan av att operationsresurser frigörs för patienter med större behov av dessa.

Tabell 11. Beräknad totalkostnad för vården vid artros 2019 och totalkostnad vid måluppfyllelse

Kostnader anges i miljoner kronor i 2021 års priser, beräknade på patientvolymerna för år 2019.

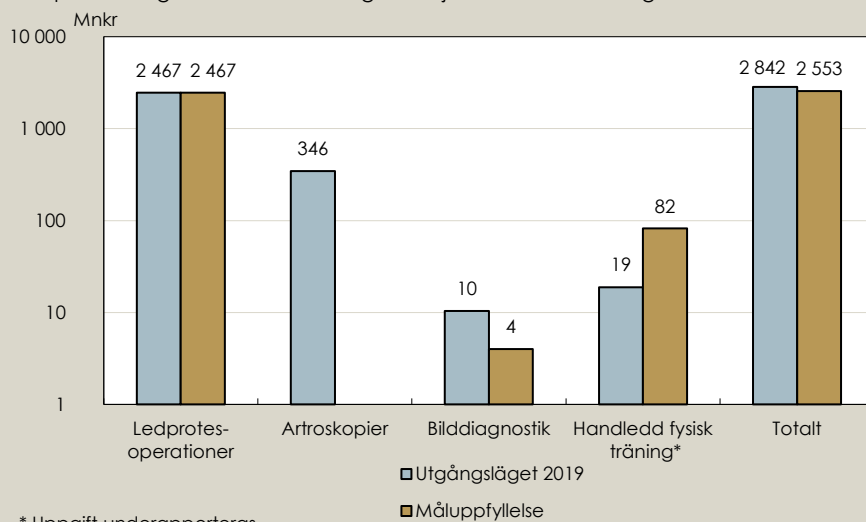
Åtgärd	Faktisk kostnad (andel av totalkostnad)	Totalkostnad vid måluppfyllelse (andel av totalkostnad)
Patientutbildning och handledd träning	18,8 (0,7)*	82,1 (3,2)
Bilddiagnostik	10,4 (0,4)	4 (0,2)
Ledprotesoperationer	2 467 (86,8)	2 467 (96,6)
Knäartroskopier	346 (12,2)	-
Alla åtgärder	2 846 (100,0)	2 553 (100,0)

*Beräknat på att 50 % bland personer registrerade i Svenska Artrosregistret som fått insatsen deltagit i gruppträning (i grupp av 6 personer) och 50 % tränat individuellt. Uppgift underrapporteras i befintliga register.

Källa: KPP (SKR), Svenska Artrosregistret, Svenska Ledprotesregistret och patientregistret på Socialstyrelsen.

Diagram 7. Totalkostnad för vård vid artros

Beräkning av den totala kostnaden för artrosvården vid utgångsläget år 2019 och den totala kostnaden vid måluppfyllelse enligt NR. Beräkningen baseras på schablonkostnader enligt uppgift i KPP-databasen och patientvolymerna för år 2019 i respektive register. Kostnader anges i miljoner kronor. Obs logaritmisk skala.



* Uppgift underapporteras

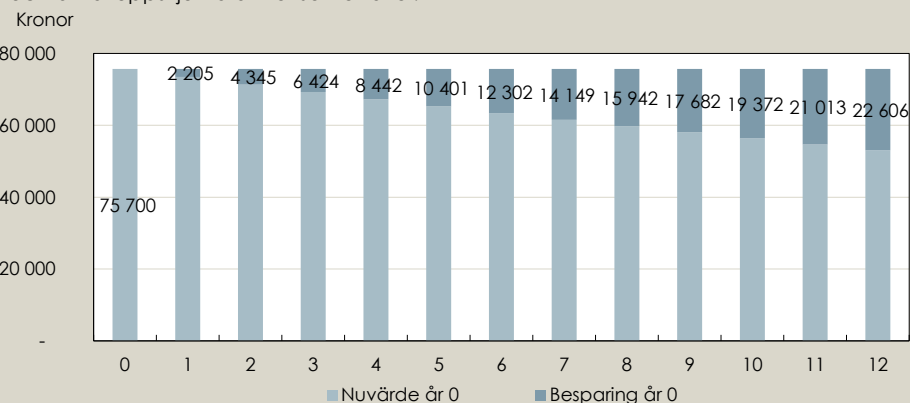
Källa: Svenska Artrosregistret, KPP-databasen (SKR), Svenska Ledprotesregistret och patientregistret på Socialstyrelsen

I en studie från Danmark av personer med svår artros som väntade på en knäledsprotos sågs en 30-procentig minskning av smärta när de behandlades med fysisk träning. Denna förbättring var tillräcklig för att ungefär tre av fyra valde bort kirurgi under första året och efter två år var två av tre ännu inte opererade [30, 31].

Givet en schablonkostnad för ledprotesoperation på 75 700 kronor minskar nuvärdet av denna kostnad med cirka 2 200 kronor genom att skjuta upp behovet av en operation ett år, och för varje år som operationen skjuts upp (horisontell axel i diagram 8) blir nuvärdet av kostnaden år 0 lägre (vertikal axel i diagram 8). Med att skjuta upp behovet av en ledprotesoperation menas i detta avseende att genom en adekvat grundbehandling kan patienten få lindring i sin smärta och upplever förbättring av sin funktion så att operationen inte behövs. Beräkningen visar att för varje patient kan handledd träning i grupp vara en kostnadseffektiv insats om behovet av en ledprotesoperation kan skjutas upp i minst 1 år och 2 månader (3 procent diskonteringsränta). Enskild handledd träning kan vara en kostnadseffektiv insats om behovet av en operation skjuts upp i drygt 7 år (3 procent diskonteringsränta).

Diagram 8. Nuvärde år 0 av uppskjuten operation

Diskonterad kostnad för operation, nuvärde år 0 med 3 procent diskonterings-ränta och antal uppskjutna år horisontell axel.



Källa: Socialstyrelsens beräkning baserad på uppgift från KPP (SKR)



Sammanfattning kostnadsanalys

Sammanfattningsvis utgör ledprotesoperationerna huvudkostnaden för artrosvården. Knäartroskopier som inte rekommenderas vid artros medför fortfarande en betydande kostnad. Möjliga besparingar från ett lägre antal utförda artroskopier och bildiagnostiska undersökningar som inte tillför större nytta kan användas för att öka andelen som behandlas med handledd fysisk träning vid behandlingspyramidens grundnivå. Följsamhet till riktlinjernas rekommendationer kan medföra en lägre total kostnad för vården vid artros. Därutöver kan behovet och kostnader för ledprotesoperationer vid artros i knä eller höft minska på sikt om fler personer får en adekvat insats av handledd fysisk träning.

Uppskattningar av den totala kostnaden av rörelseorganens sjukdomar tyder på att den ekonomiska inverkan av artros är så hög som två procent av bruttonationalprodukten (BNP) i industriländer [32]. Medan prevalensen av artros ständigt ökar är det angeläget att organisatoriska förutsättningar och ekonomiska incitament från regionerna stödjer en ökad användning av handledd fysisk träning som behandling för artros, och samtidigt främjar utmönstring av knäartroskopier.

Sjukskrivning vid artros

Förutom direkta kostnader från utförd behandling påverkar sjukdomen artros individ och samhälle också via sjukskrivning, vilket även medför indirekta kostnader.

År 2021 enligt statistik från Försäkringskassan var antalet pågående sjukfall p.g.a. knä- eller höftartros hos personer 35–70 år drygt 4 000 (diagram 9). Antalet sjukfall år 2021 var högre än genomsnittet för de senaste 4 åren, vilket till viss del kan vara en effekt av covid-19-pandemin. Artrosvården var nedprioriterad under pandemin, och arbetssättet kring handledd fysisk träning påverkades stort. Pandemin har också påverkat antalet ledprotesoperationer som kunde utföras. Att personer med artros inte fått en adekvat grundbehandling eller en ledprotesoperation under pandemin kan ha medfört en högre grad av sjukskrivning år 2021 (läs vidare i avsnittet om påverkan av pandemin). Diagram 10.1 visar att långa sjukskrivningar med sjukskrivningstid över 1 år ökat i större omfattning under 2021. Det är fler kvinnor än män som sjukskrivs p.g.a. knä- eller höftartros, särskilt vad gäller längre sjukfall (diagram 10.2). Resultaten visar också att antalet fall med sjukskrivningstid mellan 1–3 månader ökar över tid (diagram 10.1). Dock minskar medianen för sjukskrivningstiden långsamt över tid (diagram 11).

Räknat på medianen för sjukfallslängd och medianlönen i Sverige år 2021 uppskattas de offentliga utgifterna för sjukskrivning vid artros i knä eller höft hos personer i åldersgruppen 35–70 år till ca 580 mkr.

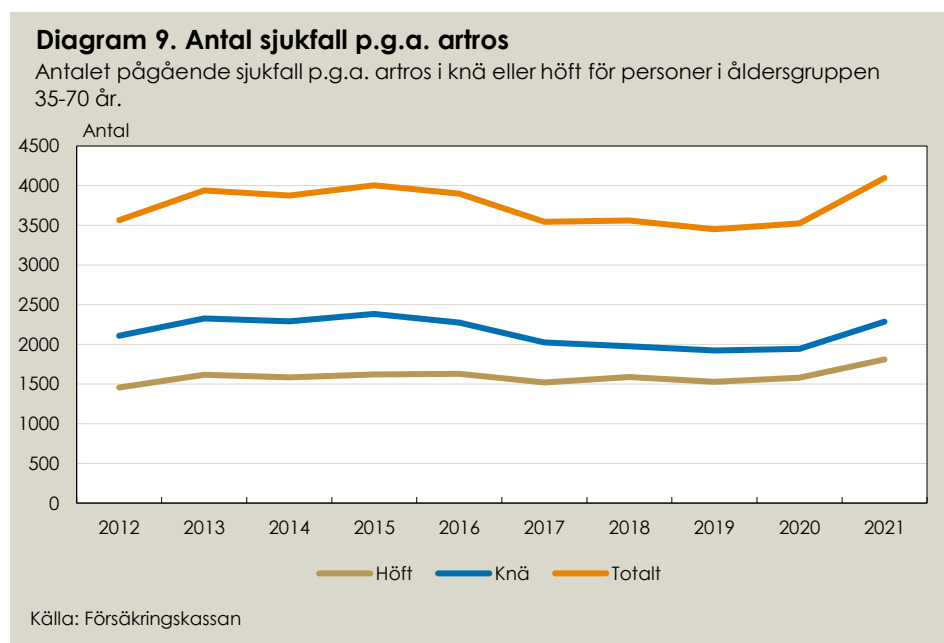


Diagram 10.1. Sjukfall p.g.a. artros efter sjukfallslängd

Antalet pågående sjukfall p.g.a. knä- eller höftartros fördelat på sjukfallslängd. Gäller personer i åldersgruppen 35-70 år.

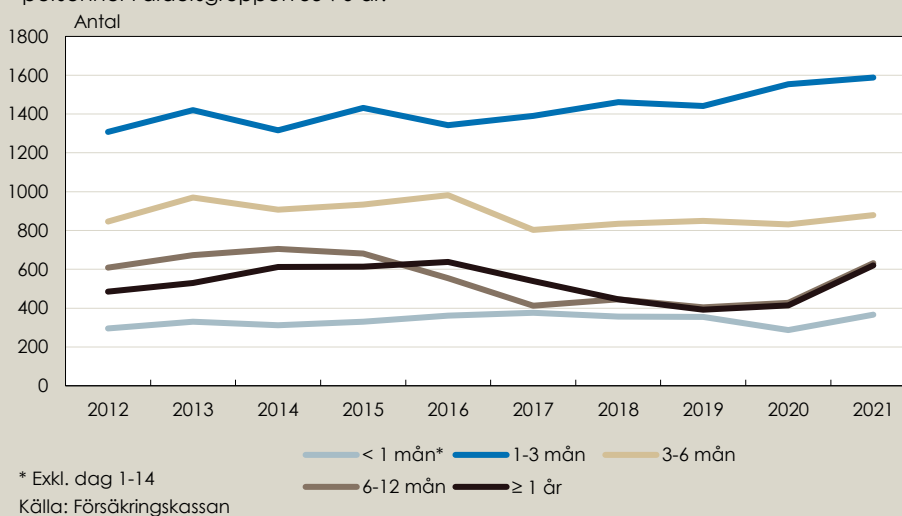


Diagram 10.2. Sjukfall p.g.a. artros efter sjukfallslängd

Antalet pågående sjukfall p.g.a. knä- eller höftartros fördelat på sjukfallslängd och uppdelat på kön. Gäller personer i åldersgruppen 35-70 år.

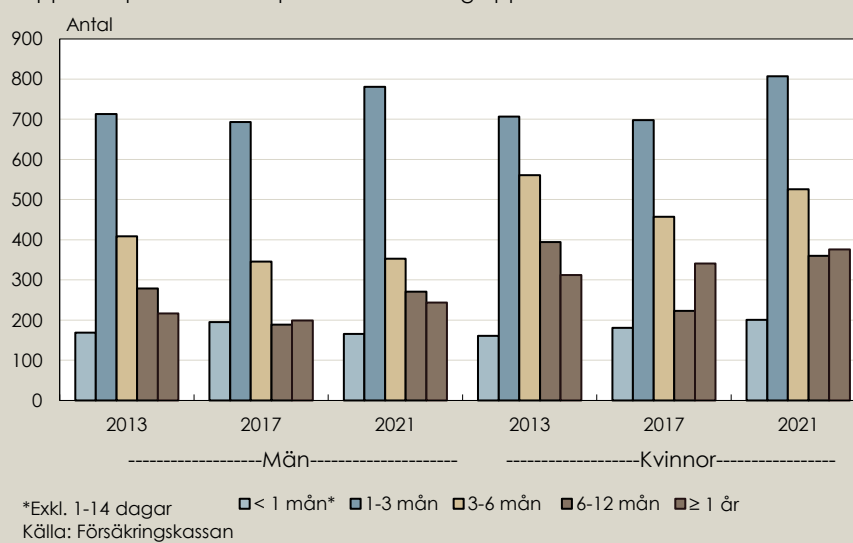
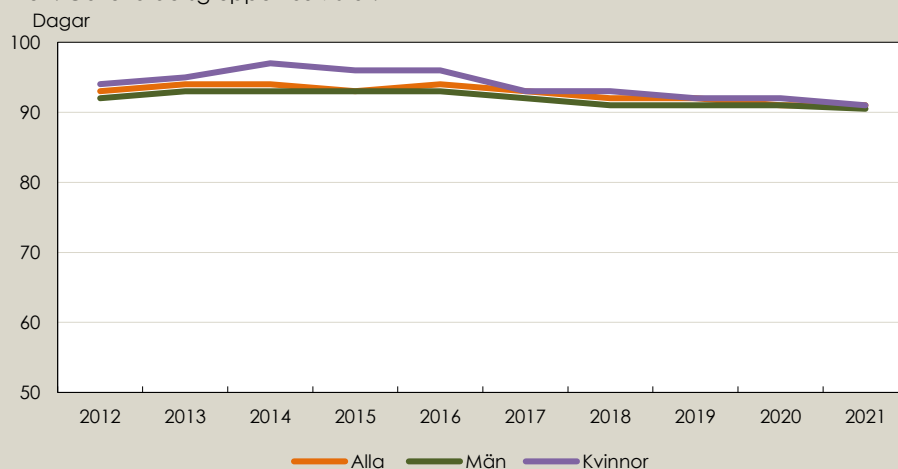


Diagram 11. Sjukfallslängd (median)

Sjukfallslängd (median) för avslutade sjukfall av artros i knä eller höft, uppdelat på kön. Gäller åldersgruppen 35-70 år.



För att kunna tolka resultaten behövs det en mer fördjupad analys dvs. att resultaten särredovisas för de som har sjukskrivit sig i samband med en ledprotesoperation och de som får insatsen patientutbildning och fysisk träning efter ett första besök till fysioterapeut. Detta för att bl.a. kunna följa upp rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), som ger vägledning om sjukskrivning vid knä- och höftartros [33, 34].

Enligt FMB behöver sjukskrivningsgrad och längd vara adekvata för att ge förutsägningar till person med symtomgivande artros, utifrån symtomsvårighetsgrad och ofta förekommande samsjuklighet, att genomföra grundbehandlingen. I dagsläget är det inte möjligt att följa upp implementeringen av FMB för knä- och höftartros. Detta kräver en vidare utveckling av befintliga datakällor. Arbetet pågår på Socialstyrelsen för att identifiera lämpliga uppföljningsmått för att följa upp regionernas arbete när det gäller det försäkringsmedicinska arbetet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Projektorganisation

Projektledning

Anastasia Simi projektledare, Socialstyrelsen

Expertstöd

Thérèse Jönsson Specialistfysioterapeut inom ortopedi, Dr Med Vet, Registerhållare Svenska Artrosregistret, Ortopedkliniken, Skånes universitetssjukhus

Lillemor Nyberg Specialist i allmänmedicin, distriktsläkare på Karolína vårdcentral, Karlskoga, Region Örebro län. Medicine doktor, affilierad forskare Örebro universitet.

Stefan Lohmander Läkare, specialist i ortopedi, emeritusprofessor ortopedi vid Lunds universitet; adjungerad ang. artroskopisk kirurgi

Ingemar Petersson Professor, specialist i reumatologi och allmänmedicin, medicinsk rådgivare; adjungerad ang. frågor om styrning och ledning

Ewa Roos Professor i muskuloskeletal funktion och fysioterapi, specialistfysioterapeut ortopedi, Syddansk Universitet

Projektägare

Anders Bengtsson enhetschef, Socialstyrelsen

Projektmedarbetare

Natalja Balliu statistiker

Ann-Sofie Bertilsson utredare

Christina Broman utredare

Erika Budh utredare, kostnadsanalys

Claes Falck enkätstöd

Kenneth Levin enkätstöd

Mikael Nyman datahantering, diagramproduktion

Oscar Sallander statistiker

Riitta Sorsa utredare, enkätstöd

Anne Tiainen utredare, kostnadsanalys

Tiina Laukkanen produktionsledare

Harriet Wennberg kommunikatör

Medverkande

Marianne Aggestam	Socialstyrelsen
Jonas Berkow	Socialstyrelsen
Stefan Bragsjö	NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
Julia Edman	Rehab Söder, Kalmar län
Marie Ekelius Hamping	Kumla vårdcentral, Örebro län
Siv Folkhammar Andersson	NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
Anna Granath	Socialstyrelsen
Maria Hilberth	Socialstyrelsen
Lotta Håkansson	Reumatikerförbundet
Sarah Louise Kroman	GLA:D, Syddansk Universitet
Johan Lantto	Socialstyrelsen
Anki Lehnberg	Karolina vårdcentral, Karlskoga
Gunilla Limbäck Svensson	NAG knäledsartros
Ann-Charlotte Lindström	NPO rörelseorganens sjukdomar
Maziar Mohaddes Ardebili	NPO rörelseorganens sjukdomar
Marie Nordström	Primärvårdsrehabilitering Borlänge
Åsa Olsson	Socialstyrelsen
Eva Stjernström	sakkunnig rehabilitering
Petra Vogt	Primärvårdsrådet
Malin Åman	Socialstyrelsen

Kvalitetsregister – kontaktpersoner

Ludwig Andersson	statistiker, Svenska Artrosregistret
Helena Bertilsson	analytiker, Försäkringskassan
Mikael Havasi	KPP-databas, SKR
Björn Jacobson	Medrave Software AB
Jonatan Nåtman	statistiker, Svenska Ledprotesregistret
Ola Rolfson	registerhållare, Svenska Ledprotesregistret
Daniel Wallentin	analytiker, Försäkringskassan
Kristin Wetterling	utvecklingsledare, Svenska Artrosregistret

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
2. Nationella riktlinjer – Utvärdering, Vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
3. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, Indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
4. Hubertsson, J, Petersson, IF, Thorstensson, CA, Englund, M. Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2013;72(3):401-5.
5. Försäkringskassan. Hämtad 2021-08-19 från <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk>
6. Hawker, GA. Osteoarthritis is a serious disease. *Clinical and experimental rheumatology*. 2019; 37 Suppl 120(5):3-6.
7. Turkiewicz A, Kiadaliri AA, Englund M. Cause-specific mortality in osteoarthritis of peripheral joints. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019; 27(6):848-854.
8. <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer.33467.html>
9. Turkiewicz A, Petersson IF, Bjork J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthritis and cartilage*. 2014; 22(11):1826-32.
10. Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA). Årsrapport 2019.
11. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
12. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, Målnivåer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
13. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/rorelseorganenssjukdomar/vardforlopp-knaledsartros.61976.html>
14. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/rorelseorganenssjukdomar/vardforlopp-hoftledsartros.56645.html>
15. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
16. <https://reumatiker.se/rehabundersokningen-2022/>
17. Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
18. Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheumatol*. 2014;66(3):622-36.

19. Skou ST and Roos EM. Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2017; 18:72.
20. Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA). Årsrapport 2021.
21. Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
22. Jönsson T, Eek F, Dell’Isola A, Dahlberg LE, Ekvall Hansson E. The Better Management of Patients with Osteoarthritis Program: Outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. *PLoS One*. 2019; 14(9):e0222657–e0222657.
23. Sturesdotter Åkesson K, Sundén A, Stigmar K, Fagerström C, Pawlikowska T, Ekvall Hansson E. Enablement and empowerment among patients participating in a supported osteoarthritis self-management programme - a prospective observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2022; 23(1):555.
24. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci*. 2016; 11:114.
25. Thorlund JB, Roos EM, Goro P, Ljungcrantz EG, Grønne DT, Skou ST. Patients use fewer analgesics following supervised exercise therapy and patient education: an observational study of 16 499 patients with knee or hip osteoarthritis. *Br J Sports Med*. 2021; 55(12):670-675.
26. Grønne DT, Roos EM, Ibsen R, Kjellberg J, Skou ST. Cost-effectiveness of an 8-week supervised education and exercise therapy programme for knee and hip osteoarthritis: a pre-post analysis of 16 255 patients participating in Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D). *BMJ Open*. 2021; 11(12):e049541.
27. Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
28. God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. 2022; www.regeringen.se
29. Väntetider i vården, SKR. Hämtad 2023-01-30 från <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/>
30. Skou ST, Roos EM, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Ole Simonsen O, and Rasmussen S. A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement. *N Engl J Med*. 2015; 373:1597-1606.
31. Skou ST, Roos EM, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Rasmussen S and Simonsen O. Total knee replacement and non-surgical treatment of knee osteoarthritis: 2-year outcome from two parallel randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage*. 2018; 26(9):1170-1180.
32. Bitton R. The economic burden of osteoarthritis. *Am J Manag Care*. 2009; 15(8 Suppl):S230–5
33. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Knäartros. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
34. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Höftartros. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

Tillhörande dokument som publiceras på webben

Denna rapport har 6 webbilagor:

- Bilaga 1. Metod
- Bilaga 2. Förteckning över indikatorerna
- Bilaga 3. Enkäter
- Bilaga 4. Definitioner och begrepp
- Bilaga 5. Intervjuer
- Bilaga 6. Regionprofiler

Indikatorerna som ingår i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar redovisas i sin helhet i rapporten:

- ➔ Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, Indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se