

Införandet av höftskola i Sörmland

Påverkas remissflödet till ortopedklinikerna och förändras sjukgymnastiska åtgärder vid höftbesvär? Sammanställning av baslinjemätning

Författare:

Gunnel Peterson
Sjukgymnast
gunnel.peterson@dll.se

Handledare:

Tomas Ljungberg
Föreståndare, FoU-Centrum

FoU-Centrum/CKFD
Landstinget Sörmland
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna
Tfn: 016-10 54 00, fax: 016-10 54 30
Hemsida: www.landstinget.sormland.se/fou-centrum

R&D Centre/Centre for Clinical Research
Sörmland County Council
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka om patienter med höftartros som remitterats in till ortopedklinikerna i Katrineholm eller Eskilstuna hade besvär av den omfattning att en operation var aktuell och vilka sjukgymnastiska åtgärder patient erhållit. **Metod:** En patientenkät med frågor om bakgrundsvariabler, sjukgymnastisk behandling, smärta och aktivitetsbegränsning delades ut på ortopedkliniken. En enkät besvarades av ortoped angående ställningstagande till operation. **Resultat:** I studien ingick 59 patienter, 33 män och 26 kvinnor, medelålder 66 år (SD11,3) från ortopedklinikerna på Mälarsjukhuset i Eskilstuna och Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm. Det var 21 patienter som inte var aktuella för höftplastikoperation och av dessa bedömde ortopederna att 15 patienter (25 %) inte hade besvär i den omfattningen att operation var aktuell. Patienter med hög smärtintensitet senaste veckan opererades oftare ($p=0,001$) liksom patienter med högt Body Mass Index ($p=0,03$). De patienter som hade annan långvarig sjukdom opererades i signifikant lägre grad ($p=0,01$). Av de 59 patienter som remitterats till ortopederna hade 33 patienter (56 %) varit hos sjukgymnast och 17 (29 %) hade fått information och råd om träning. **Konklusion:** En fjärdedel av patienterna som remitteras in till ortoped kunde ha väntat med ortopedbedömning och fått fortsatt behandling i primärvård. De flesta patienter hade inte fått information om artros eller råd om träning innan de remitterats in till ortopederna. Fortsatt information till distriktsläkare, ortopederna, sjukgymnaster och allmänheten om behandlingsriktlinjer vid artros behövs. En uppföljning kommer att genomföras för att se om införandet av Höftskolan har förändrat vilka patienter som remitteras in till ortopedbedömning och för att se om patienter erbjuds evidensbaserad sjukgymnastisk behandling i primärvård.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Syfte och frågeställningar.....	2
2. Material och metod.....	2
2.1 Urval.....	2
2.2 Datainsamlingsmetod	2
2.3 Databearbetning	2
2.4 Etiska överväganden	3
3 Resultat.....	3
3.1 Studiepopulationen.....	3
3.2 Ortopedens bedömning om höftplastikoperation	4
3.3 Andel patienter som har varit hos sjukgymnast och sjukgymnastisk behandling.....	6
4. Diskussion	7
4.1 Konklusion	10
4.2 Tack till	10
5. Referenslista	11

1. Bakgrund

Höftartros är en ledsjukdom som utvecklas långsamt och där diagnosen fastställs med röntgen som visar broskreduktion och osteofyter. Hos patienter som sökt för höftsmärta för första gången hade 78 % en röntgenologiskt påvisbar höftartros (1). Den broskförstörande processen kan dock ha startat minst tio år tidigare (2) och en negativ röntgen kan därför inte utesluta brosksjukdom. Broskets består till stor del av typ II-kollagen och proteoglykan. Proteoglykan anses vara viktigt för broskets stötupptagande förmåga. MR-undersökningar av knäbrosk hos friska försökspersoner har visat att vid en högre träningsnivå innehåller brosket mer proteoglykan (3). Det verkar också som att motion och fysisk aktivitet i lagom mängd kan skydda mot artrosutveckling (2). En måttlig belastning vid träning påverkar brosket positivt (4) medan både elitidrott (5,6) och för liten fysisk aktivitet (4) verkar kunna försämra besvären. Regelbunden löpning på en lågintensiv nivå ökar inte risken för att utveckla höftartros (7). Däremot ökar risken för utveckling av höftartros hos kvinnor som tränat på högintensiv nivå och samtidigt haft ett belastande arbete (8).

Symtom vid höftbesvär är oftast smärta, ledstelhet och minskad muskelstyrka vilket leder till aktivitetsbegränsningar. Baserat på om patientens huvudproblem är långvarig smärta, stelhet eller nedsatt funktion bör det övervägas vilken behandling som har bäst effekt, är kostnadseffektiv och med den lägsta risken för biverkningar (9). Vid artros rekommenderas nu att basen för behandling är information om sjukdomen, viktkontroll och råd om fysisk träning (9). Nästa steg i den konservativa behandlingen är smärtstillande och antiinflammatorisk medicin, sjukgymnastik träning/behandling, utprovning av gånghjälpmedel och ibland förändring av arbetssituation (10). Höftplastikoperation bör inte övervägas förrän sjukdomsförloppet fortskrider trots optimal konservativ behandling (10).

Från den 1 november 2005 infördes vårdgarantin i landet som innebär att patienter som remitteras in till specialistbedömning ska få en tid inom 90 dagar (11). För att minska väntetider för ortopedbedömningar är det viktigt att rätt patienter remitteras in vid rätt tillfälle. Innan remiss skickas till ortoped för ställningstagande till höftplastikoperation, särskilt när höftbesvären debuterar, bör patienten få en evidensbaserad behandling i primärvård. Det är viktigt att patienten erbjuds en behandling som möjligen kan stoppa en artrosutveckling (2). Maria Klässbo har utvecklat en modell - Höftskolan - vilket innebär en individuell undersökning av sjukgymnast, deltagande i undervisning om höftbesvär omfattande tre lektioner och individuell uppföljning två månader efter höftskola. Undervisningen innehåller egenvårdstips för smärtlindring, rörelsetränningsprogram och råd om fysisk träning och har visat ge en ökad aktivitetsförmåga, minskad smärta och förbättrad hälsorelaterad livskvalité (12). Modellen har använts vid Rehabiliteringen i Katrineholm sedan 1999. I övriga delar av länet har inte Höftskola funnits.

Ett problem inom hälso- och sjukvård är att sprida effektiva behandlingsmetoder. Relativt mycket kraft läggs på att utveckla metoder men mindre uppmärksamhet och resurser för att sprida dessa. Det finns ett gap mellan vad forskning visar och den behandling som erbjuds i klinisk verksamhet. För att spridning av behandlingsmetoder ska lyckas behövs information och utbildning till berörda personer och att metoden är lätt att använda. Hinder för att metoden ska lyckas behöver identifieras och undanröjs samt ett fortsatt aktivt feedbacksystem så att metoden fortsätter att användas (13). Dessutom behövs en utvärdering av insatserna för att se om metoden hade avsedd effekt.

För att förbättra behandlingsåtgärderna vid höftbesvär avsattes projektmedel från vårdgarantin för att sprida Höftskolemodellen i Södermanland. Sjukgymnaster och distriktsläkare i Sörmland erbjöds januari 2006 att delta i en informationsdag för läkare och utbildning i Höftskola för sjukgymnaster. För att utvärdera effekterna av införandet av Höftskolan lämnades enkäter ut på ortopedklinikerna i Eskilstuna och Katrineholm under november 2005 till mars 2006. En uppföljning kommer att genomföras för att se om införandet av Höftskolan har förändrat vilka patienter som remitteras in till ortopedbedömning och för att se om patienter erbjuds evidensbaserad sjukgymnastisk behandling i primärvård. Denna rapport visar en sammanställning av de enkäter som lämnats ut november 2005 till mars 2006.

1.1 Syfte och frågeställningar

Att undersöka om patienter som remitteras in till ortopedklinikerna på Mälarsjukhuset i Eskilstuna (MSE) och Kullbergska sjukhuset i Katrineholm (KSK) har besvär av den omfattning att en operation är aktuell och vilken sjukgymnastisk behandling de erhållit innan de remitteras in.

1. Hur många patienter med höftartros som remitteras till ortoped, har besvär av den graden så att en höftplastikoperation är aktuell?
2. Vilka faktorer samverkar med ortopedens bedömning?
3. Hur många patienter som remitteras till ortoped för höftbesvär har tidigare fått en sjukgymnastisk behandling och vilken behandling har patienten fått?

2. Material och metod

2.1 Urval

Konsekutivt urval av patienter från ortopedkliniken MSE och KSK under tiden november 2005 till mars 2006. Inklusionskriterier: patienter inremitterade till ortoped för höftbesvär. Exklusionskriterier: patienter under 18 år, patienter med cancersjukdom som orsak till höftbesvär, patienter som söker för proteslossning i redan plastikerad höft.

2.2 Datainsamlingsmetod

En enkät lämnades till patienter som fått tid till bedömning hos ortoped för höftbesvär. Enkäten delades ut av sköterska på ortopedkliniken. Patientenkäten innehöll frågor avseende bakgrundsvariabler, sjukgymnastisk behandling, annan sjukdom, läkemedelsanvändning och frågor om smärta och aktivitetsbegränsningar. Visuellt analog skala (VAS) 0-10 användes för skattning av smärta och aktivitetsbegränsning. Vid besöket besvarade även ortopeden en enkät om ställningstagande till operation.

2.3 Databearbetning

Deskriptiva data har använts för att sammanställa information från baslinjemätning. Analys av samband mellan vikt och smärta samt förmåga att kunna promenera har gjorts med icke-parametiskt test, Spearman´s rangkorrelation. Beräkning med Spearman´s rangkorrelation har gjorts på originaldata men redovisas i rapporten indelat i klasser. För analys av övriga samband har icke-parametiskt Chitvåtest använts.

2.4 Etiska överväganden

Skriftlig och muntlig information lämnades till försökspersonerna om att deltagandet var frivilligt. Alla enkäter kodades och avidentifierades. Därefter har all hantering av enkäter skett kodade.

3 Resultat

3.1 Studiepopulationen

Totalt tillfrågades 98 patienter om att besvara enkäten och av dem accepterade 59 patienter (60 %) att delta, 33 män och 26 kvinnor. Det var 30 patienter som bedömdes på ortopedkliniken MSE och 29 på KSK. Medelåldern var 66 år (SD 11,3) range 36-91 år. Bakgrundsvariabler visas i tabell I.

Tabell I. Bakgrundsvariabler baslinjemätning

	Antal patienter
Vårdkontakt senaste året	
p.g.a. höftbesvär (n=59)	
Läkare på VC/privat	47
Läkare på akutmott/sjukhus	14
Ortoped	20
Sjukgymnast	25
Arbetsterapeut	4
Naprapat/kiropraktor	4
Tar läkemedel regelbundet varje vecka	
smärtstillande (n=58)	39
antiinflamm. (n=57)	23
glukosamin (n=56)	14
Väntetid till ortopedbedömning (n=56)	
1-3 mån	18
4-6 mån	12
7-9 mån	14
9-12 mån	2
>12 mån	10
Väntetid till sjukgymnast senaste året (n=25)	
<1 mån	23
1-3 mån	2
>12 mån	1
Hur många år patient har haft höftbesvär (n=57)	
< 1 år	6
1-2 år	17
3-5 år	17
6-10 år	11
11-20 år	2
>20 år	4

Patienterna angav hög smärtintensitet och hade ofta smärta från höften. De hade också svårt att promenera och hade fått ändra sitt levnadssätt p.g.a. höftbesvär. Däremot påverkades inte förmåga att sköta hygien i så stor utsträckning (tabell II och III).

Tabell II. Smärta beroende på höftbesvär skattad på Visuell Analog Skala (VAS) 0-10.
0 = aldrig smärta, 10 = alltid/värsta tänkbara smärta.

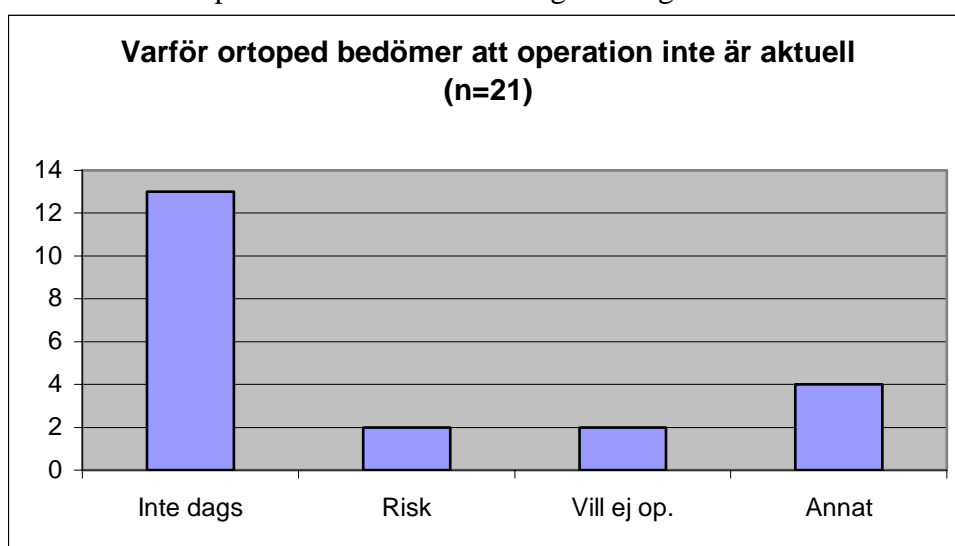
	Hur ofta patient har smärta	Smärtintensitet senaste veckan	Genomsnitt smärta senaste 3 mån
N	59	59	59
Median	9	8	8
Percentil 25	7	6	6
75	10	9	9

Tabell III. Aktivitetsförmåga beroende på höftbesvär VAS 0-10.
0= inga besvär/inget förändrat, 10 = stora besvär/helt förändrat

	Svårighet promenera 1 timme	Svårighet sköta hygien	Förändrat levnadssätt
N	57	59	59
Median	7	1	7
Percentil 25	3	0	4
75	10	6	9

3.2 Ortopedens bedömning om höftplastikoperation

Av de totalt 59 patienter som remitterades in till ortoped hade 51 patienter en röntgenverifierad höftartros. Det var 21 patienter som inte var aktuella för operation (figur 1) och bland dessa fanns de 8 patienter som inte hade någon röntgenverifierad artros.



Figur 1. Inte dags; patienten är för ung för operation och/eller har inte besvär av den omfattningen att en operation är aktuell och/eller har inte provat annan behandling i primärvård. Risk; en operation innebär för stora risker. Annat; muskelsvaghet efter t.ex. polio, stroke.

3.3 Faktorer som samverkar med ortopedbedömningen

De patienter som hade en högre smärtfrekvens senaste veckan opererades signifikant oftare. Inga signifikanta skillnader fanns mellan hur ofta patienten upplevde smärta eller hur hög genomsnittlig smärtfrekvens patient haft de senaste tre månaderna (tabell IV).

Tabell IV. Samband höftplastikoperation och höftsmärta (n=59).

		Smärtintensitet senaste veckan ?			Hur ofta har du smärta från höften ?			Hur ont senaste 3 månaderna?		
		0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
Kommer patient att opereras med höftplastik?	Ja	1	10	27	1	8	29	1	11	26
	Nej	6	9	6	2	8	11	3	8	10
Chitvåtest		p=0,001			p=0,146			p=0,134		

Patienter med högre Body Mass Index (BMI) opererades i större utsträckning än patienter med lägre vikt (tabell V).

Tabell V. Samband mellan operation/ej operation och vikt

	Kommer patient att opereras med höftplastik?		Totalt
	Ja	Nej	
Body Mass Index			
Normalvikt <25	6	13	19
Övervikt 25-30	10	11	21
Fetma >30	14	1	15
Totalt (n=55)	30	25	55

Chitvåtest p=0,03

En tendens fanns att patienter med högre vikt också hade smärta oftare och hade en högre genomsnittlig smärta än patienter med lägre vikt men analys med Spearman's rangkorrelation visade inga signifikanta skillnader. Vad det gällde gångförmåga i relation till vikt fanns inga signifikanta skillnader (tabell VI).

Tabell VI. Förhållande vikt, smärta och gångförmåga. Smärta från höft VAS 0-10, 0 = ingen smärta/aldrig smärta, 10 = värsta tänkbara smärta/alltid smärta. Promenad 1 timme VAS 0-10, 0 = kan göra utan problem. 10 = kan inte pga. höftbesvär.

	Hur ofta patient har smärta enligt VAS 0-10			Smärtintensitet senaste veckan enligt VAS 0-10			Genomsnitt smärta senaste 3 mån enligt VAS 0-10			Promenad 1 tim. enligt VAS 0-10		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
BMI												
Normalvikt <25	0	8	11	3	8	8	2	8	9	4	7	7
Övervikt 25-30	2	3	16	3	6	12	1	7	13	6	5	11
Fetma >30	1	3	11	1	4	10	1	3	11	3	4	8
Spearman's rho	p=0,076			p=0,091			p=0,061			p=0,169		

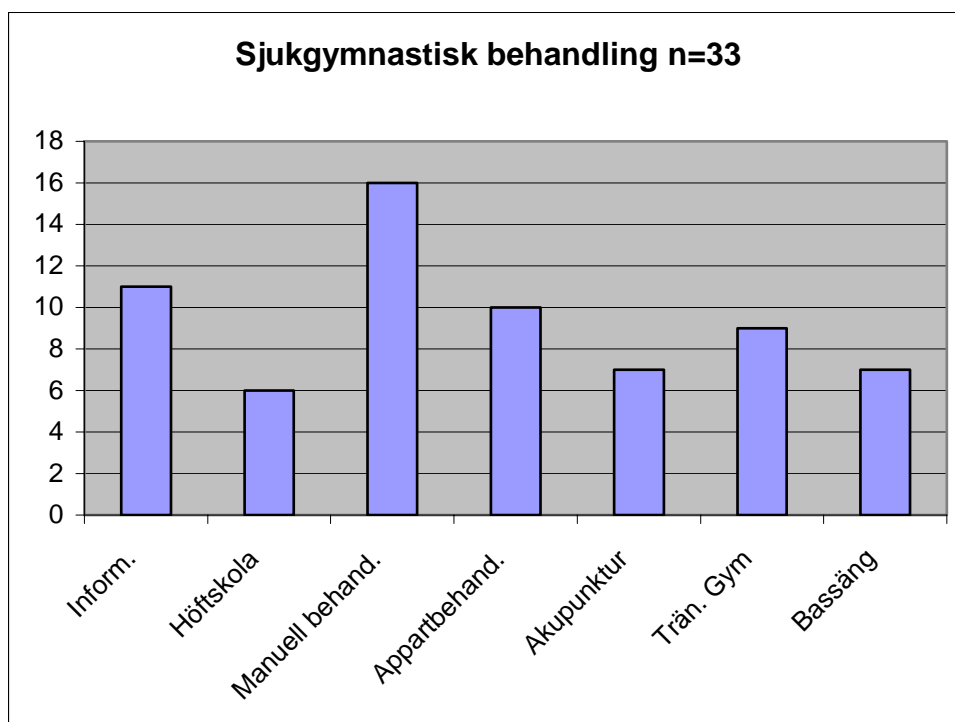
Det var signifikant färre patienter som opererades med höftplastik som angett att de hade annan långvarig sjukdom. Som annan långvarig sjukdom angavs neurologisk sjukdom, hjärtsjukdom, lungsjukdom, utmattningssyndrom och depression (tabell VII).

Tabell VII. Samband höftplastikoperation och annan långvarig sjukdom

		Kommer patient att opereras med höftplastik?		Totalt
		Ja	Nej	
Har du någon annan långvarig sjukdom?	Ja	5	9	14
	Nej	31	11	42
Totalt (n=56)		36	20	56
Chitvåtest		p=0, 01		

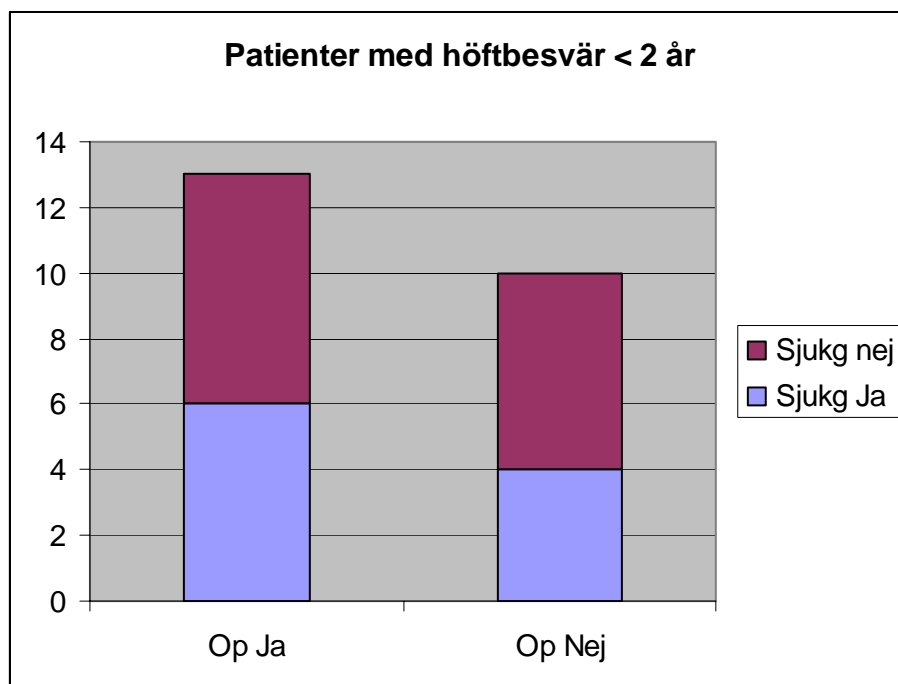
3.3 Andel patienter som har varit hos sjukgymnast och sjukgymnastisk behandling

Av de totalt 59 patienter som ingick i studien var det 26 patienter (44 %) som inte hade varit hos sjukgymnast för sina höftbesvär. Av de 33 patienter som varit hos sjukgymnast hade 25 fått behandling/åtgärder senaste året, för övriga varierade tiden mellan 3 - 18 år sedan de varit hos sjukgymnast. Det var 11 patienter som fått information om höftbesvär och råd om träning och 6 patienter hade deltagit i Höftskola. Vanligaste sjukgymnastisk åtgärden vid höftbesvär var manuell behandling (figur 2).



Figur 2. 11 patienter har fått information om höftbesvär (n=33) och 5 patienter har gått Höftskola i Katrineholm, 1 patient i Stockholm. Många av patienterna hade provat flera olika sjukgymnastiska behandlingsmetoder för sina höftbesvär.

Av de 23 patienter som haft höftbesvär kortare tid än 2 år hade 13 patienter inte varit hos sjukgymnast. Figur 3 visar förhållande sjukgymnastisk behandling och höftplastikoperation för de patienter som inte haft höftbesvär mer än 2 år.



Figur 3. Sjukgymnastisk behandling i förhållande till höftplastikoperation (n=23). Inga signifikanta skillnader mellan patienter som opereras/inte opereras avseende sjukgymnastisk behandling Chitvåtest $p=0,247$.

4. Diskussion

Ortopedbedömningar av de totalt 59 inremitterade patienterna visade att 21 patienter inte var aktuella för en höftplastikoperation. Av dessa patienter hade 13 inte besvär av den omfattningen att en operation var aktuell och 2 patienter ville inte opereras (figur 1). Det innebär att en fjärdedel av de inremitterade patienterna borde ha fått fortsatt behandling i primärvård för sina höftbesvär och kunde ha avvaktat med ortopedbedömning. Höftskolan ger patienterna kunskap om artrossjukdom, egenvårdtips om träning och smärtlindring som syftar till en minskning av smärta och aktivitetsbegränsningar (12). För att frigöra ortopedresurser och minska inflödet av patienter till ortopedmottagningar behöver remitterande läkare från primärvård känna till kriterier för bedömning inför operation och de behandlingsprinciper som Läkemedelsverket rekommenderar. Många patienter vill helst träffa en ortoped även då det medicinskt inte är befogat för att få svar på frågor angående sina höftbesvär. En ökad information till allmänheten om var patienter kan få den bästa vården beroende på vilka symtom de har av sin höftartros synes viktigt, både för att få adekvat vård och förhindra onödiga köer inom specialistvården. För de övriga 6 patienter som inte erbjöds höftplastikoperation behövdes en ortopedbedömning. Det var patienter som var på utredning för oklara höftbesvär eller patienter som inte kunde opereras p.g.a. medicinska orsaker.

Det var 13 patienter som skulle opereras med höftledsplastik och som haft höftbesvär mindre än 2 år (figur 3). Av dem hade 7 patienter inte varit hos sjukgymnast.

Det visar att rekommendationer från Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi (10) och Läkemedelsverket (9), om att den initiala behandlingen alltid ska vara konservativ, med sjukgymnastiska åtgärder som ett första steg, inte följs. Det är möjligt att några av dessa patienter, om de innan ortopedbedömning erbjudits höftskola och vid behov annan sjukgymnastisk behandling skulle ha kunnat minska sina besvär så att en höftoperation kunde senareläggas alternativt inte behövas.

De patienter med en hög smärtfrekvens senaste veckan opererades i större utsträckning men inga signifikanta skillnader sågs mellan att opereras och inte opereras för patienter som hade smärta ofta eller hög genomsnittlig smärta senaste månaderna (tabell IV). En hög smärta just vid tillfället för ortopedbedömningen borde inverka på gångförmåga och rörelsemönster och även påverka patientens angelägenhet om att bli opererad. Det torde även kunna påverka ortopedens bedömning om att smärtan är så pass allvarlig att en operation behövs. De patienter som angav en låg smärta, i intervallet 0-3 på VAS-skalan, bedömde ortopeden i signifikant lägre grad att en höftplastikoperation inte var aktuell. Huvudsyftet med operationen är smärtlindring varför patienter med låg smärtintensitet i första hand bör erbjudas annan behandling.

Ett samband sågs även mellan en högre BMI och att bli opererad med höftplastik. En slutsats är att en högre vikt vid höftartros också borde påverka höftleden vid gång och också ge en högre smärtintensitet. Vid analys av vikt och smärtintensitet eller svårighet att promenera en timme sågs emellertid inga signifikanta skillnader även om det fanns en tendens att högre vikt gav större genomsnittlig smärta och att patienter med högre vikt hade smärta oftare (tabell VI). Inga skillnader fanns heller beträffande sjukgymnastisk behandling eller smärtmedicinering i förhållande till vikt, så varför patienter med kraftig övervikt opereras oftare än de med måttlig övervikt eller normalvikt ger denna studie inte svar på. Tidigare studier visar att kraftig övervikt ökar risken för höftplastikoperation framför allt om personen varit överviktig redan i yngre år (14). Viktminskning anges som en av åtgärder som bör ingå vid basbehandling av artrossjukdom. Höftskolan innehåller inte information om kost eller viktreduktion. En komplettering till höftskolan med råd om viktminskning kan behövas för överviktiga patienter.

Patienter som i enkäten svarat på att de led av annan långvarig sjukdom opererades i signifikant lägre omfattning. En del av sjukdomarna som hjärt- och lungsjukdom kan betyda att patienten inte klarar av påfrestningarna vid själva operationen medan neurologiska sjukdomar som påverkar muskelfunktionen gör att rehabiliteringen efter operation inte ger ett tillfredsställande resultat. Möjligen kan även utmattningssyndrom och depression påverka den postoperativa rehabiliteringen och frågan är om riktlinjer kan utformas för vilka sjukdomar som, i de fall det är möjligt, bör behandlas först innan remiss skickas till ortopedbedömning.

Studien visar att endast 17 patienter (29 %) hade fått information eller råd om träning hos sjukgymnast och av dem hade 6 patienter deltagit i Höftskola (figur 2). Då totalt 29 patienter bedömdes på ortopedmottagningen KSK var det förvånande att inte fler gått Höftskola då den funnits i Katrineholm sedan 1999. Det antyder att information inte nått ut till de läkare som remitterat in patienten ortopedbedömning trots att det under åren ordnats regelbundna träffar mellan sjukgymnaster och läkare där information om sjukgymnastiska behandlingsmetoder ges. En svårighet har varit att nå ut med information till bolagsläkare som stannar kort tid på vårdcentralerna. En ökad information till allmänheten om bra behandling och åtgärd vid höftbesvär behövs. Patienter behöver nu inte remiss till sjukgymnast och fler kan då själva ha möjlighet söka sig till rätt vårdnivå.

För de 33 patienter som varit hos sjukgymnast visar denna studie att knappt hälften (49 %) hade fått den behandling/åtgärd som Läkemedelsverket (9) rekommenderar i första hand, dvs. information om sjukdomen och råd om träning (figur 2). Studien visar att det behövs satsningar inom vården för att sprida evidensbaserade åtgärder vid höftbesvär. Höftskolan är en strukturerad informationsmodell som också är utvärderad. Att införa Höftskolan på fler platser i Sörmland innebär att patienter får en likartad information. Det innebär att riktlinjer om att patienter ska få evidensbaserad behandling (9,10,12) för sina höftbesvär oavsett var de bor kan följas på ett mycket bättre sätt än tidigare. Av de 33 patienter som varit hos sjukgymnast hade 16 patienter fått manuell behandling ibland i kombination med information. De tillfrågade patienterna i denna studie rekryterades från ortopedmottagningar och flera hade hög smärtintensitet och betydande aktivitetsbegränsningar. Sjukgymnastisk behandling i form av manuell terapi och traktion har visats ha bättre effekt på smärta och nedsatt aktivitetsförmåga än träning vid höftartros i en studie (15). Höftskolan ska ses som en del i behandlingsåtgärder vid höftbesvär och som följer Läkemedelsverkets riktlinjer för basen vid artrosbehandling. Höftskolan har sannolikt bäst effekt och nytta vid tidiga symtom och bör erbjudas patienter tidigt i sjukdomsförloppet. I höftskolan ingår en individuell uppföljning efter 2 månader och det är viktigt att patienter med stora besvär erbjuds fortsatta effektiva sjukgymnastiska behandlingsmetoder. Däremot bör inte överutnyttjande av behandlingsresurser ske, så att mer intensiva enskilda behandlingar sätts in för tidigt, då det räcker med information och tips om egenvård.

Av de patienter som tillfrågats om deltagande i studien tackade 29 patienter nej vilket ger ett bortfall på 40 %. Flera av patienterna hade inte tid att fylla i enkäten och några hade svårigheter att själva fylla i den. En svaghet i studien är att ingen analys har gjorts av de patienter som ej deltog. Arbetsbelastningen på ortopedmottagningarna var stor under studiens genomförande bl.a. på grund av införandet av vårdgarantin som började gälla november -05. En brist är att det inte varit möjligt att undersöka hur många patienter som sökt för höftbesvär under den aktuella perioden eftersom personal på ortopedmottagningarna kan ha glömt att tillfråga alla patienter. Det innebär att bortfallet kan vara större. Det var 11 patienter som angett att de fått information och råd om träning hos sjukgymnast. Vilken information och råd om träning efterfrågades inte i enkäten vilket är också är en brist i studien. Det kan även vara så att patienter själva har tagit reda på information genom t.ex. Internet eller tidningar vilket inte heller har efterfrågats.

Efter utbildningen av sjukgymnaster i januari 2006 finns nu Höftskolan på 21 olika platser i Sörmland (tabell VII). För att metoden ska fortsätta användas behövs ett effektivt feedbacksystem och fortsatt kontinuerlig uppföljning (13).

Tabell VII. Vårdcentraler och privatmottagningar där patienter kan gå Höftskola

Eskilstuna	Nyköping	Mariefred	Trosa	Katrineholm	Strängnäs
VC Fröslunda	VC Bagarmossen	Marias sjukgymnastik	Trosa VC	Rehabenheten	Strängnäs VC
VC Ekeby	VC Ekensberg	Mariefreds rehab	Trosa sjukgymnastik	Rehab Warbro Kvarn	Hälsoskaparna
VC Tunafors	VC Åsidan				
Eskilstuna City sjukgymnastik	Privatpraktik Eva Karlström				
Gnesta	Malmköping	Flen	Vingåker	Oxelösund	
Gnesta VC	Malmköpings VC	FlenVC	Praktikertjänst Gunnar Ångman	Oxelösunds VC	

4.1 Konklusion

En fjärdedel av patienterna som remitteras in till ortoped kunde ha väntat med ortopedbedömning och fått fortsatt behandling i primärvård. Det var 33 patienter (56 %) som varit hos sjukgymnast innan ortopedbedömning och av dem hade 17 fått information om artros och råd om träning

Fortsatt information till distriktsläkare, sjukgymnaster, ortopedier och allmänhet om behandlingsriktlinjer vid artros behövs. Information behöver särskilt öka till allmänheten.

Patienter med hög smärtintensitet och högre BMI opererades i större utsträckning med höftplastik. Annan långvarig sjukdom var en av anledningarna till att patienter inte opererades. Höftskolan finns nu på 21 platser i Sörmland. Fortsatt kontakt med vårdcentraler och privatpraktiker behövs för att metoden ska fortsätta användas.

4.2 Tack till

Tomas Ljungberg, förstandare FoUcentrum för handledning.

Staffan Norlander leg.sjukgymnast och tidigare handledare på FoUcentrum/AMC för hjälp med studieupplägg och rapportskrivning.

Maria Andersson FoUadministratör för datastöd.

Personal på ortopedmottagningarna i Katrineholm och Eskilstuna för distribution av enkäter

5. Referenslista

1. Birrell F, Croft P, Cooper C, Hosie G, Macfalane GJ, Silman A. Radiographic change is common in new presenters in primary care with hip pain. *Rheumatology* 2000;39:772-775
2. Roos M, Dahlberg L. Motion som artrosmedicin - träning påverkar brosk positivt. *Läkartidningen* 2004;25:2178-2181
3. Tiderius C, Svenson J, Leander P, Ola T, Dahlberg L. dGEMERIC (delayed gadolinium-enhanced MRI of cartilage) indicates adaptive capacity of human knee cartilage. *Magn Reson Med* 2004;51:286-290
4. Rogers L, Macera C, Hootmn J, Ainsworth B, Blairi S. The association between joint stress from physical activity and self-reported osteoarthritis: an analysis of the Cooper Clinic data. *Osteoarthritis cartilage* 2002;10:617-622
5. Roos H. Increased risk of knee and hip arthrosis among elite athletes. Lower level exercise and sports seem to be "harmless". *Läkartidningen*. 1998;42:4606-10.
6. Marti B, Knobloch M, Tschopp A, Jucker A, Howald H. Is excessive running predictive of degenerative hip disease? Controlled study of former elite athletes. *BMJ*. 1989;8:299(6691):91-3.
7. Lane N, Oehlert J, Bloch D, Fries J. The relationship of running to osteoarthritis of the knee and hip and bone mineral density of the lumbar spine: a 9 year longitudinal study. *Journal Rheumatology* 1998;26:334-341
8. Vingard E, Alfredsson L, Malchau H. Osteoarthritis of the hip in women and its relationship to physical load from sports activities. *Am J Sports Med* 1998;26:78-82
9. *Läkemedelsverket* 3:2004
10. NKO; Nationellt kompetenscentrum för rörelseorganens sjukdomar. Indikationer för behandling inom ortopedi. Behandlingsindikationer för tre ortopediska sjukdomsgrupper. http://nko.se/online/uploadedFiles/101_NKO20050308_indikationer_ortopedi_ISBN.pdf, sid 64-65.
11. Sveriges kommuner och landsting. Utvidgad vårdgaranti. 20061123 www.skl.se/vardgaranti
12. Klässbo M, Larsson G, Harms-Ringdahl K. Promising outcome of a hip school for patients with hip dysfunction. *Arthritis & Rheumatism* 2003;3:321-327
13. Oldenburg B, Parcel G. Diffusion of innovations. In: Glanz K, Rimer B, Marcus Lewis F editors. *Health behaviour and health education*. San Fransisco: Jossey-Bass 989 Market street. 2002 p 312-334
14. Flugsrud G, Nordsletten L, Espehaug B, Havelin L, Engeland A, Meyer H. The impact of body mass index on lateral total hip arthroplasty for primary osteoarthritis: a cohort study in 1,2 million persons. *Arthritis & Rheumatism* 2006;54(3):802-807
15. Hoeksma H.L, Dekker J, Ronday K et al. Comparison of manual therapy and exercise therapy in osteoarthritis of the hip: A randomized clinical trial. *Arthritis & Rheumatism* 2004;51:722-729