

Brister i remisser för ortopedisk bedömning av knäledsartros

LÅG FÖLJSAMHET TILL DET PERSONCENTRERADE OCH SAMMANHÅLLNA VÅRDFÖRLOPPET NÄR REMISSER FRÅN PRIMÄRVÅRDEN GRANSKADES

Enligt nationella riktlinjer bör patienter med knäledsartros i första hand triageras till en fysioterapeut för utredning och bedömning av behandlingsbehov [1, 2], bland annat på grund av att fysioterapeutisk behandling har visat sig minska behovet av kirurgi [3-5]. Trots att majoriteten av grund- och tilläggsbehandlingen för denna omfattande patientgrupp ska ske med hjälp av fysioterapeut i primärvården [1] rapporterar var fjärde vårdcentral i Sverige att de saknar tillgång till fysioterapeut med artroskompetens [6]. Vidare är primärvården högt belastad, vilket sannolikt delvis beror på utvecklingen av allt fler och alltmer detaljerade medicinska riktlinjer som inte tar hänsyn till tidsåtgång att följa dessa [7]. Exempelvis uppskattar en ny-

»Trots att majoriteten ... ska ske med hjälp av fysioterapeut i primärvården ... rapporterar var fjärde vårdcentral ... att de saknar tillgång till fysioterapeut med artroskompetens ...«

ligen publicerad och uppmärksamstudie att en amerikansk allmänläkare behöver arbeta 27 timmar per dygn för att kunna följa de medicinska riktlinjer som ålagts primärvården [8], och mycket tyder på att situationen i Sverige är likartad.

Även specialistvården rapporteras vara ansträngd, med långa värdköer för ortopedisk bedömning och operation. I många länder har situationen också förvärrats till följd av covid-19-pandemin, vilket har resulterat i längre värdköer [9]. Dessutom återremitteras en betydande andel av patienter med knäledsartros till primärvården redan efter den första ortopediska konsultationen, huvudsakligen på grund av att patienten inte genomgått grund- och/eller tilläggsbehandling enligt nationella riktlinjer (Gustavsson et al, pers medd; 2024). Detta bidrar till onödigt långa värdköer och undanträngningseffekter inom ortopedisk specialistvård.

År 2022 presenterades det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för patienter med knäledsartros. Vårdförloppet syftade bland annat till att

Daniel Broman, doktorand, leg fysioterapeut, Sportrehab, Göteborg; Göteborgs universitet

Lisa Andersson, leg fysioterapeut, Sportrehab, Göteborg

Susanne Beischer, med dr, leg fysioterapeut, Sportrehab, Göteborg; Göteborgs universitet

David Sundemo, med dr, ST-läkare, allmänmedicin, Vårdcentralen Närhälsan Lerum; Göteborgs universitet

Olof Thoreson, med dr, specialisläkare, allmänmedicin, Vårdcentralen Västerlänkarna; Göteborgs universitet

Maziar Mohaddes, docent, överläkare, ortopedi, Hässleholms sjukhus; Göteborgs universitet; Lunds universitet
● maziar.mohaddes.ardebili@skane.se

förtydliga vårdprocessen inom primärvården, men också till att vara en vägledning till när det är lämpligt att remittera vidare till specialistvård samt vilken information som ska ingå i remissen [1]. Så länge en betydande andel patienter med knäledsartros, som egentligen skulle få bäst hjälp i primärvården, remitteras till ortopedisk specialistvård är en fullständig remiss nödvändig för att kunna bedöma behovet av ortopedkonsultation. Det är emellertid oklart hur stor andel av remisserna till ortopedmottagningar som följer riktlinjerna i vårdförloppet.

SYFTE

Att utvärdera 1) hur stor andel av remisser som skickats från primärvården för ortopedisk bedömning av patienter med knäledsartros som överensstämmer med riktlinjerna i det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för denna patientgrupp, och 2) hur stor andel av remisserna som innehåller information om huruvida patienten genomgått grundbehandling.

METOD

Remisser med frågeställning om knäledsartros, som inkom från primärvården till ortopedmottagningens protestteam på Sahlgrenska universitetssjukhuset under perioderna 1-31 mars och 1-30 november 2023, och som inte bedömdes som akuta eller subakuta fall, var aktuella för inklusion i studien. Remisser inkluderades konsekutivt, varav hälften i mars och hälften i

HUVUDBUDSKAP

- Följsamheten till det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet avseende remisser till ortopedisk bedömning var låg, då ingen granskad remiss innehöll fullständig information som efterfrågades av riktlinjerna i vårdförloppet.
- Exempelvis innehöll färre än 4 av 10 av remisserna information om patientens inställning till operation.
- Remissprocessen för denna patientgrupp behöver ses över och förbättras.
- I artikeln föreslås tre möjliga förändringar gällande remissprocessen, innehållande 1) ökat ansvar för fysioterapeuter, 2) införande av en digital remissplattform för enklare kommunikation mellan professioner och 3) större involvering av patienten.

FAKTA 1. Checklista baserad på riktlinjerna för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för knäledsartros [1], för bedömning av remissernas innehåll

INNEHÅLL REMISS

Framkommer uppgifter om

- symtom
- funktionsproblem
- gångförmåga
- duration av besvär
- behandling som provats
- information om huruvida patienten är intresserad av proteskirurgi
- relevanta tillstånd och sjukdomar
- hur ovan tillstånd/sjukdomar är optimerade
- blodtryck
- hjärt- och lungstatus
- tidigare ledrelaterade operationer
- tidigare övriga operationer
- eventuella ohälsosamma levnadsvanor
- åtgärder mot eventuella ohälsosamma levnadsvanor
- information om eventuella läkemedel
- information om att aktuell röntgen är utförd eller beställd

GRUNDBEHANDLING

Framkommer det att patienten genomgått grundbehandling avseende

- patientutbildning (artrosskola)
- handledd och individuellt anpassad träning av fysioterapeut
- om lämpligt erbjuda fysisk aktivitet på recept
- hjälp med viktnedgång vid behov

november. Egenremisser inskickade av patienter exkluderades. Projektet har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (2022-06611-02).

Datainsamling

En checklista för granskning av remisser skapades av författarna DB, SB och MM (Fakta 1). Checklistan baserades på riktlinjerna för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för knäledsartros [1]. Checklistan innehöll även informationspunkter, gällande om det gick att utläsa av remissen huruvida patienten genomgått grundbehandling enligt vårdförloppets riktlinjer eller inte [1].

Två av författarna (DB och LA) granskade remisserna för att bedöma om de följde rekommendationerna i vårdförloppsdocumentet för knäledsartros. De bedömde först samtliga remisser separat enligt checklistan, för att sedan jämföra bedömningarna med varandra. Varje informationspunkt bedömdes som antingen 1) informationen finns med, 2) informationen finns inte med, eller 3) ej aktuellt.

Om eventuell oenighet uppstod diskuterades remissen med en erfaren ortopedspecialist (MM) tills konsensus nåtts. Det bedömdes som »ej aktuellt« med information om hjälp med viktnedgång om det framkom av remissen att patienten ej var överviktig, eller hade ett BMI lägre än 30 [10]. Det bedömdes också som

»ej aktuellt« med information om förskrivning av fysisk aktivitet på recept om det av remissen framkom att patienten är regelbundet fysiskt aktiv.

Stickprovsstorlek och statistik

En stickprovsstorleksberäkning gjordes via <https://statulator.com/SampleSize/ss1P.html> för att bestämma hur stort antal remisser som behövde granskas. Efter en pilotgranskning av 10 remisser sattes den förväntade proportionsfördelningen till 10/90 (att 10 procent av de inkomna remisserna var kompletta och innehöll samtliga informationspunkter). För att identifiera en proportionsfördelning på 10/90, med ett konfidensintervall satt till 95 procent [95KI] och precisionen till ±5 procentenheter (95KI: 5–15 procent), behövde totalt 140 remisser granskas. Andelen remisser som bedömdes innehålla fullständig information, respektive fullständig information om genomgången grundbehandling, beräknades med tillhörande 95KI.

RESULTAT

Totalt granskades 140 remisser med frågeställning om knäledsartros, som inkommit från primärvården till ortopedmottagningens protesteam på Sahlgrenska universitetssjukhuset under 2023. Medelåldern hos de remitterade patienterna var 69,9 (±8,9) år, och 85 (61 procent) var kvinnor. Figur 1 visar förekomsten av samtliga informationspunkter i remisserna.

Ingen av remisserna innehöll fullständig information som efterfrågas av vårdförloppsdocumentet (0 procent, 95KI 0–3 procent). Ingen remiss innehöll fullständig information om fullt genomgången grundbehandling, det vill säga patientutbildning, artrosskola eller motsvarande, rehabiliteringsträning med fysi-

»Ingen av remisserna innehöll fullständig information som efterfrågas av vårdförloppsdocumentet ... och ingen remiss innehöll fullständig information om fullt genomgången grundbehandling ...«

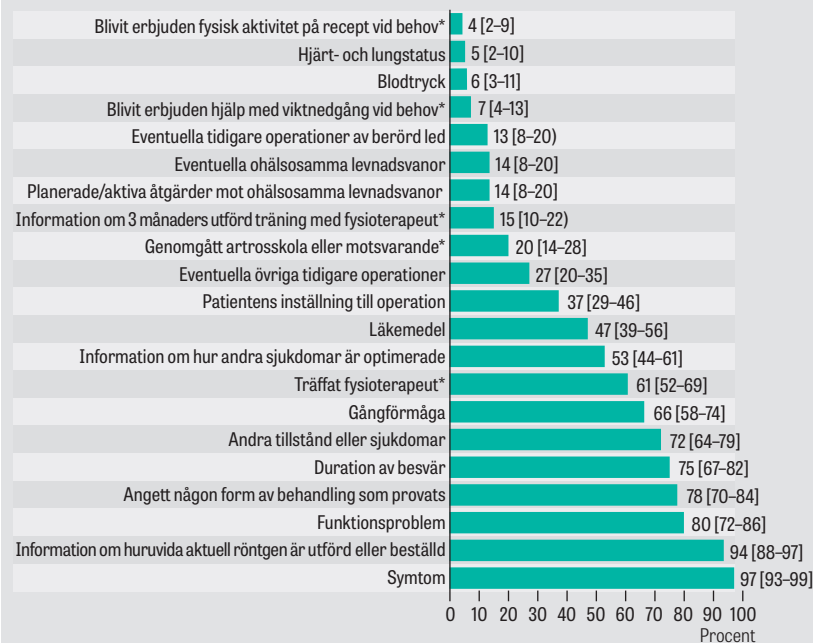
oterapeut i minst 3 månader och vid behov blivit erbjuden hjälp med viktnedgång respektive fysisk aktivitet på recept (0 procent, 95KI 0–3 procent). Figur 2 visar förekomsten av olika kombinationer av informationspunkter i de granskade remisserna.

DISKUSSION

Riktlinjerna i vårdförloppet efterföljs inte

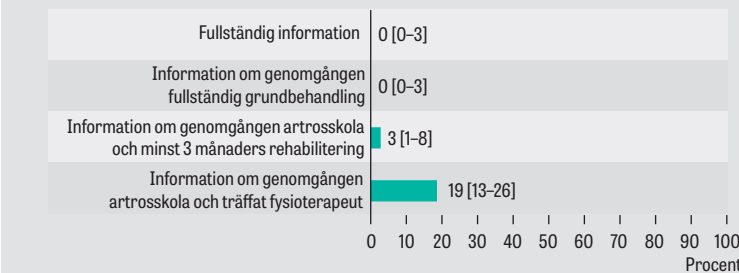
Ingen av de 140 remisserna innehöll fullständig information som efterfrågas av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet. Detta försvårar rimligtvis remissbedömarens arbete på landets ortopedmottagningar när de ska bedöma patienters behov av

FIGUR 1. Förekomst av respektive informationspunkter i remiss, eller där det bedömts att informationen inte varit aktuell, presenterad som andel med 95 procents konfidensintervall (95KI)



► * = informationspunkter gällande genomgången grundbehandling.

FIGUR 2. Förekomst av olika kombinationer av informationspunkter i remiss, eller där det bedömts att informationen inte varit aktuell, presenterad som andel med 95 procents konfidensintervall (95KI)



► Fullständig information = samtliga 16 informationspunkter från riktlinjerna i det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för patienter med knäledsartros finns med; fullständig grundbehandling = patientutbildning (artrosskola eller motsvarande), rehabiliteringsträning med fysioterapeut i minst 3 månader och, vid behov, erbjudande om hjälp med viktnedgång respektive fysisk aktivitet på recept.

att träffa en ortopedläkare för konsultation. Emellertid bör det beaktas 1) att vårdförloppet enbart funnits sedan 2022, och det kan ta tid för nya vårdrutiner att etableras, och 2) att primärvårdsläkare ofta även har regionala riktlinjer att förhålla sig till. I Västra Götalandsregionen finns exempelvis regionala medicinska riktlinjer som syftar till att förtydliga ansvarsfördelningen mellan primärvård och ortopedisk specialistvård. Jämfört med de 16 informationspunkter som riktlinjerna i vårdförloppet efterfrågar vid remitte-

ring så innehåller exempelvis de regionala riktlinjerna enbart 7 punkter som ska ha utförts inför remittering till specialistvård, vilket indikerar att de nya riktlinjerna i vårdförloppet är striktare. Emellertid efterfrågar de regionala riktlinjerna exempelvis att träning med fysioterapeut i 3 månader samt viktreduktion vid behov ska ha genomförts före remittering. I denna studie innehöll enbart 15 procent respektive 7 procent av remisserna denna information, vilket indikerar att inte heller de regionala riktlinjerna efterföljs.

Ansträngd primärvård

I sammanhanget är det viktigt att poängtera att primärvården i Sverige är ansträngd avseende bemaning, tillgänglighet och produktionskrav. Det är inte ovanligt att primärvårdsläkare träffar patienter med artrosbesvär under korta besök, eller att patienten önskar konsultation kring sin artros under en årskontroll eller vid ett besök som berör andra besvär. Detta kan skapa prioriteringsproblem som primärvårdsläkare behöver hantera och som bland annat kan leda till bristande efterlevnad av riktlinjerna i vårdförloppet. Det är också möjligt, till och med sannolikt, att patienter genomgått en större del av undersökningen och behandlingen än vad som står i remissen, då tiden för att skriva utförliga remisser kapas som ett led i prioriteringsordningen på grund av bristande resurser. Som ett resultat av denna studie, samt med vet-

»Det är ... sannolikt, att patienter genomgått en större del av undersökningen och behandlingen än vad som står i remissen, då tiden för att skriva utförliga remisser kapas ... på grund av bristande resurser.«

skapen om en pressad situation i primärvården, bör frågan ställas huruvida remittering av denna patientgrupp kan optimeras i syfte att säkerställa att sjukvårdens resurser används där de gör mest nytta, samtidigt som patienter får bästa möjliga vård.

Förekomst av grundbehandling

Mindre än 1 av 5 remisser innehöll information om huruvida patienten träffat en fysioterapeut för sina besvär och genomgått artrosskola. Studier visar på att grundbehandling är effektiv för att minska behovet av kirurgi oavsett ålder, kön, BMI, röntgenstatus eller baslinjesmärta [3-5]. Emellertid visar Socialstyrelsens rapport från 2023 att mindre än 1 av 4 av patienter med knäledsartros erhåller adekvat grundbehandling i primärvård [6]. Sammantaget visar resultat från denna och ovannämnda studier att patienter med knäledsartros i större utsträckning behöver erbjudas adekvat

grundbehandling, samt att information om genomgången grundbehandling i större utsträckning behöver rapporteras vid remittering till specialistvård.

Förslag till åtgärder

Vi föreslår att följande åtgärder övervägs för att optimera sjukvårdens resurser vid remittering av patienter med knäledsartros till ortopedisk specialistvård:

Ökad involvering av fysioterapeuter i remitteringsprocessen.

Vi föreslår att fysioterapeuten, som rekommenderas vara första instans i vårdförloppet samt står för majoriteten av grund- och tilläggsbehandling, initierar remiss till specialistvård tillsammans med patienten och att remissen i förekommande fall kompletteras av primärvårdsläkare (exempelvis för slätröntgen, hjärt- och lungstatus och frågor som berör medicinering). Detta skulle också sannolikt öka andelen patienter

»I artikeln föreslås tre möjliga förändringar gällande remissprocessen, innefattande ökat ansvar för fysioterapeuter, införande av en digital remissplattform och större involvering av patienten.«

som erhåller adekvat grund- och tilläggsbehandling innan en eventuell remittering görs.

Skapande av en digital remissportal. En sådan portal skulle kunna effektivisera kommunikationen mellan fysioterapeut, primärvårdsläkare, remissbedömare på ortopedmottagningen och patienten, vilket skulle leda till bättre samordning och effektivare komplettering av remisser vid behov.

Patientens egen involvering i remitteringsprocessen. Genom att låta patienten själv fylla i ett standardiserat digitalt kompletteringsformulär eller delge information genom annat digitalt verktyg i samband med remittering kan kraven på den information som behövs från primärvårdsläkare eller fysioterapeut minskas.

Genom att göra de delar av formuläret som kräver viktig information obligatoriska för patienter att fylla i får ortopederna rimligtvis samtidigt tillgång till utförlig information direkt från förstahandskällan. Sveriges Kommuner och regioner (SKR) publicerade 2022 »Omställning till nära vård«, som syftar till att göra vården mer tillgänglig och nära för patienter. Att främja egenvård och involvera patienten som en aktiv resurs pekas ut som viktiga faktorer i denna omställning [11], något som också uppnås med ovan föreslagna digitala verktyg.

SLUTSATS

Remisser från primärvården till specialistvården gällande patienter med knäledsartros saknar i hög grad den information som efterfrågas av riktlinjerna i det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet. Remisserna innehåller också bristfällig information om genomgången grundbehandling. Nuvarande remissprocess är inte resurseffektiv och åsidosätter flera principer för god, jämlik och nära vård och behöver förbättras. I artikeln föreslås tre möjliga förändringar gällande remissprocessen, innefattande ökat ansvar för fysioterapeuter, införande av en digital remissplattform och större involvering av patienten. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:24082*

SUMMARY

Adherence to the national guidelines regarding referral of patients with knee osteoarthritis to orthopedic consultation

The aim of the study was to investigate: 1) the proportion of referrals from primary care to orthopedic consultations that included the information requested by the national guidelines for patients with knee osteoarthritis, and 2) the proportion of referrals that specified whether patients had completed first-line treatment. A total of 140 referrals were examined. None of the referrals adhered fully to the national guidelines, and none included information on whether the patient had completed first-line treatment. This suggests that the referral process for this patient group needs to be reviewed and improved. We propose three possible changes regarding the referral process, including an enhanced role for physical therapists and the patients themselves and a digital referral platform enabling easier communication between different professions.

REFERENSER

- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Knäledsartros. 24 feb 2022. <https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp-Knaledsartros.pdf>
- Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit,

artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-1-7137.

- Dell'Isola A, Jönsson T, Rolfsen O, et al. Willingness to undergo joint surgery following a first-line intervention for osteoarthritis: data from the Better management of people with osteoarthritis register. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021;73(6):818-27.

- Juhl C, Christensen R, Roos EM, et al. 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.
- Fransen M, McConnell S, Harmer AR, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic

review. *Br J Sports Med*. 2015;49(24):1554-7.

- Nationella riktlinjer - Rörelseorganens sjukdomar. Utvärdering av vården vid artros. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-2-8351.
- Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e072953.
- Porter J, Boyd C, Skandari MR, et al. Revisi-

ting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med*. 2023;38(1):147-55.

- Phillips MR, Chang Y, Zura RD, et al. Impact of COVID-19 on orthopaedic care: a call for nonoperative management. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020;12:1759720x20934276.
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Personcentrerat och

sammanhållet vårdförlopp. Höftledsartros - primärvård. 15 maj 2020. https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/vardforlopp_hoftledsartros_2020-05-15.pdf

- Sveriges kommuner och regioner (SKR). Omställning till nära vård. 25 jun 2024. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingav-verksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>