

Läkarkontakter efter artrosskola vid Habo vårdcentral

Författare: Anders Lundblad, ST-läkare allmänmedicin.

Handledare: Hans Lingfors, med dr, distriktsläkare.

Årtal: 2017

Författare: Anders Lundblad, ST-läkare allmänmedicin, specialistläkare ortopedi.

Handledare: Hans Lingfors, med dr, distriktsläkare.

Verksamhetsområde

Allmänmedicin

Arbetsplats/enhet

Habo vårdcentral

Kontaktinformation

Anders Lundblad, ST-läkare

Habo vårdcentral

Box 204

566 24 Habo

anders.lundblad@rjl.se

036-324800

Hans Lingfors, med dr, distriktsläkare

Primärvårdens FoU-enhet

Futurum

Region Jönköpings län

551 85 Jönköping

hans.lingfors@rjl.se

036-321 000

Sammanfattning

Bakgrund: Artros eller ledsvikt (i folkmun kallat ledförslitning) är mycket vanligt förekommande. I korthet består tillståndet i att ledbrusk, som belägger belastningsytorna på kroppens alla leder, bryts ned. Vanligen leder detta till inflammation i vävnaderna omkring den drabbade leden vilket då medför varierande grad av värk.

Fysisk träning har en väldokumenterad positiv effekt på smärta vid artrossjukdom, men även på funktionsförbättring. Det är också vetenskapligt belagt att vårdkostnader kan minskas genom främst styrketräning.

Kontinuitet i träningen är avgörande för dessa effekter. Genom s k artrosskolor enligt BOA (Bättre Omhändertagande vid Artros) kan man hjälpa patienterna att komma igång med fysisk träning och dessa insatser bedöms vara kostnadseffektiva. Exempelvis har de visat sig minska köerna till höftledsoperationer.

Syfte: Denna rapport belyser artrosskolans effekt på antalet läkarbesök hos patienter med knä- och/eller höftledsartros vid Habo vårdcentral. Här används i dagsläget en lokal variant av artrosskola där strukturerad uppföljning saknas och registrering av patienterna i BOA-registret ännu inte sker.

Metod: Rapporten bygger endast på journalgranskningar.

62 patienter med diagnosen artros i höft- eller knäled genomgick vid olika datum mellan 2012 och 2015 artrosskola (grupp 1). Antalet läkarbesök, telefonkontakter och receptutfärdanden mättes ett år före och ett år efter nämnda datum. En referensgrupp (grupp 2) bestående av 62 patienter med samma diagnos som dem i grupp 1, men som inte genomgått artrosskola, upprättades och deras vårdkontakter mättes på samma vis.

Resultaten jämfördes sedan.

Resultat: I grupp 1 noterades en minskning av antalet artrosrelaterade läkarbesök hos 66 % av patienterna. Hos 26 % av patienterna i grupp 1 noterades ett oförändrat antal och hos 13 % har antalet ökat. I grupp 2 är motsvarande siffror 22, 60 respektive 18 %.

Slutsats: Man kan med ledning av denna rapport anta, att efter genomgången artrosskola i Habo vårdcentralers regi, minskar behovet av att söka läkare p g a artrosrelaterade besvär

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	1
2. Syfte, frågeställning och metod.....	3
3. Resultat.....	4
4. Diskussion.....	6
5. Slutsats.....	7
6. Referenser.....	8

1. Bakgrund

Artros innebär att det ledbrosk som bekläder belastningsytorna i kroppens leder bryts ned. Vanligen leder detta till inflammation i vävnaderna omkring den drabbade leden vilket medför varierande grad av värk.

Samhällets kostnader för artrosrelaterade sjukfall är mycket stor och de står för cirka 2 % av alla sjukskrivningsdagar i Sverige (1).

Hos dem som söker vård är artros i knä- eller höftled vanligast, men alla kroppens leder kan drabbas (1, 2).

I Sverige drabbas omkring 25 % av alla personer över 45 år av artros, vilket gör diagnosen till den vanligast förekommande kroniska ledsjukdomen (1).

Orsakerna till artros är endast delvis kända men man har identifierat ett antal riskfaktorer, t ex ärftlighet, tidigare skador i aktuell led, övervikt och hög ålder. Koppling till extensiv fysisk aktivitet, fysisk inaktivitet och rökning finns också men är mindre tydlig (3, 4, 5, 7).

Även könstillhörighet har betydelse. Kvinnor löper t ex 1,5 - 4 gånger större risk att drabbas av artros i knä och höft (8, 9).

Den enda botande behandling som idag finns tillgänglig är operation där man ersätter den sjuka leden med en ledprotes. Man åstadkommer då i de flesta fall smärtfrihet och god funktion.

Vid ledbroskets nedbrytning uppstår ofta en inflammation i intilliggande strukturer, exempelvis ledkapsel, synovia (den vävnad som bekläder ledkapselns insida), ledband och ben. Inflammationen leder till smärta och graden av inflammation är ofta relaterad till graden av smärta.

Emellanåt, av skäl man inte känner till, förekommer röntgenmässigt tydliga artrostecken men ingen inflammation och därmed ingen smärta.

Funktionsinskränkning brukar dock finnas och manifesterar sig då vanligen i form av minskad rörlighet (stelhet).

Tillståndet utgör en riskfaktor för att senare drabbas av smärtbesvär.

Vetenskapligt stöd finns för att fysisk träning, t ex styrketräning (av muskulatur kring påverkad led) har god smärtlindrande effekt, åtminstone vid knä- och höftledsartros (10, 11, 12).

För att den positiva effekten ska bestå krävs att patienterna förblir fysiskt aktiva efter avslut av den sjukgymnastledda träningen (11). Intensiteten i träningen verkar vara av mindre betydelse (12).

Konditions- styrke- och neuromuskulär träning har påvisade positiva effekter och kan kombineras eller utföras var för sig (10,13).

På många håll i Sverige anordnas s k artrosskolor, vilket socialstyrelsen rekommenderar.

Inom BOA-projektet (10) har man utarbetat en metod för att genomföra enhetliga artrosskolor och registrera effekten av dessa. Artrosskolorna leds i dessa fall av sjukgymnast. Patienterna informeras om vad artros är, riskfaktorer, behandlingar och tips för egenvård. Härfter erbjuds individuellt utarbetade träningsprogram, där sjukgymnast är handledare, samt strukturerad uppföljning.

På vissa håll förekommer också utbildade artrospatienter som delar med sig av sina erfarenheter. Uppföljning sker enligt BOA-metoden efter tre månader och ett år. Dessutom utvärderas patienterna före artrosskolans start.

Resultaten registreras sedan i BOA-registret, som sedan 2010 är nationellt kvalitetsregister.

Att få artrospatienterna att bli mer fysiskt aktiva är huvudsyftet med artrosskolorna.

På Habo vårdcentral genomförs artrosskolan med tre informationsträffar följt av individuell fysisk träning. Patienterna får själva anmäla sig till denna träning. Uppföljning genomförs för närvarande inte. Habo vårdcentrals variant av artrosskola skiljer sig alltså i detta avseende från BOA-konceptets (se ovan). Artrosskolans gruppleddare är i allmänhet sjukgymnast och vid ett av tillfällena medverkar läkare som föreläsare. Föreläsningen följs av allmänt samtal kring artros samt frågestund.

Avsikten med artrosskolorna är att medvetandegöra patienterna om sjukdomens natur och hur man kan anpassa sin vardag och fysiska aktivitet för att minimera symptom. Man informerar också om medicinsk och kirurgisk behandling och den smärtlindrande effekt man kan få av fysisk aktivitet. På så vis kan man förbättra artrospatienternas livskvalitet och en bieffekt kan vara att vårdkonsumtionen minskar.

2. Syfte, frågeställning och metod

Denna rapport syftar till att besvara frågan om huruvida antalet artrosrelaterade läkarbesök bland knä- och höftartrospatienter i Habo minskar efter genomgången artrosskola vid Habo vårdcentral.

Blir vårdkonsumtionen lägre, räknat i antal artrosrelaterade läkarkontakter, med Habo vårdcentralers lokala variant av artrosskola?

Rapporten, som bygger på journalgenomgångar, är en deskriptiv undersökning av antalet läkarkontakter i två patientgrupper med diagnosen artros i höft- och/eller knäled.

Uppgifterna har hämtats ur journalsystemet Cosmic med hjälp av applikationen Diver.

I den ena gruppen (grupp 1) har patienterna deltagit i Habo vårdcentralers artrosskola medan de i den andra gruppen inte har deltagit (grupp 2).

Varje individ i gruppen som deltagit jämförs med en annan individ i motsvarande ålder och med samma diagnos i en referensgrupp (grupp 2).

Det totala antalet läkarbesök med någon bäring på artrosorsakade besvär 12 månader före och efter datum för artrosskolans genomförande mättes.

I referensgruppen användes samma datum som i artrosskolegruppen.

Artrosrelaterade telefonsamtal och receptskrivningar har också medräknats och redovisas separat. Motsvarande siffror för telefonsamtal och läkarbesök av annan anledning än artrosbesvär har också tagits fram.

Hänsyn har inte tagits till samsjuklighet.

För att inkluderas i undersökningen ska patienterna ha diagnosen artros i minst en höftled och/eller knäled. De ska ej ha genomgått knä- eller höftprotesoperation 12 månader före eller efter genomgången artrosskola. De måste dessutom ha deltagit i artrosskolans samtliga (3 st) träffar.

Statistiska metoder

Deskriptiva resultat redovisas som antal och procentandelar. Chi-2-test har använts för att analysera skillnader avseende kategorier och resultaten redovisas som oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall (CI), vilket betraktas som statistiskt signifikant.

3. Resultat

Av tabell I framgår att det nästan är dubbelt så många kvinnor som män, som deltagit i artrosskolan. De allra flesta är mellan 60 och 79 år (se tabell II). Artros i höftleden var vanligare orsak att delta i artrosskolan än knäartros (tabell III).

Tabell I. Könsfördelning för deltagare i artrosskolan (Grupp 1) respektive referensgruppen (Grupp 2).

	Kvinnor	Män
Grupp 1	40	22
Grupp 2	?	?

Tabell II. Åldersfördelning för deltagare i artrosskolan (Grupp 1) respektive referensgruppen (Grupp 2).

	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80- år
Grupp 1	5	22	23	12
Grupp 2	?	?	?	?

Tabell III. Fördelning av artrosdiagnoser för deltagare i artrosskolan (Grupp 1) respektive referensgruppen (Grupp 2).

	Knäartros	Höftartros
Grupp 1	15	47
Grupp 2	?	?

Som framgår av tabell IV har fler patienter, som genomgått artrosskola minskat antalet artrosrelaterade läkarbesök (66 %) jämfört med referensgruppen (22 %) under det närmaste året efter genomförd artrosskola. Denna skillnad är statistiskt signifikant (OR = 6,69, CI = 2,82 – 16,12). Även antalet artrosrelaterade telefon- och receptkontakter med läkare har, som framgår av tabell V minskat mer bland deltagarna än för referensgruppen (OR = 2,73, CI = 1,11 – 6,84). När det gäller läkarbesök samt telefon- och receptkontakter av annan anledning än artros ses ingen statistiskt signifikant skillnad mellan deltagare och referensgrupp (se tabell VI och VII).

Tabell IV. Antal (andel inom parentes) patienter med ökat, minskat eller oförändrat antal artrosrelaterade läkarbesök under ett år efter artrosskola i för deltagare (Grupp 1) respektive referensgrupp (Grupp 2).

	Ökat	Minskat	Oförändrat
Grupp 1	5 (8 %)	41 (66 %)	16 (26 %)
Grupp 2	11 (31 %)	14 (22 %)	37 (60 %)

Tabell V. Antal (andel inom parentes) patienter med ökat, minskat eller oförändrat antal artrosrelaterade telefon- eller receptkontakter under ett år efter artrosskola för deltagare (Grupp 1) respektive referensgrupp (Grupp 2).

	Ökat	Minskat	Oförändrat
Grupp 1	11 (18 %)	23 (37 %)	28 (45 %)
Grupp 2	16 (26 %)	11 (18 %)	35 (56 %)

Tabell VI. Antal (andel inom parentes) patienter med ökat, minskat eller oförändrat antal läkarbesök av annan anledning än artros, under ett år efter genomgången artrosskola för deltagare (Grupp 1) respektive referensgrupp (Grupp 2).

	Ökat	Minskat	Oförändrat
Grupp 1	19 (31 %)	17 (27 %)	26 (42 %)
Grupp 2	16 (26 %)	23 (37 %)	23 (37 %)

Tabell VII. Antal (andel inom parentes) patienter med ökat, minskat eller oförändrat antal telefon- eller receptkontakter av annan anledning än artros under ett år efter

	Ökat	Minskat	Oförändrat
Grupp 1	22 (35 %)	13 (21 %)	27 (44 %)
Grupp 2	19 (31 %)	13 (21 %)	30 (48 %)

4. Diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka om antalet artrosrelaterade läkarkontakter minskade bland patienter som genomgått artrosskola, så som den genomförs på Habo vårdcentral, jämfört med patienter, som inte genomgått artrosskola. Vi fann att för 66 % (41 av 62) av de patienter som genomgått artrosskola (grupp 1), minskade antalet artrosrelaterade läkarbesök. För referensgruppen (grupp 2) var motsvarande minskning 22 %, alltså hos 14 av 62 patienter.

Om man undersöker de icke artrosrelaterade läkarbesöken visar det sig att i grupp 1 minskar läkarbesöken hos 17 av 62 och i grupp 2 hos 23 av 62 alltså 27 % respektive 37 %.

Jämför man gruppernas respektive minskningar av antalet artrosrelaterade läkarbesök finner man att minskningen i grupp 1 är 293 % större jämfört med minskningen i grupp 2 (41 mot 14) d v s cirka 3 ggr större och att skillnaderna är tydligt statistiskt signifikanta.

Skillnaderna i antal läkarbesök utan någon bäring på artrosproblematik var i båda grupperna tämligen likartade.

Här minskade de i grupp 1 hos 17 av 62 och i grupp 2 hos 23 av 62, en nedgång med 27 % respektive 37 %.

Artrosrelaterade telefonkontakter och receptskrivningar minskade hos 37 % av patienterna i grupp 1, motsvarande siffra i grupp 2 var 18 %.

Här utgjorde minskningen i grupp 1 hela 209 % av minskningen i grupp 2, d v s cirka dubbelt så stor.

Telefonkontakter och receptskrivningar utan koppling till artrosbesvär var i stort sett likartad i de båda grupperna.

Denna rapport besvarar inte frågor om patienternas upplevelse av artrossjukdomen. Genom att låta patienterna besvara frågor om t ex upplevd livskvalitet, smärtnivå och oro för artros som sjukdomstillstånd skulle man i en framtida studie kunna få en kvalitativ och mer fullständig bild av artrosskolans effekt. De resurser som utnyttjas till att anordna artrosskolor (cirka 1 500 kr/pat) (10) är heller inte försumbara, men betydligt lägre jämfört t ex med upprepade läkarkontakter, protesoperation m m.

Rapporten indikerar också att patienterna ej behöver följas upp för att tydligt positiva effekter ska bli mätbara.

5. Slutsats

Denna rapports syfte är att undersöka effekten på antalet artrosrelaterade läkarbesök på Habo vårdcentral efter genomgången artrosskola i Habo vårdcentrals regi.

Både läkarbesök och telefonpåringningar med koppling till artrosproblematiken tycks minska påtagligt i den patientgrupp som genomgått artrosskolan.

Habo vårdcentrals variant av artrosskola förefaller vara exempel på väl utnyttjade resurser i primärvården.

Kostnaden för ett ordinärt läkarbesök kan uppskattas till cirka 2 800 kr (14) och om man jämför denna summa med vad det artrosskolan kostar, d v s cirka 1 500 kr/patient, (10) kan man dra slutsatsen att artrosskolan utgör en god investering, åtminstone i ekonomiskt avseende.

Referenser

1. Hubertsson J, Petersson IF, Thorstensson CA, et al. Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(3):401-5.
2. Englund M, Turkiewicz A. Artros allt vanligare folksjukdom. *Läkartidningen*. 2014;111(21):CSDU.
3. Richmond, Sara A et al. Are joint injury, Sport Activity, Physical Activity, Obesity or Occupational Activities Predictors for Osteoarthritis? A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 2013 Aug; pp 515-24.
4. Vingard, E et al. Lifestyle factors and hip arthrosis: a case referent study of body mass index, smoking and hormone therapy in 503 Swedish women. *Acta Orthopaedica Scandinavia*, 1997 Jun; pp 216-20
5. Mork, Paul Jarle et al. Effect of body mass index and physical exercise on risk of knee and hip osteoarthritis: longitudinal data from the Norwegian HUNT Study *Journal of epidemiology and community health*, 2012 Aug; pp 678-83
6. Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: epidemiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006;20:3-25.
7. Jarvholm, B et al. Age, body weight, smoking habits and the risk of severe osteoarthritis in the hip and knee in men. *European journal of epidemiology* 2005; vol 20; pp 537-42
8. Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, et al. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010;18(1):24-33.
9. Fransen M, Bridgett L, March L, et al. The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *Int J Rheum Dis*. 2011;14:113-21.
10. Thorstensson C, Garellick G, Dahlberg L. Bättre omhändertagande av patienter med artros, BOA. *Läkartidningen*. 2014;111(21):CSST.
11. Skou ST, Odgaard A, Rasmussen JO, et al. Group education and exercise is feasible in knee and hip osteoarthritis. *Dan Med J*. 2012;59(12):A4554.
12. Jan MH, Lin JJ, Liao JJ, et al. Investigation of clinical effects of high- and low-resistance training for patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2008;88(4):427-36.
13. Pinto D, Robertson MC, Hansen P, et al. Cost-effectiveness of nonpharmacologic, nonsurgical interventions for hip and/or knee osteoarthritis: systematic review. *Value Health*. 2012;15(1):1-12.
14. www.regionostergotland.se