

Knäledsartros - Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer

Bakgrund

Normalt råder jämvikt mellan nedbrytande och uppbyggande processer i ledbrusket. Av olika anledningar, ofta okända, men ibland efter tidigare skada eller funktionsstörning kan denna jämvikt rubbas. Denna ledsvikt kallas artros. Symtomen är smärta, svullnad, stelhet och nedsatt fysisk funktionsförmåga.

Vid artros drabbas inte bara ledbrusket utan det sker förändringar i alla strukturer kring leden, så som menisker, ligament, ledkapsel, senor, subkondralt ben och muskulatur. Artros är en ledsjukdom, inte en brokssjukdom ^{1,2}. Riskfaktorer för att utveckla knäartros är; kvinnligt kön, övervikt, knäbelastande arbete, fysisk inaktivitet, ärftlighet och tidigare knäledsskada ^{1,2}. Sjukdomen ökar i förekomst med stigande ålder, men även yngre personer kan diagnostiseras med knäartros t ex efter tidigare ledskador ³.

Diagnosen artros ska ställas kliniskt, genom en sammanvägd bedömning av anamnes, riskfaktorer, symtom och status. Bilddiagnostik med röntgen eller ultraljud behövs sällan för kunna ställa diagnosen och kan istället bidra till att fördröja diagnos och behandling eftersom artros i ett tidigt stadium sällan syns vid sådan undersökning ^{4,5}. Således kan artros föreligga utan röntgenförändringar eller tvärtom att det finns röntgenförändringar, men inga symptom eftersom sambandet mellan symtom och grad av röntgenförändring är svagt. Röntgen bör användas framförallt då patienten inte svarar på behandling, för att utesluta andra diagnoser och för individer som ska remitteras för vidare utredning på ortopedisk klinik. Magnetrontgen (MR) och artroskopi är inte relevanta vid rutindiagnostik ^{4,5}.

I Sverige finns det ett nationellt kvalitetsregister som följer upp och utvärderar grundbehandling vid artros, Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret). Svenska Artrosregistret initierades 2008 efter kunskapen om att endast ett fåtal av alla patienter som opereras på grund av artros har träffat en fysioterapeut/sjukgymnast vid något tillfälle före operation och med anledning av de höga sjukskrivningskostnaderna för artros. Detta trots att information, träning och viktkontroll ska utgöra grundbehandling vid artros ⁴⁻⁶.

Indikationer för utredning

Vid knäbesvär med misstanke om artros bör en fysioterapeutisk/sjukgymnastisk utredning ske.

Utredning

I den fysioterapeutiska/sjukgymnastiska utredningen ska andra diagnoser uteslutas genom att t ex ta stöd av ett knästatus.

I anamnesen är riskfaktorer ålder, kön, tidigare skada, övervikt, överbelastning och ärftlighet ^{4, 5}. Smärta förekommer initialt framför allt vid belastning och rörelse. Senare kan även vilovärk förekomma. Det är vanligt att patienten uppger smärta vid gång nedför trappor/backar. Klassiska symtom är igångsättningssmärta (stelhet på morgonen och då man suttit stilla länge). Ofta har patienten besvär i skov det vill säga perioder med intensiva symtom följt av perioder med mindre eller inga symtom ⁵. Differentialdiagnoser att beakta är inflammatoriska ledsjukdomar (som kan debutera som monoartrit), refererad smärta från rygg-höft eller fot, osteonekros, stressfraktur (ovanligt) och tumör (ovanligt) ⁷.

Se dokument *Knästatus*

Indikationer för behandlingsåtgärder

Patienter som har artros behandlas av fysioterapeut/sjukgymnast på vårdcentral i primärvården.

Behandlingsåtgärder

Grundbehandling

Syftet med de fysioterapeutiska/sjukgymnastiska behandlingsåtgärderna är att patienten får kunskap om artros, lindra smärtan och optimera funktionen ^{4, 5, 8}. Det finns idag ingen behandling som förhindrar uppkomsten av eller botar artros. Alla patienter med artros, bör så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet erbjudas grundbehandling i enlighet med Socialstyrelsens behandlingspyramid för artros ⁴. Grundbehandling innefattar patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktninskning. Grundbehandling ska vara en aktiv behandling där patienten själv tar del i behandling, t ex genom att omsätta ny kunskap in nya förhållningssätt. Patientutbildning kan bestå av muntlig eller skriftlig information med syfte att öka kunskapen om sjukdomen och dess behandlingsalternativ, samt att undvika missuppfattningar. Detta bidrar till att vi får tryggare och mer delaktiga patienter. Grundbehandling vid artros kan bedrivas på olika vis, individuellt, eller t ex som artrosskola i grupp eller digitalt. Det är viktigt att det sker utifrån den enskildes behov, med löpande utvärdering och ett långsiktigt tänk, där patienten lär sig att hitta rätt aktivitetsnivå och får stöttning att kunna träna efter sina egna förutsättningar för att kunna hantera sina besvär på ett bättre sätt i det dagliga livet ^{6, 9}.

Träning ^{4, 6, 9-11}

Träning rekommenderas som en förstahandsåtgärd vid knäartros, eftersom den inte bara lindrar smärta och förbättrar funktionen, utan även höjer livskvaliteten och stärker broskets kvalitet. God muskelfunktion bidrar dessutom till att förebygga svårare former av artros och många andra folksjukdomar, vilket gör träning till en central del av behandlingen vid artros.

För att uppnå goda resultat bör träningen vara **långvarig, regelbunden och handledd**, och inkludera olika träningsformer såsom konditionsträning, styrketräning och funktionsträning. Forskning visar att effekten av träning

överträffar andra behandlingsåtgärder, vilket gör träning till den primära behandlingsmetoden vid knäartros. Träningen kan innehålla: styrketräning, rörlighetsträning konditionsträning, neuromuskulär träning och/eller balansövningar, och bör individualiseras med en successiv stegring avseende frekvens, duration och intensitet med tanke på patientens ålder, hälsotillstånd och mål.

Varje individ med artros är unik, och det är därför avgörande att träningen anpassas efter patientens behov och preferenser. För att bibehålla motivationen är det viktigt att välja en träningsform som patienten trivs med och har möjlighet att upprätthålla över tid. Ju tidigare träningen påbörjas, desto bättre förutsättningar får knäleden att bevara sin funktion.

Det kan ta tid att vänja sig vid träningen, och det är vanligt att det dröjer **2–3 månader** innan patienten känner sig trygg i sin träning. Initialt kan smärtan tillfälligt öka, vilket är viktigt att informera patienten om för att undvika oro.

Professionellt stöd från exempelvis fysioterapeuter kan vara en avgörande faktor för att patienten ska komma igång och hålla fast vid träningsrutinen.

Det är mycket viktigt att informera patienten om att det kan ta flera månader innan förbättringar märks. Kontinuitet och tålamod är nycklar till framgång, och regelbunden träning kan innebära en stor positiv förändring för både knäleden och den totala livskvaliteten.

- Se exempel på övningar i *Träningsprogram vid knäartros 1* och *Träningsprogram vid knäartros 2*

Patientutbildning ^{8, 9, 11}

Patientutbildning är en central del av grundbehandlingen vid artros. Det rekommenderas att utbildningen är fortlöpande och omfattar information som syftar till att öka patientens förståelse för sjukdomen, dess orsaker och lika behandlingsalternativ, inklusive egenvård. Eftersom artros är en kronisk sjukdom som kräver långsiktig hantering, är livsstilsförändringar och egenvård avgörande för att uppnå bättre resultat. Kombination av patientutbildning och andra behandlingsmetoder kan förbättra patientens följsamhet, då ökad kunskap bidrar till en djupare förståelse för sjukdomen och dess påverkan.

Exempel på information som kan öka patientens förståelse för artros, dess orsak och egenvårdstrategier:

- Dagliga aktiviteter med rätt och lagom belastning. Överdriven passivitet är oftast sämre än aktivitet. Patienten bör reflektera över om det finns alternativa sätt att utföra en aktivitet på för att skona ledens påverkan. Att delta i aktiviteter man tycker om kan hjälpa till att avleda smärtan, hålla kroppen igång och minska risken för depression.
- Viktminskning vid övervikt. Övervikt ökar belastningen på lederna, särskilt vid gång, där belastningen kan uppgå till 2–3 gånger kroppsvikten. Även små förändringar i kroppsvikt kan göra stor skillnad för ledbelastningen. Övervikt är dessutom kopplat till ämnesomsättningsrubbningar och kan bidra till en snabbare försämring av ledförändringar som syns vid röntgen.
- Hur brosket får sin näring. Brosket i lederna får näring genom belastning, vilket innebär att rörelse och aktivitet är avgörande för att upprätthålla

dess kvalitet. Träning kan förbättra broskets funktion, medan stillasittande under längre perioder bör undvikas.

- Smärta vid träning är inte farligt. Räkna med att det gör mer ont i början innan den klingar av. Rekommendationer är att följa Thomeés smärthanteringsmodell. Denna innebär att smärta i samband med träning är tillåtet om smärtan går över direkt efter att övningen avslutas. Smärta efter ett träningspass är också tillåtet om smärtan inte ligger kvar till dagen efter. Smärta upp till 5 på en VAS-skala är acceptabelt ¹². Smärtan kommer inte från brosket, som inte har några nerver, utan från omkringliggande strukturer som ledkapsel, ledband, senfästen och muskulatur.
- Knäppningar är inte farligt. De beror ofta på fransighet/sprickor i brosket och att kvalitén på ledvätskan försämrats.
- En kryckkäpp i motsatt hand kan avlasta leden.

Tilläggsbehandling ^{4, 9}

Komplement till grundbehandling vid artros kan vara smärtstillande läkemedel, TENS och elektroakupunktur, och eventuellt gånghjälpmedel eller ortos. Tilläggsbehandling och dess prioriteringar beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för artrosvård ⁴.

Kirurgisk behandling ⁹

Om smärtan blir för svår kan det bli nödvändigt med kirurgi. Den vanligast förekommande åtgärden vid knäartros är protesoperation. Det är cirka 10 % av alla personer med artros som behöver opereras med knäprotes ¹³. Om någon form av kirurgi är aktuellt ska läkare kontaktas.

Mätetal och målnivå

Mål

Målet är att patienten, genom ökad kunskap om sjukdomen och kontinuerlig fysisk aktivitet eller träning, ska känna trygghet och få insikt i hur långsiktig egenvård vid artros kan bidra till ett bättre liv. Detta innefattar minskad smärta, förbättrad funktion och ökad livskvalitet.

Mätetal

Patienten kan med fördel följas upp via Svenska Artrosregistret ¹⁴. Syftet med Svenska Artrosregistret är att följa upp och optimera grundbehandling för patienter med artros. Registret kan användas för förbättringsarbete och verksamhetsuppföljning inom artrossjukvården, och är en del av Kunskapsstyrningen inom svensk hälso- och sjukvård.

De funktionella tester som rekommenderas att användas för utvärdering av patienter med artros i kliniken, av den internationella organisationen för forskning vid artros (OARSI), beskrivs nedan ^{15, 16}. Detaljerade instruktioner och referensvärden finns tillgängliga på OARSIs hemsida ¹⁶:

- Stolstest (30-seconds sit to stand test). Enkel mätning av benstyrka och balans. Så många kontrollerade uppresningar från sittande på stol till

stående som möjligt på 30 sekunder. Uppresningarna ska om möjligt ske utan frånskjut med händerna, med armarna korsade över bröstet och fötterna parallella .

- 40 meters gångtest (40 meter fast paced walk test). Gå så fort man kan, säkert och utan att springa mellan två koner placerade med 10 meters mellanrum. Börja bakom första konen, gå mellan konerna och runda dem, två vändor på tid .
- Trapptest (Stair climb test). Gå så snabbt som möjligt, på ett säkert vis upp och nedför en trappa, på tid. Trappträcket kan användas vid behov.
- TUG (Timed up & go test). Från sittande på karmstol, resa sig upp, gå 3 meter, vända runt och gå tillbaka och sätta sig på tid.
- 6-minuters gångtest (6 minute walk test). Patienten ska gå så långt som möjligt under sex minuter. En standardiserad sträcka mäts upp .

Referenser

1. **Roos EM, Arden NK.** Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nature reviews Rheumatology*. 2016;12(2):92-101.
2. **Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S.** Osteoarthritis. *Lancet*. 2019;393(10182):1745-59.
3. **Poulsen E, Goncalves GH, Bricca A, et al.** Knee osteoarthritis risk is increased 4-6 fold after knee injury - a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*. 2019;53(23):1454-63.
4. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. [Swedish]. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/rorelseorganens-sjukdomar/> (date last accessed 2024-12-17).
5. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp - Knäledsartros. <https://vardpersonal.1177.se/Jonkopings-lan/kunskapsstod/vardforlopp/knaledsartros>.
6. **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(2):67-75.
7. Knäledsartros, gonartros. <https://www.internetmedicin.se/ortopedi/knaledsartros-gonartros> (date last accessed 2024-05-30).
8. **Gay C, Chabaud A, Guilley E, et al.** Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2016;59(3):174-83.
9. **Conley B, Bunzli S, Bullen J, et al.** Core Recommendations for Osteoarthritis Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Arthritis care & research*. 2023.
10. **Fransen M, McConnell S, Harmer AR, et al.** Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *British journal of sports medicine*. 2015;49(24):1554-7.

11. Artrosportalen - Din källa till pålitlig information om artros direkt från forskare. <https://www.artrosportalen.lu.se> (date last accessed 2024-12-23).
12. **Thomee R.** A comprehensive treatment approach for patellofemoral pain syndrome in young women. *Phys Ther.* 1997;77(12):1690-703.
13. **Burn E, Murray DW, Hawker GA, et al.** Lifetime risk of knee and hip replacement following a GP diagnosis of osteoarthritis: a real-world cohort study. *Osteoarthritis and cartilage.* 2019;27(11):1627-35.
14. <https://boa.registercentrum.se/>.
15. **Dobson F, Hinman RS, Roos EM, et al.** OARSI recommended performance-based tests to assess physical function in people diagnosed with hip or knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage.* 2013;21(8):1042-52.
16. Physical Performance Measures. <https://oarsi.org/research-oarsi-success/physical-performance-measures>.