

## Remissvar från Fysioterapeuterna på Nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar

Fysioterapeuterna vill tacka för möjligheten att lämna remissvar på Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Vi är positiva till många delar av riktlinjerna men har en del synpunkter på övergripande nivå och på mer detaljerad nivå som vi vill lyfta. Övergripande anser vi att de nationella riktlinjerna för artros är klart förbättrade jämfört med den förra versionen från 2012 medan försämrade när det gäller fysioterapeutiska åtgärder för personer med inflammatoriska reumatiska sjukdomar.

Det är mycket bra att man tidigt betonar att fysisk träning är central i behandlingen vid samtliga av rörelseorganens sjukdomar och att huvudbudskapet är att det behövs satsas mer resurser på effektiva behandlingsmetoder som fysisk träning, teamrehabilitering och patientutbildning. Uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens åtgärder är central för att kontinuerligt utveckla och kvalitetssäkra åtgärderna. Att inrätta indikatorer och målnivåer är dessutom avgörande för att kunna arbeta mot en jämlik rehabilitering, oavsett var i landet man bor. Vi saknar möjligheten till uppföljning för flera av de förebyggande och behandlande metoderna då målnivåer och indikatorer som speglar rekommendationerna saknas, framförallt inom inflammatoriska reumatiska sjukdomar och osteoporos.

### Specifika kommentarer:

#### *Förebyggande åtgärder:*

Sidan 19 under rubriken: "Vården vid rörelseorganens sjukdomar – status och utveckling" I texten står att "även förebyggande åtgärder är mycket viktiga". Vi anser att det vore intressant att förtydliga vad som ingår i formuleringen, förutom profylax vid osteoporos. Preventiva insatser kring olika levnadsvanor och stöd vid livsstilsförändringar bör poängteras. Till exempel ökar rökning både risken att insjukna i RA och förvärrar sjukdomsförloppet. Även andra levnadsvanor kan påverka sjukdomsförloppet såsom fysisk inaktivitet.

Sidan 50: Det står att "Åtgärder som riktar sig till risktillstånd" har lägre prioritet i riktlinjerna än åtgärder för att behandla själva sjukdomen och att det är en svår och



omdiskuterad etisk fråga. Prevention, såväl primär som sekundär, kommer att vara avgörande för att klara den demografiska utveckling vi står inför med fler personer som kommer att leva längre med kroniska sjukdomar.

### **Inflammatoriska reumatiska sjukdomar**

Sidan 25–26. ”Teamrehabilitering och samordning av vårdinsatser”

Det saknas prioriteringssiffra eller särskild beskrivning av olika former av fysisk träning, vilket borde specificeras liksom för ”strukturerad individanpassad handträning med handledning”. Handträning nämns även specifikt på sidan 26 där resurser för personal anges, vilket är lite anmärkningsvärt då handträning (liksom träning av andra leder) är en del av fysisk träning och då mer sammansatt funktionell träning (rygg/axlar mm) kan bidra till förbättrad handfunktion.

Åtgärderna strukturerad individanpassad handträning med handledning, teamrehabilitering och strukturerad sjuksköterskemottagning är alla prioriterade till nivå 3. Enligt europeiska och amerikanska riktlinjer (ASAS och EULAR) ska fysioterapeutkontakt och regelbunden träning alltid övervägas för denna patientgrupp. Trots detta saknas strukturerad träning hos fysioterapeut i listan och bör och läggas till som en egen punkt med hög prioritetgrad och inte dolt under teamrehabilitering.

Fotträning nämns inte alls i rekommendationerna vilket skulle kunna bero på bristfälligt underlag. Vi anser att det i så fall behöver anges som FoU. Att tidigt fokusera på foten och dess funktion är av stor betydelse för patientens generella funktionsförmåga (inklusive möjlighet att konditionsträna).

Fysisk aktivitet/konditionsträning anges inte i rekommendationerna. Det är känt att många personer med inflammatorisk reumatisk sjukdom har nedsatt kondition och att de har ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, varför även träning bör vara en prioriterad del i behandlingen. Fysioterapeuten är den profession som bäst kan anpassa fysisk aktivitet/träning för personer med reumatisk sjukdom. Detta bör uttryckas tydligare. På sidan 25 står att det är sjuksköterska som utvärderar fysiskt och psykiskt välbefinnande. Fysisk förmåga bör bedömas av den profession med bäst kompetens inom området, vilket i de flesta fall är fysioterapeuten.

Strukturerad sjuksköterskemottagning vid axial spondylartrit har fått en prioritetssiffra, dock lägre än vid RA, då det finns mindre kunskap om effekten (indikation S2:0, sidan 69). Vi vill betona att det vid axial spondylartrit är viktigt med en strukturerad fysioterapeutmottagning, då insatser från fysioterapeuter är av betydelse vid utredning, både tidigt och senare i det långa sjukdomsförloppet. Om underlag för detta saknas anser vi att det behöver lyftas som FoU. I Sverige finns det flera orter som har strukturerade besök där fysioterapeut är med vid till exempel utredning av misstänkt inflammatorisk ryggsmärta, vid start av medicinering vid axial spondylartrit och där samplanerade sjuksköterske- och fysioterapeutbesök omväxlande ersätter läkarbesök. Viktigt att tänka på är att sjuksköterskor främst följer upp medicinering

medan fysioterapeuter undersöker funktion (däribland ryggrörlighet) och uppmärksammar och planerar insatser utefter patientens behov.

Det är bra att det poängteras att tillgång till träningsbassäng vid rehabilitering är av vikt.

#### *Indikatorer för inflammatoriska reumatiska sjukdomar*

Trots god evidens kring vikten av fysisk träning, såväl konditions- som styrketräning, vid reumatisk sjukdom finns inga indikatorer med kring detta. Det är möjligt att det kan ingå i teamrehabilitering men så är inte alltid fallet. Anpassad fysisk träning är även viktig som sekundärprevention då risken för till exempel hjärt-kärlsjukdom och diabetes typ 2 ökar vid fysisk inaktivitet. Detta behövs även utanför och fortsatt efter teambaserad rehabilitering och borde därför ha egna indikatorer.

Vid RA, punkt R10. "Teamrehabilitering" nämns både axial spondylartrit och psoriasisartrit men det finns inte en specifik indikator för teamrehabilitering vid någon av dessa diagnoser, vilket vore önskvärt.

Vid artros, punkt A1 står det. "*Patientutbildning och träning vid artros*". En liknande punkt vore av vikt även vid de inflammatoriska reumatologiska sjukdomarna.

Sidan 38, står att "*Teamrehabilitering i dagvårdsform är en strukturerad, sammanhållen rehabilitering under en viss tidsrymd*" och att specifika/komplexa insatser är viktiga. Det borde uttryckas som att effekt av fysisk träning – liksom läkemedelsbehandling – endast bibehålls så länge behandlingen pågår, varför stöd under olika faser av sjukdomsförloppet är av vikt.

Slutligen skriver man i förordet att "*riktlinjerna ska stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder, och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården samt att riktlinjerna framför allt vänder sig till beslutsfattare i hälso- och sjukvården (t.ex. i rollen som politiker, tjänsteman eller verksamhetschef)*". Det skrivs även att *de inte är tänkta att vara ett vårdprogram utan enbart "täcker in ett urval av relevanta hälsotillstånd och åtgärder"*. Det är därför viktigt att tydligt beskriva modern rehabilitering med olika icke-farmakologiska behandlingar som till exempel individualiserad fysisk träning, både mer övergripande och specifikt för de olika diagnoserna, då personer i ledande ställningar inte säkert har djupare kunskap inom dessa områden.

#### **Artros**

Riktlinjerna för artros är klart förbättrade jämfört med den förra versionen från 2012. Vi har förslag på några ytterligare förbättringar.

Sidan 17 rad 4-5: "*Artros innebär bland annat att brosket bryts ner i en eller flera leder och att muskler försvagas*".

Vi föreslår att detta istället uttrycks: *“Artros är en sjukdom som drabbar ledens brosk, mjukdelar samt lednära skelett och att muskler försvagas”*.

Motivering: Allt för stort fokus läggs på brosket. Artros är en sjukdom som påverkar flera vävnader runt leden.

Figur 4, sidan 17. I samma linje som kommentaren ovan bör det framgå att även ledband och ledkapsel påverkas av artros, dessa strukturer påverkas före brosket.

#### *Rekommendationer för artros*

Den inledande delen om fysisk träning och patientutbildning vid artros (sidan 37) är mycket bra beskriven med förebyggande åtgärder och att träning är viktigt för att förbättra fysisk funktion och minska risken för andra sjukdomar som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Det står även att det för att träna en smärtande artrosled rätt, behövs stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen. En liknande inledning för de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna skulle vara önskvärd då detta är viktigt även vid dessa diagnoser.

Vi är helt eniga om att fysioterapeut eller läkare ska vara första instans för diagnos. Vid osäkerhet kring diagnos eller ytterligare komplikationer som kan hindra patienten att komma igång med fysisk träning behövs ett nära samarbete mellan fysioterapeut och läkare som gemensamt kan besluta om ytterligare behandling såsom medicinering eller artroskopi. Detta för att ytterligare fördröja beslut om proteskirurgi.

Sidan 35, rad 1: *“En person..... utan att lederna har påtagliga skador, och tvärtom –“*  
Vi föreslår att detta ersätts med: *”En person... .... utan att lederna har påtagliga röntgenologiska förändringar, och tvärt om –“*

Motivering: Leden kan ha påtagliga skador i brosket vilka vi inte kan se på röntgen. Hänvisa därför istället till röntgenologiska förändringar.

Sidan 35, rad 4: *” ... graden av ledförändringar”*

Vi föreslår att det ersätts med: *”... graden av röntgenologiska förändringar”*

Motivering till detta är som ovan. Ändra från Ledförändringar till röntgenologiska förändringar.

Sidan 35, stycke 3, rad 3: *“Till att börja med besöker patienten en läkare eller en fysioterapeut i primärvården som kan fastställa diagnosen”*.

Förslag att ändra till: *”Till att börja med besöker patienten en fysioterapeut eller en läkare i primärvården som kan fastställa diagnosen. Diagnosen kan med fördel ställas av fysioterapeut”*.

Motivering: Fysioterapeut före läkare i texten, och en extra mening om att fysioterapeut med fördel kan ställa diagnosen eftersom vi vill stimulera enheterna till att triagera denna patientgrupp till fysioterapeut i första hand.

Figur 6. Behandlingspyramid för artros. I bilden: Tilläggsbehandling; bild av terapeut som lyfter benet på en patient. I bildtexten står det Tillägg med läkemedel, hjälpmedel mm.

Förslag: Ta bort bilden på terapeut som lyfter benet på en patient.

Motivering: Det står inte någonstans i riktlinjerna att man ska använda manuell terapi som tilläggsbehandling, det enda som står är att A3:3 manuell terapi är icke-göra som enskild behandling. Därmed ologiskt att ha en bild på manuell terapi i behandlingspyramiden.

Sid 35, rad 14. Basen för behandlingspyramiden är väl beskriven men i nästa steg är det viktigt att även trycka på den specifika delen med individuellt anpassad träning. Nu har man endast skrivit ”tilläggsbehandling med exempelvis läkemedel och olika hjälpmedel mm”. Utveckla detta bättre.

Sidan 37, första raden ”genomgår höftprotesoperation – en låg andel eftersträvas (indikator A4)”

Om detta hänvisar till indikator A4 så är det en hög andel patienter som ska få artrosskola före operation.

Målet att en låg andel patienter ska genomgå höftprotesoperation är bra men varför gäller det inte även knäprotesoperation? Vi rekommenderar att ni förtydligar.

Sidan 37 – Fysisk träning och patientutbildning, rad 2-3. “”På så sätt kan de optimera belastningen på lederna”.

Förslag: Stryk meningen ”På så sätt kan de optimera belastningen på lederna”.

Motivering: Varför peka ut just optimera belastningen? Det är mer komplicerat än så. Därför är det klokare att stryka meningen.

Sidan 37, rad 3-4: “Träning förbättrar också den fysiska funktionen och minskar risken för andra sjukdomar, bland annat diabetes och hjärt-kärlsjukdomar”.

Förslag att lägga till konditionsträning dvs: ”Träning förbättrar också den fysiska funktionen och konditionsträning minskar risken för andra sjukdomar, bland annat diabetes och hjärt-kärlsjukdomar”.

Motivering: Tydlig evidens för att det är just konditionsträning som minskar risken för de sjukdomar som nämns.

Sidan 38, rad 2-3: “till exempel BOA-utbildning”

Förslag stryk: ”till exempel BOA-utbildning”

Motivering: Oklart vad BOA-utbildning syftar på, utbildning av fysioterapeuter och arbetsterapeuter bedrivs inte längre av BOA så som det gjorde tidigare utan bör benämnas artrosskola eller utbildning kring artros.

Sidan 38, stycke 2 på rad 1: “Vidare behöver vissa regioner öka utbudet av livslång behandling”.

Förslag: *"Vidare behöver vissa regioner medverka till ökat utbud av möjligheter till livslång fysisk aktivitet och träning"*.

Motivering: Patienterna ska inte gå på livslång behandling. Behandling tycker vi syftar på mer passiv åtgärd, patienterna ska lära sig om egen träning och livsstilsförändringar. Därefter kan de behöva uppföljning hos fysioterapeut av och till men inte livslång behandling, det tycker vi sänder felaktiga signaler.

Sidan 38, rad 3 – Läkemedelsbehandling och annan smärtlindring: *"... i de skadade lederna."*

Förslag ersätt med: *"...vid artros"*.

Motivering: Artros är inte en ledskada.

Sidan 38, rad 5 står det: *PRP-*

Förslag: Skriv ut vad förkortningen PRP står för.

Sidan 39 längst ner i punktlistan:

*-Akupunktur vid artros i höften har en osäker effekt, och det finns mer effektiva åtgärder.*

*-Det saknas tillräcklig kunskap om effekten av manuell terapi som enskild behandling, och det finns mer effektiva åtgärder.*

Förslag: Stryk slutet av texten i båda punkterna dvs *"...och det finns mer effektiva åtgärder"*.

Motivering: Ologiskt att ha med slutet av punkterna, finns redogjort på andra ställen.

Sidan 40: Så påverkas hälso- och sjukvården

Punktlista med tre punkter, i mitten punkten står det:

*-Manuell terapi som enskild behandling väntas visserligen bli ovanligare, men fysioterapeuter, naprapater och kiropraktorer väntas i stället arbeta mer med ett strukturerat omhändertagande, till exempel med handledd fysisk träning i grupp.*

Förslag:

*-Manuell terapi som enskild behandling är redan nu ovanligt vid höftartros (och avvecklingen bör fortsätta)*

Motivering: Denna punkt bör behandlas på samma sätt som punkten före och efter dvs ingen speciell text om hur olika yrkeskategorier bör arbeta. Det står ju redan på andra ställen vad som är prioriterad behandling.

Sidan 40, stycke 3: *"Fysioterapeuternas, naprapaternas och kiropraktorernas ändrade arbetsuppgifter kan dock medföra behov av kompetensutveckling och stöd i att leda fysisk träning i grupp"*.

Förslag: Hela stycket bör strykas.

Motivering: Fysioterapeuter är utbildade i att leda fysisk träning i grupp. Däremot håller vi med om att kompetensutveckling är viktigt. Fler specialister behövs inom flera områden såsom reumatologi. Därför verkar Fysioterapeuterna för en statligt reglerad specialistutbildning. Som det är nu administreras fysioterapeuternas specialistordning av förbundet.

### *Bilaga 1 Lista över rekommendationer*

Det finns tre olika texter i motiveringarna som vi anser behöver klargöras:

A1:0 och A2:4 Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt systematiskt konsensusförfarande.

A1:2 och A1:3 Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett internationellt konsensusförfarande.

A3:5 Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men erfarenheter hos experter talar för att åtgärden har effekt för vissa patientgrupper.

Kommentar: Vi undrar hur har man tagit fram systematiskt konsensusförfarande, ett internationellt konsensusförfarande och erfarenheter hos experter talar för att åtgärden har effekt för vissa patientgrupper. Vi tycker att det är otillräckligt beskrivet i ”Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag”. Vilken metodik har använts? Har man diskuterat i grupp eller lämnat åsikter oberoende av varandra?

### *Indikatorer vid artros*

Indikatorer för artros är bra.

### **Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukdomar i rörelseorganen – del 1**

Sidan 13, Höftartros, Symtom, prognos och behandling

På motsvarande sätt som i de nationella riktlinjerna skriver man här om leddskada mm.

På rad 1–2 står det: ”En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har påtagliga skador och tvärtom”.

Förslag på ersättning: ”En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har påtagliga röntgenologiska förändringar och tvärt om”.

Sidan 13, rad 8–9: ”På så sätt kan de optimera belastningen på lederna”.

Förslag: Stryk meningen ”På så sätt kan de optimera belastningen på lederna”.

Motivering: Motivering: Varför peka ut just optimera belastningen? Det är mer komplicerat än så. Därför är det klokare att stryka meningen.

Sidan 13, tredje stycket, rad 1: ”För en mindre grupp höftartrospatienter kan en försämring....”

Ändra till: ”För en mindre grupp personer med höftartros kan en försämring....”

Sidan 15, Vägledning om sjukskrivning vid olika situationer

I punktlistorna under både höftledsartros och knäledsartros används begreppen:

”Lindrig höftledsartros, medelsvår höftledsartros och svår höftledsartros och motsvarande begrepp för knäledsartros.”

Bör istället stå: ”Lindriga besvär från höftledsartros, medelsvårt besvär från höftledsartros och svåra besvär från höftledsartros och motsvarande för knäledsartros”.

Motivering: I den ursprungliga texten lindrig, medelsvår och svår artros hänför man underförstått och traditionellt till en röntgenbild och vi vill istället hänföra till patientens besvärsgrad.

Sidan 15, punkt 2 och följande punkter: ”*Vid lindrig höftledsartros med smärta vid ansträngning och där arbetet innefattar måttlig belastning är arbetsförmågan nedsatt upp till 3 veckor på heltid. Därefter partiell sjukskrivning tills patienten genomgått grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden:* ”

Samma sak gäller knäartros.

Kommentar: I ett antal punkter står det upp till exempelvis 3 veckor för heltids sjukskrivning, detta är mycket svårt att bedöma. Dock är det viktigt att vara medveten om att Försäkringskassan tolkar detta som en exakt tidsram och en exakt maxtid. I punkt 2 bör man ta hänsyn till att patienten fått tid till en fysioterapeut under den exakta maxtiden.

Vi saknar resonemang om Förebyggande sjukskrivning, det berörs inte alls, det bör man beakta som en möjlighet för förebyggande träning för att senare undvika sjukskrivning.

Vi saknar resonemang runt maxtiden för sjukskrivning i kombination med långa väntetider på protesoperation. När patienten har en längre sjukskrivningsperiod i väntan på en protesoperation, kan möjligheten till postoperativ sjukskrivning för rehabilitering vara omöjlig eftersom den maximala tiden som patienten kan vara sjukskriven då har förlupit. Det kan också vara så att en längre väntetid på operation kan öka komplexiteten vid operationen samt för den efterföljande rehabiliteringen.

Sidan 16, rad 3 och sidan 19, rad 6 och i delar dessa punktlister.

Det står: ”*Vid höftledsartros och utförd implantation av ledprotes i höftled / knäled där arbetet innefattar.....*”

Förslag: ”*Efter höftledsoperation där arbetet innefattar.....*”

Kommentar: Förenkla språket.

### **Osteoporos**

Det är bra att fysisk träning och patientutbildning har fått hög prioritet i rekommendationerna. Viktigt att betona att fysisk träning kan användas både i förebyggande syfte och som en del av behandlingen. Dessvärre ser detta väldigt olika ut i olika delar av landet och tillgången till fysioterapeut med specialistutbildning varierar stort.

#### *Indikatorer för osteoporos*

Trots att fysisk träning är en så viktig del i det förebyggande och behandlande arbetet av osteoporos finns inte någon indikator för detta. Det saknas även indikator för patientutbildning. Det blir då omöjligt att följa upp åtgärder som kan minska risk för fall, öka livskvalitet för många personer och minska kostnader för samhället.



### *Vikte av att förebygga fallolyckor*

Drygt 1 000 personer dör varje år till följd av fallolyckor Dessutom skadas 70 000 personer allvarligt varje år. Äldre personer är särskilt utsatta för och sårbara vid fallolyckor. Bland personer som är 80 år eller äldre orsakas nio av tio skador av ett fall. Med ett ökat antal skadade äldre personer kommer, förutom personliga lidanden, också samhällskostnaderna att öka. Mer än 11 miljarder per år är samhällets kostnader för äldre personers fallolyckor. Att äldre personer har lätt att falla beror bland annat på att muskelstyrkan minskar, balansen försämras och att syn och hörsel ofta blir nedsatt. Också risken att drabbas av kroniska sjukdomar ökar med åldern, vilket i sin tur bidrar till en större risk att falla. Parkinsons sjukdom, stroke och demens är exempel på sådana sjukdomar. Även skörhet är ett tillstånd som framför allt drabbar äldre personer och som ökar risken att falla. Symtom på skörhet är bland annat muskelsvaghet, låg fysisk aktivitetsnivå och viktninskning. Sköra personer har en minskad reservkapacitet och en ökad risk för försämrad hälsa och att bli beroende av hjälp i dagliga aktiviteter.

Med vänlig hälsning



Stefan Jutterdal  
Förbundsordförande, Fysioterapeuterna