

Handläggning av patienter med knäsmärta i arbetsför ålder - en journalstudie på Fröslunda vårdcentral, Eskilstuna

Basim Raddad, ST-läkare Fröslunda vårdcentral, Eskilstuna

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer.

Allmänmedicin SOSFS 2015:8

Vetenskaplig handledare:

Ulrika Hector, ST-läkare i allmänmedicin, medicine doktor.

Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland (PrimUS), Region Sörmland.

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Bakgrund	5
Syfte.....	7
Frågeställningar.....	7
Material och metod.....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys.....	8
Etiska överväganden.....	8
Resultat.....	9
Deltagare.....	9
Utredning	12
Behandling.....	15
Diskussion.....	16
Slutsats.....	19
Referenser.....	20
Bilagor.....	23

Sammanfattning:

Bakgrund: Knäledsmärta är ett vanligt symtom hos yngre och äldre patienter som söker vård i primärvården. Orsakerna bakom knäsmärta är ofta överbelastning, artros eller mjukdelsskador. Mindre vanliga orsaker är Bakercysta, meniskdegeneration, artriter av olika genes, patellapatologi och tumör. Handläggning av patienter med knäsmärta genomförs enligt rekommendationer från Socialstyrelsen och nationellt kliniskt kunskapsstöd. Dessa riktlinjer innebär att, utifrån den kliniska bilden i form av symptom och status, genomför eventuell röntgenundersökning. Grundbehandlingen för alla patienter är information och fysisk aktivitet. Vid otillräcklig effekt rekommenderas konservativ behandling i form av sjukgymnastik, smärtlindring, hjälpmedel, samtalsstöd och anpassning av arbetsplats eller arbetsuppgifter. Om besvären fortsätter trots att konservativ behandling kan kirurgiska åtgärd vara ett alternativ.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva hur vuxna patienter i arbetsför ålder 20 – 60 år med knäsmärtor handläggs på Fröslunda vårdcentral under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022.

Material och metod: Studien var en retrospektiv, deskriptiv journalgranskning av patienter på Fröslunda vårdcentral i Eskilstuna som fått diagnosen Ledvärk UNS i knäled med diagnoskoden M25.5G. Journaldata togs från patienter i åldern 20 - 60 år som var på besök hos läkare och sjukgymnast på vårdcentralen under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022 med hjälp av kvalitetsverktyg Medrave.

Resultat: Totalt inkluderades 74 vuxna patienter, varav 34 män och 40 kvinnor. Av 192 vårdbesök, genomfördes 71 (37%) stycken av män och 121 (63%) stycken av kvinnor. Besöken fördelades på 105 (55%) besök till läkare och 87 (45%) besök till sjukgymnast. Patienter i åldersgruppen 50 - 60 år var den största av fyra åldersgrupper där kvinnor hade 67 (35%) vårdbesök och män hade 18 (9%) vårdbesök. 46 (62%) patienter sökte vård pga. akut knäsmärta och 28 (38%) patienter sökte vård pga. kronisk knäsmärta. 40 (54%) patienter, varav 22 (30%) kvinnor och 18 (24%) män, remitterades till röntgenundersökning. Av totalt 50 remisser skickades 36 till slätröntgenundersökning varav 12 undersökningar visade avvikande röntgenfynd. 34 (46%) patienter, varav 23 (31%) kvinnor och 11 (15%) män erbjöds både sjukgymnastik och farmakologisk behandling. 30 patienter erbjöds endast farmakologisk behandling och 10 (14%) patienter, lika många män som kvinnor, erbjöds endast sjukgymnastik. 18 (24%) patienter fick remiss till ortopederna för bedömning och åtgärd

varav 9 (12%) patienter erbjöds operation. 12 (16%) patienter, fördelat lika mellan könen, var sjukskrivna i snitt 114 dagar.

Konklusion: Resultatet från denna studie visar att man följer rekommendationer från Socialstyrelsen och nationellt kliniskt kunskapsstöd avseende utredningsgång med röntgenundersökningar och behandling. Det finns förbättringspotential genom att tidigt etablera sjukgymnastkontakt som är den viktigaste konservativa grundbehandlingen och därefter läkarkontakt vid behov för vidare kompletterande utredningar och behandlingar. Det var vanligare att kvinnor fick kontakt med sjukgymnast än män, trots att de hade samma diagnoser. Det var en liten andel som genomgick kirurgisk åtgärd vilket visar på vikten av konservativ behandling.

Bakgrund:

Knäsmärta är ett känt besvär hos patienter som söker sjukvården och detta drabbar patienter i olika åldersintervall (1,2). Knäleden är den största artikulerande ytan av någon led. Denna viktbärande knäled kan stödja två till tre gånger en persons kroppsvikt beroende på aktiviteten och därför är knäleden känd bland de mest skadade och sjuka kroppslederna som drabbar vuxna och äldre patienter (3 - 5). Akut smärta kan bero på överbelastning eller en skada som kvarstår i upp till 3 månader. Kronisk smärta kvarstår eller upprepas under en period längre än 3 månader. Detta orsakar ofta stort lidande för patienter och påverkar dagliga funktioner, aktiviteter och livskvalitet. Dessa patienter kommer på flera återbesök till läkare, sjukgymnast och psykolog. De blir ofta sjukskrivna (6). Ibland behövs det arbetsanpassning eller karriärbyte. Vanliga orsaker till knäsmärtor är överbelastning, artros och trauma. Mindre vanliga orsaker är Bakercysta, meniskdegeneration, artrit av olika genes, patellatendinit, patellaluxation, bursit, osteonekros, osteokondrit och tumör (7).

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige som ofta drabbar knäled, följt av hand- och höftled. Knäledsartros är en vanlig ledsjukdom och förekommer hos cirka 14% av befolkningen över 45 år och är vanligare bland kvinnor än män (8,9). Sjukdomen ökar i med stigande ålder, men även yngre personer kan drabbas med knäartros, till exempel efter tidigare ledskador (10). Vanliga symtom är belastningsrelaterad smärta som senare utvecklar sig till vilosmärta och/eller nattlig värk, morgonstelhet (mindre än 30 minuter) eller stelhet efter vila som försvinner vid rörelse, låsningar, minskat rörelseförmåga, svårigheter att gå och intermittent ledsvullnad. Besvären utvecklas ofta långsamt med långa perioder av lätta besvär som följs av besvärsfria intervall. Utredning med slätröntgen kan bli nödvändig för att utesluta andra orsaker vid ovanliga symtom och status eller inför remiss till ortoped. Tidig konservativ behandling i form av viktnedgång vid behov, smärtstillande, sjukgymnastik och artrosskola kan bidra till att minska knäsmärta (11).

Degenerativa meniskskador i knäled är vanliga knäbesvär som drabbar patienter i medelåldern och ökar med stigande ålder och detta orsakas ofta av artros (12). Det är mindre vanligt i yngre åldrar och hos dessa patienter orsakas det ofta av trauma. Skador drabbar framför allt bakhornet, samt mediala menisken oftare än den laterala. Vanliga symtom är bakre knäsmärta, låsningar i knät, inskränkt rörelseomfång, svullnad, ömhet över ledspringan och krepitationer

och vid undersökning ses positiva menisktester (Mc Murrey's och Apley's test). Diagnosen ställs kliniskt beroende av anamnes, symtom och status. Röntgenundersökning rekommenderas endast vid låsningar, uttalad smärta under längre tid än en 1 månad, utebliven behandlingseffekt efter 3 månaders fysioterapi och vid misstanke om annan orsak (7).

Akuta traumatiska knämjukdelsskador är vanliga och det sker i samband med vridning, översträckning eller yttre våld. Knäledsdistorsioner hos äldre kan orsaka menisk- och brossskador när en redan degenerativt förändrad knäled inte klarar den ökade belastningen. Mediala kollateralligamentskador är vanligare än laterala (11). Vanliga symtom är knäsmärta, hálta, nedsatt rörelseförmåga, felställning och svullnad. Vid klinisk undersökning noteras palpationsömhét över ledspringan, kapseln, mediala respektive laterala kollateralligament och patella, positiva stabilitetstester och menisktester. Slätröntgenundersökning behövs för att utesluta frakturer. Om vätska i leden misstänks är ledpunktion viktig. Akuta traumatiska knäskador utreds ofta med magnetkameraundersökning eller skiktröntgen. Svullnad som uppstått inom en timme kan vara ett tecken på hemartros som kräver akut remiss till ortoped. De flesta skador bör behandlas med fysioterapi snarast. Vissa fall kräver kirurgisk åtgärd (13).

Det är viktigt att utreda knäsmärta och ställa diagnos så tidigt som möjligt för att få en effektiv behandling och mindre knäledskomplikationer (14). Det finns ett vårdförlopp för knäsmärta, framför allt knäledsartros och knäskador som grundar sig på Socialstyrelsens och Nationellt kliniskt kunskapsstöds rekommendationer från 2021. Många av rekommendationerna riktar sig till primärvård som möter patienterna först. Enligt riktlinjerna rekommenderas en systematisk undersökning av knäet med inspektion, palpation, utvärdering av rörelseomfång, neurologisk, vaskulär testning och speciella tester. Behandling av knäsmärtor inleds med grundbehandling i form av information till patienten, egenvård, viktninggång vid behov, sjukgymnastik samt artrosskola vid artrosdiagnos. Efter grundbehandling rekommenderas tilläggsbehandling i form av smärtlindring, hjälpmedel, samtalsstöd och anpassning av arbetsuppgifter. Som ett sista steg kan kirurgi bli aktuellt, framför allt vid traumatiska knäskador och kraftig knäartros med fortsatt svåra knäbesvär (7,15).

Syfte:

Syftet med denna studie var att beskriva hur vuxna patienter i arbetsför ålder 20 – 60 år med knäsmärtor handläggs på Fröslunda vårdcentral under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022.

Frågeställningar:

- 1-Fanns någon skillnad i handläggning, antal besök, utredning och behandling utifrån kön?
- 2-Hur stor andel av patienterna hade genomgått radiologisk utredning?
- 3-Hos hur stor andel av patienterna kunde man identifiera orsaken till knäsmärta genom röntgenundersökning?
- 4-Vilka behandlingar initierades?
- 5-Hur stor andel av patienterna fick hjälp av medicinering, sjukgymnastik, sjukskrivning och/eller remiss till ortoped?

Material och metod:

Design:

Studien genomfördes som retrospektiv journalgranskningsstudie på Fröslunda vårdcentral i Eskilstuna med knappt 14 000 listade patienter.

Urval:

Patienter med diagnos Ledvärk UNS i knäled M25.5G identifierades. En del patienter fick ytterligare en diagnos i journalen utifrån fynd på röntgenundersökning. Inklusionskriterier utgjordes av patienter i åldern 20 - 60 år som var på besök till läkare och sjukgymnast på Fröslunda vårdcentral under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022.

Exklusionskriterier utgjordes av patienter med multisjukhet (minst två samtidiga långvariga sjukdomar till exempel hjärtkärlsjukdom, njursvikt, diabetes och cancer), patienter med psykisk sjukdom, funktionsnedsättningar till exempel en inlärningssvårighet och patienter som inte fullföljde utredning och behandling.

Datainsamling:

Med hjälp av rapportuttagsverktyget Medrave identifierades patienter med Ledvärk UNS i knäled M25.5G. Ur journaler insamlades data kring antal patienter, vårdbesök, ålder, kön, om patienter genomgick radiologisk utredning och vad denna i så fall visade, insatt behandling, om patienten följdes upp av sjukgymnast eller/och ortoped samt antal dagar patienterna var sjukskrivna.

Dataanalys:

Resultatet redovisades i form av deskriptiv statistik i form av antal, medelvärden och procentuell fördelning. Data sammanställdes och behandlades i Microsoft Word.

Etiska överväganden:

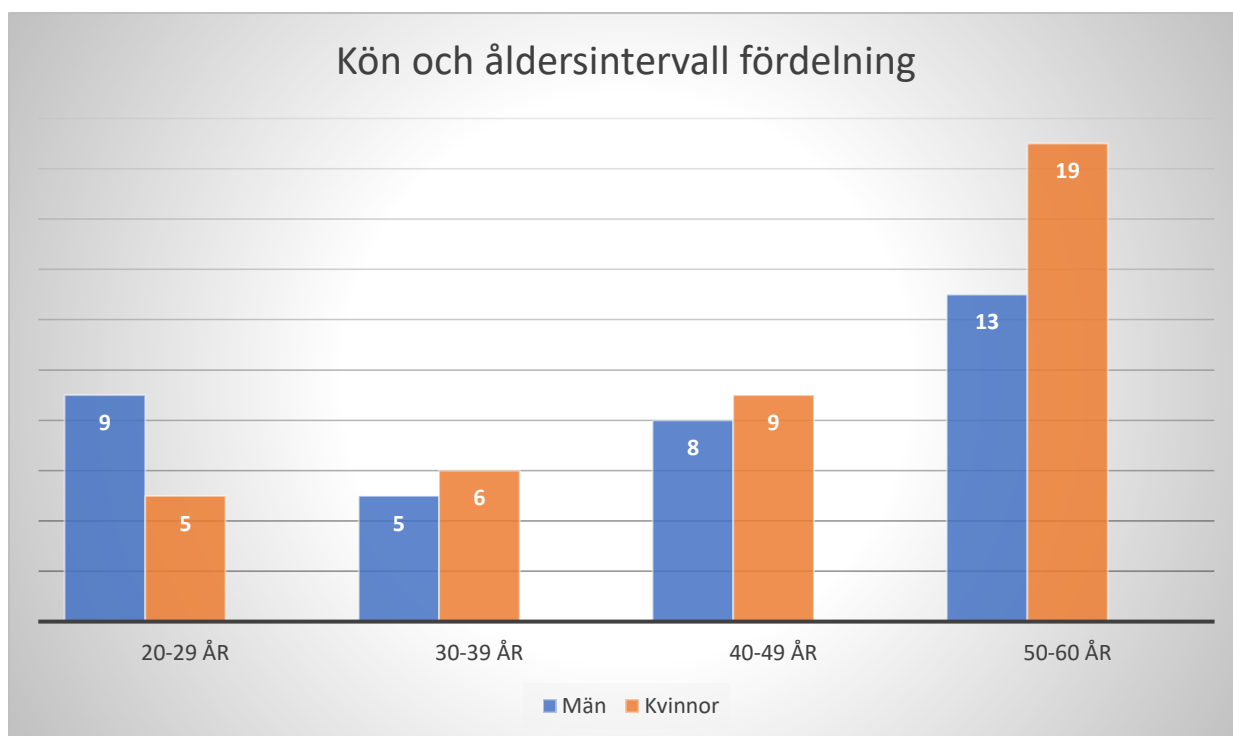
Patienterna i studien bedömdes av läkare och sjukgymnast på vårdcentralen. Data och uppgifter om patienter hämtades från journalen i efterhand vilket inte påverkade patienternas handläggning. Tillstånd att granska journalerna gavs av verksamhetschefen på Fröslunda vårdcentral och resultaten redovisades som ett ST-arbete. Någon vetenskaplig publikation planerades inte. Således behövdes inte heller någon etisk prövning göras.

Resultat:

Deltagare: Totalt diagnosticerades 85 patienter på Fröslunda vårdcentral under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022 med diagnosen Ledvärk UNS i knäled M25.5G. Av dessa exkluderades 11 patienter med psykisk sjukdom, multisjukhet och patienter fullföljt inte utredning och behandling. Studien inkluderade 74 patienter, och av dessa var 34 (46%) män och 40 (54%) kvinnor. 30 (40%) patienter sökte enbart vård hos läkare, 10 (14%) patienter träffade enbart sjukgymnast och 34 (46%) patienter sökte vård hos både läkare och sjukgymnast. 46 (62%) patienter sökte för akuta knäsmärtor medan 28 (38%) patienter sökte vård för akuta knäsmärtor. Fördelningen avseende besök för män respektive kvinnor ses i tabell 1. Den största patientgruppen utgjordes av patienter i åldern 50–60 år, se figur 1.

Tabell 1. Antal patienter med knäsmärta som sökte på vårdcentral

	Antal	%	Män	Kvinnor
Antal inkluderade patienter	74	100 %	34 (46%)	40 (54%)
Medelålder (år)			41,5	44,6
Enbart läkarbesök	30	40 %	18 (24%)	12 (16%)
Enbart sjukgymnastbesök	10	14 %	5 (7%)	5 (7%)
Både läkar- & sjukgymnastbesök	34	46 %	11 (15%)	23 (31%)
Patienter med akut knäsmärta	46	62 %	20 (27%)	26 (35%)
Patienter med kronisk knäsmärta	28	38 %	14 (19%)	14 (19%)

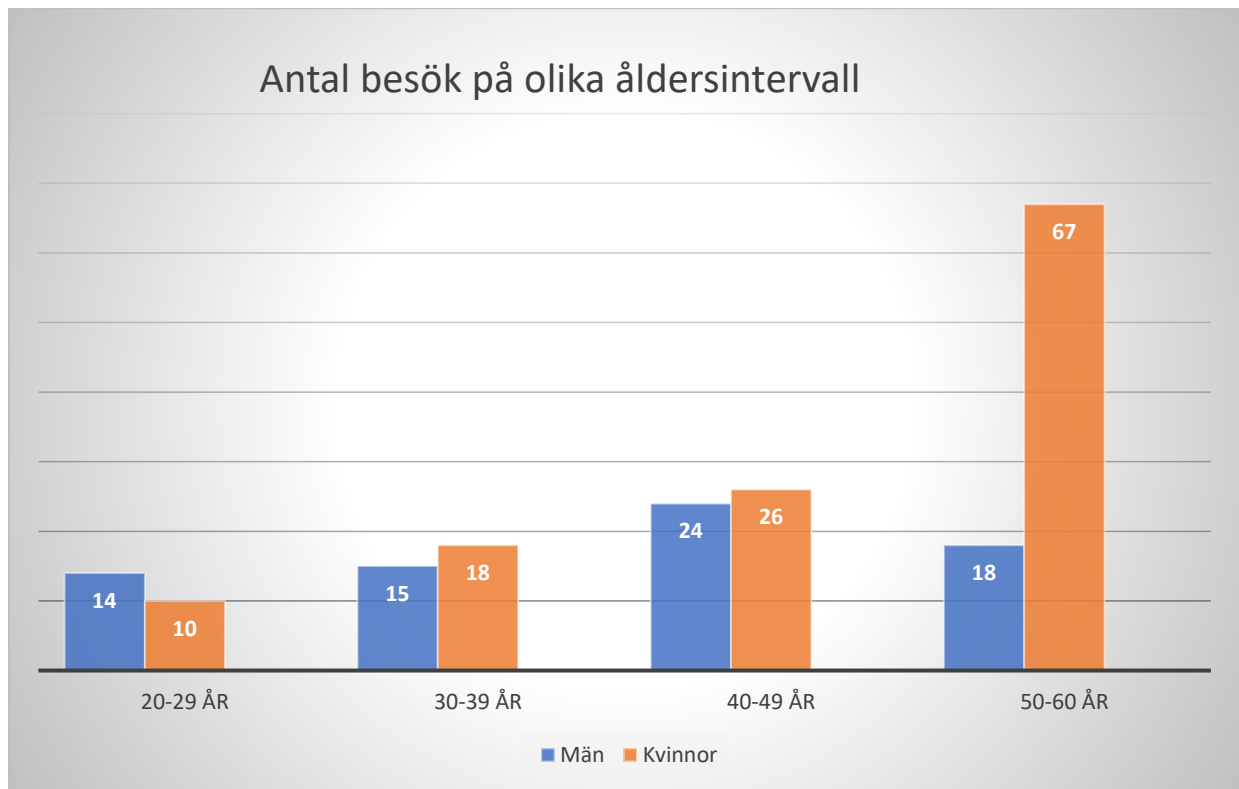


Figur 1. Fördelning av patienter enligt kön och åldersintervall på vårdcentral.

Totalt genomfördes 192 vårdbesök. 105 (55%) besök var till läkare och 87 (45%) var till sjukgymnast. Kvinnor hade fler besök hos sjukgymnast, totalt 56 (29%) stycken jämfört med män, totalt 31 (16%), se tabell 2. Tidsperioden mellan första symtom på knäsmärta till första besök hos läkare eller sjukgymnast var i snitt 43 dagar. Kvinnor i åldern 50 - 60 år hade flest antal besök med totalt 67 besök medan män i samma åldersgrupp hade totalt 18 besök (figur 2).

Tabell 2. Fördelning av besöken på vårdcentral.

Besök till läkare och sjukgymnast	Antal	%	Män	Kvinnor	Medelvärde antal besök
Totalt antal besök	192	100%	71 (37%)	121 (63%)	
Besök hos läkare	105	55%	40 (21%)	65 (34%)	1,6
Besök hos sjukgymnast	87	45%	31 (16%)	56 (29%)	1,3

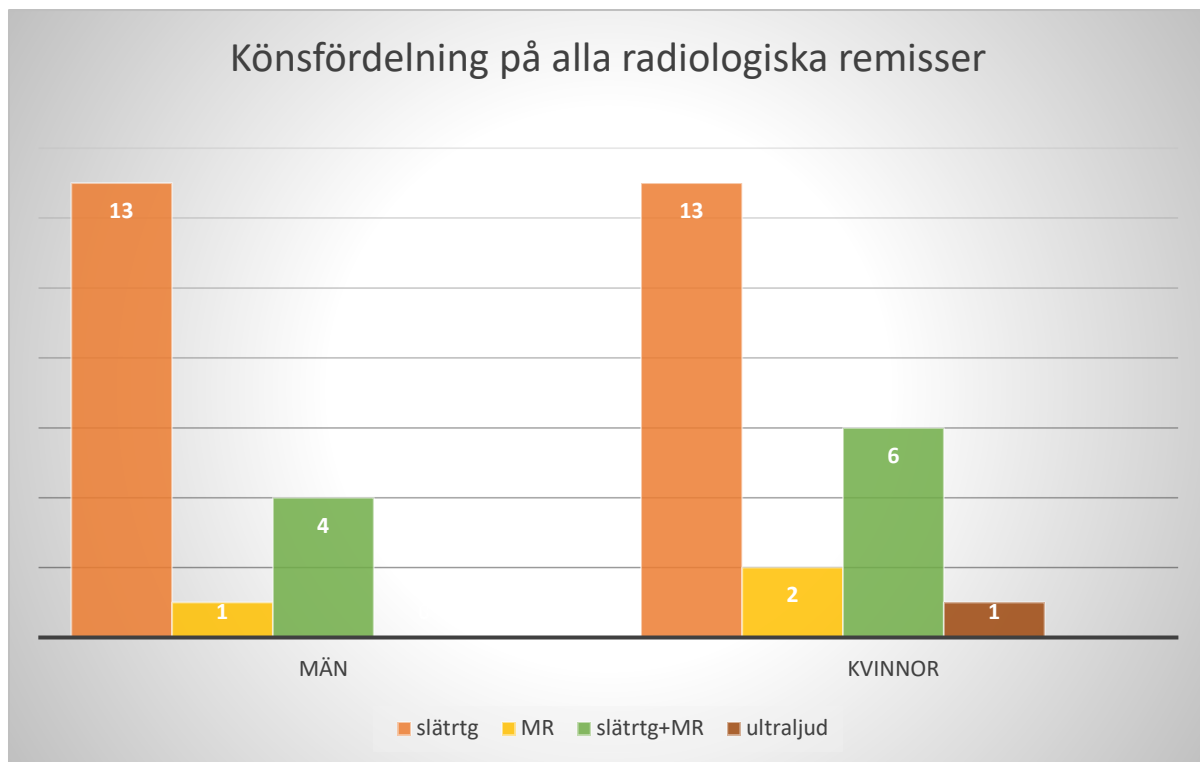


Figur 2. Fördelning av besök utifrån åldersintervall på vårdcentral.

Utredning: Av de 74 inkluderande patienterna var det 40 (54%) patienter som remitterades till röntgenundersökning. Totalt skickades 50 remisser. 25 (50%) remissvar visade avvikande röntgenfynd. 36 (72%) remisser skickades till slätröntgenundersökning. Det var 12 (24%) slätröntgenundersökningar, jämt fördelade mellan könen, som visade avvikande röntgenfynd. 13 (26%) remisser skickades till magnetkameraundersökning där 12 (24%) remissvar visade avvikande röntgenfynd. En kvinna remitterades till ultraljud som visade avvikande röntgenfynd (tabell 3). Tiden mellan första besök och radiologisk undersökning var i snitt 37 dagar för slätröntgen, 119 dagar för magnetkameraundersökning och 20 dagar för ultraljud. Det var lika många kvinnor som män (n=13) som fick remiss till enbart slätröntgen men det var fler kvinnor som remitterades till magnetkameraundersökning än män, (figur 3).

Tabell 3. Fördelning av radiologiska undersökningar.

Radiologiska undersökningar	Antal	%	Män	Kvinnor
Patienter fick röntgenremisser	40	54%	18 (24%)	22 (30%)
Remisser till röntgenundersökning	50	100%	22 (44%)	28 (56%)
Remisser med avvikande röntgenfynd	25	50%	11 (22%)	14 (28%)
Remisser till slätröntgen	36	72%	17 (34%)	19 (38%)
Remisser med normalt röntgenfynd	24	48%	11 (22%)	13 (26%)
Remisser med avvikande slätröntgenfynd	12	24%	6 (12%)	6 (12%)
Remisser till MR	13	26%	5 (10%)	8 (16%)
Remisser med avvikande MR fynd	12	24%	5 (10%)	7 (14%)
Remisser till ultraljud (avvikande)	1	2%	0 (0%)	1 (2%)



Figur 3. Fördelning av radiologiska remisser utifrån kön.

Av de 40 patienter som remitterades till röntgen fick 21 (28%) patienter normalt röntgenfynd och 19 (26%) patienter fick avvikande röntgenfynd. De avvikande röntgenfynden och fördelningen mellan kön presenteras i tabell 4.

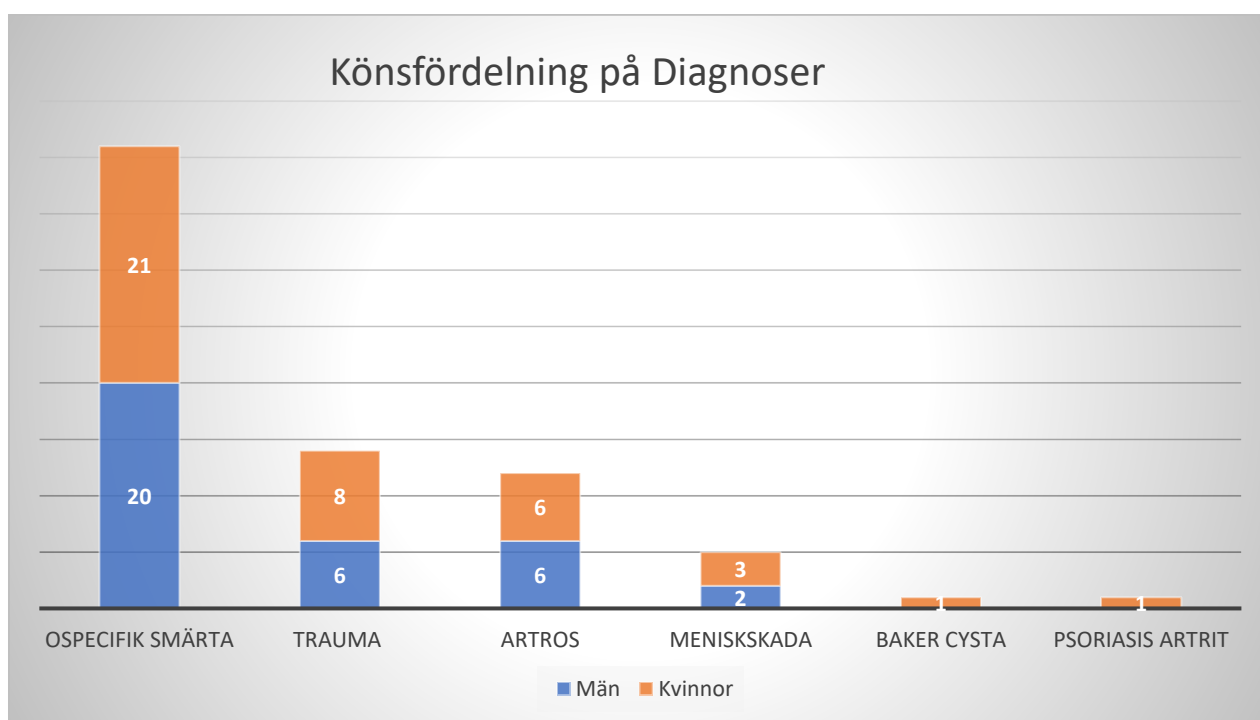
Tabell 4. Fördelning resultat av radiologiska undersökningar utifrån kön.

Patienter med röntgenfynd	Antal	%	Män	Kvinnor
Antal remitterande patienter till röntgen	40	54 %	18 (24%)	22 (30%)
Patienter med normalt röntgenfynd	21	28 %	10 (13%)	11 (15%)
Patienter med avvikande röntgenfynd	19	26%	8 (11%)	11 (15%)
Patienter med röntgenfynd artros	12	16 %	6 (8%)	6 (8%)
Patienter med röntgenfynd meniskskada	5	7 %	2 (3%)	3 (4%)
Patienter med röntgenfynd Bakercysta	1	2,5 %	0 (0%)	1 (2,5%)
Patienter med röntgenfynd senfästeruptur	1	2,5 %	0 (0%)	1 (2,5%)

Flest antal 24 (48%) remisser skickades för röntgenundersökning på patienter i åldersgruppen 50–60 år. I denna åldersgrupp var det totalt 8 (16%) remisser med avvikande röntgenfynd, där 75% av de avvikande fynden sågs hos kvinnor (tabell 5). Efter röntgenundersökning var ospecifik knäsmärta den vanligaste diagnosen följt av trauma och artros (figur 4).

Tabell 5. Fördelning av röntgenremisser med avvikande fynd utifrån åldern och kön.

Åldersgrupper	Total remisser	Slät röntgen	MR	Ultraljud	Avvikande röntgenfynd	män	kvinnor
Alla grupper	50 (100%)	36	13	1	25 (50%)	11 (22%)	14 (28%)
20–29 år	6 (12%)	5	1	0	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)
30–39 år	7 (14%)	3	4	0	5 (10%)	2 (4%)	3 (6%)
40–49 år	13 (26%)	8	5	0	10 (20%)	6 (12%)	4 (8%)
50–60 år	24 (48%)	20	3	1	8 (16%)	2 (4%)	6 (12%)



Figur 4. Fördelning av diagnoser utifrån kön.

Behandling: Alla patienter med knäsmärta fick först farmakologisk och/eller sjukgymnastbehandling. 34 (46%) patienter erbjöds både sjukgymnastik och farmakologisk behandling, varav 23 (31%) kvinnor och 11 (15%) män. 30 (40%) patienter, varav 18 (24%) män och 12 (16%) kvinnor, erbjöds endast farmakologisk behandling med paracetamol, NSAID, kortison, morfinpreparat (Oxynorm och Oxycontin) tabletter och kortisoninjektion i knäleden. 10 (14%) patienter, lika många män som kvinnor, erbjöds endast sjukgymnastik. 12 (16%) patienter, fördelat lika mellan könen, blev sjukskriva i snitt 114 dagar.

18 (24%) patienter fick remiss till ortoped för bedömning och åtgärd varav hälften erbjöds operation. Det var lika många kvinnor som män, totalt 4 (5%) stycken, som erbjöds operation på grund av knäartros. 5 (7%) patienter, 3 män och 2 kvinnor, opererades på grund av meniskskada. 3 (4%) patienter, 1 man och 2 kvinnor, avböjde operation. Totalt 6 (8%) patienter, lika många män som kvinnor, fick konservativ behandling av ortoped.

Diskussion:

Syftet med denna journalstudie var att kartlägga hur vuxna patienter med knäsmärtor handlagts på Fröslunda vårdcentral i Eskilstuna under perioden 1 oktober 2021 till 30 september 2022 och om handläggningen följer Socialstyrelsens och nationellt kliniskt kunskapsstöds riktlinjer. Samtliga patienter erbjöds behandling med farmaka och/eller sjukgymnastik initialt. Trots rekommendationer med sjukgymnastik som en basbehandling hade patienterna fler besök till läkare och 40% av patienterna träffade aldrig sjukgymnast. 54% av patienterna genomgick röntgenundersökning som en del i utredning där hälften av undersökningarna visade normalt röntgenfynd. 24% remitterades till bedömning hos ortoped men endast hälften av dessa patienter genomgick operativ åtgärd, vilket belyser vikten av den konservativa behandlingen.

Resultatet i denna studie visar att antalet patienter med knäsmärta ökade med ökad ålder och att det var vanligare hos kvinnor än män. Kvinnor hade dessutom fler antal besök jämfört med män. Dessa resultat överensstämmer i stor utsträckning med nationellt kliniskt kunskapsstöd och annan studie av Sharif B et al. som visade en ökning av knäsmärta i befolkningen i arbetsför ålder över 50 år, jämfört med andra åldersgrupper, och att det är vanligare hos kvinnor än män (7,16).

I denna studie var det färre antal patienter som sjukgymnast jämfört med läkare vilket skiljer sig från Socialstyrelsens riktlinjer som rekommenderar sjukgymnastik som grund val i handläggningen av patient med knäsmärta (15). Dessutom var det betydligt färre män som fick behandling med sjukgymnastik jämfört med kvinnor, trots att de i stort sett fått samma diagnoser.

Slätröntgenundersökning är en viktig del av utredning av knäsmärta, framför allt vid kroniska besvär eller den uppkommit genom trauma för att utesluta skelettskada (12). Av totalt 36 slätröntgenundersökningar var det endast 33% som visade avvikande röntgenfynd. Flest remisser med normalt röntgenfynd sågs i åldersgruppen 50 - 60 år. Röntgenundersökning är dock en viktig del i utredningen om det vid undersökning ses ovanliga symtom och statusfynd som anger, misstankar om andra allvarliga sjukdomar. Det behövs även inför remiss till ortoped (17).

En anledning till att många patienter med knäsmärta kommer till sjukgymnast, men även till läkare är om knäsmärtan inte förbättrats med sjukgymnastik, för att gå vidare med remiss för röntgenundersökning, trots att det sällan behövs för att ställa diagnos (18). Detta leder till ett stort antal röntgenundersökningar och onödiga vårdkontakter vilket innebär en ekonomisk förlust och belastning på sjukvårdens resurser. Magnetkameraundersökning eller skiktröntgenundersökning används i andra hand och utförs av ortopederna enligt riktlinjer av nationellt kliniskt kunskapsstöd (7). Knäartros är en vanlig orsak till smärta i knäleden och är en klinisk diagnos utan användning av röntgenundersökning eller hos patienter med normala röntgenfynd vid ålder minst 40 år. Patientens symtom och status är därför avgörande för en korrekt och tidig diagnos (19, 20). I denna studie var det endast tre patienter fick diagnosen knäartros innan röntgenundersökning medan majoriteten av patienterna med knäsmärta pga artros fick denna diagnos efter röntgenundersökning. I en studie av Son et al. sågs att det finns en diskrepans mellan slätröntgen och den kliniska bilden av knäartros. En röntgenundersökning riskerar att fördröja diagnos och behandling eftersom artros sällan syns i tidigt stadium på slätröntgen (21). Ultraljud av knät är en specifik och känslig metod för att utvärdera av mjukdelsvävnader och upptäcka knäutgjutning (22,23). I denna studie var det endast en patient som genomgick ultraljudundersökning som visade avvikande röntgenfynd (Bakercysta). Magnetkameraundersökning används vid kartläggning av misstänkta mjukdelsskador som involverar brosk, menisker, ligament och senor. Denna undersökning har hög specificitet och sensitivitet och av de undersökningar som genomfördes visade 92% avvikande röntgenfynd, vilket överensstämmer i stor utsträckning med andra studie av Guermazi et al (24).

Alla patienter fick initialt behandling med smärtlindrande farmaka, sjukgymnastik eller dessa i kombination. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer 2021 rekommenderas träning handled av sjukgymnast som grundbehandling under tillräckligt lång tid och vid minst 10 tillfällen (15). I denna studie var mycket vanligare att kvinnor erbjöds båda behandlingarna, medan män i större utsträckning erbjöds enbart farmakologisk behandling, trots att diagnoserna på röntgenundersökningarna varit relativt lika mellan könen. Det finns evidens för att lätt sjukgymnastik kan vara ett mer acceptabelt sätt än måttlig sjukgymnast för personer med symtomatisk knäsmärta (25). Kopplingen mellan träning och nedsatt funktionsnedsättning förmedlas av t.ex. ökad muskelstyrka och uthållighet. Det antas att träning hos patienter med knäsmärta minskar smärtekänsligheten (7). I denna studie visade att

30 (40%) patienter fick endast farmakologisk behandling utan sjukgymnast vilket skiljer sig från rekommendationer och riktlinjer från Socialstyrelsen där smärtlindrande läkemedel ges som tilläggsbehandling i de fall grundbehandlingen inte har tillräcklig effekt, och att knäkirurgi är aktuell (15).

24% av patienterna remitterades till ortopedkliniken för bedömning, men endast hälften av patienterna fick kirurgiskt åtgärd. Sjukgymnastik ger lika bra resultat som kirurgi vid artros och bör vara förstahandsvalet (26). Efter sjukgymnastik vid artros ses minskade symtom, mindre behov av smärtlindrande farmaka och också minskad vilja till operation (27). Enligt Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård vid artros 2023, bör sjukvården utföra konservativ behandling som förstahandsval och inte kirurgi vid knäsmärta, artros, misstänkt degenerativ meniskskada, eftersom åtgärden inte har bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling (15). Resultatet från denna studie överensstämmer med dessa riktlinjer. Kirurgi är dyr och medför en viss risk för komplikationer. 2021 utfördes drygt 11 000 artroskopiska ingrepp till en uppskattad total kostnad som överstiger 260 miljoner kronor (18). Trots att patienterna var i arbetsför ålder var det endast 16% som var i behov av sjukskrivning, i snitt tre månader, i denna studie vilket är betydligt kortare period än vad som rapporterats i en svensk studie där patienterna var sjukskrivna mellan 3–12 månader (27).

En styrka med studien att denna genomfördes grundligt och systematiskt med hjälp av journalgranskande verktyg som fanns tillgängliga. Denna studie visar hur patienter med knäsmärta omhändertogs på vårdcentralen och vilka flöden som finns. En svaghet i studien var att få patienter utretts för knäsmärta på Fröslunda vårdcentral under tidsperioden på ett år. Det totala patientantalet var 74 vilket gör att det inte går att dra stora slutsatser på dessa data vilket i sin tur är osäkert om det var jämförbar med andra vårdcentraler. Perioden för studien var 1 år och gav därför inte en övergripande och omfattande bild av hur patienter med knäsmärta behandlades under längre tid på vårdcentralen.

Slutsats: Smärta i knäled är en vanlig orsak till att patienter söker vård på vårdcentral, och det blir vanligare med ökad ålder. Resultatet från denna studie visar att man följer rekommendationer från Socialstyrelsen och nationellt kliniskt kunskapsstöd avseende utredningsgång med röntgenundersökningar och behandling, men det finns förbättringspotential genom att tidigt etablera sjukgymnastkontakt som är den viktigaste konservativa grundbehandlingen och därefter läkarkontakt vid behov för vidare kompletterande utredningar och behandlingar. Det var dessutom fler kvinnor än män som erbjöds behandling med sjukgymnastik trots att de hade samma diagnoser. Det skickades ett stort antal remisser för slätröntgenundersökning där de flesta visade normalt röntgenfynd. Det var en liten andel som genomgick kirurgisk åtgärd vilket visar på vikten av konservativ behandling. Det finns förbättringspotential avseende handläggning av patienter med knäsmärta på Fröslunda vårdcentral genom framför allt förbättrad triagering för att erbjuda rätt vård och minska onödiga sjukvårdskostnader.

Referenser:

1-Jinks C, Jordan K, Croft P. Measuring the population impact of knee pain and disability with the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). *Pain* 2002; 100:55.

2-Nguyen US, Zhang Y, Zhu Y, et al. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. *Ann Intern Med* 2011; 155:725.

3-Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. *Ann Intern Med* 2003; 139:575.

4-Kroenke K, Jackson JL. Outcome in general medical patients presenting with common symptoms: a prospective study with a 2-week and a 3-month follow-up. *Fam Pract* 1998; 15:398.

5-McCaig LF. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1992 emergency department summary. *Adv Data*. 02 mars 1994; (245):1 - 12. Z.

6-Nationellt system för kunskapsstyrning hälso - och sjukvård. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp smärta-långvarig, hos vuxna. 2022-10-20.

7-Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Knäartros. <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se> 2022-10-27.

8-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.

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- Poulsen E, Goncalves GH, Bricca A, Roos EM, Thorlund JB, Juhl CB: Knee osteoarthritis risk is increased 4 - 6fold after knee injury - a systematic review and meta-analysis. British journal of sports medicine 2019, 53(23):1454 - 1463.7
- 11-Anders Stålmán, Docent, överläkare, Capio Artro Clinic/Sophiahemmet, Per Lindblom, överläkare, Ortopedi/Södertälje sjukhus. Internetmedicin.se, knäledartros. 2023-04-01
- 12-Turkiewicz A, Gerhardsson de Verdier M, Engström G et al. Prevalence of knee pain and knee OA in southern Sweden and the proportion that seeks medical care. Rheumatology (Oxford) 2015; 54: 827 - 35. [PubMed][CrossRef]
- 13-Lars Good, överläkare, docent, Andreas Meunier, överläkare, Universitetssjukhuset i Linköping, Ortopedicentrum i Östergötland. Lakartidningen.se 2007-08-22/ 2023-08-20
- 14-Bunt CW, Jonas CE, Chang JG. Knee Pain in Adults and Adolescents: The Initial Evaluation. Am Fam Physician. 2018 November1;98(9):576 - 585.
- 15-Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning 2021.
- 16-Sharif B, Garner R, Hennessy D, et al. Productivity costs of work loss associated with osteoarthritis in Canada. 2017;25(2):249–58.
- 17-Expert Panel on Musculoskeletal Imaging, Taljanovic MS, Chang EY, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Trauma to the Knee. J Am Coll Radiol 2020; 17: S12.
- 18-Social styrelsens Nationell utvärdering av vård vid artros 2023.
- 19-National Clinical Guideline Center. Osteoarthritis: care and management in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance, London 2014.

- 20-Zhang W, Doherty M, Peat G, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:483.
- 21-Son KM, Hong JI, Kim DH, Jang DG, Crema MD, Kim HA. BMC Musculoskelet Disord. Absence of pain in subjects with advanced radiographic knee osteoarthritis 2020 Sep 29;21(1)
- 22-Carlton J Covey, MD Robert H Shmerling, MD. Approach to the adult with unspecified knee pain: Sep 12, 2022.
- 23-Xia XP, Chen HL, Zhou B. Ultrasonography for meniscal injuries in knee joint: a systematic review and meta-analysis. *J Sports Med Phys Fitness* 2016; 56:1179.
- 24-Guermazi A, Niu J, Hayashi D, et al. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ* 2012; 345: e5339.
- 25-. Holte Dahl R. Tidsskr Nor Laegeforen. Atraumatic knee pain. 2018 Mar 5;138(5).
- 26- Song J, Chang AH, Chang RW, Lee J, Pinto D, Hawker G, Nevitt M, Dunlop DD. *Semin Arthritis Rheum*. Relationship of knee pain to time in moderate and light physical activities: Data from Osteoarthritis Initiative. 2018 April;47(5):683-688.
- 27- Jönsson T, Eek F, Dahlberg LE, Ekvall Hansson E. The Better Management of Patients with Osteoarthritis Program: Outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. 2019 Sep 19;14(9)

Appendix: Bilaga 1, Granskningsmall

Personnummer

Född

Ålder

Kön (Man och Kvinna)

Symtomdebut

Diagnos Knäledvärk

Träffat Läkare endast

Träffat Sjukgymnast endast

Träffat både Läkare och sjukgymnast

Datum för besök

Totalt antal besök

Totalt antal besök till Läkare

Totalt antal besök till Sjukgymnast

Slätröntgen

Tid till Slätröntgen

Magnettröntgen MR

Tid till MR

Ultraljud

Tid till ultraljud

Röntgenfynd

Avvikande röntgenfynd

Diagnos

Åtgärd, Medicinering, sjukgymnast, annat

Remiss till ortoped

Sjukskrivning? Duration

Multisjukhet: - DM, Hjärt- och kärlsjukdom, Övervikt/obesitas, Reumatisk sjukdom,

Astma/allergi, KOL, Depression/ångest, Annan psykiatrisk sjukdom, Neurologisk sjukdom,

Övrig sjukdom