



# Pakkeforløp for pasienter med muskel- og skjelettplager?

---

## DEBATT

### MAY ARNA RISBERG

E-post: m.a.risberg@nih.no

May Arna Risberg er professor og fysioterapeut ved Avdeling for forskning og utvikling (FOU), Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### INGER HOLM

Inger Holm er professor og fysioterapeut ved Avdeling for forskning og utvikling (FOU), Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### LARS ENGBRETSSEN

Lars Engebretsen er professor og overlege ved Avdeling for forskning og utvikling (FOU), Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### LARS NORDSLETTEN

Lars Nordsletten er professor, overlege og leder av Avdeling for forskning og utvikling (FOU), Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Flere pasienter med kne- og skulderplager skal behandles konservativt, og primærhelsetjenesten må spille en nøkkelrolle. Pakkeforløp for pasienter med muskel- og skjelettplager kan forhindre overdiagnostikk og overbehandling.

Politikere har etterlyst tiltak for å bedre kvalitet i behandlingen av pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Pakkeforløp, som først ble innført for kreftsykdommer og nå er under utarbeiding for hjerneslag, kan bedre kvalitet og effektivitet i helsetjenesten og sikre likeverdig utredning og behandling. Til nå har mest oppmerksomhet vært rettet mot behandling i spesialisthelsetjenesten av pasienter med skader, plager og lidelser i muskel- og skjelettsystemet, men primærhelsetjenesten må spille en nøkkelrolle for å forhindre overdiagnostikk og bedre kvaliteten på behandling (1, 2). Helsedirektoratet har påpekt at kommunene i større grad må ta ansvar for pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Det forutsetter tverrfaglige tiltak og samhandling mellom helsetjenestenivåene (3). Pakkeforløp for muskel- og skjelettlidelser kan være riktig vei å gå.

## Artrose som eksempel og modell

Om lag 300 000 pasienter i Norge har smerter og plager som skyldes artrose, og over halvparten av pasientene er i arbeidsfør alder (4). Forekomsten av artrose vil øke i tiden fremover på grunn av økt levealder, overvekt og inaktivitet (5). Førstelinjebehandling for pasienter med kne- og hofteartrose er informasjon (artroseskole), veiledet trening og

eventuelt vektreduksjon (6). Altfor få pasienter som kontakter primærhelsetjenesten med artroseplager, blir tilbudt adekvat behandling (7, 8). Noen får beskjed om at det ikke er noe å gjøre med, andre blir henvist til MR-undersøkelse og videre til spesialisthelsetjenesten uten å ha blitt skikkelig undersøkt eller fått tilbud om kunnskapsbasert behandling i primærhelsetjenesten. *Aktiv med artrose* (AktivA) er en implementeringsmodell for å kvalitetssikre behandlingen til denne store gruppen av pasienter i primærhelsetjenesten, inkludert pasienter med degenerativ meniskskade ([www.aktivmedartrose.no](http://www.aktivmedartrose.no)).

Artroseskole, og hjelp til selvhjelp, står sentralt for at pasientene skal kunne ta i bruk kunnskap om artrose i dagliglivet. Modellen inkluderer kompetanseheving for fysioterapeuter og et kvalitetsregister for å kunne monitorere behandlingens kvalitet på tvers av helseregioner og kommuner. Så langt har over 800 fysioterapeuter fra hele Norge deltatt i AktivA-opplæringen, og over 4 000 pasienter er inkludert i kvalitetsregisteret. Modellen er utviklet i nært samarbeid med brukere og etter tilsvarende modeller i Sverige ([www.boaregistreret.se](http://www.boaregistreret.se)) og Danmark ([www.glaiddk.dk](http://www.glaiddk.dk)) (9).

AktivA-modellen har stått sentralt i prosessen med å redusere antallet unødvendige kneartroskopier. Modellen gir nettopp denne pasientgruppen et kunnskapsbasert behandlingstilbud. En nylig publisert studie har vist at Helse Sør-Øst har lyktes med å redusere overforbruk av kirurgisk behandling (2).

Tilsvarende modeller som AktivA-programmet vil kunne egne seg for flere pasientgrupper med plager, skader og lidelser i muskel- og skjelettsystemet, f.eks. skulder og rygg.

## Nasjonale kvalitetsregistre

Av de 53 nasjonale kvalitetsregistrene dekker stort sett alle behandling i spesialisthelsetjenesten. For å lykkes med å bedre kvaliteten i behandlingen for pasienter med muskel- og skjelettlidelser er det helt nødvendig å ha tilgang til data fra primærhelsetjenesten. Da AktivA-programmet ble startet ved Ortopedisk klinikk ved Oslo universitetssykehus i 2015, var ett av målende å bli det første nasjonale kvalitetsregisteret for pasienter med muskel- og skjelettlidelser behandlet i primærhelsetjenesten. I dag er det etablert gode nasjonale kvalitetsregistre for pasienter med artrose som gjennomgår operasjon med kne- eller hofteprotese, men denne type kirurgi er kun aktuelt for om lag 10 % av alle artrosepasienter. Det haster nå med å monitorere kvaliteten på konservativ behandling i primærhelsetjenesten, der de fleste pasienter skal behandles. Et pakkeforløp inkludert et nasjonalt kvalitetsregister vil være et viktig skritt på veien.

---

### REFERANSER:

1. Høltedahl R. Atraumatiske kneplager. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0594. [PubMed][CrossRef]
2. Høltedahl R, Brox JI, Aune AK et al. Changes in the rate of publicly financed knee arthroscopies: an analysis of data from the Norwegian patient registry from 2012 to 2016. *BMJ Open* 2018; 8: e021199. [PubMed][CrossRef]
3. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. IS-1947. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/189/Avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet-IS-1947.pdf> (1.10.2018).
4. Grotle M, Hagen KB, Natvig B et al. Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. *J Rheumatol* 2008; 35: 677 - 84. [PubMed]
5. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet* 2011; 377: 2115 - 26. [PubMed][CrossRef]
6. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC et al. OARSI guidelines for the non-surgical management

of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014; 22: 363 - 88. [PubMed][CrossRef]

7. Østerås N, Jordan KP, Clausen B et al. Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open* 2015; 1: e000136. [PubMed][CrossRef]

8. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM et al. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the U.S. bone and joint initiative. *Semin Arthritis Rheum* 2014; 43: 701 - 12. [PubMed][CrossRef]

9. Skou ST, Roos EM. Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskelet Disord* 2017; 18: 72. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 30. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0709

Mottatt 11.9.2018, første revisjon innsendt 28.9.2018, godkjent 1.10.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2017. Lastet ned fra [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)