

Notat

Danske Fysioterapeuter



Behandling af knæartrose med borgeren i centrum

Dette notat indeholder forslag til, hvordan behandlingen af knæartrose kan tilrettelægges, så den i højere grad sikrer at borgeren får den rette behandling.

Baggrund

Regeringen¹, KL² og Danske Regioner³ ønsker at sikre, at det danske sundhedsvæsen er indrettet, så borgerne får en sammenhængende og omkostningseffektiv indsats. Det gælder ikke mindst borgere med kroniske lidelser som fx knæartrose.⁴ Som det fremgår af dette notat, er der behov for at tilrettelægge indsatsen over for knæartrose anderledes end i dag, hvis dette mål skal indfries.

Knæartrose er udbredt blandt danskerne og har store konsekvenser. Mere end seks procent af befolkningen har knæartrose, hvilket typisk medfører ledsmerter, nedsat bevægelighed og reduceret livskvalitet. Knæartrose forhindrer mange tusinde danskere i at varetage deres arbejde.

Knæartrose koster samfundet omkring 10-12 milliarder om året til behandling, medicintilskud og produktionstab i forbindelse med uarbejdsdygtighed.⁵ Da artrose udvikles med alderen, og der er udsigt til, at vi bliver ældre og ældre, vil omkostningerne forbundet med knæartrose stige støt de kommende år. Ikke mindst derfor er det afgørende, at behandlingen af knæartrose er så effektiv som muligt.

Der er sikker videnskabelig evidens for, at den primære behandling til borgere med knæartrose bør bestå af patientuddannelse og information⁶, superviseret træning og eventuelt væggtab.⁷ En indsats, som er samlet i de såkaldte GLAD-forløb⁸, der tilbydes af fysioterapeuter i privat og kommunalt

Dato:
22. januar 2016

Kontaktperson:
René Andreassen

E-mail:
ra@fysio.dk

Tlf. direkte:
3073 4884

Et GLAD-forløb varer typisk seks uger og indeholder:

- Individuel undersøgelse af fysioterapeut
- Individuel instruktion i træningsøvelser
- Teoretisk undervisning på hold
- Holdtræning to gange ugentlig
- Afsluttende test og opfølgning.

¹ Jf. 150.000 lider af slidgigt – kun hver 10. kommune tilbyder gratis knætræning, Politiken 1.11.2015.

² Jf. Sammen om sundhed, KL-udspil 2015.

³ Jf. Plan for borgerens sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen, Danske Regioner, 2015.

⁴ Jf. Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen fra 5. januar 2016.

⁵ Se fx Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015 og De samfundsmæssige omkostninger ved artrose, Statens Institut for Folkesundhed 2013.

⁶ Ved at give borgere med knæartrose viden om sygdommen, og hvordan den kan behandles, får de bedre forudsætninger for at leve på en måde, som minimerer de funktionelle begrænsninger og gener, som er forbundet med artrose.

⁷ Se fx Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led, Vidensråd for forebyggelse, 2013.

⁸ GLAD står for Godt Liv med Artrose i Danmark.

regi. Indsatsen kan nedbringe borgernes gener og smerter, øge deres funktionsevne og dermed udskyde eller helt fjerne behovet for at operere. Evidensen har dannet grundlag for en national klinisk retningslinje (NKR).⁹

På trods af de klare retningslinjer for den rette behandling, gennemføres der mange unødvendige operationer på borgere med knæartrose.¹⁰

Fx viser ny dansk forskning, der er publiceret i det anerkendte New England Journal of Medicine, at op mod syv ud af ti planlagte operationer kan undgås eller udskydes, hvis borgeren i stedet bliver undervist, træner under vejledning og taber sig, hvis det er relevant.¹¹ Hvis disse resultater lægges til grund, er det muligt at undgå eller udskyde op mod 5.700 operationer om året og dermed opnå besparelser på op mod 400 millioner kroner årligt¹², jf. tabel 1.

Tabel 1. Besparelspotentiale ved at tilbyde non-operativ behandling

	Antal knæoperationer gennemført i 2014	Operationer, der kan undgås eller udskydes	Besparelspotentiale ¹³ (mio. kr.)
Hovedstaden	2.709	1.896	135,6
Sjælland	1.339	937	67,0
Syddanmark	1.812	1.268	90,7
Midtjylland	1.685	1.180	84,0
Nordjylland	653	457	32,7
Hele landet	8.198	5.739	410,3

Kilde: Antallet af knæoperationer stammer fra årsrapport 2015 fra Dansk Knæalloplastik Register.

Note: Det forudsættes, at syv ud af ti operationer kan udskydes eller undgås. Samtidig tages der udgangspunkt i en DRG-takst for en knæalloplastik på 71.500 kr.

De estimerede besparelser på 400 mio. kr. vedrører alene udgifter til operationer. Hvis man opererer i mindre omfang end i dag vil man hertil kunne lægge besparelser i form af færre sygedage, mindre udgifter til medicintilskud mv. Mens operationer kan være forbundet med en del sygedage på grund af flere ugers ventetid, forundersøgelser, indlæggelse og efterfølgende genoptræning, kan man starte på et GLAD-forløb med få dages varsel og opnå de gavnlige effekter på få uger. Det vil altså være muligt at nedbringe en del af de udgifter (omkring 10-12 milliarder kroner), som knæartrose aktuelt koster samfundet hvert eneste år.

⁹ Jf. *Knæartrose – nationale kliniske retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer*, Sundhedsstyrelsen, 2012.

¹⁰ Se fx *Vi opererer årligt knæ for 600 mio. kr. – men er det fornuftigt, spørger forskere*, Politiken 22. oktober 2015.

¹¹ Søren T. Skou et al. *A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement*. *The New England Journal of Medicine*, October 22, 2015, vol. 373;17. Forskningsresultaterne blev blandt andet omtalt i Politiken og New York Times på grund af sit opsigtsvækkende resultat.

¹² For nogle borgere vil den non-operative behandling kun udskyde operationen. De vil altså senere skulle gennemgå en operation. Derfor må besparelsen forventes at blive mindre end de estimerede 400 mio. kr.

¹³ Patienter, der bliver opereret skal gennemgå nogenlunde samme træningsforløb, som patienter, der ikke bliver opereret. Derfor vil der i behandlingsudgifter være et umiddelbart besparelspotentiale i den enkelte sag svarende til DRG-taksten på 71.500 kr.

I det følgende ses der nærmere på, hvorfor der – trods klare retningslinjer og muligheder for store besparelser – opereres flere, end der burde.¹⁴

Borgerens perspektiv

Udredningen og behandlingen af borgere med knæartrose foregår ikke systematisk. Derfor er det ofte tilfældigt, 1) hvordan og af hvem disse borgere bliver udredt og diagnosticeret, 2) hvilken behandling de ender med at få, og 3) om de selv må betale for udredning, diagnosticering og behandlingen. I det følgende beskrives kort, hvordan udredning og behandling kan se ud fra borgerens perspektiv.

Udredning og diagnose: Den praktiserende læge er adgangen til udredning i sundhedsvæsenet. Sådan er det også, hvis man oplever smerter og nedsat bevægelighed i sine knæ. Den praktiserende læge bør – som udgangspunkt – have forudsætningerne for at diagnosticere knæartrose.¹⁵ Den praktiserende kan også henvise borgeren til nærmere udredning hos en fysioterapeut.

Desværre sker det ikke altid i praksis. Mange praktiserende læger henviser i stedet borgeren til nærmere udredning hos en ortopædkirurg på et sygehus. Det risikerer at føre til, at borgeren indstilles til operation. Nogle ortopædkirurger oplever nemlig, at patienternes ønske om hurtig hjælp til knæsmerter, politisk bestemte behandlingsgarantier og organisatoriske krav om øget aktivitet på de kirurgiske hospitalsafdelinger fører til, at flere end nødvendigt bliver opereret.¹⁶

Hvis borgeren bliver udredt hos egen læge eller hos en ortopædkirurg, er det ikke forbundet med direkte omkostninger for borgeren. Det er det derimod, hvis borgeren henvises til udredning hos en fysioterapeut.

Behandling: Hvorvidt en borger, der har fået diagnosen knæartrose, skal betale for den efterfølgende behandling, vil – fra borgerens perspektiv – virke vilkårligt. Der er ikke direkte brugerbetaling forbundet med en operation, mens patientuddannelse, superviseret træning og eventuelt væggtab i nogle tilfælde er forbundet med brugerbetaling. Hvorvidt det er tilfældet afhænger blandt andet af, hvem borgeren bliver henvist af, og hvor i landet borgeren bor:

Hvis borgeren bliver udredt af egen læge, som henviser til et behandlingstilbud i privat fysioterapipraksis, koster det typisk borgeren omkring 2.000-2.500 kr. at følge behandlingen.

Bliver borgeren i stedet udredt i hospitalsregi og efterfølgende tildelt en genoptræningsplan, har kommunen ifølge Sundhedslovens § 140 pligt til at tilbyde gratis genoptræning. Det er imidlertid ikke alle kommuner, der følger denne

¹⁴ I Region Syddanmark arbejder man i øjeblikket på en model, som også forholder sig til, hvordan patientforløbet bør organiseres på tværs af sektorer.

¹⁵ Ifølge den nationale kliniske retningslinje vedrørende knæartrose er det muligt – med stor sikkerhed – at diagnosticere knæartrose på baggrund af borgerens situation, redegørelse for smerter og gener samt kliniske og objektive fund. Det har tidligere været udbredt at anvende røntgen, men det er – ifølge den nationale kliniske retningslinje – ikke nødvendigt. Billeddiagnostik er dog relevant ved differentialdiagnostiske overvejelser eller forud for en eventuel operation.

¹⁶ Jf. *Vi opererer årligt knæ for 600 mio. kr. – men er det fornuftigt, spørger forskere*, Politiken 22. oktober 2015.

del af lovgivningen. Fx vælger man i Slagelse Kommune at tilbyde gratis deltagelse i GLAD-forløb til særligt udsatte borgere med en genoptræningsplan, mens andre borgere med genoptræningsplaner henvises til privat praksis og dermed pålægges egenbetaling.¹⁷

Udover at rejse spørgsmålet om ulighed i sundhed, indebærer den vilkårlige brugerbetaling en risiko for, at nogle borgere vælger ikke at følge behandlingen. Dermed risikerer de, at deres tilstand forværres i en sådan grad, at de må opereres. Til skade for dem selv og for samfundsøkonomien.

En ny model

Den nationale kliniske retningslinje for knæartrose lægger op til en opgaveforskydning fra regioner til den primære sundhedssektor. Færre skal opereres på sygehusene og flere skal have non-invasiv behandling i kommunalt eller privat regi. En sådan forskydning kompliceres af de eksisterende økonomiske modregnings- og refusionsregler. Derudover er der tilsyneladende ikke enighed i kommunalt regi om, hvordan man skal håndtere opgaven.

En ændring af den aktuelle praksis kræver, at man ændrer den måde man organiserer behandlingen af knæartrose og økonomien omkring den. I det følgende opstilles en række principper, som bør iagttages i udformningen af en ny model.¹⁸

Kompetent udredning: En del praktiserende læger føler sig tilsyneladende ikke rustede til at diagnosticere knæartrose. De henviser i stedet deres patienter til ortopædkirurger med risiko for, at patienterne bliver indstillet til en operation, selvom de kunne have haft gavn af non-invasiv behandling. Dette problem kan løses ved at efteruddanne de praktiserende læger eller ved, at fysioterapeuter med relevante kompetencer inden for det muskuloskeletale område får en mere fremtrædende rolle i lægepraksis.¹⁹

Pengene følger patienten: Når en borger er udredt og har fået diagnosen knæartrose, vil borgeren, som tidligere beskrevet, have en snæver økonomisk tilskyndelse til at ønske en operation. Derudover er det tilfældigt, om borgeren vil blive pålagt brugerbetaling, hvis vedkommende skal følge den rette non-operative behandling. Dette problem kan løses ved helt at friholde borgere med knæartrose for brugerbetaling i forbindelse med non-operativ behandling. Det skal i øvrigt gælde, uanset om vedkommende følger behandlingen i kommunen eller privat praksis.²⁰ Pengene skal – så at sige – følge patienten.²¹

¹⁷ Jf. *Stort potentiale i at udbrede slidgigt-tilbud*, Kommunal Sundhed, 19. februar 2015.

¹⁸ Flere af principperne er inspireret af konceptet om Value Based Health Care, jf. blandt andet *The Strategy that will fix health care*, Michael E. Porter og Thomas H. Lee (2013).

¹⁹ Fx viser erfaringer fra lægepraksisser, hvor fysioterapeuter er ansat, at borgerne bliver hurtigere udredt og at der ikke i samme omfang er behov for at henvise til udredning i sekundærsektoren. Alternativt kan man lade sig inspirere af samarbejdet mellem de praktiserende læger og praktiserende fysioterapeuter, som eksisterer i forbindelse med den såkaldte ULRUS-ordning, der vedrører patienter med gener i lænderyggen.

²⁰ Dermed sikrer man, at kommunerne ikke ender med at overtage opgaver, som i dag løses udmærket i privat praksis.

²¹ Hvordan en sådan ordning skal finansieres ligger uden for rammerne af dette notat. Det er dog værd at bemærke, at omkostningen per patient bør kunne afgrænses til omkostningerne forbundet med et GLAID-forløb, som koster omkring 5.000 pr. borger. Derfor bør det være muligt at finde midlerne, da der samtidig kan frigøres over 70.000 kr. pr. borger, som kan undgå en operation.

Hensyn til den økonomiske ramme: Hvis de foreslåede ændringer gennemføres, vil det føre til, at langt flere borgere end i dag bliver behandlet i privat fysioterapipraksis. Det bør der tages højde for i den økonomiske ramme, der ligger i den gældende overenskomst mellem Danske Fysioterapeuter og Regionernes løn og takstnævn (RLTN). Hvordan det konkret kan ske, må afklares i en nærmere forhandling mellem de relevante parter.