

# Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros - primärvård

Vårdförloppet inleds vid misstanke om höftledsartros, eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros och avslutas vid acceptabel funktions- och smärtsituation, vid annan diagnos som anledning till symtomen eller vid remiss för ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi.

## **Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp**

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

## Sammanfattning

Höftledsartros är en sjukdom som drabbar ledens brosk, mjukdelar samt lednära skelett. Sjukdomen ger symtom i form av smärta, igångsättningssvårigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet. Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet. Dessa patienter får inte alltid rätt vård i rätt tid och inte heller i enlighet med de nationella behandlingsriktlinjerna. Ofta remitteras patienter till röntgen i tidigt skede men eftersom artros i ett tidigt stadium inte syns på röntgen kan såväl diagnos som grundbehandling vid artros försenas. Grundbehandling, som innebär patientutbildning, ökad fysisk aktivitet och vid behov stöd för viktning, har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet. Därför är det av största vikt att diagnosen höftledsartros konstateras utifrån kliniska tecken så att patienten kan få snabb och effektiv behandling. En annan utmaning är att uppskattningsvis två tredjedelar av de patienter som remitteras till ortopediklinik i dagsläget inte är aktuella för kirurgisk åtgärd. Om patienter kan erbjudas grundbehandling tidigt i sjukdomen kan smärta, funktionsnedsättning, viktuppgång, samsjuklighet såsom exempelvis diabetes och hjärtkärlsjukdom förebyggas och höftprotesoperation ibland undvikas eller senareläggas.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om höftledsartros eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros. Det avslutas när patienten har en självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation, vid annan diagnos som anledning till symtomen eller vid remiss för ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi. Detta vårdförlopp beskriver vilka åtgärder som bör genomföras och i vilken ordning dessa bör ske inom primärvården. Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som inleds med remiss för ortopedisk bedömning kommer att sammanställas i ett nästkommande vårdförlopp, höftledsartros del 2.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler patienter bör få rätt vård i rätt tid och att patienter i hela landet bör utredas, behandlas och omhändertas i enlighet med nationella behandlingsriktlinjer, samt att öka kunskapen om höftledsartros bland patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till smärta, livskvalitet, röntgenundersökning och patientutbildning. Uppföljning planeras genom registret för Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA-registret), Svenska Höftprotestregistret (SHPR) och Primärvårdskvalitet.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationella programområden (NPO) Rörelseorganens sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från primärvård, specialiserad vård och patientföreträdare.

## Innehållsförteckning

1	Beskrivning av vårdförlopp.....	- 3 -
1.1	Om höftledsartros .....	- 3 -
1.2	Omfattning .....	- 4 -
1.3	Vårdförloppets mål.....	- 4 -
1.4	Ingång och utgång .....	- 4 -
1.5	Flödesschema för vårdförloppet .....	- 6 -
1.6	Vårdförloppets åtgärder.....	- 7 -
1.7	Patientdelaktighet och patientöverenskommelse .....	- 12 -
2	Uppföljning av vårdförlopp .....	- 12 -
2.1	Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter .....	- 12 -
2.2	Indikatorer för uppföljning .....	- 13 -
3	Bakgrund till vårdförlopp .....	- 14 -
3.1	Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv.....	- 14 -
3.2	Kunskapsunderlag .....	- 17 -
3.3	Arbetsprocess.....	- 17 -
4	Referenser .....	- 19 -

# 1 Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten.

Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas.

Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserade vård ska integreras med individanpassade åtgärder.

Det personcentrerade förhållnings- och arbets sättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

## 1.1 Om höftledsartros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och förekomst av sjukdomen beräknas öka de kommande åren då befolkningen blir äldre, har ett högre BMI och är mer stillasittande än tidigare. Artros är vanligast i knäled, följt av hand och höftled [1, 2]. Artros är en sjukdom som drabbar ledens brosk, mjukdelar samt lednära skelett [3]. Uppgiften om incidensen varierar baserad på vilka diagnoskriterier som används (klinisk, radiologisk, självrapporterat). Incidensen av klinisk diagnostiserad artros beräknas vara runt 2.1/1000 personer per år och är något vanligare hos kvinnor än hos män [1].

Höftledsartros ger symtom i form av smärta, igångsättnings svårigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet [4]. Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet [5]. Sjukdomen har ofta ett långsamt fortskridande förlopp. Vid en primär höftledsartros föreligger ingen känd orsak i motsatsen till en sekundär höftledsartros efter till exempel en skada. Riskfaktorer för att utveckla höftledsartros är ålder över 45 år, övervikt, hereditet, ledskada, felställning och ensidig långvarig ledbelastning [6].

Diagnosen höftledsartros bör ställas kliniskt efter en sammanvägd bedömning av anamnes, symtom och status [7]. Artros i ett tidigt stadium medför inte ledförändringar som är synliga vid en röntgenundersökning, och därför kan avsaknad av röntgenfynd inte utesluta artros. Tidig röntgenundersökning, med avsaknad av röntgenfynd, kan därför leda till att diagnos och behandling fördröjs. En fördröjd diagnos är ofördelaktigt eftersom grundbehandling har bäst effekt tidigt i sjukdomsförloppet [8]. Röntgenundersökning kan bli aktuell vid atypiska besvär eller inför remiss för ortopedisk bedömning för ställningstagande om kirurgisk åtgärd (proteskirurgi).

Majoriteten av patienter med höftledsartros behandlas inom primärvården och behandlingen ska, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer, följa en "behandlingspyramid", se Figur 2. Även i de fall då operation bedöms nödvändig kan träning vara av stort värde under väntetiden till operation för att minska smärta och risk för viktuppgång. Träning förbättrar troligen även förutsättningar för postoperativ rehabilitering.

## 1.2 Omfattning

Detta vårdförlopp beskriver åtgärder inom primärvården. Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns en misstanke om höftledsartros eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros tills att patienten har en acceptabel funktions- och smärtsituation, vid annan diagnos som anledning till symtomen eller vid remiss för ortopedisk bedömning.

Det planeras ytterligare ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för de patienter som är aktuella för ortopedisk bedömning. Det bör inledas med remisskriterier för ortopedisk bedömning och sträcka sig fram till postoperativ rehabilitering.

## 1.3 Vårdförloppets mål

Övergripande mål med vårdförloppet är att

- fler patienter bör få rätt vård i rätt tid
- patienter i hela landet bör utredas, behandlas och omhändertas i enlighet med Socialstyrelsens nationella behandlingsriktlinjer
- öka kunskapen om höftledsartros bland patienter och hälso- och sjukvårdspersonal
- förbättrad hälsorelaterad livskvalitet bland patienter med höftledsartros.

Målen ska uppnås genom

- att öka kunskapsnivån om höftledsartros i befolkningen och i vården
- tidig klinisk diagnos höftledsartros, oavsett ålder
- tidig behandling enligt behandlingspyramiden, där information, patientutbildning och individuellt anpassad träning är grundbehandling och operation är tilläggsbehandling vid behov
- tydligt dokumenterad behandlingsplan för samordning och fortsatt egenvård
- att patienten är aktivt involverad och får stöd.

## 1.4 Ingång och utgång

Ingång till vårdförloppet är misstanke om höftledsartros eller försämring av tidigare känd höftledsartros.

Misstanke om höftledsartros uppstår då patienten beskriver symtom enligt nedan som överensstämmer med höftledsartros. Diagnosen höftledsartros ställs kliniskt genom en sammanvägd bedömning av anamnes (riskfaktorer och symtom) och status enligt Nationellt kliniskt kunskapsstöd [9].

Anamnes - Riskfaktorer

- leddkada
- ålder över 45 år
- övervikt
- hereditet
- ensidig långvarig ledbelastning

### Anamnes - Symtom

- belastningsrelaterad smärta i ljumske, på utsidan av höften eller utstrålning ner mot knät
- igångsättningsmärta
- morgonstelhet och stelhet efter vila som går över inom 30 min när patienten kommit igång
- nedsatt funktion – svårigheter att gå eller att ta på strumpor
- mekaniska besvär – upphakning och eller låsning som kan begränsa gångförmåga
- i ett senare skede har patienten även vilosmärta, nattlig värk och hälta.

### Status

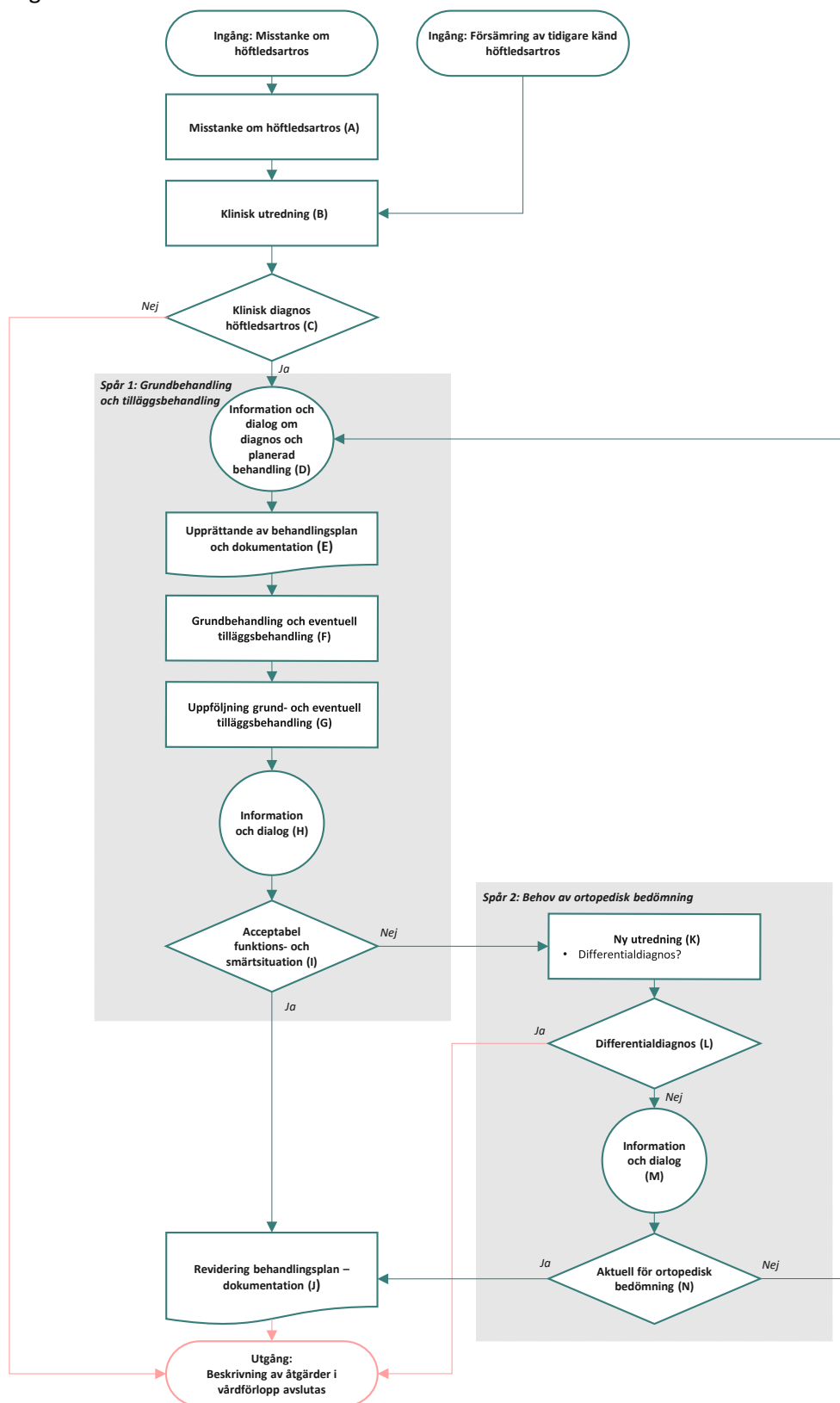
- ändrat gångmönster, eventuellt hälta
- inskränkt rörelseomfång och smärta vid passiv inåtrotation, abduction och flexion
- låsningar och upphakningar kan förekomma
- benlängdsskillnad kan förekomma.

Utgång ur vårdförloppet kan ske på något av följande sätt:

- då patienten har en självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation
- vid differentialdiagnos som anledning till symtomen
- vid remiss för ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi.

## 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema.

## 1.6 Vårdförloppets åtgärder

Åtgärderna i vårdförloppet är baserade på Socialstyrelsens nationella behandlingsriktlinjer och följer en "behandlingspyramid" (Figur 2). Behandlingspyramiden består av tre delar: grundbehandling, tilläggsbehandling och kirurgisk behandling.

Grundbehandlingen vid höftledsartros utgörs av information, patientutbildning om artros samt strukturerad och individuellt anpassad handledd träning hos fysioterapeut till exempel med styrketräning, konditionsträning och balansträning [10]. Även när höftledsartrosen nått ett skede där operation bedöms nödvändig är träning av stort värde under väntetiden till operation för att minska smärta och risk för viktuppgång. Träning förbättrar även förutsättningar för postoperativ rehabilitering. Väl genomförd grundbehandling kan också förväntas ge samhällsekonomiska vinster till följd av minskad sjukskrivning. Vid behov kan grundbehandlingen kompletteras med tilläggsbehandling såsom smärtlindrande läkemedel och hjälpmedel. Hos en mindre andel av patienterna, med svåra besvär och där grund- och tilläggsbehandling inte har tillräcklig effekt, kan kirurgisk behandling i form av proteskirurgi bli aktuell. Patientens delaktighet är av största vikt vid både planering och genomförande av de olika delarna i behandlingspyramiden [11].



Figur 2. Behandlingspyramid för höftledsartros.



Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros.

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder Beskriv särskilda åtgärder som patienten efter sin förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket
<p><b>(A) Misstanke om höftledsartros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Första kontakt med vården sker via triagering av fram för allt med sjuksköterska till exempel via 1177, hos primärvården eller via digital vårdkontakt.</li> <li>Vid misstanke om höftledsartros eller vid ospecifik höftsmärta triageras patienten i första hand till en fysioterapeut för vidare utredning och bedömning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontakta vården</li> </ul>
<p><b>(B) Klinisk utredning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ställ klinisk diagnos höftledsartros genom sammanvägd bedömning av: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sjukdomshistoria – anamnes</li> <li>Kliniska fynd – status</li> </ul> </li> <li>Bedöm behov av kompletterande undersökningar för att utesluta differentialdiagnoser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berätta om symtom, farhågor och förväntningar.</li> </ul>
<p><b>(C) Beslut: Klinisk diagnos höftledsartros</b> Är diagnosen höftledsartros?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja: fortsatt till block (D)</li> <li>Nej: (definitiv annan diagnos) –vårdförlopp avslutas</li> </ul> <p><b>Förslag på diagnoskoder</b> <i>ICD-10-SE, förslag:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>M160 Primär koxartros, dubbelsidig</li> <li>M161 Annan primär koxartros</li> <li>M164 Posttraumatisk koxartros, dubbelsidig</li> <li>M165 Annan posttraumatisk koxartros</li> <li>M166 Annan sekundär koxartros, dubbelsidig</li> <li>M169 Koxartros, ospecificerad</li> </ul> <p><i>KSH97-P, förslag:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>M16- Höftledsartros</li> </ul>	
<p><b>Start av spår 1: Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling</b></p>	
<p><b>(D) Information och dialog om diagnos och planerad behandling</b> <i>Start på Spår 1:</i> Patienten får information om diagnosen höftledsartros, dialog kring förlopp, prognos, samt behandling <i>Grundbehandling/tilläggsbehandling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Behandling enligt behandlingspyramid. Behandlingen planeras och individanpassas utifrån patientens individuella behov och situation:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dialog kring diagnos</li> <li>Delta i beslut om behandling</li> <li>Delta i diskussion om förväntningar samt mål med behandlingen</li> <li>Delta i beslut om behandlingsalternativ till</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Symtom inklusive smärta och funktion</li> <li>– Sociala och psykosociala faktorer</li> <li>– Kunskap kring artros</li> <li>– Arbetsituation</li> <li>– Sömnkvalitet</li> <li>– Patientens motivation</li> <li>– Attityder till träning</li> <li>– Samsjuklighet</li> <li>– Kontakt med arbetsgivare samt eventuell anpassning av arbetsplats eller arbetsgrad i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [12].</li> </ul>	<p>exempel individuell behandling, behandling i grupp, behandling via digitala tjänster eller rehabilitering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt med arbetsgivare för eventuell anpassning av arbetsplats eller arbetsgrad</li> </ul>
<p><b>(E) Upprättande av behandlingsplan och dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialog med patienten om nästa steg och tid för nästa kontakt.</li> <li>• Information om vårdens kontaktperson, kontaktvägar och när det är viktigt att patienten tar kontakt.</li> <li>• Dokumenteras i journal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i upprättande av behandlingsplan</li> </ul>
<p><b>(F) Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling</b> Grundbehandling enligt behandlingspyramiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Individuellt anpassad behandling: individuell, grupp eller via digital tjänst</li> <li>– Patientutbildning kring diagnos och egenvård, med mera</li> <li>– Viktkontroll, till exempel livsstilmottagning eller dietist</li> <li>– Individuellt anpassad träning till exempel fysisk aktivitet på recept (FaR)</li> </ul> <p>Tilläggsbehandling vid behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Läkemedel (paracetamol eller NSAID)</li> <li>– Hjälpmedelsutprovning via arbetsterapeut eller fysioterapeut</li> <li>– Symtomlindring</li> <li>– Samtalsstöd eller terapi</li> <li>– Kontakt med arbetsgivare samt eventuell anpassning av arbetsplats eller arbetsgrad i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [12].</li> </ul> <p>Behandlingsblocket kan variera bland annat beroende på symtom och behandlingseffekt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i behandling utifrån upprättad behandlingsplan</li> </ul>
<p><b>(G) Uppföljningsblock: Uppföljning grund- och eventuell tilläggsbehandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten har genomgått grund- och eventuell tilläggsbehandling.</li> <li>• Uppföljning och utvärdering med fysioterapeut vad gäller funktionsnivå och smärtsituation, eller läkare vid behov.</li> </ul>	

<p><b>(H) Information och dialog</b> Information och dialog med patienten om fortsatt egenvård. Skapa långsiktig behandlingsplan för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- förebyggande, symtomlindrande och underhållande egenvård.</li> <li>- eventuellt FaR</li> <li>- plan vid eventuell försämring såsom kontaktperson och kontaktvägar vid behov av förnyad kontakt med vården.</li> <li>- eventuell uppföljning av symtom eller levnadsvanor som sker utanför vårdförloppet [13].</li> </ul> <p>Dokumentera i journal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i uppföljning av behandlingsplan.</li> <li>• Delta i diskussion om förväntningar på livsstilsförändringar och hur dessa bör vidmakthållas.</li> <li>• Delta i planering av fortsatt egenvård genom träning, eventuell viktkontroll och hantering av besvär.</li> <li>• Kontakta fysioterapeut/läkare vid kraftigt ökad smärta för ställningstagande till tilläggsbehandling/remiss för ortopedisk bedömning.</li> </ul>
<p><b>(I) Beslut: Acceptabel funktions- och smärtsituation</b> Uppnådd självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja: Fortsätt till block (J)</li> <li>• Nej: Fortsätt till ny utredning, block (K)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informera och diskutera funktions- och smärtsituation</li> </ul>
<p><b>(J) Revidering av behandlingsplan – dokumentation</b></p>	
<p><b>Avslut personcentrerat vårdförlopp</b></p>	
<p><b>Försämrat tillstånd/utebliven förbättring trots grund- och eventuell tilläggsbehandling (Start av spår 2: Behov av ortopedisk bedömning)</b></p>	
<p><b>(K) Ny utredning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besök hos läkare eller fysioterapeut med ny utredning av patientens funktions- och smärtsituation. Överväg differentialdiagnoser, komplettera med eventuell radiologisk eller annan undersökning. Slätröntgen vid oklar diagnos och inför remiss för ortopedisk bedömning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsätta egenvård inklusive träning och eventuell viktkontroll.</li> </ul>
<p><b>(L) Beslut: Differentialdiagnos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Föreligger differentialdiagnos som orsak till symtom? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja: utgång ur vårdförloppet (vårdförloppet avslutas).</li> <li>- Nej: fortsatt till block (M).</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>(M) Information och dialog</b> Information och dialog med patienten angående:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fortsatt grund- och tilläggsbehandling samt fortsatt egenvård.</li> <li>- eventuell remiss för ortopedisk bedömning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- levnadsvanor såsom övervikt, rökning och alkoholbruk vilka är riskfaktorer vid kirurgi, samt stöd vid behandling av dessa [13].</li> <li>- om vårdens kontaktperson och kontaktvägar vid behov av förnyad kontakt med vården.</li> </ul> <p>Dokumentera i journal.</p>	
<p><b>(N) Beslut: Aktuell för ortopedisk bedömning</b> Remisskriterier för remiss till proteskirurgi enligt NKK:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oacceptabel smärta trots analgetika</li> <li>- Vilovärk eller nattlig smärta</li> <li>- Svår funktionsinskränkning (behov av sjukskrivning)</li> <li>- Kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling</li> </ul> <p>Tillfråga patient om de är intresserade av operation. Inför remiss ska radiologisk undersökning ha gjorts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Är patienten aktuell för ortopedisk bedömning?             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja: fortsatt till (J) för reviderad behandlingsplan och avslut</li> <li>- Nej: fortsatt till block (D).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i beslut om eventuell operation.</li> <li>• Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning.</li> <li>• Fortsätta egenvård och träning.</li> <li>• Viktkontroll och förändring av levnadsvanor, vid behov med stöd från vården.</li> </ul>
<p><b>(J) Revidering av behandlingsplan – dokumentation</b></p>	
<p><b>Remiss för ortopedisk bedömning – utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vårdförlopp höftledsartros del 2 - ortopedi - planeras att färdigställas 2021</li> </ul>	

Tabell 2. Checklista för klinisk diagnos höftledsartros [14, 15]

Anamnes/riskfaktorer	Symtom
Ålder (45+)	Höftsmärta
Övervikt	Funktionsnedsättning
Hereditet	Stelhet vid inaktivitet
Tidigare ledskada	<b>Status</b>
Högt ledbelastande arbete	Nedsatt och smärtsam höftflexion, inåtrotation, abduktion
Hög ledbelastning under fritid	Ändrat gångmönster, hälta, upphakningar, låsningar

Tabell 3. Remisskriterier till ortopedien enligt NKK [9]

<b>Kirurgi kan vara aktuellt då patienten har</b>
Oacceptabel smärta trots analgetika
Vilo- och nattliga smärtor
Svår funktionsinskränkning (behov av sjukskrivning)
Kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling.

## 1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Vårdförlopp höftledsartros bygger på att patienten är delaktig och tar ett eget ansvar för behandlingen. I grundbehandlingen ingår att patienten ska få kunskap om diagnosen, dialog kring hur levnadsvanor kan påverka besvären samt kunskap om behandling enligt behandlingspyramiden. Dessutom ingår handledd fysisk träning utifrån individens förutsättningar. Målet med grundbehandlingen är att patienten får verktyg för att hantera sina besvär.

Det är också viktigt att patienten vet vart hen kan vända sig vid ökade besvär. Om patienten trots genomgången adekvat grund- samt tilläggsbehandling har oacceptabel belastningsmärta, vilovärk eller nattlig smärta alternativt svår funktionsinskränkning, och är intresserad av operation, bör patienten remitteras för ortopedisk bedömning.

## 2 Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder följs upp genom process- och kvalitetsmått som bidrar till att skapa förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. På sikt ska arbetet med vårdförlopp bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

### 2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Indikatorer och processmått är valda för att svara mot angivna utmaningar och mål för patientgruppen och de har koppling till god vårdkriterierna. De flesta indikatorer hämtas från de nationella kvalitetsregistren BOA och SHPR. Täckningsgraden i SHPR är 99 procent. BOA-registret har en begränsad täckningsgrad (uppskattningsvis på individnivå 67 procent för år 2018) vilket medför att de redovisade resultaten inte kan ses som helt representativa. Åtgärder för att förbättra täckningsgraden behöver diskuteras. Några indikatorer hämtas från PrimärvårdsKvalitet (PVQ).

För en av indikatorerna föreslår arbetsgruppen användning av PrimärvårdsKvalitet (PVQ) som datakälla och har även önskemål om att därifrån erhålla nya indikatorer. En uppföljning på nationell nivå från PVQ för befintliga indikatorer kan troligen bli möjlig under år 2020. Möjligheten att erhålla nya indikatorer hanteras i PVQ:s årliga procedur för revidering av indikatorer.

I april 2020 publicerar Socialstyrelsen remissversion av reviderade Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, där bland annat sjukdomsområdet artros ingår. Arbetsgruppen har haft möten med Socialstyrelsen om detta men ännu återstår tid innan den slutliga versionen fastställs. Först då står det klart vilka indikatorer som kommer att rekommenderas i de nationella riktlinjerna. En revidering av indikatorer och målnivåer för vårdförlopp höftledsartros kan komma att göras när de nya nationella riktlinjerna är beslutade.

## 2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 4. Utfallsmått.

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter som är nöjda med den hjälp de har fått att hantera sin diagnos efter deltagande i grundbehandling	≥ 80 procent	kontinuerlig	BOA
Andelen patienter som efter genomgången grundbehandling når målet för smärtreduktion (enligt NRS Numeric rating Scale) <b>2 enheters förbättring anses som "Mycket bättre"</b>	≥ 80 procent som når 2 enheters förbättring mellan första besök och 3 månader i enlighet med BOA.	kontinuerlig	BOA, första besöket och 3 månader
Andel patienter som når upp i tillräcklig fysisk aktivitet >150 minuter/vecka, efter grundbehandling	≥ 80 procent	kontinuerlig	BOA, 3 månader
Andelen patienter som upplever förbättrad hälsorelaterad livskvalitet 1 år efter behandling. Som förbättring definieras 0.1 på EQ5D	> 30 procent	kontinuerlig	BOA, första besöket och 1 år

Tabell 5. Processmått.

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Medelålder vid förstagsdiagnos höftledsartros	Sänkt medelålder *	kontinuerlig	Primärvårdskvalitet (PVQ) – NY

Andel patienter som röntgenundersökts före grundbehandling	< 50 procent**	kontinuerlig	BOA
Patientutbildning och individuellt anpassad träning vid artros	≥ 90 procent	kontinuerlig	BOA
Andel patienter som deltagit i patientutbildning och träning före operation med höftledsprotos bland personer med höftledsartros	Fysioterapeut ≥ 90 procent Grundbehandling /artrosskola ≥ 80 procent***	kontinuerlig	SHPR

\*Medelåldern för förstagsdiagnos är 68 år 2019 enligt Primärvårdsdatadata i Västra Götalandsregionen. \*\*68% är i dagsläget röntgade när de registreras i BOA-registret. \*\*\*50% av patienterna som opererats uppger att de har genomgått artrosskola före operation

### 3 Bakgrund till vårdförlopp

Nationellt kliniskt kunskapsstöd för höftledsartros och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar har utgjort grund för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros och för utformningen av flödesschema och åtgärdstabell. Därför står till exempel att röntgen endast ska göras då operation övervägs eller vid utredning om differentialdiagnos eftersom tidig artros inte kan upptäckas med röntgen vilket riskerar att skjuta upp diagnostisering och start av grundbehandling. Beaktas bör att en andel av de patienter som i dagsläget remitteras till ortopedklinik är inte aktuella för kirurgisk åtgärd vid tiden för remiss. Dessutom visar data från Svenska Höftprotesregistret (SHPR) 2018 [16] att endast 45% av de patienter som opereras med total höftprotes har genomgått artrosskola före operationen. Resultat från BOA-registret visar på att patienter med höftledsartros som erbjuds grundbehandlingen via artrosskola minskar sin smärtintensitet, smärtfrekvens och sitt intag av läkemedel på grund av artros [17].

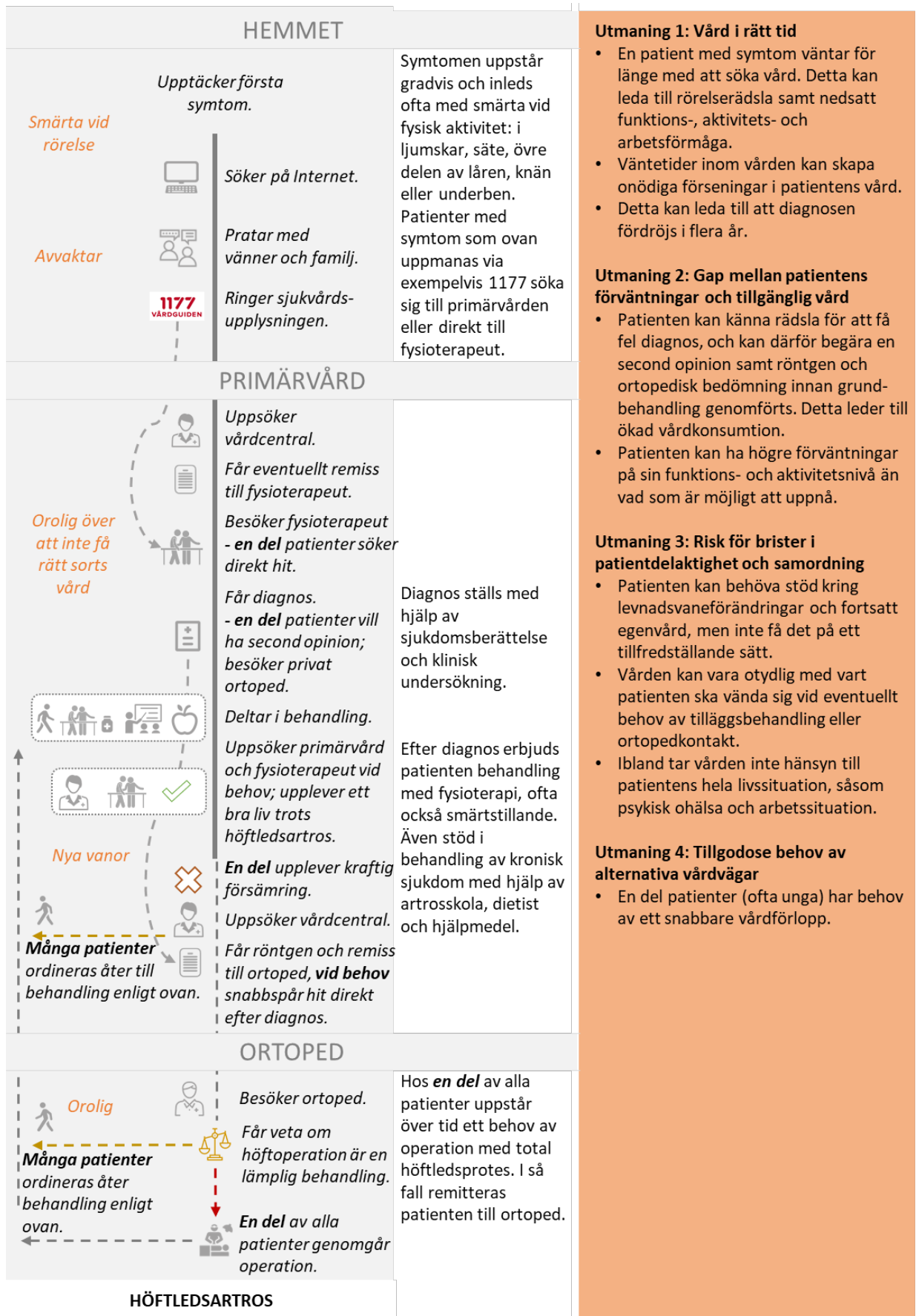
#### 3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

En typisk patient med artros har en smygande debut med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärfria intervall. När patienten söker sjukvård har besvären ofta tilltagit. Bilden nedan (Figur 3) är en grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med Höftledsartros. Det innefattar exempelvis följande:

- Patienten söker ofta vård sent i förloppet och får inte alltid adekvat diagnos eller behandling från start.
- Det finns ett gap mellan patientens förväntningar på framförallt röntgen och operation och den vård som bör erbjudas enligt nationella behandlingsriktlinjer.
- Det finns stora variationer i vården avseende utredning, behandling och omhändertagande.
- Patienten saknar ofta adekvat stöd för att kunna ansvara för sin egenvård eller veta när hen bör söka igen.

Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar och förbättringsområden som redovisas i bilden. Identifierade förbättringsområden avspeglas även i vårdförloppets mål ([avsnitt 1.3](#)).





Figur 3. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med Höftledsartros.

## 3.2 Kunskapsunderlag

Sveriges Kommuner och Regioner. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Rörelseorganen. Höftledsartros. 2019. <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/>

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer rörelseorganens sjukdomar. Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2012-5-1. 2012.

NHS. Osteoarthritis. <https://www.nhs.uk/conditions/osteoarthritis/>

## 3.3 Arbetsprocess

- Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros har pågått under oktober 2019 till maj 2020.
- Fysiska arbetsmöten: fem heldagsmöten.
- Skypemöten för avstämning: 5 stycken.
- Arbetsgruppen arbetade med olika avsnitt i mindre grupperingar.
- Planeringsmöten ordförande och processtöd.
- Se Tabell 6 för arbetsgruppens medlemmar.
- Styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård (SKS) godkänner vårdförlopp och rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Tabell 6. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Ev övrig roll i arbetsgruppen
<b>Anna Norman Kjellström</b>	Med Dr	Strateg	Koncernkontoret, data och analys	Västra Götalandsregionen	Processledare
<b>Charlotte Bocké</b>	MSc specialistkompetens inom ortopedi	Leg. sjukgymnast, MSc specialistkompetens inom ortopedi	SLL/SLSO Primärvårdsrehab	Region Stockholm	
<b>Gudrun Greim</b>	Med Dr	Specialist i allmänmedicin, NKK ämnesgruppsordförande rörelseorganen	Närhälsan	Västra Götalandsregionen	NKK ämnesgrupps ordförande rörelseorganen
<b>Gunilla Limbäck Svensson</b>	Med Dr	Registerrepresentant och registerhållare för BOA	Registercentrum Västra Götaland	Västra Götalandsregionen	Ordförande
<b>Karin Samsson</b>	Med Dr	Leg fysioterapeut	Ortho center Göteborg	Västra Götalandsregionen	
<b>Kristin Gustafsson</b>	doktorand	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Rehabiliteringscentrum, Område 5 Jönköping	Region Jönköpings län	
<b>Magnus Peterson</b>	Med Dr	Specialist i allmänmedicin	Uppsala universitet	Region Uppsala	
<b>Mats Geijer</b>	Professor	Överläkare i radiologi	Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen	
<b>Maziar Mohaddes</b>	Docent	Överläkare ortopedi	Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal	Västra Götalandsregionen	Kontaktperson nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar
<b>Ove Oksvold</b>	Med Dr	Specialist i allmänmedicin	Capio vårdcentral Slussen	Region Stockholm	
<b>Ritva Elg</b>		Patientföreträdare/psykolog	Reumatikerförbundet	Region Stockholm	
<b>Thérèse Jönsson</b>	doktorand	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Skånes Universitetssjukhus	Södra sjukvårdsregionen	

## Referensgrupp

- Svenska höft- och knäförbundet, styrelsen.
- Deltagare i facebookgrupp höftledsopererade – fick möjlighet att lämna synpunkter via mail till processtödet.
- Alliansen för rörelseorganens sjukdomar AROS – två patientrepresentanter har lämnat synpunkter på mål och utmaningar.

## 4 Referenser

1. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(9):1659-64.
2. Turkiewicz A, Petersson IF, Björk 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.
3. Brandt KD, Radin EL, Dieppe PA, van de Putte L. Yet more evidence that osteoarthritis is not a cartilage disease. *Annals of the rheumatic diseases*. 2006;65(10):1261-4.
4. Hunter DJ, McDougall JJ, Keefe FJ. The symptoms of osteoarthritis and the genesis of pain. *The Medical clinics of North America*. 2009;93(1):83-100, xi.
5. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *British medical bulletin*. 2013;105:185-99.
6. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. [Osteoarthritis](#). *Lancet*. 2019 Apr 27;393(10182):1745-1759. Review.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer rörelseorganens sjukdomar. Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2012-5-1. 2012.
8. Jordan KP, Tan V, Edwards JJ, Chen Y, Englund M, Hubertsson J, et al. Influences on the decision to use an osteoarthritis diagnosis in primary care: a cohort study with linked survey and electronic health record data. *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society*. 2016;24(5):786-93.
9. Sveriges Regioner. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Rörelseorganen. Höftledsartros. 2019. <https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/>
10. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*. 2019.
11. Thorstensson CA, Garellick G, Rystedt H, et al. Better management of patients with osteoarthritis: Development and nationwide implementation of an evidence-based supported osteoarthritis self-management programme. *Musculoskeletal Care* 2015;13:67-75.
12. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd  
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/forsakringsmedicinskt-beslutsstod/>
13. Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor  
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/>
14. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis and rheumatism*. 1991;34(5):505-14.
15. National Clinical Guideline C. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Osteoarthritis: Care and Management in Adults. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK)
16. Kärrholm J, Rogmark C, Naclér E, Vinblad J, Mohaddes M, Rolfson O. Svenska Höftprotesregistrets Årsrapport 2018  
[https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/Arsrapport\\_2018\\_Hoftprotes\\_final\\_web-rJgg8LvkOB.pdf](https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/Arsrapport_2018_Hoftprotes_final_web-rJgg8LvkOB.pdf)
17. Jonsson 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.