

Samarbeid for bedre artrosebehandling

Nina Østerås, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus. Nina.osteras@medisin.uio.no

Kåre Birger Hagen, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus.

Inger Holm, Forskningsavdelingen, Ortopedisk klinikk, Oslo Universitetssykehus.

May Arna Risberg, Forskningsavdelingen, Ortopedisk klinikk, Oslo Universitetssykehus.

Denne **fagkronikken** ble akseptert 22.2.2017. Fagkronikker vurderes av fagredaktør. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Antall artrosepasienter vil øke kraftig i årene som kommer. Hvordan sikrer vi at disse pasientene får god behandling? Ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) og Forskningsavdelingen, Ortopedisk klinikk ved Oslo Universitetssykehus (OUS), har vi startet flere prosjekter som skal effektivisere og kvalitetssikre behandlingen, øke den tverrfaglige samarbeidningen og hjelpe pasientene til å få et bedre liv med artrose.

Omtrent halvparten av oss vil utvikle artrose i løpet av livet. Forekomsten er økende fordi vi lever lengre og har høyere kroppsvekt, men også tidligere skader, som meniskskade eller korsbåndruptur, øker sjansen for å utvikle artrose. Økt forekomst vil medføre større pågang hos fastleger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten og til ortopediske poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Dette vil sette store krav til helsevesenet i tiden som kommer. Samarbeid og samhandling er nøkkelord.

Gjeldende anbefalinger for artrosebehandling

Det finnes flere internasjonale retningslinjer for behandling ved artrose (1-4), og det er nylig laget en oppsummering på norsk av de mest anerkjente behandlingsanbefalingene¹. I retningslinjene anbefales det at alle personer med artrose bør få tilbud om informasjon (om sykdommen, behandlingsoalternativer og hvordan man kan mestre en hverdag med artrose: artroseskole), veiledet trening og vektreduksjon ved overvekt. For

http://diakonhjemmetsykehus.no/#/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinsk-verktoyer/faglige-anbefalinger/Anbefalinger/_4817|6047

mange vil dette være tilstrekkelig, men noen kan også ha behov for mer spesifikk fysioterapi, hjelpemidler, smertestillende- eller betennelsesdempende medikamenter. Et fåtall utvikler en alvorlig grad av artrose og kan ha behov for kirurgisk behandling. Dette er illustrert i behandlingspyramiden (Figur 1).

Langt mellom liv og lære

Ifølge politiske føringer (jf. Samhandlingsreformen) skal artrosepasienter hovedsakelig få behandling i kommunehelsetjenesten. I praksis er det imidlertid mange personer med hofte- eller kneartrose som henvises direkte til ortoped i spesialisthelsetjenesten for vurdering, uten at de har forsøkt annen anbefalt behandling først. I dag opplever en del av disse at de får avslag på konsultasjon hos ortoped med begrunnelse om at ikke-kirurgiske tiltak bør være forsøkt først, og de sendes da tilbake til kommunehelsetjenesten. Dette kan skape unødvendige «forsinkelser» i behandlingsprosessen for pasientene, noe som kan medføre at pasientene blir inaktive og får økte symptomer. Det medfører også lang ventetid for time og unødig tidsbruk for ortopedene på poliklinikkene. Videre er dette uheldig fordi pasientene får forskjellige, og til dels motstridende, råd. Det blir

heller ingen sammenhengende og helhetlige forløp på tvers av profesjoner og helsetjenestenivåer.

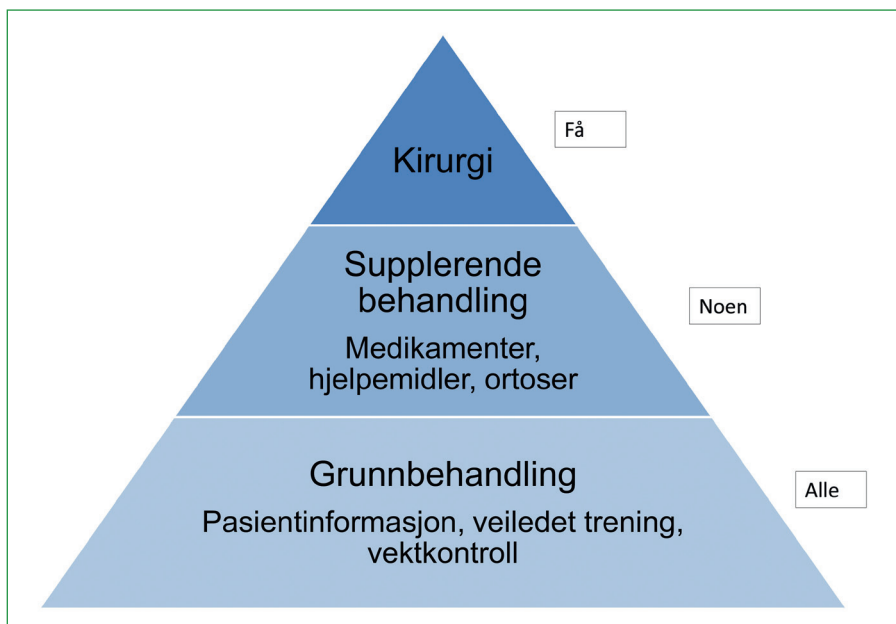
Hos NKRR har vi gjennomført tre norske og to internasjonale studier som viser at behandlingen som gis til personer med artrose bare delvis følger de internasjonale behandlingsanbefalingene (5-9). Under halvparten av pasientene som er spurt, oppgir at de har fått informasjon om sykdommen og hvordan de best kan mestre å leve med den. Rundt halvparten har fått informasjon om betydningen av fysisk aktivitet og trening, og har blitt henvist til fysioterapi. Svært få, ca. en av ti av de som er overvektige, har blitt henvist til noen som kan hjelpe dem med å gå ned i vekt.

Hvorfor er det slik?

Det er nok flere grunner til at pasientene ikke får den behandlingen som er anbefalt. Det finnes ingen «vidunder-pille» eller «quick-fix» for artrose, og budskapet om riktig trening og riktig kosthold er ikke lett å formidle. Samtidig er det også få steder fastlegen kan henviser til for hjelp til vektreduksjon. Vektreduksjon er dessuten et sensitivt tema som det kan være vanskelig å ta opp i en kort konsultasjon. Videre bør det føl-



Målet er å bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene i helsetjenesten, og bidra til at pasientene blir ivaretatt på best mulig måte.



FIGUR 1 Behandlingspyramide for artrosebehandling (www.aktivmedartrose.no).

ges opp over tid for å få til varige endringer. Mange pasienter med artrose har også andre sykdommer som, f. eks. hjerte- og karsykdommer, og disse får kanskje høyere prioritet i korte konsultasjoner med helsepersonell. I tillegg er de tre nevnte norske studiene basert på pasientens egenrapportering av hva som har skjedd i møtet med helsepersonell, og det kan være at pasienten ikke husker eller forsto det som ble formidlet.

Vi erfarer ofte at det er lite, eller manglende, samhandling og kommunikasjon mellom fastleger og fysioterapeuter, og mellom fastleger og ortopeder. Fastleger som vi har snakket med, sier ofte at de ikke kjenner fysioterapeutene, at de ikke vet hva slags behandling de kan tilby artrosepasientene og at de sjelden mottar notat (epikrise) fra fysioterapeut etter endt behandling. Enkelte fysioterapeuter har på sin side uttrykt at de ønsker at fastlegene i større grad bør forbedre pasientene på at det er aktive, og ikke passive, behandlingstiltak som må til for å redusere symptomer og bedre funksjonen. Ortopeder ønsker bedre kvalitet på henvisningene fra fastlegene, at pasientene i større grad henvises på «rett» tidspunkt, og bedre

kvalitetssikring av at de pasientene de henviser til fysioterapeut faktisk får kunnskapsbasert behandling.

Kvalitetssikring og samhandling

For å møte disse utfordringene samarbeider forskere ved Forskningsavdelingen, Ortopedisk klinikk, OUS og NKRR i klinikknære prosjekter for å tilby og kvalitetssikre kunnskapsbasert behandling til artrosepasienter og for å bedre samhandling og kommunikasjonen mellom fastleger, fysioterapeuter og ortopeder. Eksempler på dette er prosjektene Aktiv med artrose (AktivA: www.aktivmedartrose.no), SAMhandling for Bedre Artrosebehandling (SAMBA) og STavanger ARTrose studie (START).

AktivA er et implementeringsprogram av kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling av pasienter med kne- og hofteartrose i klinisk fysioterapi praksis. Retningslinjene vektlegger informasjon, veiledet trening og vektreduksjon (hvis nødvendig). Målet er at alle pasienter i Norge med kne- og hofteartrose til enhver tid skal bli tilbudt den best dokumenterte behandlingen. AktivA er dessuten et kvalitetsregister hvor effekten

av behandlingen kontinuerlig overvåkes og kvalitetssikres. AktivA-modellen er 3-delt:

1. Et heldagskurs der fysioterapeuter får oppdatert kunnskap om artrosebehandling og opplæring i å legge inn tester og data på sine pasienter i et kvalitetsregister.
2. Behandlingsprogrammet: Artroseskole (kan lastes ned og brukes direkte) og veiledet treningsprogram av fysioterapeuter med instruksjonsvideoer over basisøvelser.
3. Et kvalitetsregister der fysioterapeutene kan ta ut rapporter på egne pasienter, sende epikriser, og der vi på nasjonalt nivå får kvalitetsdata på artrosebehandlingen.

SAMBA og START er forskningsstudier som skal evaluere effekten av å implementere behandlingsanbefalinger for artrose i kommunehelsetjenesten og en strategi for å øke samhandlingen på tvers av fag og helse-tjenestenivå. SAMBA er en klyngerandomisert, kontrollert studie som har foregått i en toårsperiode i seks kommuner på Øvre Romerike. Studien involverte fysioterapeuter, både privatpraktiserende og ved Frisklivs-sentraler, fastleger, ortopeder ved Akershus Universitetssykehus (Ahus) og pasienter med kne- eller hofteartrose. Fysioterapeutene deltok på AktivA-kurs og igangsatte gruppebaserte artroseskoler og veiledet trening. I hver kommune hadde fastlegene, fysioterapeutene og en ortoped fra Ahus et felles møte for faglig oppdatering, tverrfaglige diskusjoner omkring artrosebehandling og for å bedre samhandlingen. START studien kom i gang høsten 2016 etter initiativ fra lokale klinikere (fastleger og fysioterapeuter) og foregår i Stavanger kommune. Studien benytter et «interrupted timed series design», dvs ingen kontrollgruppe, men flere målinger før og etter en implementeringsfase. Også i START studien ble fysioterapeutene oppfordret til å delta på AktivA-kurs som en del av implementeringen. For å stimulere til et bedre samarbeid omkring artrosepasientene på tvers av fag og nivå, har de lokale klinikerne (initiativtakerne) sammen med en ortoped utarbeidet en epikrisemal og ar-

rangert felles fagmøter for fysioterapeuter og fastleger.

Hvordan møte utfordringene?

Alle de tre nevnte prosjektene er tuftet på tidligere forskning og klinisk erfaring, og er designet for å møte utfordringen med det store og økende antallet artrosepasienter i fremtiden. Det er særlig tre momenter vi mener er viktige om vi skal klare å håndtere utfordringen:

1. Kvalitetssikre behandlingen gjennom oppdatert kunnskap og kontinuerlig evaluere kvalitet

– Sørg for oppdatert kunnskap blant fysioterapeuter og fastleger gjennom tilgang til faglig oppdatering og nettbaserte ressurser (som f.eks AktivA). Dette vil kunne fremme bruk av behandling med vitenskapelig dokumentert effekt, redusere behandling uten dokumentert effekt og samtidig redusere unødvendige undersøkelser (f.eks til MR) og spesialisthenvisninger (til artroskopi, «for tidlig» henvisning til ortoped). Kvalitetssikring må inkludere kvalitetsdata som viser kvalitet på behandling. Slike data kan også brukes som grunnlag for å endre praksis der behandlingen ikke er i tråd med retningslinjer.

2. Effektivisere behandlingen og gi «hjelp til selvhjelp» for pasientene

– Sørg for effektiv behandling av god kvalitet med mål om å sette flest mulig artrosepasienter i stand til å ta vare på egen helse gjennom god informasjon/opplæring/egenmestring (artroseskoler) og treningsveiledning.

– Satse på gruppebasert fysioterapibehandling med individuelt tilpassede treningsprogrammer. Gruppebasert behandling vil medføre en effektivisering av behandlingen

slik at flere artrosepasienter kan få tilbud om god informasjon og veiledet trening.

– Artrosepasientene kan ikke gå til behandling til «evig tid» og forbli i pasientrollen, men de må få den hjelpen de trenger til å utvikle egne, gode strategier for «hjelp til selvhjelp». Etter tidsbegrenset fysioterapi-behandling, må pasienten kunne å ta det meste av ansvaret selv, men tilbys mulighet til oppfølgingstimer for hjelp til å justere dosering av treningsprogrammet (progresjon, justering ved forverring osv).

– Ved tidlig oppstart av sekundærforbyggende tiltak vil det være et større potensiale for effekt av tiltakene.

3. Kommunikasjon og samhandling

– Kommunikasjonen mellom behandlerapparatet må økes. Fastlegene må få informasjon om hvilken behandling fysioterapeuter kan tilby. Fastlegene må også få tilbakemelding fra fysioterapeutene om resultatet av behandlingen, noe som betyr at fysioterapeuter må sende tilbakemelding (epikriser) til fastlegen etter endt behandling.

– Øke samarbeidet på tvers av fag og helse-tjenestenivå. Behandlerapparatet må være samkjørte i forhold til hvilke råd og anbefalinger som gis slik at alle sier det samme og samkjørte i forhold til behandlingsforløpet slik at «rett pasienter henvises til rett behandling til rett tid».

– Norsk helsenett kan på sikt bli en nyttig plattform for god kommunikasjon, både mellom lege og fysioterapeut og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

«Fra forskning til praksis»

Som vi tidligere har beskrevet viser fors-

kning fra Norge og andre land at mange pasienter med artrose ikke får den behandlingen de trenger. Gjennom fellesprosjektene, AktivA, SAMBA og START implementerer vi kunnskapsbasert behandling, kvalitetsikrer behandling og får svar på nye forskningsspørsmål samtidig. Målet er å bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene i helsetjenesten og bidra til at pasientene blir ivaretatt på best mulig måte. Videre håper vi gjennom disse prosjektene å få svar på nye forskningsspørsmål som på sikt kan bidra til enda bedre pasientbehandling.

Referanser

- Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. *American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(4):455-74.
- Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. *EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis*. Ann Rheum Dis. 2013;72(7):1125-35.
- National Clinical Guideline Centre. *Osteoarthritis, Care and management in adults*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical guideline no. 177, 2014.
- McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. *OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis*. Osteoarthritis Cartilage. 2014;22(3):363-88.
- Østerås N, Garratt A, Grotle M, Natvig B, Kjekken I, Kvien TK, et al. *Patient-reported quality of care for osteoarthritis: development and testing of the Osteoarthritis Quality Indicator Questionnaire*. Arthritis Care Res. 2013; Accepted January 2013.
- Gronhaug G, Osteras N, Hagen KB. *Quality of hip and knee osteoarthritis management in primary health care in a Norwegian county: a cross-sectional survey*. BMC Health Serv Res. 2014;14:598.
- Gronhaug G, Hagfors J, Borch I, Osteras N, Hagen KB. *Perceived quality of health care services among people with osteoarthritis - results from a nationwide survey*. Patient Prefer Adherence. 2015;9:1255-61.
- Osteras N, Jordan KP, Clausen B, Cordeiro C, Dziedzic K, Edwards J, et al. *Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK*. RMD Open. 2015;1(1):e000136.
- Hagen KB, Smedslund G, Osteras N, Jamtvedt G. *Quality of Community-Based Osteoarthritis Care: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016;68(10):1443-52.

Kunnskapsformidling i Fysioterapeuten

Fysioterapeuten er et nivå 1-tidsskrift, noe som vil si at publiserte vitenskapelige artikler krediteres med publikasjonspoeng. Vi tar også imot fagkronikker, fagessays, kasusrapporter, sammendrag fra artikler publisert internasjonalt, prosjektsammendrag, samt sammendrag fra doktorgradsavhandlinger.

Ønsker du å bidra med kunnskapsformidling i Fysioterapeuten?

For ytterligere info, gå inn på <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Forfatterveiledning>